

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІНВАГІНАЦІЇ КИШОК У 55-РІЧНОЇ ХВОРОЇ: ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

А.Б. Шегинський, І.А. Семенюк, В.П. Федоренко

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії №2 (зав. - проф. І.І. Кобза)*

Реферат

Мета. Поліпшення діагностики та результатів лікування інвагінації кишок у дорослих.

Матеріал і методи. Проаналізовано особливості клініки, діагностики і хірургічного лікування інвагінації кишок у хворої віком 55 років лікарями 1-го хірургічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ), подано результати обстеження, діагностики і хірургічного лікування.

Результати й обговорення. Хвора, віком 55 років, поступила 26.08.2014 о 13⁴⁰ у 1-ше хірургічне відділення ЛОКЛ на 5 добу від появи болю в животі, нудоти, блювання, підвищення температури тіла до 37,3°C. Діагноз при госпіталізації - пухлина кишківника, механічна непрохідність кишок. Подібні симптоми відмічає з лютого 2014, з приводу чого перенесла апендектомію 31.03.2014 в центральній районній лікарні (ЦРЛ). Стан не покращився, болі в животі зменшувались при голодуванні. Загальний стан середньої важкості. Язик підсихає. Живіт помірно здутий, передня черевна стінка бере участь в акті дихання. У правій мезогастральній і клубовій ділянках живота наявний болючий утвір розмірами 4×10 см. Тиск 110/70. В загальному аналізі крові від 26.08.2014: ер. - $3,4 \times 10^{12}/л$, Нb - 110 г/л, лейкоц. - $6,4 \times 10^9/л$, е - 0%, п - 2%, с - 61%, лімф. - 28%, м - 9%, ШЗЕ - 11 мм/год. Біохімічний аналіз крові: загальний білок - 76 г/л, білірубін - 11,8 мкмоль/л, глюкоза - 7,0 ммоль/л, К - 5,0 мМ/л, Na - 139 мМ/л, амілаза - 17,5 т/ (год/л), АсТ - 26,2 од/л, АлТ - 12,8 од/л. Коагулограма: протромбіновий час - 16", протромбіновий індекс - 106%, загальний фібриноген - 2,66 г/л. 26.08.2014 - УЗД. У черевній порожнині помірна кількість вільної рідини, петлі кишок дилатовані (50-60 мм) із застійним вмістом, "маятниковоподібна" перистальтика кишок. В проекції операційного рубця наявний гіперехогенний тяжистий утвір щільної структури. 26.08.2014 - оглядова рентгенографія органів черевної порожнини - петлі тонкої кишки роздуті газом, множинні чаші Клойбера. 26.08.2014 о 15³⁵-16³⁵ - операція. Діагноз перед операцією - новоутвір черевної порожнини, гостра непрохідність кишок. Середньо - серединна лапаротомія. У черевній порожнині до 300 мл серозно-геморатичного прозорого ексудату без запаху. Встановлено, що причиною механічної змішаної непрохідності кишок була інвагінація термінальної частини клубової, сліпої та проксимальної третини висхідної кишок. Петлі тонкої кишки роздуті газами перед інвагінатом, після - порожні. Здійснена дезінвагінація термінального відділу клубової, сліпої та проксимальної третини висхідної кишок. Сліпа та проксимальна третина висхідної кишок

вузловим швами фіксовані до правої бокової стінки живота, а термінальний відділ клубової - до висхідної кишки. Черевна порожнина санована, осушена. Дренований малий таз. Пошаровий шов рани. Асептична пов'язка. Діагноз після операції - механічна змішана непрохідність кишок, інвагінація термінальної частини клубової, сліпої та проксимальної третини висхідної кишок. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Пацієнтка отримувала інфузійну терапію, метоклопрамід, емсеф, цибор. Випусана 02.09.2014 у задовільному стані.

Висновки. Рідкісна патологія, недостатнє панорамне мислення лікарів ЦРЛ і зосередження уваги лише на найчастішому захворюванні гострого живота - гострому апендициті, поступлення хворої вже на етапі розвитку непрохідності кишок утруднили діагностику інвагінації перед операцією. Серединна лапаротомія, дезінвагінація термінального відділу клубової, сліпої та проксимальної третини висхідної кишок, фіксація сліпої та висхідної кишок до правої бокової стінки живота, а термінального відділу клубової кишок - до висхідного відділу товстої кишок були адекватним хірургічним втручанням і завершилися одужанням хворої.

Ключові слова: інвагінація кишок, клініка, діагностика, хірургічне лікування, результати

Abstract

CHARACTERISTICS OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF ADULT INTUSSUSCEPTIONS

*A.B. SCHEGYNSKIY, I.A. SEMENYUK, V.P. FEDORENKO
The Danylo Halytsky National Medical University in Lvi*

Aim. The aim of this study was to improve the diagnostics and surgical treatment of adult intussusceptions.

Material and Methods. Analysis of clinical features and results of diagnostics and surgical treatment of bowel intussusception in a 55-year-old patient by doctors of the 1-st surgical department of Lviv Regional Clinical Hospital are presented.

Results and Discussion. A 55-y.o. woman presented to the 1-st surgical unit of Lviv Regional Clinical Hospital at 13⁴⁰ on 26.10.2014 with complaints of abdominal pain, nausea, vomiting and body temperature up to 37,3°C for 5 days. The admission diagnosis of intestinal tumor and mechanical bowel obstruction was made. She had the same symptoms since February 2014, thus underwent an open appendectomy on 31.03.2014 in the Central District Hospital. But the patient's condition was not improving;

the symptoms reduced during fasting. During the physical examination, she appeared in a general condition of medium severity, and had dry tongue, distended abdomen and shallow breathing with minimal abdominal wall movement. There was a painful mass 4×10 cm in size in the right mesogastric and iliac regions. Her blood pressure was 110/70 mm Hg. Complete blood count (26.08.2014): RBCs - $3,4 \times 10^{12}/l$, hemoglobin - 110 g/l, WBCs - $6,4 \times 10^9/l$, eosinophils - 0%, bands - 2%, segs - 61%, lymphocytes - 28%, monocytes - 9%, erythrocyte sedimentation rate - 11 mm/hour. Biochemical blood profile: total protein - 76 g/l, total bilirubin - 11,8 $\mu\text{mol}/l$, glucose - 7,0 mmol/l, K - 5,0 mmol/l, Na - 139 mmol/l, amylase - 17,5 g/l per hour, AST - 26,2 U/l, ALT - 12,8 U/l. Coagulation test: prothrombin time - 16", prothrombin index - 106%, fibrinogen - 2,66 g/l. Abdominal ultrasound (26.08.2014) revealed fluid collection in the abdominal cavity, bowel loops dilated (50-60 mm) and filled with stagnant contents, and pendular peristalsis. There was also a hyperechoic bundle-like mass of high-density in the scar area. A plain X-ray of the abdomen (26.08.2014) revealed air-filled bowel loops and Kloiber's cups. The surgery was performed on 26.08.2014 at 15³⁵-16³⁵ with preoperative diagnosis of neoplasm in the abdominal cavity and acute bowel obstruction. After midline laparotomy surgical exploration revealed about 300 ml of clear odorless serohemorrhagic exudate in the abdominal cavity. Mechanical intestinal obstruction was caused by the intussusception of terminal ileum, cecum and proximal one third of the ascending colon. There were dilated gas-filled bowel loops proximal to the site of intussusception and collapsed distal loops. Reduction of the intussusceptum that comprised terminal ileum, cecum and proximal one third of the ascending colon was performed. Cecum and proximal one third of the ascending colon were fixed to the right lateral abdominal wall with a knotted suture, as well as the terminal ileum to the ascending colon. The abdominal and pelvic cavity were cleaned and drained. Layered closure of the wound. Aseptic dressing. The postoperative diagnosis of mechanical mixed bowel obstruction and intussusception of terminal ileum, cecum and proximal one third of the ascending colon was made. Her postoperative period was uneventful. Treatment included infusion therapy, Metoclopramid, Emcef, Zibor. She was discharged home on 02.09.2014 in good condition.

Conclusions. Infrequency of the pathology, lack of panoramic thinking of Central District Hospital doctors as well as their focusing only on the common possible cause of acute abdomen (acute appendicitis), and bowel obstruction at admission made preoperative diagnostics of the intussusception complicated. Midline laparotomy, reduction of terminal ileum, cecum and proximal one third of the ascending colon and fixation of cecum and proximal one third of the ascending colon to the right lateral abdominal wall as well as the terminal ileum to the ascending colon became an adequate surgery and led to patient's recovery.

Keywords: intussusception, clinic, diagnostics, surgical treatment, results

Вступ

Хоча у дорослих інвагінації становлять лише 1%

випадків непрохідності кишок, часто рецидивуючий перебіг та неспецифічність клінічної картини утруднюють своєчасну діагностику, а розвиток ішемії кишківника, перфорації та перитоніту обмежує час для застосування інструментальних методів діагностики [1-6].

Метою праці було поліпшення діагностики та результатів лікування інвагінації кишок у дорослих.

Матеріал і методи

Враховуючи рідкісність патології, особливості перебігу, діагностики та лікування в залежності від віку, вважаємо доцільним поділитись наступними спостереженнями.

Опис клінічного спостереження

Хвора, віком 55 років, поступила 26.08.2014 о 1340 у 1-ше хірургічне відділення ЛОКЛ на 5 добу від появи болю в животі, нудоти, блювання, підвищення температури тіла до 37,3°C. Діагноз при госпіталізації - пухлина кишківника, механічна непрохідність кишок. Подібні симптоми відмічає з лютого 2014, з приводу чого перенесла апендектомію 31.03.2014 в центральній районній лікарні (ЦРЛ). Стан не покращився, болі в животі зменшувались при голодуванні. Загальний стан середньої важкості. Тиск 110/70. Язик підсихає. Живіт помірно здутий, передня черевна стінка бере участь в акті дихання. У правій мезогастральній і клубовій ділянках живота наявний болючий утвір розмірами 4×10 см. У загальному аналізі крові від 26.08.2014: ер. - $3,4 \times 10^{12}/l$, Нв - 110 г/л, лейкоц. - $6,4 \times 10^9/l$, е - 0%, п - 2%, с - 61%, лімф. - 28%, м - 9%, ШЗЕ - 11 мм/год. Біохімічний аналіз крові: загальний білок - 76 г/л, білірубін - 11,8 мкмоль/л, глюкоза - 7,0 ммоль/л, К - 5,0 мМ/л, Na - 139 мМ/л, амілаза - 17,5 г/(годол), АсТ - 26,2 од/л, АлТ - 12,8 од/л. Коагулограма: протромбіновий час - 16", протромбіновий індекс - 106%, загальний фібриноген - 2,66 г/л.

26.08.2014 - УЗД. У черевній порожнині помірна кількість вільної рідини, петлі кишок дилатовані (50-60 мм) із застійним вмістом, "мятнікоподібна" перистальтика кишок. В проекції операційного рубця наявний гіперехогенний тяжистий утвір щільної структури.

26.08.2014 - оглядова рентгенографія органів черевної порожнини - петлі тонкої кишки

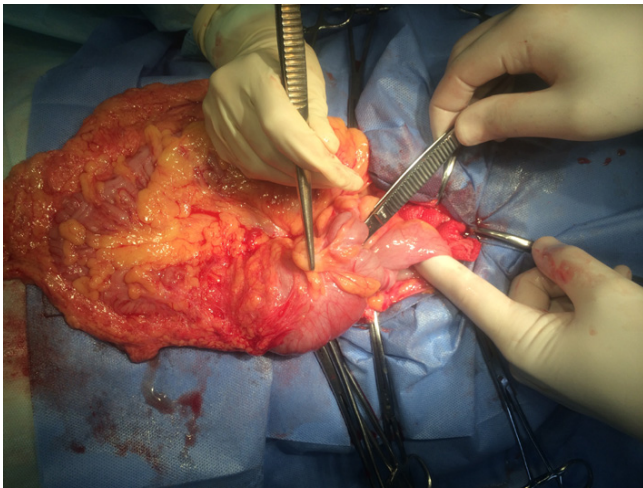


Рис. 1

Дезінвагінація термінального відділу клубової, сліпої та проксимальної третини висхідної кишки

роздуті газом, множинні чаші Клойбера.

26.08.2014 о 15³⁵-16³⁵ - операція. Діагноз перед операцією - новотвір черевної порожнини, гостра непрохідність кишок.

Середньо-серединна лапаротомія. У черевній порожнині до 300 мл серозно-геморагічного прозорого ексудату без запаху. Встановлено, що причиною механічної змішаної непрохідності кишок була інвагінація термінальної частини клубової, сліпої та проксимальної третини висхідної кишок. Петлі тонкої кишки роздуті газами перед інвагінатом, після - порожні. Здійснена дезінвагінація термінального відділу клубової, сліпої та проксимальної третини висхідної кишки (рис. 1). Сліпа та проксимальна третина висхідної кишки вузловим швами фіксовані до правої бокової стінки живота, а термінальний відділ клубової - до висхідної кишки. Черевна порожнина санована, осушена. Дренований малий таз. Пошаровий шов рани. Асептична пов'язка. Діагноз після операції - механічна змішана непрохідність кишок, інвагінація термінальної частини клубової, сліпої та проксимальної третини висхідної кишок. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Пацієнтка отримувала інфузійну терапію, метоклопрамід, емсеф, цибор. Виписана 02.09.2014 у задовільному стані.

Результати й обговорення

У нашому спостереженні, у 55-річної хворої, протягом 7 місяців утримувались біль у животі, який зменшувався при голодуванні, іноді нудота, блю-

вання, субфебрильна температура тіла. Стан не покращився після апендектомії. Лише під час лапаротомії була встановлена причина механічної непрохідності кишок - інвагінація термінальної частини клубової, сліпої та проксимальної третини висхідної кишок. Дезінвагінація термінального відділу клубової, сліпої та проксимальної третини висхідної кишки, фіксація сліпої та висхідної кишки до правої бокової стінки живота, а термінального відділу клубової кишки - до висхідного відділу товстої кишки були адекватним хірургічним втручанням і завершилися одужанням хворої.

Висновок

Рідкісна патологія, недостатнє панорамне мислення лікарів ЦРЛ і зосередження уваги лише на найчастішому захворюванні гострого живота - гострому апендициті, поступлення хворої вже на етапі розвитку гострої непрохідності кишок утруднили діагностику інвагінації перед операцією. Серединна лапаротомія, дезінвагінація термінального відділу клубової, сліпої та проксимальної третини висхідної кишки, фіксація сліпої та висхідної кишки до правої бокової стінки живота, а термінального відділу клубової кишки - до висхідного відділу товстої кишки були адекватним хірургічним втручанням і завершилися одужанням хворої.

Література

1. Olshanetsky A. A., Novoskoltseva I. G., Intussusception in adults. Kharkiv Surgical School 2013; № 6: 106-110. Ukrainian: (Ольшанецкий А. А., Новоскольцева И. Г. Инвагинация кишечника у взрослых. Харківська хірургічна школа 2013; № 6: 106-110).
2. Krasniqi A. S. et al. Compound double ileoileal and ileoceocolic intussusceptions caused by lipoma of the ileum in an adult patient: a case report. Journal of Medical Case Reports 2011; 5: 452-456.
3. Lianos G., Xeropotamos N., Bali C. et al. Adult bowel intussusception: presentation, location, etiology, diagnosis and treatment. Il Giornale di Chirurgia 2013; 34, 9/10: 280-283.
4. Mrak K. Uncommon conditions in surgical oncology: acute abdomen caused by ileocolic intussusception. J Gastrointest Oncol 2014; 5(4): 75-79.
5. Namikawa T., Okamoto K., Okabayashi T. et al. Adult intussusception with cecal adenocarcinoma: Successful treatment by laparoscopy-assisted surgery following preoperative reduction. World J Gastrointest Surg 2012; 4(5): 131-134.
6. Sahoo M. R., Gowda M. S., Kaladagi R. M. Idiopathic double telescoping intussusception in an adult. International Journal of Case Reports and Images 2013; 4(12): 691-694.