



Инвагинация приводящей петли тонкой кишки в просвет культи желудка после панкреатодуоденальной резекции

Г.В. Балицкий*, В.М. Легостаев, Т.В. Зема

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Цель: демонстрация редкого клинического наблюдения инвагинации приводящей петли тонкой кишки в просвет культи желудка после панкреатодуоденальной резекции.

Основное содержание: пациент 69 лет обратился с жалобами на приступообразные боли в животе, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, эпизод появления черного стула спустя 7 лет после панкреатодуоденальной резекции по поводу рака головки поджелудочной железы и 3 года спустя после реконструктивной операции с выполнением холедохоэнтероанастомоза. Выявлена инвагинация приводящей петли тонкой кишки в просвет культи желудка. Произведена мобилизация и резекция фрагмента тощей кишки с зоной инвагинации с последующим ушиванием дистального конца кишки.

Заключение. Инвагинация тонкой кишки после операций на органах брюшной полости встречается в 1–5% наблюдений. Данный случай инвагинации слепого конца приводящей петли в культю желудка через гастроэнтероанастомоз вызвал у пациента острый синдром приводящей петли. В отечественной и зарубежной литературе подобных опубликованных случаев не найдено.

Ключевые слова: инвагинация, приводящая петля, культя желудка, панкреатодуоденальная резекция, эзофагогастроэнтероскопия

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Балицкий Г.В., Легостаев В.М., Зема Т.В. Инвагинация приводящей петли тонкой кишки в просвет культи желудка после панкреатодуоденальной резекции. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019;29(5):49–52. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2019-29-5-49-52>

Invasion of the Adductor Loop of the Small Intestine into the Lumen of the Gastric Stump after Pancreatoduodenal Resection

Gennady V. Balitsky*, Vladislav M. Legostaev, Tatiana V. Zema

Rostov Research Institute of Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation

Aim. To present a rare clinical observation of invagination of the adductor loop of the small intestine into the lumen of the gastric stump after pancreatoduodenal resection.

Results. A 69-year-old patient complained of paroxysmal abdominal pain, nausea, vomiting without relief. The patient also reported an episode of black stools 7 years after pancreatoduodenal resection for pancreatic head cancer and 3 years after reconstructive surgery by performing choledochenteroanastomosis. The invagination of the adductor loop of the small intestine into the lumen of the gastric stump was identified. The mobilization and resection of a fragment of the jejunum with an invagination zone was performed followed by suturing of the distal end of the intestine.

Conclusions. Small bowel invagination after abdominal surgery occurs in 1–5% of cases. This case of invagination of the blind end of the adductor loop into the gastric stump through gastroenteroanastomosis caused an acute adductor loop syndrome in the patient. No similar cases have been reported in Russian and foreign publications.

Keywords: invagination, adductor loop, gastric stump, pancreatoduodenal resection, esophagogastroduodenoscopy

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Balitsky G.V., Legostaev V.M., Zema T.V. Invasion of the Adductor Loop of the Small Intestine into the Lumen of the Gastric Stump after Pancreatoduodenal Resection. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2019;29(5):49–52. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2019-29-5-49-52>

Инвагинация определяется как внедрение дистального участка кишки в проксимальном направлении, при этом сдавление кишечной стенки, а также брыжейки между внутренним и средним цилиндрами инвагината [1–4]. Инвагинация тонкой кишки у взрослых встречается редко. В структуре наблюдаемых случаев механической кишечной непроходимости инвагинация тонкой кишки составляет 15% [5]. Механизм инвагинации до конца не ясен. Среди причин ее возникновения описываются полипы, расстройства кровоснабжения отдельных участков кишки, первичные и метастатические опухоли тонкой кишки, дивертикул Меккеля [6–9]. В ряде наблюдений причина нарушения перистальтики тонкой кишки не может быть установлена. При этом возможно говорить о «первичной инвагинации», которая встречается в 8–20% всех случаев инвагинации кишки [10, 11]. Клиническая картина инвагинации часто соответствует симптомам кишечной не-

проходимости, однако у пациентов со спаечным процессом в брюшной полости после оперативных вмешательств диагностика крайне затруднительна. Классическая триада (схваткообразная боль, стул с кровью «малиновое желе» и пальпируемая опухоль — инвагинат), описанная в клинической картине инвагинации у детей, у взрослых практически не встречается [7, 12].

Цель данной статьи — демонстрация редкого клинического наблюдения инвагинации приводящей петли тонкой кишки в просвет культи желудка после панкреатодуоденальной резекции.

В 2015 году в Ростовский научно-исследовательский онкологический институт поступил пациент 69 лет с жалобами на приступообразные боли в животе, тошноту, рвоту не приносящую облегчения, эпизод появления черного стула.

Из анамнеза известно, что в 2008 году пациент перенес панкреатодуоденальную резекцию (ПДР) по поводу рака головки поджелудочной железы. На рисунке 1 схематично представлены выполненные гастроэнтеро-, и холецистоэнтероанастомоз, также панкреатико-энтероанастомоз с выведением дренажа вирсунгова протока в правое межреберье через торцевую энтеростому на конце приводящей петли.

Через 3 месяца панкреатический дренаж был удален и конец приводящей петли наглухо ушит.

В 2012 году у пациента появилась механическая желтуха за счет стриктуры холецистоэнтероанастомоза. Была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия под рентген контролем, а в декабре сделана реконструктивная операция, выполнен холедохоэнтероанастомоз.

После удаления панкреатического дренажа остался длинный слепой конец приводящей петли, который под действием перистальтики постепенно инвагинировал в проксимальный участок и затем в просвет культи желудка (рис. 2).

При ЭГДС (см. рис. 3) через анастомоз в просвет желудка пролабирует слепой отрезок тонкой

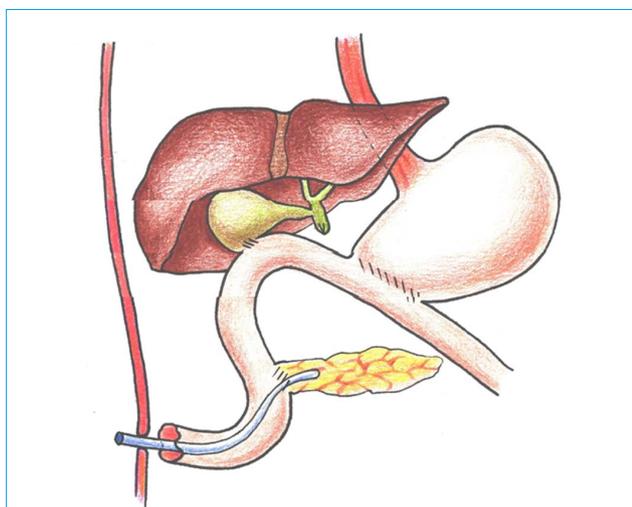


Рис. 1. Схема операции, проведенной пациенту по поводу рака головки поджелудочной железы
Fig. 1. Scheme of pancreatic head cancer operation

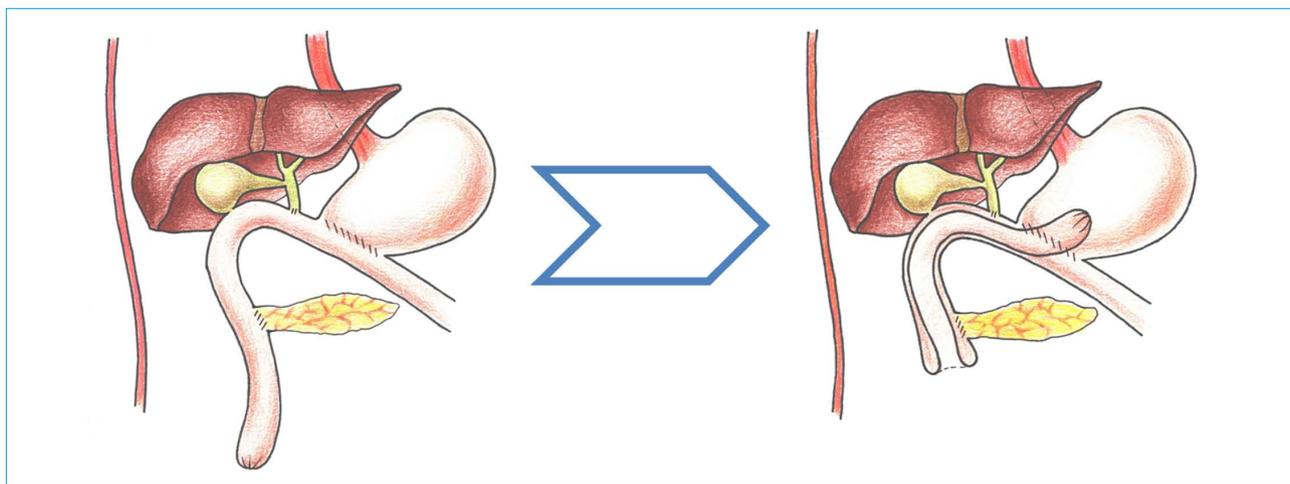


Рис. 2. Схема формирования инвагинации приводящей петли тонкой кишки в просвет культи желудка
Fig. 2. Scheme of forming an invagination of the adductor loop of the small intestine into the lumen of the gastric stump

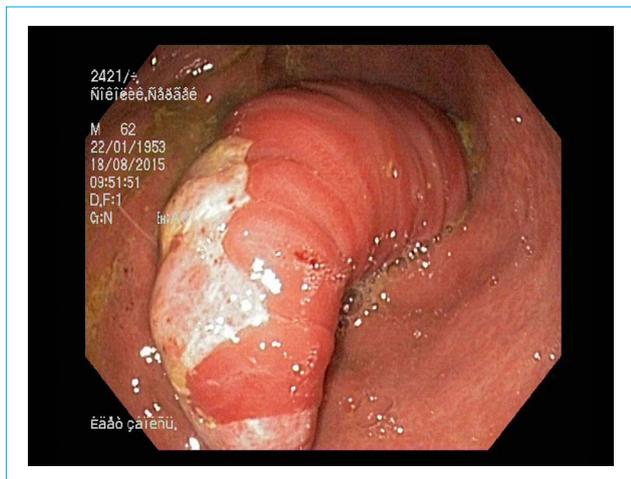


Рис. 3. Эндоскопическая картина: инвагинат приводящей петли тонкой кишки в просвет культи желудка

Fig. 3. Endoscopic picture: the invagination of the adductor loop of the small intestine into the lumen of the gastric stump

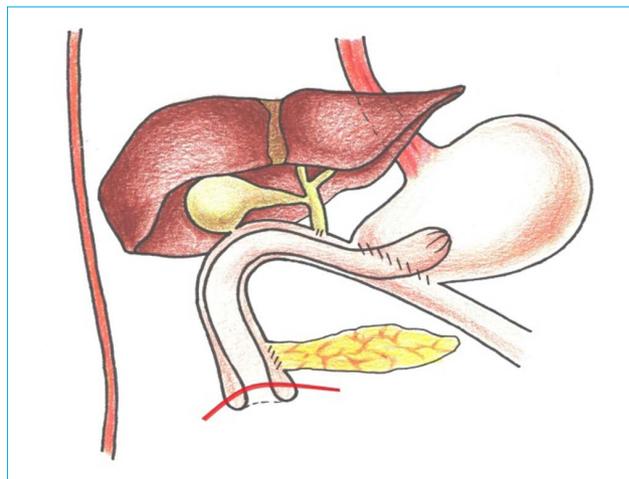


Рис. 4. Резекция фрагмента тощей кишки с зоной инвагинации с последующим ушиванием дистального конца кишки. Схематично зона резекции обозначена на рисунке красной линией

Fig. 4. Resection of a fragment of the jejunum with an invagination zone followed by suturing of the distal end of the intestine. Resection zone is designated schematically by a red line

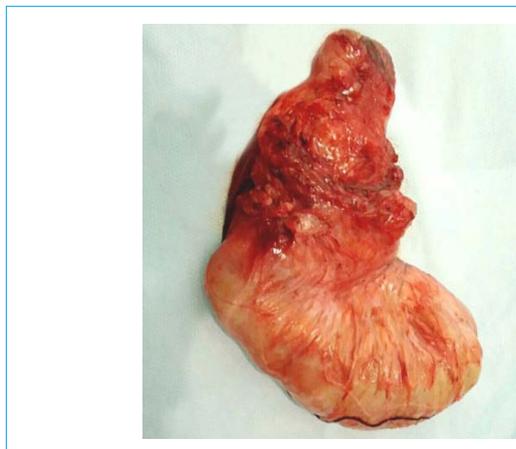


Рис. 5. Операционный макропрепарат

Fig. 5. Surgical macropreparation



кишки с ярко гиперемированной эрозированной поверхностью, длиной около 6 см. Инвагинат вывернут слизистой оболочкой в просвет желудка. При инструментальной пальпации — эластической консистенции, контактно кровоточит.

На КТ брюшной полости определялось состояние после ПДР без признаков рецидива рака, утолщенные петли тощей кишки.

При лапаротомии был подтвержден диагноз инвагинации приводящей петли гастроэнтероанастомоза на протяжении до 10 см. Произведена мобилизация и резекция фрагмента тощей кишки с зоной инвагинации с последующим ушиванием дистального конца кишки (см. рис. 4, 5).

Результат гистологического исследования операционного материала: выраженное хроническое воспаление.

Заключение

Инвагинация тонкой кишки после операций на органах брюшной полости встречается в 1–5% наблюдений [8, 9]. Данный случай инвагинации слепого конца приводящей петли в культю желудка через гастроэнтероанастомоз вызвал у пациента острый синдром приводящей петли. В отечественной и зарубежной литературе подобных опубликованных случаев не найдено.

Литература / References

1. *Норенберг-Чарквиани А.В.* Острая кишечная непроходимость. М.: Медицина, 1969. 375 с. [*Norenberg-Charkviani A.V.* Acute intestinal obstruction. Moscow: Medicine, 1969. 375 p. (In Rus.)].
2. *Петров В.П., Ерюхин И.А.* Кишечная непроходимость. М.: Медицина, 1989. 287 с. [*Petrov V.P., Eryukhin I.A.* Intestinal obstruction. Moscow: Medicine, 1989. 287 p. (In Rus.)].
3. *Синенченко Г.И., Курьгин А.А., Багненко С.Ф. (ред.)*. Хирургия острого живота. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2009. 511 с. [*Sinenchenko G.I., Kurygin A.A., Bagnenko S.F. (ed.)*. Surgery of acute abdomen. St. Petersburg: ELBI-SPb, 2009. 511 p. (In Rus.)].
4. *Zerey M., Sechrist C.W., Kercher K.W., Sing R.F., Matthews B.D., Heniford B.T.* The laparoscopic management of small-bowel obstruction. *Am. J. Surg.* 2007; 194: 6: 882–888.
5. *Шалимов А.А., Саенко В.Ф.* Хирургия пищеварительного тракта. Киев: Здоров'я, 1987. 567 с. [*Shalimov A.A., Saenko V.F.* Digestive tract surgery. Kiev: Zdoroviya, 1987. 567 p. (In Rus.)].
6. *Лебедев А.П.* Инвагинация кишечника. Минск: Беларусь, 1969. 168 с. [*Lebedev A.P.* Intestinal invagination. Minsk: Belarus, 1969. 168 p. (In Rus.)].
7. *Лебедев Н.Н.* Биоритмы пищеварительной системы. М.: Медицина, 1987. 267 с. [*Lebedev N.N.* Digestive system biorhythms. Moscow: Medicine, 1987. 267 p. (In Rus.)].
8. *Mouaqit O., Hasnai H., Chbani L., Benjelloun B., El Bouhaddouti H., Ibn E.I., Majdoub K., Toughrai I., Laalim S.A., Oussaden A., Maazaz K., Amarti A., Taleb K.A.* Adult intussusceptions caused by a lipoma in the jejunum: report of a case and review of the literature. *World J. Em. Surg.* 2012;7(1):28.
9. *Weilbaecher D., Bolin J.A., Hearn D., Ogden W.* Intussusception in adults. Review of 160 cases. *Am. J. Surg.* 1971;121(5):531–5.
10. *Marinis A., Yiallourou A., Samanides L., Dafnios N., Anastasopoulos G., Vassiliou I., Theodosopoulos T.* Intussusception of the bowel in adults: a review. *World. J. Gastroenterol.* 2009;15(4):407–11.
11. *Moreno E.A., Cickman P., Azar R., Feliu L., Nari G.A.* Intestinal intussusception in adults: Tomographic findings and report of two cases. *Acta Gastroenterol. Latinoam.* 2013;43(2):126–9.
12. *Ongon P.A., Kijjambu S.C.* Adult intussusception: a continuously unveiling clinical complex illustrating both acute (emergency) and chronic disease management. *OA Em. Med.* 2013;1(1):3.

Сведения об авторах

Балицкий Геннадий Вадимович* — врач-эндоскопист отделения внутрисветной эндоскопической диагностики, Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактная информация: g.balitsky@yandex.ru; 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я линия, д. 63. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5148-870X>

Легостаев Владислав Михайлович — кандидат медицинских наук, заведующий отделением внутрисветной эндоскопической диагностики, Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактная информация: legostaev_vladis@mail.ru; 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я линия, д. 63. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8101-1179>

Зема Татьяна Владимировна — врач-эндоскопист отделения внутрисветной эндоскопической диагностики, Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактная информация: tklimko@rambler.ru; 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я линия, д. 63.

Information about the authors

Gennady V. Balitsky* — Endoscopist, Department of Intraluminal Endoscopic Diagnostics, Rostov Research Institute of Oncology.

Contact information: g.balitsky@yandex.ru; 344037, Rostov-on-Don, 14th line str., 63. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5148-870X>

Vladislav M. Legostaev — Cand. Sci. (Med.), Departmental Head, Department of Intraluminal Endoscopic Diagnostics, Rostov Research Institute of Oncology.

Contact information: legostaev_vladis@mail.ru; 344037, Rostov-on-Don, 14th line str., 63. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8101-1179>

Tatiana V. Zema — Endoscopist, Department of Intraluminal Endoscopic Diagnostics, Rostov Research Institute of Oncology.

Contact information: tklimko@rambler.ru; 344037, Rostov-on-Don, 14th line str., 63.

Поступила: 27.03.2019 Принята после доработки: 08.06.2019 Опубликовано: 30.10.2019
Submitted: 27.03.2019 Revised: 08.06.2019 Published: 30.10.2019

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author