

## **Масивна тонко–товстокишкова інвагінація пухлинного генезу**

**С. М. Завгородній<sup>1</sup>, М. Б. Данилюк<sup>1,2</sup>, А. І. Рилов<sup>2</sup>, Я. В. Сумик<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Запорізький державний медико–фармацевтичний університет,  
<sup>2</sup>Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги, м. Запоріжжя

## **Massive small intestinal into large bowel tumoral invagination**

**S. M. Zavgorodniy<sup>1</sup>, M. B. Danylyuk<sup>1,2</sup>, A. I. Rylov<sup>2</sup>, Ya. V. Sumyk<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Zaporizhzhya State Medico–Pharmaceutical University,  
<sup>2</sup>Municipal Hospital of Urgent and Emergent Medical Help, Zaporizhzhya

Інвагінація кишечника – вид кишкової непрохідності, при якій кишковий конгломерат формується шляхом заглиблення проксимального відрізка кишки у просвіт дистального відрізка. За даними досліджень, опублікованих у журналах «Annals of Surgery» (Т. Azar і D. L. Berger) та «Postgraduate Medical Journal», найчастіше (75,0%) інвагінація кишечника зустрічається серед дитячого населення, а серед дорослих пацієнтів з кишковою непрохідністю її частота становить 1,0 – 5,0% [1, 2].

Виділяють тонко–тонкокишкову інвагінацію (зустрічається найбільш рідко), клубово–ободову (сліпо–ободову) і товсто–товстокишкову. В інвагінації виділяють внутрішній (комірець інвагінації) та зовнішній (піхва інвагінації) циліндри кишок. Обтурація просвіту кишки та стиснення судин її брижі є підставою, щоб віднести інвагінацію до змішаної форми кишкової непрохідності – обтураційно–странгуляційної [3].

Основні етіологічні фактори розвитку інвагінації: наявність внутрішньопросвітних утворень (пухлина, гематома, запальні інфільтрати із залученням стінки кишки), порушення іннервації, що призводить до розладу перистальтики, підвищена мобільність зв'язкового апарату та брижі кишечника, доліхосигма [4].

Для клінічної картини інвагінації у дорослих характерний підгострий або хронічний перебіг з появою періодичного спастичного болю в животі синхронно з хвилями перистальтики, нудотою, здуттям живота, хронічним закрепом. При злоякісних новоутвореннях кишечника спостерігаються значна втрата маси тіла та відраза до їжі, слизово–кров'янисті виділення з прямої кишки. Якщо захворювання прогресує, біль посилюється, проміжки між нападами болю зменшуються, порушуються відходження газів та випорожнення, виникає багаторазове блювання, підвищується температура тіла, з'являються ознаки інтоксикації [5 – 7].

На оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини (ОЧП) визначається виражена пневматизація кишечника з наявністю тіні інвагінації, «чаш Клойберга» чи кишкових аркад. Під час ультразвукового дослідження ви-

значаються перероздуті петлі тонкої і товстої кишок з маятникоподібними хвилями перистальтики, наявність вільної рідини та інвагінації в черевній порожнині. Найбільш інформативним методом обстеження хворих при інвагінації кишечника є комп'ютерна томографія (КТ) ОЧП з внутрішньовенним контрастуванням, що дає можливість вчасно встановити причину кишкової непрохідності, рівень, тяжкість та етіологію інвагінації та вплинути на подальший вибір тактики й об'єму оперативного втручання.

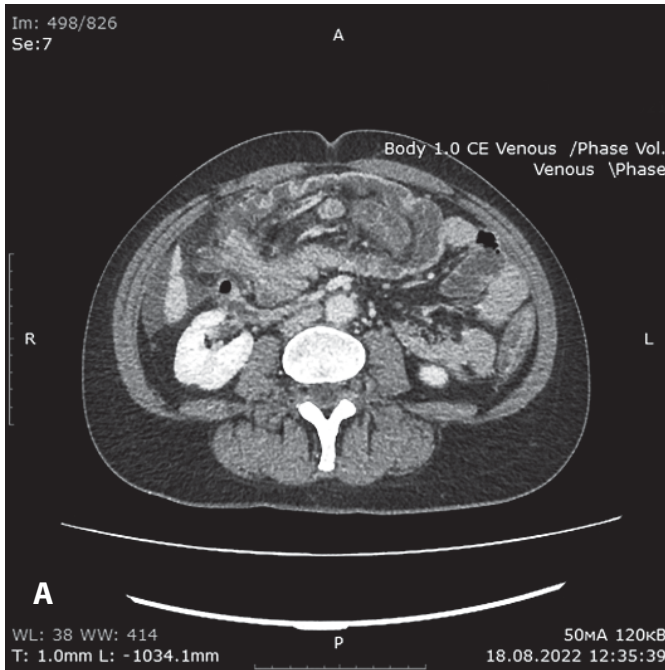
Лікування інвагінації кишечника у дорослих переважно оперативне. Консервативне ведення пацієнта навіть у перші 2 – 6 год малоефективне. Об'єм оперативного втручання залежить від ступеня тяжкості та стадії інвагінації [8].

Саме через низьку частоту інвагінації кишечника у дорослих (1,0 – 5,0%) виникають труднощі у правильному виборі методів діагностики та своєчасному встановленні діагнозу, що призводить до ускладнень та негативного впливу на лікування. Наводимо спостереження.

Пацієнтка С., 1979 року народження, доставлена бригадою швидкої медичної допомоги в ургентному порядку до Міської лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги зі скаргами на спастичний біль у нижніх відділах живота, нудоту, блювання, затримку відходження газів та випорожнення. Госпіталізована до відділення хірургії з гінекологічними ліжками.

Анамнез життя. Супутні захворювання заперечує; перенесені оперативні втручання – нижньосерединна лапаротомія з приводу пельвіоперитоніту, зі слів хворої, виділена права маткова труба.

Анамнез захворювання. Хворіє протягом двох діб, коли відмітила появу спастичного болю в животі, у зв'язку з чим звернулася до сімейного лікаря. Направлена на амбулаторну рентгеноскопію ОЧП, виявлено виражену пневматизацію кишечника. Оскільки біль був незначний, мав хвилеподібний характер, належної уваги даному симптому пацієнтка не надала та повернулася додому. Наступного дня біль посилювався, проміжки між нападами болю стали меншими, приєдналися нудота, блювання, затримка відходження газів та випорожнення. Погіршення стану змуси-



КТ ОЧТ: горизонтальний (А) та фронтальний (Б) зрізи.

ло пацієнтку викликати бригаду швидкої медичної допомоги, яка доставила її до приймального відділення Міської лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги. Після огляду пацієнтка госпіталізована до хірургічного стаціонару, де їй проводилися спазмолітична, інфузійна терапія, стимуляція перистальтики. На фоні лікування загальний стан пацієнтки залишався без позитивної динаміки.

Протягом 2 год з моменту госпіталізації в ургентному порядку виконана КТ ОЧП з внутрішньовенним контрастуванням: виявлено ознаки масивної тонко–товстокишкової інвагінації, часткової тонкокишкової непрохідності, гідропельвіоперитонеуму (див. рисунок).

Ураховуючи результати КТ, протягом чотирьох годин з моменту госпіталізації у невідкладному порядку виконано оперативне втручання. Інтраопераційно виявлено, що масивну інвагінацію кишечника спричинило новоутворення сліпої кишки розміром до 4 см, хрящеподібної консистенції. Інвагінатом стала клубова кишка, яка досягнула рівня селезінкового згину ободової кишки. Інвагінат усунуено. При ревізії петлі клубової кишки життєздатні, набряк стінки помірний, що дозволило накласти анастомоз на дану стінку, тоді як петлі порожньої кишки значно роздуті та без перистальтики через кишкову непрохідність. Виконана правостороння геміколектомія. Тонка кишка пересічена в 50 см від ілеоцекального кута у проксимальному напрямку. Накладено ілеотрансверзоанастомоз бік у бік. Назогастральна інтубація тонкої кишки (з метою декомпресії), дренажування черевної порожнини.

Ділянка кишки з пухлиною та лімфатичними вузлами брижі відправлена на патогістологічне дослідження.

За результатами патогістологічного дослідження встановлено діагноз: муцинозна аденокарцинома товстої кишки High grade, код за Міжнародною класифікацією онко-

логічних хвороб 8480/3, з інвазією м'язового шару та вросанням у параколичну клітковину. У лімфатичних вузлах значний лімфостаз без метастатичного ураження. Найвна паравазальна та судинна інвазія.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Консервативне лікування включало антибіотикотерапію, знеболювання: нестероїдні протизапальні препарати й ін'єкційні форми розчину парацетамолу. Стимуляція перистальтики: сорбілакт та прокінетики. Інфузійна терапія сольовими розчинами. На фоні проведеного лікування перистальтика кишечника відновились на 3–тю добу, після чого було видалено назогастральний зонд. Дренажі із черевної порожнини видалені на 4–ту післяопераційну добу. Загалом стаціонарне лікування тривало 9 діб. Пацієнтка виписана під нагляд онколога для продовження специфічного лікування.

### Висновки

Дане клінічне спостереження підтверджує статистичні дані про низьку частоту (1,0 – 5,0%) кишкової непрохідності, що виникає через інвагінацію товстої кишки внаслідок злякисних новоутворень. Низька частота захворювання зумовлює труднощі у правильному виборі методів діагностики та своєчасному встановленні діагнозу, що призводить до ускладнень та негативного впливу на лікування.

**Фінансування.** Зовнішні джерела фінансування і підтримки були відсутні. Гонорари або інші компенсації не виплачувалися.

**Внесок авторів.** Завгородній С. М. – концепція і дизайн дослідження, редагування статті, остаточне затвердження статті; Данилюк М. Б. – концепція і дизайн дослідження, аналіз та інтерпретація даних, редагування стат-

ті; Рилов А. І. – збір, аналіз та інтерпретація даних; Сумик Я. В. – збір, аналіз та інтерпретація даних, написання статті.

**Конфлікт інтересів.** Автори, які взяли участь в цьому дослідженні, заявили, що у них немає конфлікту інтересів щодо цього рукопису.

**Згода на публікацію.** Всі автори прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису. Всі автори дали згоду на публікацію цього рукопису.

## References

1. Mathis KL. Expert Commentary on Adult Intussusception. *Dis Colon Rectum*. 2021 Jun 1;64(6):648–9. doi: 10.1097/DCR.0000000000002043. PMID: 33769325.
2. Hinton L, Kyle S. Adult intussusception: a rare but important clinical entity. *ANZ J Surg*. 2019 May;89(5):611–3. doi: 10.1111/ans.14217. Epub 2017 Oct 18. PMID: 29044921.
3. Kim JW, Lee BH, Park SG, Kim BC, Lee S, Lee SJ. Factors predicting malignancy in adult intussusception: An experience in university-affiliated hospitals. *Asian J Surg*. 2018 Jan;41(1):92–7. doi: 10.1016/j.asjsur.2016.11.010. Epub 2017 Jan 25. PMID: 28131633.
4. Brill A, Lopez RA. Intussusception In Adults. 2022 Aug 8. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. PMID: 31424848.
5. Tarchouli M, Ait Ali A. Adult Intussusception: An Uncommon Condition and Challenging Management. *Visc Med*. 2021 Mar;37(2):120–7. doi: 10.1159/000507380. Epub 2020 May 6. PMID: 33981752; PMCID: PMC8077547.
6. Neymark M, Abramov R, Dronov M, Gilshtein H. Management of Adult Intussusception—A Case Series Experience from a Tertiary Center. *World J Surg*. 2021 Dec;45(12):3584–91. doi: 10.1007/s00268–021–06277–z. Epub 2021 Aug 6. PMID: 34363099.
7. Fiordaliso M, Panaccio P, Costantini R, De Marco AF. Comparison between children and adults intussusception. Description of two cases and review of literature. *Ann Ital Chir*. 2021;92:268–76. PMID: 34031279.
8. Siow SL, Goo ZQ, Mahendran HA, Wong CM. Laparoscopic versus open management of adult intussusception. *Surg Endosc*. 2020 Oct;34(10):4429–35. doi: 10.1007/s00464–019–07220–z. Epub 2019 Oct 15. PMID: 31617099.

Надійшла 29.09.2022