

ХРОНИЧЕСКИЙ АППЕНДИЦИТ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А.И. Панасюк, И.А. Шурыгина, Р.О. Быргазов, Е.Г. Григорьев

ГБУЗ Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница, ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России», ФГБНХ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», Иркутск, Российская Федерация

CHRONIC APPENDICITIS. DEFINITION, DIAGNOSING AND TREATMENT

A.I. Panasyuk, I.A. Shurygina, R.O. Byrgazov, Y.G. Grigoryev

Irkutsk Regional Clinical Hospital, Irkutsk State Medical University, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russian Federation

РЕЗЮМЕ

Обзор литературы посвящен дефиниции понятия «хронический аппендицит», клиническим проявлениям болезни, дифференциальной диагностике при хронических болях в правой подвздошной области. Обсуждаются показания к применению методов инструментальной диагностики (ирригоскопия, ультразвуковое исследование, мультиспиральная компьютерная томография, лапароскопия) и их эффективность; обоснованность назначения хирургического лечения хронического аппендицита.

Ключевые слова:

хронический аппендицит, дифференциальная диагностика, хирургическое вмешательство.

ABSTRACT

The literature review focuses on definition of "chronic appendicitis", clinical manifestations of the disease, and differential diagnosis in the presence of chronic pain in the right iliac area. The article also considers indications and effectiveness for instrumental diagnostic methods (irrigoscopy, ultrasonography, multi-slice computed tomography, laparoscopy), and the adequacy of surgical treatment for chronic appendicitis.

Keywords:

chronic appendicitis, differential diagnosis, surgical intervention.

Хронический — от греческого «*χρονικός*», что значит долговременный. Применительно к медицине означает медленно развивающееся, затяжное, длительное заболевание или патологический процесс [1].

Несмотря на многолетнее присутствие в медицинской литературе такого понятия как «хронический аппендицит», четкого определения болезни и четких диагностических критериев нет. Нет диагноза «хронический аппендицит» в международной классификации болезней, нет упоминания о нем в национальном руководстве по клинической хирургии под редакцией В.С. Савельева [2–4].

Между тем как в начале прошлого века, так и в наши дни встречаются отдельные сообщения о хроническом аппендиците в специальной литературе, предложен ряд классификаций, призванных внести ясность в этот вопрос.

Н.Н. Еланский в своей классификации выделяет хроническую аппендикулярную колику, хронический резидуальный аппендицит, хронический рецидивирующий аппендицит (холодная стадия и стадия обострения) [5].

В классификации, предложенной В.И. Русаковым (1957, 1975), хронический аппендицит делят на первичный (возникающий исподволь, без предшествующих приступов), резидуальный (в анамнезе один приступ) и рецидивирующий (в анамнезе два приступа и более острого аппендицита) [6].

В.А. Пронин, В.В. Бойко (2007) в классификации воспалительных заболеваний червеобразного отростка выделяют только хронический резидуальный аппендицит (состояние после перенесенного плотного аппендикулярного инфильтрата) [7].

Они считают, что диагноз «хронический резидуальный аппендицит» можно установить только после перенесенного ранее плотного аппендикулярного инфильтрата, который был диагностирован и документирован хирургом стационара. Больному хроническим резидуальным аппендицитом показана плановая аппендэктомия в холодном периоде течения заболевания. Диагноз «хронический первичный аппендицит» и «хронический рецидивирующий аппендицит» не определяют хирургическую тактику: их невозможно определить и разграничить в клинической картине заболевания. Возможно, эти термины и играют какую-то роль при гистологическом исследовании препарата, но для хирурга они неконкретны и неинформативны. Многие ученые (М.М. Губергриц, 1927 г.; В.Н. Розанов, 1924; И.В. Давыдовский, 1938 и др.) считали, что диагноз «хронический аппендицит» должен быть разделен на ряд заболеваний, имеющих схожую клиническую картину [7].

По М.И. Кузину принято различать 3 формы этого заболевания: хронический рецидивирующий, резидуальный и первично-хронический аппендицит [8].

Хронический резидуальный (или остаточный) аппендицит возникает после перенесенного острого приступа, закончившегося выздоровлением без оперативного вмешательства. В этих случаях, как правило, сохраняются все условия для возникновения повторной атаки (перегибы, спайки, сращения и другие причины, затрудняющие опорожнение отростка). Если приступы острого аппендицита повторяются, то принято говорить о хроническом рецидивирующем аппендиците.

В стадии ремиссии клинические проявления болезни минимальные. Больные жалуются на эпизодические тупые, ноющие, не прогрессирующие боли в правой подвздошной области, которые могут возникать спонтанно при физической нагрузке или после погрешности в диете. При обследовании во время пальпации живота можно выявить легкую болезненность в правой подвздошной области. Признаков острого аппендицита нет. При появлении очередного приступа необходимо ставить диагноз острого аппендицита, а не «обострение хронического», поэтому и диагностику, и лечение в этом случае проводят как при остром аппендиците.

Следует помнить о возможности рецидива приступа острого аппендицита у больных, которым ошибочно выполнена субтотальная аппендэктомия. В случае оставления культи отростка длиной 2 см и более в ней может повторно развиться острое воспаление [8].

Большинство врачей ставят под сомнение существование первично-хронического аппендицита (т.е. без предшествовавшего острого приступа). Чаще всего неострая боль и болезненность при пальпации в правой подвздошной области бывают обусловлены другими причинами. Поэтому диагноз ставят исключением заболевания других органов, расположенных в животе и грудной клетке. Косвенными признаками хронического аппендицита считают отсутствие заполнения отростка, замедление его опорожнения, деформацию, сужение его просвета, дефекты наполнения в его тени (по данным ирригографии) или обнаружение каловых камней, изменение формы отростка и неравномерности его просвета при ультразвуковом исследовании [8, 9].

В англоязычной литературе встречаются понятия хронического и рецидивирующего аппендицита [10–16].

Отсутствие четкой клинической картины, патогномичных симптомов является причиной, вызывающей сомнения для выделения хронического аппендицита как отдельной нозологической формы.

Как в зарубежной, так и в отечественной литературе выделяют синдром периодических болей в правой подвздошной области, обусловленный группой заболеваний, одним из которых является хронический аппендицит в варианте рецидивирующего течения [3, 10–25]. И даже при всестороннем обследовании не всегда удается установить истинную причину болей в животе. Назначается эмпирическая терапия по поводу энтероколита, синдрома раздраженной кишки, дискинезии желудочно-кишечного тракта, не приносящая облегчения пациенту, снижающая качество жизни и социальную активность. В то же время недостаточное внимание к рецидивирующим привычным болям в животе может в конечном счете привести к позднему обращению к врачу при развитии «катастрофы» в брюшной полости [23]. В зарубежной литературе

встречаются сообщения с рекомендацией удаления червеобразного отростка у пациентов с хроническим болевым синдромом в правом нижнем квадранте живота при исключении патологии со стороны других органов [20].

Наименьшее количество разногласий касательно критериев постановки диагноза и лечебной тактики связано со вторично-хроническим резидуальным аппендицитом. Но и здесь нет единого мнения о сроках аппендэктомии после перенесенного аппендикулярного инфильтрата [2, 4, 26]. При этом существуют наблюдения, когда после перенесенного аппендикулярного инфильтрата или вскрытия периаппендикулярного абсцесса не развивались симптомы рецидива заболевания без проведения радикальной операции [3, 4].

Не определены методологические принципы в отношении больных вторично-хроническим аппендицитом, перенесших аппендикулярный инфильтрат, которые нуждаются в диспансерном наблюдении на амбулаторном этапе медицинской реабилитации [4].

Между тем, несмотря на все разногласия относительно клиники и классификации, есть неоспоримые данные о существовании гистологических изменений, характеризующих хроническое воспаление в червеобразном отростке. С патоморфологической точки зрения для первично-хронического аппендицита характерны лимфоцитарная и гистиоцитарная инфильтрация в сочетании со склерозом и фиброзом стенки отростка, вплоть до атрофии слизистой оболочки и облитерации просвета червеобразного отростка [3, 6, 10–29]. Часто встречается образование гранулем вокруг инородных тел в его просвете, каловых камней [29]. Образование мукоцелле, водянки аппендикса, вызванное обструкцией просвета последнего также относится к варианту хронического воспаления [3, 29–31].

К другим заболеваниям, клиника которых протекает по типу хронического аппендицита и вызывает соответствующие морфологические изменения в аппендиксе, относятся глистные инвазии, врожденные и приобретенные дивертикулы червеобразного отростка, туберкулезное его поражение [29–36]. При первых двух патогенез заболевания связан с персистирующей обструкцией просвета, инициирующей хроническое воспаление. Диагноз туберкулеза червеобразного отростка, в свою очередь, устанавливается чаще всего только после гистологического заключения [29, 34, 35].

Согласно ряду ретроспективных исследований, гистологические изменения, позволяющие выставить диагноз «хронический аппендицит», составляют 1,5–10% всех удаленных отростков, а при включении в статистику изменений, говорящих об обострении процесса на фоне хронического воспаления, их количество возрастает до 33,4% [3, 12, 19, 37].

В то же время сообщения об успешной дооперационной диагностике хронического аппендицита встречаются крайне редко, в большинстве своем в научных исследованиях, посвященных этому вопросу [3, 23, 25].

Ведущим клиническим симптомом первично-хронического аппендицита, позволяющим до операции предположить данный диагноз, является периодический болевой синдром в правой подвздошной области. У ряда больных наблюдаются тошнота, нарушение стула, повышение температуры тела. Анамнез заболевания может насчитывать несколько лет, в течение которых большинство пациентов (65,4%) один раз и

более были обследованы в медицинских учреждениях с подозрением на острый аппендицит [3, 23, 25, 38].

Изменения в общем анализе крови чаще не наблюдаются, характерная для острого аппендицита перитонеальная симптоматика, миграция болей также может отсутствовать [3, 10, 11, 13, 15, 16, 20, 23, 25, 39].

Дифференциальный диагноз у больных с рецидивирующими болями в правой подвздошной области, помимо хронического аппендицита, следует проводить с воспалительными заболеваниями женских половых органов, экстрагенитальным эндометриозом, маточно-трубным рефлюксом менструальной крови, терминальным илеитом и болезнью Крона, хронической инвагинацией подвздошной кишки, мочекаменной болезнью [3, 22, 23, 25, 40].

Из инструментальных методов обследования первым с исторической точки зрения и не потерявшим своей актуальности до настоящего времени является рентгенологическое исследование илеоцекального перехода с бариевой взвесью, при котором можно выявить задержку эвакуации бария до нескольких недель, инородные тела, каловые камни в просвете отростка, неполное его заполнение контрастной массой, деформацию отростка. Однако все вышеперечисленные признаки могут наблюдаться и у людей без какой-либо клинической симптоматики и имеют значение лишь в комплексной оценке каждого случая [3, 23, 27, 29].

Существуют данные о высокой информативности ультразвукового исследования брюшной полости для диагностики хронического аппендицита в детской практике. Характерными признаками являются обнаружение минимального количества свободной жидкости вокруг аппендикса, неоднородность диаметра отростка с участками сужения и расширения его просвета, отсутствие перистальтики, наличие копролитов, облитерация просвета. Увеличение мезентериальных лимфатических узлов в правой подвздошной области до 1–2 см, ригидность червеобразного отростка при компрессии датчиком и неподвижность относительно слепой кишки также относятся к косвенным признакам хронического аппендицита. В то же время в литературе попадаются сообщения о низкой информативности ультразвукового исследования у взрослых [20, 23, 25, 38].

В зарубежной литературе описаны наблюдения эффективного использования компьютерной томографии с прицельным исследованием правой подвздошной области. Признаками, свидетельствующими о возможном хроническом воспалении, являются утолщение и неоднородность мышечной оболочки червеобразного отростка, воспалительные изменения в окружающих тканях, скопление жидкости в просвете червеобразного отростка, его дивертикулы [11, 13, 15, 36].

Колоноскопию в диагностике хронического рецидивирующего болевого синдрома в правой подвздошной области следует считать наиболее эффективным методом диагностики. Помимо исключения патологии слепой ободочной и терминального отдела подвздошной кишки, имеют место сообщения о визуализации воспалительных изменений устья червеобразного отростка, а также поступления гноя из аппендикса в просвет слепой кишки во время исследования у пациента без клиники острого аппендицита, у которо-

го после выполнения аппендэктомии гистологически было установлено хроническое воспаление [15, 16].

Достаточно информативным методом в диагностике хронического аппендицита является лапароскопия. Спаечный процесс в правой подвздошной ямке с вовлечением червеобразного отростка расценивается как наиболее характерный признак хронического воспаления. Ригидность при инструментальной пальпации, наличие каловых камней, отсутствие «свисания» отростка при взвешивании его на инструменте также отнесены к признакам хронического аппендицита. Обнаружение во время диагностической лапароскопии мукоцеле червеобразного отростка достоверно относится к хронической форме аппендицита [3, 17–19, 23, 24, 38, 39].

Дополняющим лапароскопию методом диагностики является использование интраоперационного лапароскопического ультразвукового исследования. Признаками, характерными для хронического воспаления червеобразного отростка, являются облитерация просвета отростка или выраженное его сужение, повышенная эхогенность стенки с нарушением слоистости, визуализация каловых камней в просвете [3, 38].

Несмотря на все положительные стороны лапароскопической диагностики, процедура имеет ряд существенных недостатков: инвазивность, чреватая рядом известных осложнений, а также сообщения о ложноположительных результатах исследования в 6,2%, когда при морфологическом исследовании не было выявлено признаков ни острого, ни хронического воспаления. Немаловажной является и нацеленность врача, проводящего диагностическую лапароскопию, на поиск не только острого, но и хронического аппендицита. В литературе есть данные о пациентах, у которых после выполнения диагностической лапароскопии без аппендэктомии, когда червеобразный отросток был признан неизмененным, в отдаленном послеоперационном периоде сохранялись жалобы на периодические боли в правой подвздошной области [3, 25].

В вопросе лечебной тактики после установления диагноза хронического аппендицита особых разногласий нет. Показана аппендэктомия. При наличии клиники острого аппендицита — аппендэктомия в экстренном порядке [2, 3, 23, 25, 26, 38].

Диагноз первично-хронического аппендицита основан на появлении рецидивирующих болей в правой подвздошной области в анамнезе, в конечном счете приведших к аппендэктомии, обнаружении при гистологическом исследовании удаленного отростка изменений, характерных для хронического аппендицита, и, что немаловажно, отсутствии рецидивов болей в отдаленном послеоперационном периоде [3, 12].

Данные инструментальных методов диагностики малоспецифичны, и выполнение всего спектра исследований, описанных выше, в условиях общехирургического стационара для пациента, поступившего по экстренным показаниям с подозрением на острый аппендицит, представляется маловероятным. Тщательный сбор анамнеза, позволяющий выявить abortивноокончившийся приступ острого аппендицита, должен сориентировать врача на вероятность первично-хронического процесса. Выполнение диагностической лапароскопии с прицельным выявлением признаков хронического воспаления в аппендиксе

при отсутствии другой патологии в брюшной полости позволяет уменьшить количество напрасных аппендэктомий. Принципиально важным является и следующий шаг в подтверждении диагноза: врач-патоморфолог также должен быть ориентирован на поиск не только острого воспаления, но и дать соответствующее заключение при обнаружении хронического аппендицита. Расширенное инструментальное обследование у пациентов с периодическим болевым синдромом в правом нижнем квадранте живота возможно при отсутствии обострения в амбулаторно-поликлинических условиях.

Таким образом, обобщая литературные данные, можно утверждать о существовании и правомочности такого заболевания, как хронический аппендицит (первично-хронический, вторично-хронический).

В хирургической практике диагноз «хронический аппендицит» с большей степенью достоверности можно выставить:

1. В случае, когда ранее проводилось лечение пациента в стационаре по поводу аппендикулярного инфильтрата с абсцедированием или без него;

2. Когда это подтверждалось данными клинического и инструментального обследований — ультразвукового исследования, ирригоскопии, компьютерной томографии, колоноскопии, видеолaparоскопии, а необходимость аппендэктомии как единственного метода лечения была доказана.

Для качественного оказания медицинской помощи населению и предотвращения расхождения клинического и гистологического диагнозов необходима разработка рекомендаций по диагностике и лечению хронического аппендицита. Необходима слаженная работа хирургов, врачей ультразвуковой диагностики, рентгенологов и морфологов, участвующих в решении этой задачи. Сбор анамнеза, анализ клинической картины вместе с «находками» ультрасонографии или компьютерной томографии, взвешенное отношение к инвазивным методам диагностики, а также тщательное морфологическое изучение удаленного препарата позволяют расшифровать причину длительного болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Энциклопедический словарь медицинских терминов / ред. В.И. Покровский. — 2-е изд. — М.: Медицина, 2001. — 960 с.
2. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3-х т. Т. 1, 2, 3 / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
3. Мосин С.В. Лапароскопическая диагностика и лечение хронического аппендицита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009. — 24 с.
4. Костенко Н.В., Разувайлова А.Г. Современные проблемы диагностики и лечения аппендицита и его осложнений // Астраханский мед. журнал. — 2014. — Т. 9, № 2. — С. 8–14.
5. Еланский Н.Н. Хирургические болезни. — М.: Медицина, 1964. — 652 с.
6. Русаков В.И. Основы частной хирургии. Т. 1. — Ростов н/Д.: Изд-во Ростовск. ун-та, 1975. — 481 с.
7. Пронин В.А., Бойко В.В. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия. — Харьков: СИМ, 2007. — 271 с.
8. Хирургические болезни: учебник / ред. М.И. Кузин. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2005. — 784 с.
9. Частная хирургия: учебник для мед. вузов; в 2-х т. Т. 1, 2. / под ред. Ю.Л. Шевченко. — СПб: СпецЛит, 2000.
10. Safaei M., Moeinei L., Rasti M. Recurrent abdominal pain and chronic appendicitis // J. Res. Med. Sci. — 2004. — N. 1. — P. 11–14.
11. Kemal Peker, Kemal Kılıç. A case of chronic appendicitis // Kafkas J. Med. Sci. — 2012. — № 2 (2). — P. 78–80.
12. Fatih A., Sabriye D., Muzaffer A., Huseyin U. Chronic recurrent appendicitis in children: an insidious and neglected cause of surgical abdomen // Turk. J. Med. Sci. — 2002. — N. 32. — P. 351–354.
13. Shah S.S., Gaffney R.R., Dykes T.M., Goldstein J.P. Chronic appendicitis: an often forgotten cause of recurrent abdominal pain // Am. J. Med. — 2013. — Vol. 126, N. 1. — P. e7–e8.
14. Gallagher H.W., Stevenson A.E.M. Chronic appendicitis // Ulster Med. J. — 1955. — N. 24. — P. 52–57.
15. Kothadia J.P., Katz S., Ginzburg L. Chronic appendicitis: uncommon cause of chronic abdominal pain // Therap. Adv. Gastroenterol. — 2015. — Vol. 8, N. 3. — P. 160–162.
16. Kager L.M., Bemelman W.A., Bastiaansen B.A. Chronic recurrent appendicitis: a contradiction in terms? // Ned. Tijdschr. Geneesk. — 2015. — N. 159. — Abstr. A9127.
17. Caiazzo P., Esposito M., Del Vecchio G., et al. The role of laparoscopy in recurrent right lower quadrant pain in children // Ann. Ital. Chir. — 2015. — Vol. 86, N. 1. — P. 42–45.
18. Van Rossem C.C., Treskes K., Loeza D.L., van Geloven A.A. Laparoscopic appendectomy for chronic right lower quadrant abdominal pain // Int. J. Colorectal Dis. — 2014. — Vol. 29, N. 10. — P. 1199–1202.
19. Husain M., Sachan P.K., Khan S., et al. Role of diagnostic laparoscopy in chronic and recurrent abdominal pain // Trop. Gastroenterol. — 2013. — Vol. 34, N. 3. — P. 170–173.
20. Chichom Mefire A., Tchounzou R., Kuwong P.M., et al. Clinical, ultrasonographic, and pathologic characteristics of patients with chronic right-lower-quadrant abdominal pain that may benefit from appendectomy // World J. Surg. — 2011. — Vol. 35, N. 4. — P. 723–730.
21. Whorwell P.J. The continuing dilemma of chronic appendicitis // Therap. Adv. Gastroenterol. — 2015. — Vol. 8, N. 3. — P. 112–113.
22. Хоха Р.Н. Рецидивирующие боли в животе у детей // Журнал ГИМУ. — 2005. — № 3. — С. 47–53.
23. Сулаво Я.П. Обоснование диагноза «хронический аппендицит» у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 21 с.
24. Teli B., Ravishankar N., Harish S., Vinayak C.S. Role of elective laparoscopic appendectomy for chronic right lower quadrant pain // Indian J. Surg. — 2013. — Vol. 75, N. 5. — P. 352–355.
25. Смирнов А.Н., Дронов А.Ф., Поддубный И.В. и др. Хронический аппендицит как первопричина длительных рецидивирующих болей в животе у детей // Вопросы современной педиатрии. — 2007. — Т. 6, № 1. — С. 24–28.
26. Неотложная хирургия: Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению Уральского федерального округа / под ред. М.И. Прудкова. — Екатеринбург: Артикул, 2013. — 88 с.
27. Калитаевский П.Ф. Болезни червеобразного отростка. — М: Медицина, 1970. — 204 с.
28. Мантулина Л.А. Клинико-морфологическая характеристика структуры червеобразного отростка в норме, при остром и хроническом аппендиците: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Воронеж, 1995. — 24 с.
29. Русанов А.А. Аппендицит. — Л.: Медицина, 1979. — 173 с.
30. Акперов И.А., Бутенко Ю.А. Мукоцеле аппендикса // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире: материалы VIII науч.-практ. конф., г. Санкт-Петербург, 11 марта 2015 г. — СПб., 2015. — Том 3. — С. 17–22.
31. Arrington D., Jewett B., Sterner S., et al. Incidental mucocele of the appendix in a 15-year-old girl // Pediatr. Emerg. Care. — 2014. — Vol. 30, N. 8. — P. 555–557.
32. Halder S.K., Khan I. An Indian female presenting with appendicular diverticulitis: a case report and review of the literature // Cases Journ. — 2009. — N. 2. — doi: 10.4076/1757-1626-2-8074.
33. Ramsaransing A.S., Postema R.R., Simons J.L. A case of chronic appendicopathy caused by parasitic infection // Case Rep. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 4, N. 3. — P. 397–398.
34. Maharjan S. An uncommon case of chronic tubercular appendicitis // Case Rep. in Pathol. — 2015. — Article ID 534838. — doi: 10.1155/2015/534838.
35. Nam S.H., Kim J.S., Kim K.H., Park S.J. Primary tuberculosis appendicitis with mesenteric mass // J. Korean Surg. Soc. — 2012. — Vol. 82, N. 4. — P. 266–269.
36. Zubietta-O'Farrill G., Raúl Guerra-Mora J., Gudiño-Chávez A., et al. Appendiceal diverticulum associated with chronic appendicitis // Int. J. Surg. Case Rep. — 2014. — Vol. 5, N. 12. — P. 961–963.
37. Сажин А.В., Мосин С.В., Коджоглян А.А. и др. Эпидемиологические аспекты хронического аппендицита // Хирургия. Журн. им. Н.И.Пирогова. — 2011. — № 4. — С. 4–8.
38. Сажин А.В., Мосин С.В., Коджоглян А.А. и др. Принципы дифференцированного подхода к диагностике и лечению больных с подозрением на хронический аппендицит // Хирургия. Журн. им. Н.И.Пирогова. — 2011. — № 5. — С. 32–38.
39. Sierakowski K., Pattichis A., Russell P., Wattchow D. Unusual presentation of a familial pathology: chronic appendicitis // BMJ Case Rep. — 2016. — doi: 10.1136/bcr-2015-212485.
40. Han H., Kim H., Rehman A., et al. Appendiceal Crohn's disease clinically presenting as acute appendicitis // World J. Clin. Cases. — 2014. — Vol. 2, N. 12. — P. 888–892.

REFERENCES

1. Pokrovskiy V.I., ed. *Encyclopedic dictionary of medical terms*. 2nd ed. Moscow: Medicine Publ., 2001. 960 p. (In Russian).
2. Savel'eva V.S., Kirienko A.I., eds. *Clinical surgery*. Vol. 1–3. Moscow: GEOTAR-Media, 2010. (In Russian).
3. Mosin S.V. *Laparoscopic diagnosis and treatment of chronic appendicitis: cand. med. sci. diss. synopsis*. Moscow, 2009. 24 p. (In Russian).
4. Kostenko N.V., Razuvaylova A.G. Modern problems of diagnosis and treatment of appendicitis and its complications. *Astrakhanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2014;9(2):8–14. (In Russian).
5. Elanskiy N.N. *Surgical disease*. Moscow: Meditsina Publ., 1964. 652 p. (In Russian).
6. Rusakov V.I. *Fundamentals of private surgery*. Rostov-on-Don: Izd. Rostov. Un. Publ., 1975. 481 p. (In Russian).
7. Pronin V.A., Boyko V.V. *The pathology of the appendix and appendectomy*. Khar'kov: CIM, 2007. 271 p. (In Russian).
8. Kuzin M.I., ed. *Surgical diseases*. 3rd ed. rev. and enl. Moscow: Meditsina Publ., 2005. 784 p. (In Russian).
9. Shevchenko Yu.L., ed. *Private surgery*. Vol. 1, 2. Saint Petersburg: Spets-Lit Publ., 2000.
10. Safaei M., Moeinei L., Rasti M. Recurrent abdominal pain and chronic appendicitis. *J Res Med Sci*. 2004;1:11–14.
11. Kemal Peker, Kemal Kılıç. A case of chronic appendicitis. *Kafkas J Med Sci*. 2012;2(2):78–80.
12. Fatih A., Sabriye D., Muzaffer A., Huseyin U. Chronic recurrent appendicitis in children: an insidious and neglected cause of surgical abdomen. *Turk J Med Sci*. 2002;32:351–354.
13. Shah S.S., Gaffney R.R., Dykes T.M., Goldstein J.P. Chronic appendicitis: an often forgotten cause of recurrent abdominal pain. *Am J Med*. 2013;126(1):e7–e8.
14. Gallagher H.W., Stevenson A.E.M. Chronic appendicitis. *Ulster Med J*. 1955;24:52–57.
15. Kothadia J.P., Katz S., Ginzburg L. Chronic appendicitis: uncommon cause of chronic abdominal pain. *Therap Adv Gastroenterol*. 2015;8(3):160–162.
16. Kager L.M., Bemelman W.A., Bastiaansen B.A. Chronic recurrent appendicitis: a contradiction in terms? *Ned Tijdschr Geneesk*. 2015;159: A9127.
17. Caiazzo P., Esposito M., Del Vecchio G., et al. The role of laparoscopy in recurrent right lower quadrant pain in children. *Ann Ital Chir*. 2015;86(1):42–45.
18. Van Rossem C.C., Treskes K., Loeza D.L., van Geloven A.A. Laparoscopic appendectomy for chronic right lower quadrant abdominal pain. *Int J Colorectal Dis*. 2014;29(10):1199–1202.
19. Husain M., Sachan P.K., Khan S., et al. Role of diagnostic laparoscopy in chronic and recurrent abdominal pain. *Trop Gastroenterol*. 2013;34(3):170–173.
20. Chichom Mefire A., Tchounzou R., Kuwong P.M., et al. Clinical, ultrasonographic, and pathologic characteristics of patients with chronic right-lower-quadrant abdominal pain that may benefit from appendectomy. *World J Surg*. 2011;35(4):723–730.
21. Whorwell P.J. The continuing dilemma of chronic appendicitis. *Therap Adv Gastroenterol*. 2015;8(3):112–113.
22. Khokha R.N. Recurrent abdominal pain in children. *Zhurnal GGMU*. 2005;3:47–53. (In Russian).
23. Sulavko Ya.P. *Rationale for the diagnosis of "chronic appendicitis" in children. Cand. med. sci. diss. synopsis*. Moscow, 2008. 21 p. (In Russian).
24. Teli B., Ravishankar N., Harish S., Vinayak C.S. Role of elective laparoscopic appendectomy for chronic right lower quadrant pain. *Indian J Surg*. 2013;75(5):352–355.
25. Smirnov A.N., Dronov A.F., Poddubnyy I.V., et al. Chronic appendicitis as the primary cause of prolonged recurrent abdominal pain in children. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2007;6(1):24–28. (In Russian).
26. Prudkova M.I., ed. *Emergency surgery: Clinical practice guidelines for the provision of medical care to the population of the Ural Federal district*. Ekaterinburg: Artikel Publ., 2013. 88 p. (In Russian).
27. Kalitaevskiy P.F. *Diseases of the appendix*. Moscow: Meditsina Publ., 1970. 204 p. (In Russian).
28. Mantulina L.A. *Clinical and morphological characteristics of the structure of the appendix is normal, acute and chronic appendicitis: cand. med. sci. diss. synopsis*. Voronezh, 1995. 24 p. (In Russian).
29. Rusanov A.A. *Appendicitis*. Leningrad: Meditsina Publ., 1979. 173 p. (In Russian).
30. Akperov I.A., Butenko Yu.A. Mucocoele Appendix. *Fundamental and applied studies in the modern world: materials of VIII scientific-pract. Conf. St. Petersburg, 2015, March 11*. Saint Petersburg, 2015. Vol. 3. 17–22. (In Russian).
31. Arrington D., Jewett B., Sterner S., et al. Incidental mucocoele of the appendix in a 15-year-old girl. *Pediatr Emerg Care*. 2014; 30(8):555–557.
32. Halder S.K., Khan I. An Indian female presenting with appendicular diverticulitis: a case report and review of the literature. *Cases Journ*. 2009; 2. doi: 10.4076/1757-1626-2-8074.
33. Ramsaransing A.S., Postema R.R., Simons J.L. A case of chronic appendicopathy caused by parasitic infection. *Case Rep Gastroenterol*. 2010;4(3):397–398.
34. Maharjan S. An uncommon case of chronic tubercular appendicitis. *Case Rep in Pathol*. 2015;ID 534838. doi: 10.1155/2015/534838.
35. Nam S.H., Kim J.S., Kim K.H., Park S.J. Primary tuberculosis appendicitis with mesenteric mass. *J Korean Surg Soc*. 2012;82(4):266–269.
36. Zubieta-O'Farrill G., Raúl Guerra-Mora J., Gudiño-Chávez A., et al. Appendiceal diverticulum associated with chronic appendicitis. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5(12):961–963.
37. Sazhin A.V., Mosin S.V., Kodzhoglyan A.A., et al. Epidemiological aspects of chronic appendicitis. *Khirurgiya Zhurnal im NI Pirogova*. 2011;4:4–8. (In Russian).
38. Sazhin A.V., Mosin S.V., Kodzhoglyan A.A., et al. Principles of a differentiated approach to the diagnosis and treatment of patients with suspected chronic appendicitis. *Khirurgiya Zhurnal im NI Pirogova*. 2011;5:32–38. (In Russian).
39. Sierakowski K., Pattichis A., Russell P., Wattchow D. Unusual presentation of a familiar pathology: chronic appendicitis. *BMJ Case Rep*. 2016. doi: 10.1136/bcr-2015-212485.
40. Han H., Kim H., Rehman A., et al. Appendiceal Crohn's disease clinically presenting as acute appendicitis. *World J Clin Cases*. 2014; 2(12):888–892.

Поступила 04.04.2016

Контактная информация:

Панасюк Александр Иосифович,

врач-хирург высшей категории

хирургического отделения ГБУЗ ИОКБ, Иркутск

e-mail: pana@mail.ru