

<https://doi.org/10.38181/2223-2427-2021-4-39-43>

УДК: 616.361/.366

© Галимов О.В., Ханов В.О., Венедиктов Р.О., Рудаков Д.М., 2021

## ПЕРВИЧНЫЙ АППЕНДАЖИТ КАК НЕОБЫЧНАЯ ПРИЧИНА УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

ГАЛИМОВ О.В.<sup>1</sup>, ХАНОВ В.О.<sup>1</sup>, ВЕНЕДИКТОВ Р.О.<sup>1</sup>, РУДАКОВ Д.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Ленина, д.3, г. Уфа, Республика Башкортостан, Россия, 450008;

<sup>2</sup> ГБУЗ городская клиническая больница № 13, ул. Нежинская, д. 28, г. Уфа, Республика Башкортостан, Россия, 450112

### Реферат:

Цель исследования – представить клинический случай редко встречающейся ургентной абдоминальной патологии – первичный аппендажит (epiploic appendagitis).

Методы. Данный случай демонстрирует преобладание в клинической картине заболевания симптомов острого аппендицита. Во время проведения оперативного вмешательства обнаружена некротизированная жировая подвеска илеоцекальной области с явлениями гнойно-некротических изменений и наличием вторичного катарального аппендицита.

Результат. При гистологическом исследовании удаленного препарата микроскопическая картина инфаркта ткани с некрозом жировой клетчатки, и наличием простого катарального аппендицита. Послеоперационный период протекал «гладко», пациент в удовлетворительном состоянии, на 8 сутки, выписан на амбулаторное лечение.

Заключение. Первичный аппендажит, ввиду отсутствия патогномичных симптомов, является крайне трудной для нозологической диагностики патологией. Заболевания жировых подвесок встречаются крайне редко. Для установления правильного диагноза необходим учет комплекса данных, включая клиничко-anamnestические, лабораторные и инструментальные методы диагностики.

**Ключевые слова:** аппендажит, жировая подвеска, клинический пример, микроскопия, аппендицит.

## EPIPLOIC APPENDAGITIS AS AN UNUSUAL CAUSE OF URGENT ABDOMINAL PATHOLOGY

GALIMOV O.V.<sup>1</sup>, KHANOV V.O.<sup>1</sup>, VENEDIKTOV R.O.<sup>1</sup>, RUDAKOV D.M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bashkir state medical university, 3 Lenina str., Ufa, Republic of Bashkortostan, Russia, 450008

<sup>2</sup> Ufa City Clinical Hospital №13, 28 Nezhinskaya str., Ufa, Republic of Bashkortostan, Russia, 450112

### Abstract:

Aim of the study is to present a clinical case of epiploic appendagitis as a rare acute abdominal pathology.

Methods. This case demonstrates the prevalence of acute appendicitis symptoms in the clinical picture of the disease. During the operation was identified a necrotic changes in epiploic appendage of the ileocecal region with presence of secondary appendicitis.

Result. The histological examination of the removed epiploic appendagitis gives a picture of tissues infarct with adipose necrosis and the presence of simple catarrhal appendicitis. It was received a normal postoperative course and a patient was discharged from hospital on the 8th day.

Conclusion Epiploic appendagitis, due to the absence of pathognomonic symptoms, is an extremely difficult pathology for diagnosis. To establish the correct diagnosis, it is necessary to take into account a complex of data, including clinical and anamnestic, laboratory and instrumental diagnostic methods.

**Keywords:** epiploic appendagitis, clinical example, microscopy, acute appendicitis..

### Введение

Первичным аппендажитом (ПА) (epiploic appendagitis) называется ишемический инфаркт сальникового подвеска вследствие его перекрута или спонтанного тромбоза центральной дренирующей вены [1,2,3]. Вторичный аппендажит провоцируется воспалением соседних анатомических структур. В целом, из общего числа

острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, патологии жировых подвесок отводится от 0,09% до 0,3% [4,5,6]. В норме сальниковые подвески представляют собой мелкие (длиной 0,5-2,0 см и толщиной 1,0 – 2,0 см), содержащие жировую клетчатку выпячивания брюшины, чаще локализирующиеся по противобрыжеечной поверхности ободочной кишки. Основ-

ной причиной осложненного течения заболевания является перекрут увеличенного жирового подвеса. Соответственно, с увеличением размера увеличивается риск перекрута.

К развитию осложнений может привести избыточная масса тела, брюшинные спайки, пожилой возраст, долихосигма, гиперперистальтика, резкое повышение внутрибрюшного давления, аномалии расположения и развития толстой кишки. Летальность при данной патологии низкая и составляет до 1,6% [7,8,9].

При ПА в результате перекрута или венозного тромбоза в сальниковом отростке развивается воспалительный процесс, проявляющийся обычно резкой болью в животе на фоне удовлетворительного общего соматического статуса. Иногда возникают тошнота и рвота. Симптомы могут имитировать аппендицит, холецистит или дивертикулит. Температурная реакция в большинстве случаев нормальная, в редких случаях субфебрильная. Отсутствие патогномоничных симптомов и специфических изменений в лабораторных исследованиях является особенностью данного заболевания.

С развитием инструментальных методов исследований таких, как компьютерная томография, ультразвуко-

вая диагностика, видеолапароскопия, увеличился процент постановки диагноза «некроз жировой подвески» [10,11,12,13]. При использовании методов визуализации с высокой степенью разрешения (УЗИ, КТ, МРТ) в указанном пациентом месте максимального напряжения брюшной стенки выявляется округлое, не поддающееся компрессии, гиперэхогенное образование, окруженное невыраженной тонкой гипоэхогенной линией. Типичен локальный невыраженный масс-эффект без признаков утолщения стенки кишечника. Встречаются и гиперэхогенные объемные образования в исследуемой области брюшной полости. Такая картина может наблюдаться при длительно протекающем ПА: сальниковый подвесок перекрутился, отделился, осумковался и подвергся процессам организации и петрификации [6,14].

**Приводим пример клинического наблюдения.**

Пациент К. 59 лет доставлен по линии скорой медицинской помощи в приемное отделение Клиники БГМУ г. Уфы с жалобами на боли в животе, подъем температуры до 37,5С, сухость во рту. Диспептических явлений не описывал. Из анамнеза известно, что клиническая манифестация началась с возникновения дискомфорта в животе за 48 часов до обращения. Месяц назад перенес



Рис. 1. Операционный макропрепарат удаленной жировой подвески  
Fig. 1. Surgical preparation of removed fatty suspension

коронавирусную инфекцию (COVID-19), вирус идентифицирован, лечился амбулаторно. Травмирующий фактор, физическое перенапряжение отрицает. Самостоятельно принимал спазмолитики (таблетки Но-Шпа) с кратковременным эффектом. Боли нарастали. Объективно: язык сухой, обложен белым налетом. Нормостенического телосложения. Кожные покровы бледно-розового цвета. Живот мягкий, не увеличен, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Положительные аппендикулярные симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартomme-Михельсона. Перитонеальные «знаки» сомнительные. При проведении ультразвукового исследования в правой подвздошной области определяется гиперэхогенное образование, окруженное невыраженной тонкой гипоэхогенной линией, с подтянутой, к данному образованию, петель кишки. Кровоток в режиме ЦДК не определялся. Свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не определялось. По данным лабораторных исследований: в общем анализе крови – лейкоцитоз ( $15 \times 10^9/\text{л}$ ), СОЭ – 28 мм/ч. При поступлении взят мазок из зева, тест ПЦР на коронавирус отрицательный. В других лабораторных показателях и при инструментальном обследовании патологических изменений не выявлено. Пациенту были выставлен диагноз острый аппендицит, формирующийся инфильтрат. В связи с выраженным болевым синдромом, не купирующимся анальгетиками, определены показания к экстренному оперативному вмешательству. Пациенту после предоперационной подготовки была выполнена диагностическая ла-

пароскопия. В нижних отделах обнаружен конгломерат, который состоял из петель тонкой кишки и купола слепой кишки и пряди большого сальника. Лапароскопически разделить инфильтрат не удалось. Произведена конверсия. Выполнена нижне-срединная лапаротомия. При выделении конгломерата вскрылся абсцесс, получено около 60мл гнойного отделяемого, при дальнейшем выделении обнаружена некротизированная жировая подвеска илеоцекальной области размерами 14x10x8 см с явлениями гнойно-некротических изменений (рис. 1). Рядом располагается червеобразный отросток, катарально воспаленный. Выполнена аппендэктомия. Некротизированная подвеска перевязана и удалена. Брюшная полость промыта растворами антисептиков, дренирована.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Через двое суток после операции данные лабораторных исследований нормализовались. Дренажи убраны на третьи сутки. Заживление ран протекало первично. Пациент в удовлетворительном состоянии на 8 сутки выписан на амбулаторное лечение.

#### Результаты

Заключение патогистологического исследования: В исследуемом послеоперационном препарате микроскопическая картина инфаркта с флегмонозным воспалением фиброно-жировой ткани с микроабсцедированием, признаками организации и явлениями густой лейкоцитарно-воспалительной инфильтрацией, некрозом жировой клетчатки, сосудистыми тромбозами и кровоизлияниями в ткань (рис. 2). Простой катаральный аппендицит.

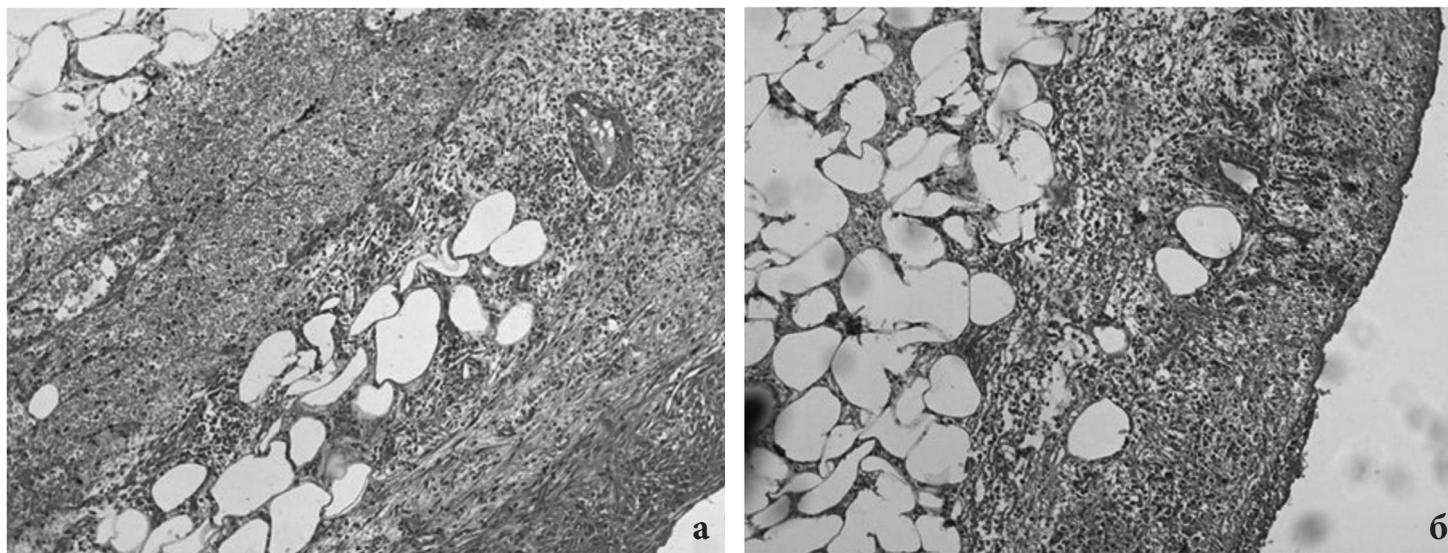


Рис. 2 а, б. Микропрепараты удаленного жирового подвеска. Выраженная лейкоцитарная инфильтрация тканей, множественные тромбозы сосудов с участками кровоизлияния (Окраска гематоксилин-эозин. Микрофото. Ок. 10, об. 20)  
Fig. 1 а, б. Micropreparations of removed fatty suspension. Severe leukocyte infiltration of tissues, multiple vascular thrombosis with areas of hemorrhage (Hematoxylin-eosin staining. Microphoto. Approx. 10, vol. 20)

Отсутствие патогномичных симптомов, алгоритмов, а также рутинная практика постановки диагноза напрямую влияет на выявление ПА уже во время оперативного вмешательства. На примере данного случая следует отметить явные трудности в диагностике данной патологии. Заболевания жировых подвесок встречаются крайне редко. Для установления правильного диагноза необходим учет комплекса данных, включая клинико-анамнестические, лабораторные и инструментальные методы диагностики. Объем оперативного вмешательства зависит от многих факторов, включая локализацию и размеры подвеска, развившиеся осложнения и всегда подбирается индивидуально для каждого случая.

#### Заключение

Данное клиническое наблюдение аппендажита, на наш взгляд представляет интерес с позиций этиопатогенеза данного осложнения. Удаленная сальниковая подвеска хотя имела большие размеры, но не была достаточно мобильной и интраоперационно не было выявлено признаков ее перекрута. Возможно выявленный морфологически острый инфаркт с воспалением, некрозом жировой клетчатки, кровоизлияниями в ткань имеет связь с реологическими нарушениями, в том числе, как последствия перенесенной ковид-инфекции.

#### Список литературы / References

1. Эфендиев Ш.М., Волков О.В., Курбанов М.А. Заболевания жировых подвесок ободочной кишки. *Хирургия* 2003; 10: 64-66 [Efendiyev SH.M., Volkov O.V., Kurbanov M.A. Diseases of fatty suspensions of the colon. *Khirurgiya* 2003; 10: 64-66 (In Russ.)]
2. Yang L, Jia M, Han P. Primary epiploic appendagitis as an unusual cause of acute abdominal pain in a middle-aged male. A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(33):e16846. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016846>
3. Лобанов Д.С., Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Климова Н.В., Девяткина Т.В. К вопросу о ведении пациентов с острой патологией жировых привесков толстой кишки. *Вестник СурГУ. Медицина*. 2016;(2):24-27. [Lobanov D.S., Darvin V.V., Ilkanich A.Y., Klimova N.V., Devyatkina T.V. Towards patients management with acute distress of colon epiploic appendage. *Vestnik SurGU. Medicina*. 2016; (2): 24-27. (In Russ.)]
4. Хаджибаев Ф.А., Гуломов Ф.К. Перекрут и некроз пряди большого сальника и жировых подвесок толстой кишки. *Вестник Экстренной Медицины* 2017; XI(3); 30-

34. [Khadzhibayev F.A., Gulomov F.K. Torsion and necrosis of the strand of the greater omentum and fatty suspensions of the large intestine. *Vestnik Ekstrennoy Meditsiny* 2017; XI(3); 30-34 (In Russ.)]
5. Баулина Е.А., Николашин В.А., Баулин А.А. Патология жировых подвесок. *Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского*. 2010;5(1):221. [Baulina E.A., Nikolashin V.A., Baulin A.A. Pathology of fatty suspensions. *Al'manakh Instituta khirurgii im. A.V. Vishnevskogo*. 2010; 5(1): 221. (In Russ.)]
6. Nadida D, Amal A, Ines M, Makram M, Amira M, Leila BF, Lotfi H. Acute epiploic appendagitis: Radiologic and clinical features of 12 patients. *Int J Surg Case Rep*. 2016;28:219-222. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.09.015>
7. Gougiotis S., Oikonomou C., Veloudis G., Lardou I., Pittaras G., Villias C. The Diagnostic Dilemma of Primary Epiploic Appendagitis and How to Establish a Diagnosis. *Oman Med J*. 2016 May; 31(3): 235-237. <https://doi.org/10.5001/omj.2016.45>
8. Menozzi G, Maccabruni V, Zanichelli M, Massari M. Contrast-enhanced ultrasound appearance of primary epiploic appendagitis. *J Ultrasound*. 2014 Feb 14;17(1):75-6. <https://doi.org/10.1007/s40477-014-0073-x>
9. Баймаков С.Р., Аширметов А.Х., Юнусов С.Ш. Некроз сальникового отростка нисходящей ободочной кишки, симулировавшей острый живот. Abstracts of The IX Annual International Scientific-Practical Conference "Medicine Pressing Questions" 2020; 4; 47-48. [Baimakov S.R., Ashirmetov A.Kh., Yunusov S.Sh. et al. Necrosis of the omental process of the descending colon, simulating an acute abdomen. Abstracts of The IX Annual International Scientific-Practical Conference "Medicine Pressing Questions" 2020; 4; 47-48. (In Russ.)] <https://doi.org/10.21467/abstracts.97>
10. Кургузов О.П. Клинические маски заворота сальниковых отростков ободочной кишки. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*: М.: Медиа Сфера 2006 ;8; 27-32. [Kurguzov O.P. Clinical masks of volvulus of the omental processes of the colon. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*: 2006 ;8; 27-32. (In Russ.)]
11. Самсонов В.Т., Ермолов А.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А., Абдуламитов Х.К., Саттарова З.И., Возможности видеолaparоскопии в диагностике и лечении заболеваний, симулирующих острый аппендицит. *Хирургия, Журнал им. Н.И. Пирогова*, 2017; 6:22-27. [Samsonov V.T., Ermolov A.S., Gulyaev A.A., Yartsev P.A., Abdulamitov Kh.K., Sattarova Z.I., Possibilities of video laparoscopy in the diagnosis and treatment of diseases simulating acute appen-

dicitis. *Khirurgiya, Zhurnal im. N.I. Pirogova*, 2017; 6:22-27. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17116/hirurgia2017622-27>

12. Тимофеев М. Е., Федоров Е. Д., Кречетова А. П., Шаповальянц С. Г. Особенности диагностики и лечения перекрута жировых структур брюшной полости лапароскопическим доступом. *Эндоскопическая хирургия*. 2014; 20(5): 13-16. [Timofeev M.E., Fedorov E.D., Krechetova A.P., Shapovalyants S.G. Features of diagnosis and treatment of abdominal fatty structures torsion by laparoscopic approach. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2014; 20(5): 13-16. (In Russ.)] <https://www.mediasphera.ru/issues/endoskopicheskaya-khirurgiya/2014/5/091025-72092015053>

13. Theodoros Hadjizacharias, Dionysios Dellaportas, Despoina Myoteri, Constantinos Nastos, Stavros Chaniotis, George Polymeneas, "Epiploic Appendagitis Causing Small Bowel Obstruction: A Pleasant Surprise". *Case Reports in Surgery*, vol. 2020, Article ID 3126495, <https://doi.org/10.1155/2020/3126495>

14. Almuhanha AF, Alghamdi ZM, Alshammari E. Acute epiploic appendagitis: A rare cause of acute abdomen and a diagnostic dilemma. *J Fam Community Med* 2016; 23: 48-50 <https://doi.org/10.4103/2230-8229.172234>

#### Информация об авторах

**Галимов Олег Владимирович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г.Уфа, Россия; [galimovov@mail.ru](mailto:galimovov@mail.ru), <http://orcid.org/0000-0003-4832-1682>

**Ханов Владислав Олегович** – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия; [khanovv@mail.ru](mailto:khanovv@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-1880-0968>

**Венедиктов Руслан Олегович** – клинический ординатор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия, [wowbenedict@gmail.com](mailto:wowbenedict@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-8778-9742>

**Рудаков Дмитрий Михайлович** – врач паталогоанатомического отделения ГБУЗ РБ ГКБ №13, г. Уфа, Россия; [Fortus640763@mail.ru](mailto:Fortus640763@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-7829-2918>

#### Для корреспонденции

**Ханов Владислав Олегович** – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г.

Уфа, Россия; [khanovv@mail.ru](mailto:khanovv@mail.ru); +7 (917) 755 62 82; <https://orcid.org/0000-0002-1880-0968>

#### Information about authors

**Oleg V. Galimov** – Dr. Sci., Professor Bashkir State Medical University; address: 450008, Volga Federal District, Republic of Bashkortostan, Ufa, st. Lenin, 3; [galimovov@mail.ru](mailto:galimovov@mail.ru), <http://orcid.org/0000-0003-4832-1682>

**Vladislav O. Khanov** – Dr. Sci., Professor, Bashkir State Medical University; address: 450008, Volga Federal District, Republic of Bashkortostan, Ufa, st. Lenin, 3; [khanovv@mail.ru](mailto:khanovv@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-1880-0968>

**Ruslan O. Venediktov** – Bashkir State Medical University; address: 450008, Volga Federal District, Republic of Bashkortostan, Ufa, st. Lenin, 3; [wowbenedict@gmail.com](mailto:wowbenedict@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-8778-9742>

**Dmitriy M. Rudakov** – State Budgetary Institution of Health Care of the Republic of Bashkortostan City Clinical Hospital №13 address: 450112, Volga Federal District, Republic of Bashkortostan, Ufa, Nezhinskaya st., 28; [Fortus640763@mail.ru](mailto:Fortus640763@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0002-7829-2918>

#### For correspondence

**Vladislav O. Khanov** – Dr. Sci., Professor, Bashkir State Medical University; address: 450008, Volga Federal District, Republic of Bashkortostan, Ufa, st. Lenin, 3; [khanovv@mail.ru](mailto:khanovv@mail.ru); +7 (347) 2721160; <https://orcid.org/0000-0002-1880-0968>

#### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.