

შემთხვევის აღწერა

ლომიძე ნ., ირემაშვილი ბ., ახმეტელი ლ., საგინაშვილი ლ., მაღალაშვილი დ.
სიგმოვეზიკულური ფისტულა
თსსუ, ქირურგიის¹ დეპარტამენტი

სიგმოვეზიკულური ფისტულა წარმოადგენს იშვიათ პათოლოგიას. ის მიეკუთვნება ენტეროვეზიკულურ ფისტულათა ჯგუფს, რომელიც, თავის მხრივ, ოთხ ძირითად კატეგორიად იყოფა: კოლოვეზიკულური, რექტოვეზიკულური, ილეოვეზიკულური და აპენდიკულოვეზიკულური (1,2).

სიგმოვეზიკულური ფისტულა შეიძლება იყოს: თანდაყოლილი (ემბრიოგენეზის დროს საშარდე და საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაუმთავრებელი სეპარაცია) და შეძენილი (სხვადასხვა ანთებითი მდგომარეობები, სიმსივნეები, ტრავმა, იატროგენია) (3).

ზოგადად, მსხვილი ნაწლავის სიმსივნეთა დაახლოებით 0,6% რთულდება კოლოვეზიკულური ფისტულით; მამაკაცებში ეს გართულება სამჯერ მეტად გვხვდება, ვიდრე ქალებში, რაც გამოწვეულია ქალებში საშვილოსნოსა და მისი დანამატების ინტერპოზიციით მსხვილ ნაწლავსა და შარდის ბუშტს შორის (1,3,5).

ფისტულით გართულებები თანდათანობით უფრო იშვიათი ხდება, ვინაიდან თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური კვლევის მეთოდებით სიმსივნეთა დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, მით უმეტეს, სიგმური კოლინჯის სიმსივნეების, ხშირად გართულების განვითარებამდე ხდება შესაძლებელი.

ფისტულის წარმოქმნას საფუძვლად უდევს სიგმური კოლინჯის სიმსივნის ჩაზრდა შარდის ბუშტის კედელში, მისი დესტრუქცია და შედეგად ხვრელ-მილის ჩამოყალიბება. წნევის გრადიენტიდან გამომდინარე, შიგთავსის გადასვლა, როგორც წესი, ძირითადად წარმოებს სიგმური კოლინჯიდან შარდის ბუშტში (1,3).

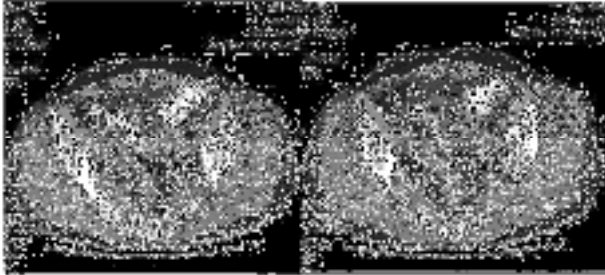
სიგმოვეზიკულური ფისტულის კლინიკურ სურათში ჭარბობს საშარდე სისტემის ინფექციის სიმპტომები და უპირატესად სწორედ ეს წარმოადგენს ექიმთან მიმართვის მიზეზს. მკურნალობის არჩევი- თი მეთოდი ოპერაციულია (4,5).

სადემონსტრაციო მასალა წარმოადგენს სწორედ შარდის ბუშტის უკანა კედელში ჩაზრდილი სიგმური კოლინჯის ადენოკარცინომის მიერ შარდის ბუშტის კედლის დესტრუქციისა და სიგმოვეზიკულური ფისტულის ჩამოყალიბების შემთხვევას.

2015 წლის ივნისში თსსუ-ის პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკაში ჰოსპიტალიზებული იქნა 67 წლის მამაკაცი მძიმე სეპტიური მდგომარეობით. უჩიოდა: მუდმივი ხასიათის ზომიერ ტკივილს ბოქვენზე და მიდამოში, გახშირებულ და მტკივნეულ შარდვას, ტენეზიმებს, მღვრიე და ცუდი სუნის შარდის არსებობას, განავლისა და ჰაერის ბუშტუკების გამოყოფას ურეთრიდან, ძლიერ საერთო სისუსტეს, ჰექტიურ ცხელებას, ოფლიანობას, წონაში კლებას - 5 თვეში 8კგ-ით.

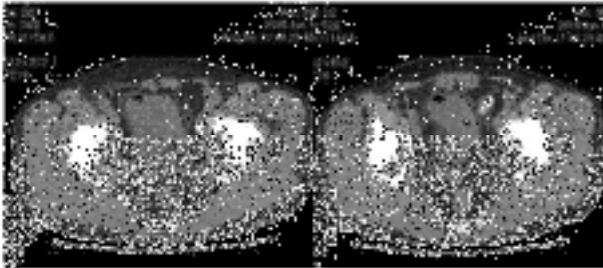
ანამნეზური მონაცემებით, ორი კვირის განმავლობაში ბინაზე უტარდებოდა მკურნალობა ციპროფლოქსაცინით მწვავე ცისტიტის დიაგნოზით. ჰემოგრამაში

ყურადღებას იპყრობდა ლეიკოციტოზი ($23,4 \times 10^9$ /ლ), მარცხნივ მკვეთრი გადახრით (ჩხ. = 14%), შარდში - პიურია, ბაქტერიოლოგიურად - ნაწლავის ჩხირი. CT კვლევით დადგენილი იქნა სიგმური კოლინჯის სიმსივნე ჩაზრდილი შარდის ბუშტის უკანა კედელში და კომუნიკაცია შარდის ბუშტისა და სიგმური კოლინჯის სანათურებს შორის, პნევმატურია.



სურ. 1. და 2. სიგმური კოლინჯის სიმსივნე კოლონოსკოპიით ანუსიდან 34 სმ-ში ნანახი იქნა ინტრამურული ზრდის მქონე სიმსივნე, რომელიც არასრულად ახშობდა სიგმის სანათურს.

ადებული ბიოფსიური მასალის შესწავლით მოგვიანებით დადგინდა დაბალი დიფერენციაციის ადენოკარცინომის არსებობა. ავადმყოფის უმძიმესი მდგომარეობის გამო რადიკალური ოპერაციისგან თავი შევიკავეთ. პირველ ეტაპზე ავადმყოფს გაუკეთდა პრევენციული ორლულა ტრანსვერზოსტომია, შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია. ჩაუტარდა მძლავრი ანტიბაქტერიული და დეზინტოქსიკაციური მკურნალობა.



სურ. 3 და 4.

პნევმატურია სეპტიური მდგომარეობა ალაგდა. სამი კვირის შემდეგ, II ეტაპზე ჩატარდა რადიკალური ოპერაცია: სიგმური კოლინჯის რეზექცია, დესცენდორექტოანასტომოზი, ინტესტინოვზიკულური ფისტულის დახურვა. 6,5 თვის შემდეგ, III ეტაპზე პაციენტს ჩაუტარდა ტრანსვერზოსტომის ლიკვიდაცია - კოლოკოლოსტომის ფორმირება. პაციენტი გამოჯანმრთელებული გაეწერა კლინიკიდან.

ლიტერატურა:

1. Tomasz Golabek, Anna Szymanska, Tomasz Szopinski, Jakub Bukowczan, Mariusz Furmanek Jan Powroznik, and Piotr Chlosta Enterovesical Fistulae: Aetiology, Imaging, and Management, Review Article Gastroenterology Research and Practice, Volume 2013 (2013), Article ID 617967, 8 pages

2. D. Kavanagh, P. Neary, J. D. Dodd, K. M. Sheahan, D. O'Donoghue, and J. M. P. Hyland, Diagnosis and treatment of enterovesical fistulae, *Colorectal Disease*, 2005, vol. 7, no. 3, pp. 286–291,
3. S. F. Najjar, M. K. Jamal, J. F. Savas, and T. A. Miller, “The spectrum of colovesical fistula and diagnostic paradigm,” *American Journal of Surgery*, vol. 188, no. 5, pp. 617–621, 2004.
4. D. H. Patel, S. Dang, F. R. Bentley, R. N. Julka, K. W. Olden, and F. Aduli, “Carcinosarcoma of the colon: a rare cause of colovesical fistula,” *American Surgeon*, vol. 75, no. 4, pp. 335–337, 2009.
5. I. R. Daniels, B. Bekdash, H. J. Scott, C. G. Marks, and D. R. Donaldson, “Diagnostic lessons learnt from a series of enterovesical fistulae,” *Colorectal Disease*, vol. 4, no. 6, pp. 459–462, 2002.

Case Report

Lomidze N., Iremashvili B., Akhmeteli L., Saginashvili L., Magalashvili D.
VESICO-SIGMOID FISTULA (CASE REPORT)
TSMU, DEPARTMENT OF SURGERY N1

Vesico-sigmoid fistula is the fistula between the bladder and sigmoid colon. One of the reasons for the development of this pathology is sigmoid colon cancer. Fistula formation is based on the invasion of sigmoid colon cancer into bladder wall, its destruction and formation of connection between these organs.

Approximately 0.6% of colon cancer complicates by Colo-vesicular fistula. With a male-to-female ratio 3:1.

Nowadays, Due to ability of early, high-tech investigation of colon, sigmoid colon cancer is diagnosed at an earlier stage, therefore frequency of such complication, as vesico-sigmoid fistula is reduced.

In case of vesico-sigmoid fistula, due to the pressure gradient, as a rule, the content of the colon enters the bladder and clinical signs of urinary tract infection are present, this is the main reason for patients to visit a doctor. The treatment of choice is surgery.

A case of vesico-sigmoid fistula developed through invasion of colon adenocarcinoma into the posterior wall of the bladder has been presented.

The patient was admitted to the hospital in septic condition, with suprapubic pain, disuria, tenesmus. Clinical studies revealed sigmoid colon cancer, vesico-sigmoid fistula. Due to poor condition of the patient, transversostomy was performed, 3 weeks later – radical surgery - excision of the tumor and vesico-sigmoid fistula closure. Colostoma was closed in 6,5 month.