

## КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

### CASE REPORT

#### ИЛЕОЦЕКАЛНА ИНВАГИНАЦИЯ ПРИ ВЪЗРАСТНИ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ С ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРАТА

*A. Тасева и В. Тасев*

*Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия, УМБАЛ „Александровска“ – София*

#### ILEOCECAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS – A CLINICAL CASE WITH REVIEW OF THE LITERATURE

*A. Taseva and V. Tasev*

*Department of General and Liver-Pancreatic Surgery, UH “Alexandrovskia” – Sofia*

**Резюме.** *Инвагинацията при възрастни е рядка, но може да се окаже сериозно хирургично предизвикателство. Етиологията е различна от тази при деца и налага приоритет на хирургичното лечение. Ние представяме случай с илеоцекална инвагинация, опериран по спешност поради механичен илеус, както и обзор на литературата по проблема.*

**Ключови думи:** *инвагинация, илеоцекална клапа, възрастни, хирургия*

**Адрес за кореспонденция:** *Д-р Анна Тасева, дм, Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия, УМБАЛ „Александровска“, бул. “Св. Г. Софийски” 1, 1431 София, тел.: 02 9230262, e-mail: annataseva85@gmail.com*

---

*Summary.* *Intussusception in adults is a rare but challenging surgical situation. Etiology is different from that in children and requires priority of the surgical treatment. We present a case with ileocecal intussusception operated by urgency due to mechanical ileus. Review of the literature is also included.*

*Key words:* *intussusception, ileocecal valve, adults, surgery*

*Adress for correspondence:* *Dr. Anna Taseva, PhD, Department of General and Liver-Pancreatic Surgery, UH “Alexandrovskia”, 1 “Sv. G. Sofiyski” Blv., Bg – 1431 Sofia, tel.: +35929230262, e-mail: annataseva85@gmail.com*

---

Инвагинацията се дефинира като телескопично проникване на проксимален чревен сегмент в дистален такъв. Според локализацията на процеса тя бива entero-enteric, colo-colic, ileo-colic, ileo-cecal [6]. Тази патология е по-честа при новородени и деца, но не са изключение и случаите при възрастни. Диагнозата се базира на клиничната картина и апаратни методи, но особено при възрастните се поставя обикновено при лапаротомията. Лечението е оперативно и обикновено е по спешност поради изязвата на остра чревна непроходимост [2, 5]. В статията представяме наше наблюдение върху подобен рядък клиничен случай, диагностиката и лечението му, съчетани с обзор на литературата в обсъждането.

#### КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Става въпрос за 73-годишна жена, МФС с ИЗ 31518/1539 от 20.11.2014 г., постъпила по спешност в Клиниката по обща и чернодробно-панкреатична хирургия на УМБАЛ „Александровска“ – София, с приемна диагноза „субилеус“. Оплакванията ѝ, които датират от 5 месеца, се изразяват в кризисни коликообразни болки по целия корем, придружени с гадене, а понякога и с единични повръщания, редуване на запек и диария. Настоящата криза е започнала от 2-3 дни преди постъпването, като оплакванията се засилват прогресивно, което води болната към спешен кабинет. При приемането в Клиниката, пациентката е в увредено общо състояние. Коремът е леко подут в долната

половина, с меки стени, слабо болезнен под пъпа, с налична перисталтика. Без данни за перитонеално дразнене (с-ом Блумберг отр.) във всички отдели. С данни за субилеус се започна интензивна консервативна терапия. Симптоматиката обаче в следващите часове се задълбочи – болките станаха дифузни, коремът се балонира, появя се усилена до бурна перисталтика. Ректално туше – празна ампула. На направената контролна обзорна графия на корема – данни за хидроаерични сенки с тънкочревен и дебелочревен характер. Поради липсата на ефект от консервативната терапия и прогресирането на патологичния процес, пациентката бе оперирана в отсрочен спешен порядък с диагноза – механичен илеус. Операция 960 от 22.11.2014 г. Хемиколектомия дextrа, илеотрансверзоанастомоза на два етажа, оментектомия, дренаж на коремната кухина – 3. Интраоперативно се установи: инвагиниране на терминалния илеум в цекум с формиране на „колбасообразен псевдотумор“, с данни за девитализация на част от чревната стена, раздути тънкочревни бримки преди всичко в илеалната част и по-слабо дебелочревни, хеморагичен трансудат (фиг. 1, 2).



Фиг. 1. Интраоперативна находка – представя се инвагинацията на терминалния илеум в цекум



Фиг. 2. Оперативен препарат – дезинвагиниран чревен сегмент, разрязан, при което личи девитализацията му и „псевдотуморът“

Хистологичен резултат: Ву 28 830 от 24.11.2014 г. – Възпалителен псевдотумор на терминален илеум с хеморагично инфарциране на стената. Гладък следоперативен период. Изход от лечението – оздравяла.

## ОБСЪЖДАНЕ

Първото съобщение за инвагинация датира от 1674 г., Varbette, Amsterdam. По-късно, през 1789 г., John Hunter прави детайлно описание на патологията при възрастен, довела до чревна обструкция. Исторически през 1871 г. Sir Jonathan Hutchinson пръв оперира дете с инвагинация [7].

Инвагинацията при възрастни е едва 5% от всички случаи на инвагинация и е в 1-5% причина за чревна обструкция при тях [6]. Засяга различни отдели на гастроинтестиналния тракт, но най-често там, където има мобилен чревен сегмент, непосредствено следван от ретроперитонеално или адхезионно фиксиран такъв. Без да можем да определим като казуистика, инвагинацията е рядка патология при възрастни, поради което в диференциалнодиагностичен аспект рядко се мисли за нея като причина за остра чревна непроходимост. Ето защо в повечето съобщения на оперирани по този повод, етиологичното естество на процеса се установява най-често при лапаротомията, на операционната маса, какъвто бе и нашият случай. За разлика от инвагинацията при деца, при възрастни тя обикновено е вторична – до около 90%, т.е. има друга първопричина за възникването ѝ – злокачествени и доброкачествени тумори, мекелов дивертикул, дивертикули на дебелото черво [6]. В наблюденията от нас клиничен случай това бе тумор на дисталния илеум с диаметър 3,0 cm с характеристика на доброкачествен. Хистологично се установи възпалителен псевдотумор, който е предизвикал относителна стеноза на чревния просвет. Известно е, че всеки процес в чревната стена със стриктура става причина за патологично усиляване на перисталтиката проксимално, което в някои случаи инициира т.нар. „вътрешен пролапс“ – телескопично въвеждане на проксимален чревен сегмент заедно с мезото му, респективно хранещите съдове, в дистален такъв. Това създава предпоставка за компрометиране на съдовия ток и в по-тежки случаи развитие на некроза на чревна стена. Като цяло патофизиологичният механизъм оформя картината на обструктивен илеус. Тъй като в началото чревната инвагинация често се последва от спонтанна дезинвагинация и нови такива тласъци с периодично смущение в кръвооросването на съответния сегмент, клиниката се протрахира и има кризисен характер, докато в даден момент „затег-