

ФОРМИРОВАНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНО-СИГМОВИДНОГО СВИЩА У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ АППЕНДИЦИТОМ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

И. Б. КОРШУНОВ, А. А. КУПРИН, А. А. ЛЕВЧУК

ГБУЗ ГKB им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ, Москва

Сведения об авторах:

Коршунов Игорь Борисович – к.м.н., заведующий 1 хирургического отделения ГБУЗ ГKB им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ, доцент кафедры госпитальной хирургии №1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Куприн Александр Александрович – к.м.н., врач 1 хирургического отделения ГБУЗ ГKB им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ; e-mail: fishbig04@mail.ru

Левчук Александр Андреевич – интерн кафедры госпитальной хирургии №1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Клинические проявления аппендикулярных свищей разнообразны, неспецифичны и зависят от вида фистулы. Симптомы заболевания иногда бывают тяжелые, угрожающие жизни пациента (кишечная непроходимость, профузные кишечные кровотечения). Последние являются показанием к срочному оперативному вмешательству. В таких случаях диагноз удается установить непосредственно во время операции. При хроническом течении (инфекции мочеполовых путей, энтериты, колиты) процесс сопровождается длительными диагностическими поисками, а лечение пациентов остается только оперативным. Кроме того, вмешательства при аппендикулярных свищах отличаются технической сложностью и в ряде случаев расширенным объемом, который может не ограничиться аппендэктомией. Все вышесказанное определяет проблему ХА как важную, требующую новой оценки, выработки современного алгоритма действий и рекомендаций.

Ключевые слова: хронический аппендицит, свищ между аппендиксом и сигмовидной кишкой, аппендикулярно-сигмовидный свищ.

Актуальность

Острый аппендицит занимает лидирующую позицию среди urgentной хирургической патологии, являясь основной причиной абдоминального болевого синдрома. С развитием эндовидеохирургических технологий алгоритм диагностики и тактика лечения острого аппендицита стали стандартными. Однако в медицинской литературе не прекращаются споры по поводу патогенеза, диагностики и лечения хронического аппендицита (ХА). Этот термин, включающий на первый взгляд совершенно определенные понятия, при глубоком анализе литературы становится не вполне ясным [1]. В ряде ведущих иностранных руководств по хирургии ХА как нозологическая форма вообще не рассматривается или отрицается [2]. Примером тому может служить международная классификация болезней десятого пересмотра, где отсутствует данная категория заболевания.

С распространением лапароскопических технологий «напрасных» аппендэктомий стало меньше. Однако 10–25 % пациентов после удаления червеобразного отростка не отмечают облегчения и уменьшения болевого синдрома. Этот факт свидетельствует о необходимости конкретизации показаний к оперативному лечению в ходе лапароскопии и определения клиничко-эндоскопического понятия ХА [2]. В основном неудовлетворительные результаты хирургического лечения наблюдались в группе, так называемого, первично-хронического аппендицита [1]. Не решены вопросы лечения пациентов с вторичным резидуальным и рецидивирующим хроническим

аппендицитом. При этих формах аппендицита экстренные операции не несут радикальность и заключаются в дренировании гнояника, а консервативное лечение направленно на уменьшение воспалительного компонента в инфильтрате.

По последним данным частота рецидивирующего острого воспаления в червеобразном отростке составляет всего лишь 3–34% [3]. L. Corfield сообщает, что 53% из опрошенных хирургов Великобритании выполняют интервальную (отсроченную) аппендэктомию всем пациентам после перенесенного аппендикулярного инфильтрата или абсцесса, не задумываясь о необходимости данной операции. 38% хирургов выполняют аппендэктомию только лишь при симптомах рецидивирующего аппендицита. В то же время автор указывает, что по рекомендациям современных исследователей, необходимость выполнения интервальной аппендэктомии отсутствует в 75–90% наблюдений [4]. Кроме того, в публикациях отмечается техническая трудность оперативных вмешательств при хроническом аппендиците [5–7] и высокий уровень послеоперационных осложнений достигающий 12–23% [8].

С учетом приведенных статистических данных уместно задать вопрос: требуется ли интервальная аппендэктомия пациентам, перенесшим ранее приступ острого аппендицита, или достаточно амбулаторное наблюдение за больными, а при обострении – выполнять оперативное вмешательство?

Приведенным ниже клиническим примером и редким вариантом осложнения ХА, авторам статьи хотелось еще раз обо-

значить существование данной проблемы и подчеркнуть ее практическую значимость.

Клиническое наблюдение

Пациент М., 62 лет поступил 22.05.2016 в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева с диагнозом «острый аппендицит». Из анамнеза было известно, что боли в животе появились около недели назад и имели периодический характер. В день поступления отметил лихорадку до 38 °С, а боли приняли постоянный и интенсивный характер. Из сопутствующей патологии: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, аортокоронарное шунтирование от 2012 г. При физикальном обследовании выявлено: состояние больного средней тяжести, респираторно и гемодинамически стабилен. Живот не вздут, участвует всеми отделами в акте дыхания, мягкий, болезненный при пальпации в гипогастральной области, больше над лоном. Инфильтративных и объемных образований брюшной полости не пальпируется. Аппендикулярные симптомы слабоположительные. Перитонеальных явлений нет. В лабораторных анализах отмечается лейкоцитоз $15 \times 10^9/\text{л}$. В правой подвздошной области при полипозиционном УЗИ выявлен участок отечной инфильтрированной кишки с наличием свободной жидкости по периферии и утолщенный червеобразный отросток (до 15 мм) без перистальтики, в просвете которого определяются гиперэхогенные включения. 22.05.15 выполнена диагностическая лапароскопия. При ревизии брюшной полости в малом тазу определяются следы серозного выпота. Взят посев. Купол слепой кишки доступен осмотру – без воспалительных изменений. Червеобразный отросток имеет тазовое расположение и визуализируется только его основание. Преимущественно в малом тазу определяется инфильтрат, образованный отростком, большим сальником, брыжейкой терминального отдела подвздошной кишки, сигмовидной кишкой и ее брыжейкой. Разделить инфильтрат не представляется возможным: инфильтрат плотный, органы интимно спаяны друг с другом. Отмечается спаечный процесс по правому латеральному каналу (ранее абдоминальных операций не было). Операция закончена установкой «страховочного» дренажа в малый таз. В послеоперационном периоде проведена антибактериальная, противовоспалительная терапия. На третьи сутки дренаж удален. На пятые сутки гипертермия, лейкоцитоз снизились. По результатам бактериологического анализа посева из брюшной полости роста микрофлоры не выявлено. По данным УЗИ от 26.05.15 в правой подвздошной области визуализируется инфильтрат до 41x32 мм, умеренно болезненный при компрессии с незначительным количеством свободной гомогенной жидкости вокруг. На девятый день больной выписан из стационара под наблюдение хирурга поликлиники. Рекомендована повторная госпитализация через 4-6 месяцев для проведения плановой операции.

Пациент поступил в плановом порядке 23.12.15 с диагнозом «хронический аппендицит». Со слов больного, абдоминальных болей, эпизодов лихорадки в отдаленном послеоперационном периоде не было. УЗИ от 13.11.15, 20.12.15: патологических

объемных образований, инфильтратов в брюшной полости не выявлено. Колоноскопия от 02.11.15: купол слепой кишки не изменен, устье аппендикса без признаков воспаления и инфильтративных изменений. Язв, эрозий, полипов не обнаружено. В левых отделах ободочной кишки одиночные дивертикулы до 0,3 см без признаков воспаления. 23.12.15 пациент оперирован. Типичным способом введены в брюшную полость троакары. В малом тазу, по правому латеральному каналу определяется спаечный процесс (рисунок). Большой сальник отделен от стенок живота. Визуализированы купол слепой кишки, основание отростка. Начата мобилизация от основания аппендикса. Верхушка «уходит» в полость малого таза, находится в плотном спаечном процессе, «вмурована» в брыжейку и стенку сигмовидной кишки. Попытки отделить червеобразного отростка от сигмовидной кишки с помощью лапароскопического инструментария не увенчались успехом. Выполнена нижнесрединная лапаротомия. Сигмовидная кишка сложена в виде двустволки и подпаяна к боковой стенке малого таза, где определяется мощный рубцовый процесс. В то же место «вмурована» верхушка аппендикса. Червеобразный отросток длиной 8 см, булавовидно утолщен на верхушке, уплотнен. Выделение аппендикса начато ретроградным путем. В верхушке отростка определяется каловый камень 5 мм диаметром. Удален. Отмечается поступление в просвет червеобразного отростка содержимого из сигмовидной кишки. Острым путем отделена верхушка отростка от сигмовидной кишки. В этом месте имеется дефект стенки сигмовидной кишки до 3–4 мм в диаметре. Дефект ушит кисетным и отдельными швами атравматической монофиламентной рассасывающейся нитью. Дренаж установлен в малый таз. Послеоперационный период протекал гладко. Пациент выписан на седьмые сутки пребывания в стационаре.

Гистологическое исследование №128215-17: хронический аппендицит с выраженным склерозом мышечной оболочки с фокусами обострения до флегмонозного.

Обсуждение

В мировой литературе упоминания о свищах червеобразного отростка с окружающими органами встречаются крайне редко. Все статьи представляют собой единичные клинические наблюдения [5–7, 9–28]. В 1940 г. впервые подобную патологию описал Garcia D.A., выявив анастомоз между подвздошной кишкой и червеобразным отростком. Rainauli Z. (2012 г.) при обзоре литературы обнаружил 110 подобных публикаций.

В связи с редкостью такой патологии, статистический анализ частоты образования свищей вследствие перенесенного аппендицита в литературе отсутствует. Нам удалось найти публикации с описанием 59 клинических случаев (в сети PubMed, eLibrary, Google). При суммировании всех наблюдений и анализе данных литературы определены причины образования аппендикулярных свищей. Установлено, что чаще всего к формированию фистулы приводило воспаление червеобразного отростка (31 наблюдение – 52%). В нескольких статьях описаны прорастания карциномы аппендикса в соседние органы (7 на-

блюдений – 12%)[13] и осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки (7 наблюдений – 12%) [14–17]. Аппендикулярная фистула является крайне редким осложнением неспецифического язвенного колита, болезни Крона, энтеритов (6 случаев – 10%) [18–20]. Зарубежными авторами были выявлены казуистические случаи формирования фистул с соседними органами в связи с туберкулезным поражением, невриномой отростка, при болезни Гиршпрунга [21–23].

При суммировании данным литературы установлено, что наиболее распространенными являются аппендикулярно-кишечные свищи, встречающиеся в 39% случаев (23 клинических описания). Такая высокая частота, вероятно, обусловлена анатомической близостью этих органов и их частым вовлечением в воспалительный процесс. С терминальным отделом подвздошной кишки фистулы образуются в 20% (12 наблюдений). Тонкокишечные свищи проявлялись тяжелыми энтеритами, колитами, а также описаны случаи тонкокишечной непроходимости в результате деформации кишечной трубки [9, 18]. Толстокишечные фистулы выявлены всего лишь у 14% пациентов (8 клинических описаний). В мировой литературе описано клинических случаев образования анстомоза с сигмовидной кишкой [14, 16, 17, 19, 24, 25]. Только в 2 из этих наблюдений свищ был следствием перенесенного аппендицита [24, 25]. Вторым по распространенности является случай формирования аппендикулярно-мочепузырной фистулы (16 описаний – 27%), которые проявляются тяжелыми рецидивными инфекциями мочевыделительной системы [7, 10, 13, 15, 20]. В 3 статьях (5%) были опубликованы наблюдения аппендикулярно-аортальных свищей с клинической картиной профузных кишечных кровотечений [6, 25, 27]. Наружные (аппендикулярно-кожные) свищи образовывались в 15% (9 описаний)[21]. Аппендикулярно-маточные фистулы описаны у 2 пациентов (3%)[11]. В 6 случаях (11%) выявлены редкие варианты свищей (с маточной трубой, мочеточником, синусом почки, подвздошной артерией и сложные виды – с двумя органами одновременно) [28].

Заключение

Клинические проявления аппендикулярных свищей разнообразны, неспецифичны и зависят от вида фистулы. Симптомы заболевания иногда бывают тяжелые, угрожающие жизни пациента (кишечная непроходимость, профузные кишечные кровотечения). Последние являются показанием к срочному оперативному вмешательству. В таких случаях диагноз удается установить непосредственно во время операции. При хроническом течении (инфекции мочеполовых путей, энтериты, колиты) процесс сопровождается длительными диагностическими поисками, а лечение пациентов остается только оперативным. Кроме того, вмешательства при аппендикулярных свищах отличаются технической сложностью и в ряде случаев расширенным объемом, который может не ограничиться аппендэктомией. Все вышесказанное определяет проблему ХА как важную, требующую новой оценки, выработки современного алгоритма

действий и рекомендаций.

С внедрением в повседневную практику колоноскопии и компьютерной томографии, казалось, ирригоскопия утратила свое клиническое значение. Однако после случая выявления аппендикулярно-сигмовидного свища, мы предлагаем включить ирригоскопию в разряд обязательного предоперационного исследования при подготовке больного с ХА к оперативному вмешательству. С распространением новых технологий стало возможным применение мультиспиральной компьютерной томографии с одновременным контрастированием кишечной трубки с целью определения взаимного расположения полых органов, что может быть весьма полезным для выявления внутренних дигестивных свищей.

В заключении, хотелось отметить что редкий (частный) вариант осложнения ХА доказывает необходимость динамического амбулаторного наблюдения за пациентами с периаппендикулярным инфильтратом, дообследование (колоноскопия, ирригоскопия, компьютерная томография с контрастированием) и подготовки к плановой операции. Только таким лечебно-диагностическим алгоритмом в дальнейшем можно предотвратить обострение воспалительного процесса с образованием дигестивных свищей и исключить патологию органов брюшной полости, скрывающуюся под диагнозом «аппендикулярный инфильтрат».

Список литературы

1. *Топчибаев И.М., Гусейнов А.С.* Хронический аппендицит. Баку, 1970.
2. *Сажин А.В., Мосин С. В.* Клинико-морфологические аспекты хронического аппендицита // Хирургия: журнал им. Н.И. Пирогова. 2007. № 12 С. 59–64.
3. *Сажин А.В., Мосин С.В., Коджоглян А.А., Мирзоян А.Т., Лайпанов Б.К.* Эпидемиологические аспекты хронического аппендицита // Хирургия: журнал им. Н.И. Пирогова. 2011. № 4. С. 4–8.
4. *Corfield L.* Interval Appendicectomy After Appendiceal Mass or Abscess in Adults: What is “Best Practice”? // Surg. Today. 2007. V. 37 P. 1–4.
5. *Alok Mohanty, John Mathew P, Sudeepta Kumar Swain.* Appendicular fistula: unusual presentations // I.J.A.B.R. 2012. V. 2(4). P. 782–783.
6. *Byrne D.G., McGregor J.R.* Aortoappendiceal fistula, a case report // J. Coll. Surg. Edin. 1992. V. 37(4). P. 25.
7. *Farzaneh Sharifiaghdas, Mohammadali Ghaed, Mahboubeh Mirzaei.* Appendico-vesical Fistula in a Woman // Urology Journal. 2014. V. 11(03). P. 1703–1705.
8. *Meshikhes A.W.N.* Appendiceal mass: Is interval appendicectomy “something of the past”? // World J. Gastroenterol. 2011. V.17(25). P. 2977–2980.
9. *Garcia D.A.* Congenital anastomosis of the appendix with the ileum. Report of a case // J. Philippine MA. 1940. V. 20. 725–726.
10. *Rainauli Z., Mekokishvili L., de Petriconi R.* 15-year history of spontaneous appendico-vesical fistula (case report) // Georgian Med. News. 2012. V. 4(205). P. 7–11.
11. *Chatra P.* Appendico-Vaginal Fistula A Rare Complication Of Appendicitis // The Internet Journal of Radiology. 2012. V. 14. № 1.
12. *Salati S.A., Rather A.A., Lone N.A., Rashid A.* Appendicocecal Fistula A Rare Complication of Appendicitis // Online J. Health. Allied Scs. 2010. V. 9(4). P. 31.

13. Ikeda I., Miura T., Kondo I. Case of vesico-appendiceal fistula secondary to mucinous adenocarcinoma of the appendix // *J. Urol.* 1995. V. 153(4). P. 1220–1221.
14. Libson E., Bloom R.A., Verstandig A., Lax E., Lutwak E. Sigmoid-appendiceal fistula in diverticular disease // *Diagn. Imaging Clin. Med.* 1984. V. 53(5). P. 262–264.
15. Steel M.C., Jones I.T., Webb D. Appendicovesical fistula arising from appendiceal diverticulum suspected on barium enema // *A.N.Z.J. Surg.* 2001. V. 71. P. 769–770.
16. Van Hillo M., Fazio V.W., Lavery I.C. Sigmoidoappendiceal fistula an unusual complication of diverticulitis. Report of a case // *Dis. Colon Rectum.* 1984. V. 27(9). P. 618–620.
17. Yiangou C., Holme T.C. Sigmoido-appendiceal fistula due to diverticulitis // *J. R. Soc. Med.* 1998. V. 91(10). P. 544.
18. Mehmet Yaşar, Arif Aslaner, Orhan Bat. Appendico-ileal fistula in an acute ileus patient // *Erciyes Med. J.* 2012. V. 34(1). P. 32–33.
19. Santangelo M. Appendiceal-sigmoid fistula presenting in a man with ulcerative colitis: a case report // *Journal of Medical Case Reports.* 2010. V. 4. P. 229.
20. Steinberg R., Freud E., Dinari G., Schechtman Y., Zer M. Appendicovesical fistula in a child with Crohn's disease: a unique case // *J. Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1999. V. 29(1). P. 99–100.
21. Pandey V. Appendicular tuberculosis presenting as enterocutaneous fistula over thigh A rare case report with review of literature // *Journal of Tuberculosis Research.* 2013. V. 1(3). P. 37–39.
22. Peter G. Lung, John Krogh. Appendicovesical fistula associated with neuroma of appendix // *Urol. Int.* 1988. V. 43. P. 362–363.
23. Abubakar A.M., Pindiga U.H., Chinda J.Y., Nggada H.A. Appendicovesical fistula associated with Hirschsprung's disease // *Pediatr. Surg. Int.* 2006. V. 22. P. 617–618.
24. Thomas L.D., Timothy S.H. Persistent Appendiceal-Sigmoid Fistula // *A.M.A. Arch. Surg.* 1968. V.96. P. 309–311.
25. Teberdiev I.U.B. Fistula between appendix and sigmoid colon, as complication of acute appendicitis // *Khirurgiia (Mosk).* 1991. V. 5. P. 145.
26. Monaghan K., Cogbill T.H. Primary aortoappendiceal fistula: case report and review of the literature // *J. Vasc. Surg.* 2002. V. 35(6). P. 1284–1286.
27. Ooi C.W., Usatoff V. Aorto-appendiceal fistula presenting with bleeding per rectum // *A.N.Z.J. Surg.* 2004. V. 74(10). P. 913.
28. Nagmani Singh, Chakra Raj Pandey, Bhaskar Raj Pant. External Iliac Artery-Appendicular Fistula due to Antegrade Unusual Migration of K-Wire from Hip to Pelvis: An Unreported Complication Case Reports in Orthopedics. V. 2015. 4pages.

A CLINICAL CASE OF ORGANIZATION OF APPENDICEAL-SIGMOID FISTULA OF PATIENT WITH CHRONIC APPENDICITIS

I. B. KORSHUNOV, A. A. KUPRIN, A. A. LEVCHUK

City clinical hospital of A.K. Eramishanzev, Moscow

Information about the authors:

Korshunov I.B. – MD, PhD, chief of 1 surgical department of state-financed health institution, the A.K. Eramishanzeva city clinical hospital, Associate Professor of I.M. Sechenov First Moscow State University

Kuprin A.A. – MD, PhD, Doctor of 1 surgical department of state-financed health institution, the A.K. Eramishanzeva city clinical hospital

Levchuk A.A. – MD, Advanced Course in Surgery №1 Department of I.M. Sechenov First Moscow State University

A clinical case. The results of surgical treatment in the particular case of patient with chronic appendicitis with outcome in appendiceal-sigmoid fistula are as follow: the appendix was extirpated, the anatomical integration of sigmoid colon was reapproximated. Histological results: chronic appendicitis with significant sclerosis of muscle coat with focuses of phlegmonous inflammation. The literature review of clinical polymorphism of the condition was conducted.

Key words: chronic recurrent appendicitis, fistula between appendix and sigmoid colon, appendiceal-sigmoid fistula.