

(Bayl Univ Med Cent). 2024;37(5):832-8. DOI:10.1080/08998280.2024.2375705.

26. Zakrocka I, Pachowicz M, Baranowicz-Gąsarczyk I, et al. Renal cell carcinoma in a kidney transplant recipient: Rare clinical manifestations. *Pol Arch Intern Med.* 2020;130(5):449-51. DOI:10.20452/pamw.15176

27. Trushkin RN, Isaev TK, Sokolov AA, et al. Features of screening and diagnostics of renal cell carcinoma in kidney transplant recipients. *Clinical Nephrology.* 2025;2:68-74. (In Russ.) Трушкин Р.Н., Исаев Т.К., Соколов А.А. и др. Особенности скрининга и диагностики почечно-клеточного рака у реципиентов трансплантированной почки. *Клиническая нефрология.* 2025;2:68-74. DOI:10.18565/nephrology.2025.2.68-74

28. Yohannan B, Sridhar A, Kaur H, et al. Screening for renal cell carcinoma in renal transplant recipients: A single-center retrospective study. *BMJ Open.* 2023;13(9):e071658. DOI:10.1136/bmjopen-2023-071658

29. Benjamins S, Moers C, Slart RHJA, et al. Kidney transplantation and diagnostic imaging: The early days and future advancements of transplant surgery. *Diagnostics (Basel).* 2020;11(1):47. DOI:10.3390/diagnostics11010047

30. Kazmierski BJ, Sharbidre KG, Robbin ML, et al. Contrast-enhanced ultrasound for the evaluation of renal transplants. *J Ultrasound Med.* 2020;39(12):2457-68. DOI:10.1002/jum.15339.

31. David E, Del Gaudio G, Drudi FM, et al. Contrast enhanced ultrasound compared with MRI and CT in the evaluation of post-renal transplant complications. *Tomography.* 2022;8(4):1704-15. DOI:10.3390/tomography8040143

32. Sridhar A, Yohannan B, Kaur H. Characteristics of lung cancer in renal transplant recipients. *J Clin Oncol.* 2023;41(16):205. DOI:10.1200/JCO.2023.41.16_suppl.e20592

33. Young K, Jiang H, Marquez M, et al. Retrospective study of the incidence and outcomes from lung cancer in solid organ transplant recipients. *Lung Cancer.* 2020;147:214-20. DOI:10.1016/j.lungcan.2020.07.020

34. Bratt O, Drevin L, Prütz KG, et al. Prostate cancer in kidney transplant recipients – A nationwide register study. *BJU Int.* 2020;125(5):679-85. DOI:10.1111/bju.15002

35. Insamran W, Sangrajrang S. National cancer control program of Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2020;21(3):577-82. DOI:10.31557/APJCP.2020.21.3.577

36. Laowalert S, Naitook N, Boonnim K, et al. Report on post-transplantation cancer in Southeast Asia from the Thai kidney transplantation cohort. *Sci Rep.* 2024;14(1):20154. DOI:10.1038/s41598-024-71041-x

37. Li S, Zhang J, Tian Y, et al. *De novo* upper tract urothelial carcinoma after renal transplantation: A single-center experience in China. *BMC Urol.* 2023;23(1):23. DOI:10.1186/s12894-023-01190-0

38. Pradere B, Schuettfort V, Mori K, et al. Management of *de-novo* urothelial carcinoma in transplanted patients. *Curr Opin Urol.* 2020;30(3):467-74. DOI:10.1097/MOU.0000000000000749

39. Srisuwarn P, Sutharattanapong N, Disthabanchong S, et al. Incidence of *de novo* post-transplant malignancies in Thai adult kidney transplant recipients: A single-center, population-controlled, retrospective cohort study at the highest volume Kidney Transplant Center in Thailand. *Transpl Int.* 2024;37:11614. DOI:10.3389/ti.2024.11614

40. Sprangers B, Nair V, Launay-Vacher V, et al. Risk factors associated with post-kidney transplant malignancies: An article from the Cancer-Kidney International Network. *Clin Kidney J.* 2018;11(3):315-29. DOI:10.1093/cjk/sfx122

Статья поступила в редакцию 24.11.2025; одобрена после рецензирования 03.02.2026; принята к публикации 06.03.2026. The article was submitted 24.11.2025; approved after reviewing 03.02.2026; accepted for publication 06.03.2026.

Информация об авторах:

Руслан Николаевич Трушкин – заведующий отделением урологии, профессор, доктор медицинских наук, uro52@mail.ru, ORCID 0000-0002-3108-0539; **Александр Александрович Соколов** – врач-уролог отделения онкоурологии, кандидат медицинских наук, salexdoc@gmail.com, ORCID 0009-0007-0302-0428; **Сергей Александрович Соколов** – врач-уролог урологического отделения, sergey.sokolow28@mail.ru, ORCID 0009-0004-7016-2360; **Теймур Карибович Исаев** – врач-уролог урологического отделения, доктор медицинских наук, dr.isaev@mail.ru, ORCID 0000-0003-3462-8616; **Исаева Анастасия Михайловна** – врач-гинеколог гинекологического отделения №2, antropik88@mail.ru, ORCID 0009-0008-9362-4475; **Василиса Руслановна Трушкина** – студент медицинского факультета, vasilisa.trushkina.07@mail.ru.

Information about the authors:

Ruslan N. Trushkin – Head of the Urological Department, Professor, DSc, uro52@mail.ru, ORCID 0000-0002-3108-0539; **Aleksandr A. Sokolov** – Urologist, PhD, salexdoc@gmail.com, ORCID 0009-0007-0302-0428; **Sergey A. Sokolov** – Urologist, sergey.sokolow28@mail.ru, ORCID 0009-0004-7016-2360; **Teymur K. Isaev** – Urologist, DSc, dr.isaev@mail.ru, ORCID 0000-0003-3462-8616; **Anastasia M. Isaeva** – Gynecologist, antropik88@mail.ru, ORCID 0009-0008-9362-4475; **Vasilisa R. Trushkina** – Student, vasilisa.trushkina.07@mail.ru.

УДК 616.346.2-002.4-06-022-089.168.1-072.1(045)

Клинический случай

EDN: GZWHMM

<https://doi.org/10.15275/ssmj2201046>

ВАРИАНТ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Ю.Г. Шапкин¹, И.А. Ионкина¹, Е.А. Молитвин², А.О. Тишина¹

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

²ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №2 им. В.И. Разумовского», Саратов, Россия

A VARIANT OF SURGICAL TACTICS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD FOR COMPLICATIONS OF DESTRUCTIVE APPENDICITIS (CLINICAL CASE)

Yu.G. Shapkin¹, I.A. Ionkina¹, E.A. Molitvin², A.O. Tishina¹

¹V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

²V.I. Razumovsky Saratov City Clinical Hospital No. 2, Saratov, Russia

Для цитирования: Шапкин Ю.Г., Ионкина И.А., Молитвин Е.А., Тишина А.О. Вариант лечебной тактики в послеоперационный период при осложнении деструктивного аппендицита (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал. 2026; 22 (1): 46-49. EDN: GZWHMM. <https://doi.org/10.15275/ssmj2201046>

Аннотация. Данный клинический случай демонстрирует сложности диагностики и своевременного устранения формирующегося тазового абсцесса у пациента 24 лет после аппендэктомии при деструктивном аппендиците на раннем этапе с использованием лапароскопии, позволившей избежать травматичного вскрытия гнойника через прямую кишку.

Ключевые слова: гангренозно-перфорированный аппендицит, лапароскопия, парааппендикулярный абсцесс, тазовый абсцесс

For citation: *Shapkin YuG, Ionkina IA, Molitvin EA, Tishina AO. A variant of surgical tactics in the postoperative period for complications of destructive appendicitis (clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2026; 22 (1): 46-49. (In Russ.)* EDN: GZWHMM. <https://doi.org/10.15275/ssmj2201046>

Abstract. This clinical case demonstrates the difficulties of diagnosing and timely eliminating the developing pelvic abscess after appendectomy with destructive appendicitis at an early stage using laparoscopy, which made it possible to avoid traumatic opening of the abscess through the rectum.

Keywords: gangrenous-perforated appendicitis, laparoscopy, paraappendicular abscess, pelvic abscess

Введение. Актуальность заболевания заложена в частоте встречаемости – острый аппендицит развивается примерно у 90–100 лиц на 100 тыс. жителей в развитых странах с пиком заболеваемости, приходящемся на самые активные годы жизни, – 20–30-летний возраст. Вероятность возникновения осложненных форм острого аппендицита в 2 раза больше у пациентов старше 45 лет. Вместе с осложненными формами заболевания существенно возрастают послеоперационные осложнения – до 47%, а летальность увеличивается в десятки раз – до 3% [2, 3]. Деструктивные формы острого аппендицита осложняются формированием тазового абсцесса в 0,03–1,5% случаев. В литературе описано несколько случаев ведения подобных пациентов, но методом выбора хирургического лечения служили вскрытие абсцесса через переднюю брюшную стенку и через переднюю стенку прямой кишки.

Цель – показать возможность ранней диагностики послеоперационного скопления воспалительного экссудата в дугласовом пространстве при деструктивном аппендиците и его одновременного устранения для предотвращения формирования тазового абсцесса.

Описание клинического случая. Информация о пациенте: больной С. 24 лет госпитализирован в отделение экстренной хирургии ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №2 им. В.И. Разумовского» на 3-и сутки заболевания (28.01.2025) с клиникой острого аппендицита.

Результаты физикального осмотра: при пальпации отмечается локальная болезненность в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы сомнительные. *Per rectum*: тонус сфинктера сохранен, ампула прямой кишки пустая, на перчатке следы кала коричневого цвета, нависания передней стенки прямой кишки не отмечается, патологии на высоту исследуемого пальца не выявлено, исследование безболезненно.

Предварительный диагноз

Высказано предположение об остром аппендиците у пациента. С учетом третьих суток процесса не исключали формирование аппендикулярного инфильтрата.

Диагностическая оценка: при поступлении в общем анализе крови (ОАК) отмечается лейкоцитоз (белые кровяные тельца – WBC до $29,27 \times 10^9/\text{л}$ от 28.01.2025 11.40) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные лейкоциты – 13%),

увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) – до 30 мм/ч. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости – без особенностей.

ОАК (31.01.2025 10.00) отмечается нарастание лейкоцитоза (WBC до $38,0 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные лейкоциты – 15%), повышение СОЭ до 42 мм/ч.

Выполнено УЗИ брюшной полости и малого таза (31.01.2025): очаговых образований в брюшной полости не выявлено. Под правой долей печени, в правом боковом канале, малом тазу и межпелтально визуализируется свободная жидкость. При обзорном сканировании петли кишечника расширены до 42 мм, перистальтика на дилатированных участках ослаблена.

Клинический диагноз: основной: «Острый гангренозно-перфоративный аппендицит, местный перитонит». Сопутствующий: «Состояние после аппендэктомии, дренирования брюшной полости». Осложнение: «Тазовый абсцесс».

Дифференциальная диагностика: на 3-и сутки (30.01.2025) больной отметил усиление боли в животе, повышение температуры до $38,5^\circ\text{C}$, появились тенезмы, 3-кратный стул малыми порциями кашицеобразного кала, наблюдавшийся на протяжении суток.

В ОАК (31.01.2025 10.00) отмечалось нарастание лейкоцитоза (WBC до $38,0 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные лейкоциты – 15%), повышение СОЭ до 42 мм/ч. Дифференциальную диагностику проводили между прогрессированием воспалительного процесса в малом тазу (послеоперационным перитонитом), ранней спечной кишечной непроходимостью и острой кишечной инфекцией.

При исследовании *per rectum*: тонус сфинктера сохранен, ампула прямой кишки пустая, на перчатке следы кала коричневого цвета, нависания передней стенки прямой кишки не отмечается, патологии на высоту исследуемого пальца не выявлено, исследование безболезненно. Тем не менее заподозрено скопление экссудата в дугласовом пространстве. Выполнено УЗИ брюшной полости и малого таза (31.01.2025): очаговых образований в брюшной полости не обнаружено. Под правой долей печени, в правом боковом канале, малом тазу и межпелтально визуализируется свободная жидкость. При обзорном сканировании петли кишечника расширены до 42 мм, перистальтика на дилатированных участках ослаблена.

Вся клинико-лабораторная картина наводила на мысль о вероятном начале формирования тазового абсцесса. Решено использовать лапароскопию для

Временная шкала

День наблюдения	Характеристика
0	Поступление в стационар после 3 сут заболевания. Диагностическая лапароскопия. Конверсия. Лапаротомия. Аппендэктомия. Дренажирование брюшной полости. Продолжена антибиотикотерапия
1–2	Ранний послеоперационный период протекал без особенностей
3	Отмечается усиление боли в животе, повышение температуры тела до 38,5°C. Появились тенезмы, трехкратный стул малыми порциями кашицеобразного кала, наблюдавшийся на протяжении суток. Диагностическая лапароскопия с аспирацией воспалительного экссудата из дугласового пространства. Дренажирование брюшной полости

уточнения диагноза и по возможности устранения выявленных при УЗИ жидкостных скоплений.

Медицинские вмешательства: под общей анестезией выполнена диагностическая лапароскопия (29.01.2025), при которой обнаружен серозный выпот в правой подвздошной ямке и правом боковом канале. В малом тазу выявлено умеренное количество мутного выпота с фибрином, имелась гиперемия париетальной и висцеральной брюшины. Определялся рыхлый инфильтрат, состоящий из большого сальника, купола слепой кишки, гангренозно измененного червеобразного отростка размерами 8×2 см с перфорацией 0,3 см, петли подвздошной кишки. При попытке разделения инфильтрата вскрылся периаппендикулярный абсцесс, выделилось приблизительно 30 мл сливкообразного гноя. Принято решение о конверсии. В связи с фрагментированием гангренозно измененного аппендикса, тифлитом и техническими трудностями осуществлена аппендэктомия ретроградным способом. В малый таз и правую подвздошную ямку установлены ПХВ-дренажи №30 через контрапертуры справа.

В ходе диагностической лапароскопии (31.01.2025) под общей анестезией выявлено, что по правому латеральному каналу и межпеченью справа содержится умеренное количество серозного выпота – он аспирирован. В правой подвздошной ямке имеется рыхлый спаечный процесс, напластования фибрина. Культия червеобразного отростка состоятельна. В малом тазу обнаружено скопление умеренного количества мутного выпота, рыхлые пленки фибрина. Выполнена аспирация содержимого из малого таза. Через контрапертуры справа в малый таз и правую боковую канал установлены трубчатые дренажи 30 Fr.

Динамика и исходы: в послеоперационный период проводили антибактериальную (цефтриаксоном, метронидазолом, левофлоксацином, меропенемом) и противовоспалительную терапии. Со следующего дня отмечена нормализация температуры тела, уменьшилась боль, прекратился жидкий стул, исчезли тенезмы, нормализовались лабораторные показатели. Послеоперационный период протекал без особенностей. На 3-е сутки послеоперационного периода после контрольного УЗИ были удалены дренажи из брюшной полости. На 10-е сутки пребывания в стационаре (07.02.2025) выписан на амбулаторный этап в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение. Известно, что течение деструктивных форм острого аппендицита всегда сопровождается риском развития осложнений данного заболевания (перитонит, инфильтрат, абсцессы) или осложнений в послеоперационный период. В данном клиническом случае после аппендэктомии по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита мы в ранний период встретились с осложнением – началом формирования тазового абсцесса. По данным литературы, частота встречаемости дугласова абсцесса

составляет 0,03–1,5% случаев [4]. Обычно таких пациентов ведут консервативно до рассасывания скопления жидкости или формирования тазового абсцесса, который вскрывают иногда через переднюю брюшную стенку или внебрюшинно через прямую кишку [5].

Нами обсуждалось 3 варианта устранения (лечения) тазового скопления жидкости, сопровождающегося воспалительными проявлениями:

выполнение релапаротомии с санацией брюшной полости;

проведение консервативной терапии до рассасывания жидкостного скопления или формирования абсцесса с последующим его вскрытием под общим обезболиванием через прямую кишку;

диагностическая лапароскопия с вероятным устранением тазового скопления экссудата.

В результате избран 3-й вариант лечебной тактики.

С учетом начальной стадии формирования тазового абсцесса использована тактика лапароскопической санации с дренированием брюшной полости. Настоящее наблюдение наглядно показывает существующие трудности дифференциальной диагностики и выбора варианта хирургической тактики при осложненном течении деструктивного аппендицита.

Заключение. На примере приведенного клинического наблюдения продемонстрированы трудности диагностики в ранний послеоперационный период осложнения острого деструктивного аппендицита в виде начала формирования тазового абсцесса, а также делается акцент на положительных возможностях лапароскопии для выявления и одновременного устранения данного осложнения.

Конфликт интересов отсутствует.

Вклад авторов. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Информированное согласие. Информированное согласие пациента на публикацию своих данных из истории болезни получено.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

References (Список источников)

1. Diana M, Paroz A, Demartines N, Schäfer M. Retroperitoneal abscess with concomitant hepatic portal venous gas and rectal perforation: A rare triad of complications of acute appendicitis. A case report. World J Emerg Surg. 2010;5:3. DOI:10.1186/1749-7922-5-3
2. Tannoury J, Abboud B. Treatment options of inflammatory appendiceal masses in adults World J Gastroenterol. 2013;19(25):3942-50. DOI:10.3748/wjg.v19.i25.3942
3. Maistrenko NA, Romashchenko PN, Yagin MV. Modern tendencies in diagnostics and treatment of destructive appendicitis. Grekov's Bulletin of Surgery. 2017;176(3):67-73. (In Russ.) Майстренко Н.А., Ромашченко П.Н., Ягин М.В. Современные тенденции в диагностике и лечении

деструктивного аппендицита. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2017;176(3):67-73. DOI:10.24884/0042-4625-2017-176-3-67-73

4. Tadjibaev SA, Sobirov EK, Abdurashidov FS. On the problem of endovideosurgery of appendicular peritonitis. Endoscopic Surgery. 2024;30(6):13-7. (In Russ.) Таджикибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш. К проблеме эндовидеохирургии аппендикулярного перитонита.

Эндоскопическая хирургия. 2024;30(6):13-7. DOI:10.17116/endoskop20243006113

5. Acute appendicitis in adults: Clinical guidelines – 2023–2024–2025. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/325_2 (20 March 2025). (In Russ.) Острый аппендицит у взрослых: клинические рекомендации – 2023–2024–2025. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/325_2 (дата обращения: 20.03.2025).

Статья поступила в редакцию 13.05.2025; одобрена после рецензирования 05.06.2025; принята к публикации 06.03.2026.
The article was submitted 13.05.2025; approved after reviewing 05.06.2025; accepted for publication 06.03.2026.

Информация об авторах:

Юрий Григорьевич Шапкин – заведующий кафедрой общей хирургии, заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук, shapkinyurii@mail.ru, ORCID 0000-0003-0186-1892; **Ирина Алексеевна Ионкина** – ассистент кафедры общей хирургии, dr.ionkina@yandex.ru, ORCID 0009-0000-0314-2598; **Егор Андреевич Молитвин** – врач-хирург, yegormolitvin@yandex.ru, ORCID 0000-0002-3869-5464; **Анастасия Олеговна Тишина** – ординатор кафедры общей хирургии, nastiatishina1@gmail.com, ORCID 0009-0001-9151-9777.

Information about the authors:

Yuri G. Shapkin – Head of the Department of General Surgery, Honored Doctor of the Russian Federation, Professor, DSc, shapkinyurii@mail.ru, ORCID 0000-0003-0186-1892; **Irina A. Ionkina** – Instructor of the Department of General Surgery, dr.ionkina@yandex.ru, ORCID 0009-0000-0314-2598; **Egor A. Molitvin** – Surgeon, yegormolitvin@yandex.ru, ORCID 0000-0002-3869-5464; **Anastasia O. Tishina** – Resident of the Department of General Surgery, nastiatishina1@gmail.com, ORCID 0009-0001-9151-9777.

