

RYSZARD BADURA

WYPADNIĘCIE JELITA ŚLEPEGO PRZEZ ODBYT

Z Kliniki Chirurgicznej Wydz. Weterynaryjnego we Wrocławiu
Kierownik: Prof. Dr K. SZCZUDŁOWSKI

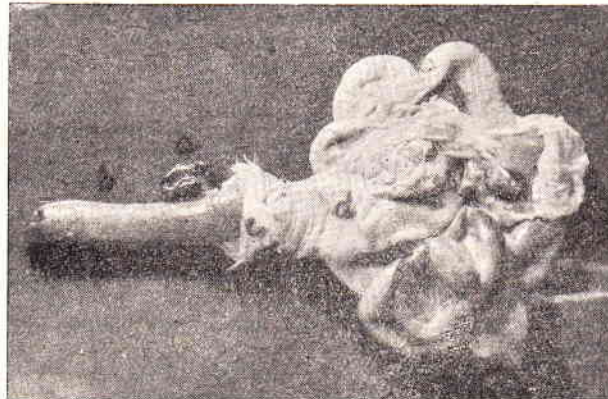
Ostatnio zaobserwowano w naszej Klinice ciekawy i niecodzienny przypadek wypadnięcia jelita cienkiego wraz z jelitem ślepyim poprzez odbyt nazewnątrz w następstwie intususcepcji biorącej początek w partiach jelita biodrowego. Przypadek ten dotyczył psa (samiec) w wieku ok. 4-5 miesięcy z rasy owczarków. Badaniem klinicznym w chwili doprowadzenia stwierdzić było można bardzo ciężki stan ogólny zwierzęcia, zupełną apatię, zwolnione reagowanie na bodźce zewnętrzne, podwyższoną temperaturę ciała, szybkie i nieregularne tętno, oraz przyspieszone i powierzchowne oddechy. Z odbytu zwisa wypadły 5-cio cm. odcinek jelita cienkiego koloru ciemno czerwonego z drobnymi mechanicznymi uszkodzeniami błony śluzowej. Odcinek ten łatwo reponuje się do wnętrza odbytu, jako też łatwo wysuwa się z niego nazewnątrz odsłaniając przy tym jelito ślepe leżące dokładnie pomiędzy ścianą wysuniętego jelita cienkiego a samym odbytem. Najpierw posuwa się szczyt (apex caeci) a później dopiero dalsze części jelita ślepego, przy czym jest ono wycinowane błoną śluzową na wierzch, tak że śluzówka zauważona jest obok śluzówki wypadłego jelita cienkiego. Oczywiście i tutaj jest ona lekko obrzęknięta, koloru ciemno wiśniowego. Zgłębnik wprowadzony pomiędzy tkwiące w świetle odbytu jelito a zwieracz odbytu i dalej prostopadło posuwa się w głąb do jamy miednicowej. Przy palpacji powłok brzusznych we wnętrzu wyczuwa się cylindryczny, twardy, bolesny przy silniejszym ucisku twór.

Przeprowadzone badanie przedmiotowe pozwoliło na ustalenie rozpoznania o brzmieniu: wpochwienie jelita biodrowego, ślepego i okrężnicy z następowym wypadnięciem przez odbyt części jelita biodrowego i ślepego (invaginatio ileo-caeco-colica cum prolapsu per anum intestini ilei et caeci).

Otwarcie jamy brzusznej potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne. Począwszy od jelita biodrowego dalsze odcinki łącznie z prostnicą tworzyły jeden zbity cylindryczny twór. Próby repozycji wgłobionych jelit do normalnego ich ułożenia pozostały bez rezultatu, dopiero musiało się rozciąć nożyczkami górną warstwę obejmującą (intususcipiens), aby rozprostować poszczególne odcinki objęte. I wówczas wyraźnie stwierdzić było można uprzednio obserwowane wycinowanie śluzówki jelita ślepego nazewnątrz, jak i uwiecznienie tego jelita pomiędzy wpochwionym jelitem biodrowym a okrężnicą, przy czym apex caeci skierowany był doogonowo. Tak więc szło w tym wypadku o podwójną intususcepcję, a to w zakresie jelita biodrowego, ślepego i okrężnicy (invaginatio ileo-caeco-colica). Przesuwalność w zakresie samej części obejmującej (intususcipiens) powodowała to, że zwisający odcinek z odbytu posiadał pewną ruchomość liniową, w związku z czym przy parciach wydłużał się wciągając do otworu odbytowego jelito ślepe, po ustaniu parć skracał się do pozycji wyjściowej.

Ponieważ w zakresie jelit, zresztą zupełnie pustych żadnych nieprawidłowości warunkujących zwykle powstawanie inwaginacji jak np. pasożytów, ciała obcego, nowotworu, zbitę karmy, stanu zapalnego jelit nie stwierdzono, przypuszczać należy, że motorem zmian ułożenia jelit w ich osi długiej był rozstrój perystaltyki w następstwie zadziaływania czynników neurogennych. Być może jak to tłumaczy Joest, Kitt, Marek, Łopatyński i inni jeden z odcinków jelita znajdujący się w spastycznym skurczu wsunął się w drugi porażony i rozszerzony. Tutaj albo więc wgłobienie znalazło punkt wyjścia w jelicie biodrowym, a przy posuwaniu się doogonowym napotkawszy na przejściu jelit cienkich w grube na opór ze strony jelita ślepego, wycinowało je śluzówką nazewnątrz i równocześnie wciągnęło je do środka części obejmującej, albo najpierw miała miejsce inwaginacja jelita ślepego do okrężnicy (inva-

ginatio caeco-colica), która z kolei działając jak nowotwór uszypułowany w świetle przewodu pokarmowego powodowała pociąganie za sobą powyżej leżących partii jelit sprowadzając stan wgłobienia. Co prawda w tym drugim wypadku na szczycie wypadłego jelita powinno znajdować się jelito ślepe, ale być może, iż w początkowej fazie wpochwienia nastąpiło dalsze przesunięcie do przodu tak, że w chwili badania znalazło się ono już poza szczytem wgłobienia.



a. jelito ślepe, b. jelito biodrowe. c. odbyt, d. część obejmująca.

Fot. L. Popadiuk

Na marginesie tego przypadku warto podkreślić jak ważnym jest dokładne badanie zwierzęcia przed wyborem sposobu postępowania. Ważnym jest dlatego, żeby upewnić się czy wypadnięcie jakiejś części jelita połączone jest z inwaginacją (prolapsus cum invaginatione) czy też chodzi jedynie o proste wypadnięcie (prolapsus simplex) gdzie istnieje tylko część wypadająca jelita (intususcipiens) brak natomiast jest części obejmującej (intususcipiens), którą stanowi powietrze. W tym drugim wypadku zdarzającym się zwykle u zębów, wypadanie najczęściej prostnicy jest następstwem zwiotczenia tkanki okołorektalnej przy współdziałaniu łoczni brzusznej, a nie jak poprzednio perystaltyki. Rozpoznanie jest łatwe, rozrzyga bowiem badanie przez powłoki jamy brzusznej u zwierząt małych, a u dużych badanie rektalne, ponadto zgłębnikiem wprowadzonym obok wypadłego jelita do odbytu także można się przekonać z czym ma się do czynienia. Przy wypadnięciu połączonym z inwaginacją zgłębnik wchodzi pomiędzy jelitem a odbytem wgłąb prostnicy, natomiast przy prolapsus simplex zatrzymuje się na samym odbycie, od którego to właściwie rozpoczyna się wypadnięcie. Postępowanie chirurgiczne w oby tych wypadkach jest różne, w pierwszym połączonym z inwaginacją nie wystarczy repozycja z zabezpieczeniem np. szwem kapturowym założonym dookoła odbytu, musi się koniecznie wykonać laparotomię i dopiero tą drogą przywrócić prawidłowe ułożenie jelit, jeśli oczywiście jest to jeszcze wykonalne ze względu na istniejący obrzęk, lub nawet już zlepy błon surowiczych. W tym drugim natomiast wypadku jak już wspomniano wystarczy zwykła repozycja z przytrzymaniem przez kilka dni odbytu szwem kapturowym zwłaszcza biorąc pod uwagę, że wskutek braku krezki w tym odcinku, zaburzenia w krążeniu są słabo wyrażone i przeważnie nie sprowadzają komplikacji w formie martwicy wysuniętego nazewnątrz jelita.

Streszczenie

1. Przedstawiono wypadnięcie jelita ślepego i biodrowego przez odbyt nazewnątrz w następstwie wgłobienia tych jelit u psa. 2. Próby chirurgicznej interwencji nie dały wyniku ze względu na istniejące zlepy części obejmującej i objętej jelita wgłobionego, jako też ze względu na ciężki stan ogólny pacjenta. 3. Przed wyborem sposobu postępowania, ważnym jest w tych wypad-

kach, dokładne badanie kliniczne, aby odróżnić wypadnięcie proste od wypadnięcia połączonego z inwaginacją.

Piśmiennictwo

1. Boczarow J. — Patol. i Terapia Szczeg., Warszawa, 1950. 2. Dollar — Veterinary Surgery, Londyn, 1945. 3. Czubar W. K. — Oper. Chirurg. Domasz. Zwot., Moskwa, 1951. 4. Hutyra-Marek — Spec. Patol. u. Therap. d. Haustiere, Jena, 1922. 5. Lopatyński K. — Patol. i terap. szczeg., Warszawa, 1949. 6. Marek J., Mocsy J. — Lehrbuch d. Klin. Diagnost., Jena, 1951. 7. Tariejew E. M. — Wnutriennije bolezni, Moskwa, 1952. 8. Semrau, Siemianowski M. — Choroby wewnętrzne., Warszawa, 1953. 9. Szakałow, Poważenko, Miedwidiew, Nikanorow — Czastnaja chirurgija domasz. zwot., Moskwa, 1952. 10. Zakrzewski A. — Szczeg. anatomia. patol. zwierz. dom., Wrocław, 1950.

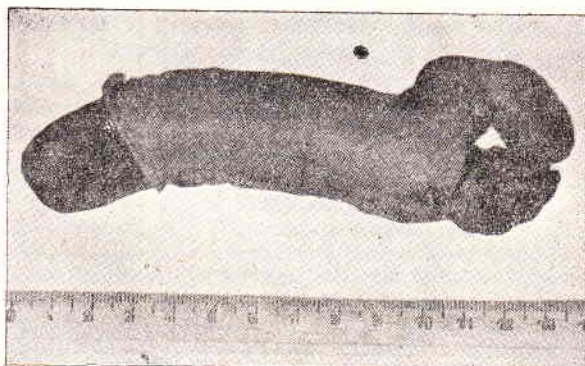
ALFRED WRÓBLEWSKI

PRZYPADEK WGŁOBIENIA JELIT U PSA.

Z Kliniki Chirurgicznej Wydz. Wet. SGGW
Kierownik: Prof. Dr J. KULCZYCKI.

Przez wgłobienie czyli wPOCHWIENIE jelita (*invaginatio s. intussusceptio intestini*) rozumiemy stan, w którym część jelita leżąca przeważnie bliżej żołądka, wтяги się w sąsiednią pętlę leżącą najczęściej dalej od żołądka. Przypadki wgłobienia jelit u psów, trafiają do lek.-wet. przeważnie po paru dniach trwania schorzenia i tym samym nie nadają się już do leczenia zachowawczego. Próby odPOCHWIENIA przy pomocy wlewów doodbytnicznych mogą dać pomyślny wynik tylko w początkowym okresie schorzenia i to przy niewielkich rozmiarach wgłobienia. Po kilku dniach następuje zlepienie błon surowiczych pochwy i części zstępującej wgłobienia oraz silne przekrwienie bierne jelit wskutek zaciśnięcia żył krezki wcisniętej między część wstępującą i zstępującą wgłobienia. Dlatego też kilkudniowy przypadek wgłobienia kwalifikuje się do natychmiastowej interwencji chirurgicznej.

Przypadek wgłobienia jelit u psa z jednoczesnym wypadnięciem części wPOCHWIENIEJ przez odbyt, był operowany ostatnio w klinice chirurgicznej. Dotyczył suki owczarki alzackiej w wieku 2 mies., w stanie znacznego wycieńczenia. Właściciel podał, że suka od 3 dni straciła apetyt i posmutniała. Przez pierwszą dobę oddawała dwukrotnie śluzowo-krwawe stolce, a w ciągu następnych 2 dni, mimo silnych parć, wypróżnienia nie było.



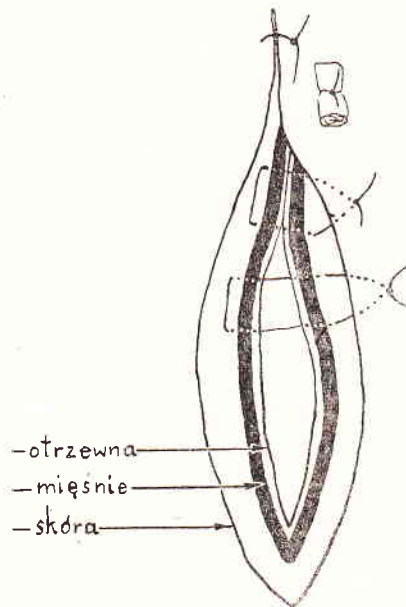
Wgłobienie wycięte

W chwili przyprowadzenia do Kliniki, z odbytu psa wystawał twór krwisto-czerwony grubości palca, długości około 6 cm, dający się łatwo reponować. W jamie brzusznej było macalnie przedłużenie tego tworu miernie zbite, ruchome, długości około 8 cm.

Stwierdzono wPOCHWIENIE jelit z jednoczesnym wypadnięciem przez odbyt (*Invaginatio intestini et pro-*

lapsus) i przystąpiono niezwłocznie do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu miejscowym (5 ml 2% polokainy) po uprzednim podaniu 0,02 morfiny.

Cięcie skóry, mięśni, powłok brzusznych i otrzewnej (długości około 10 cm) przechodziło wzdłuż linii białej. Po otwarciu jamy brzusznej wyłożono wgłobienie na jałowe serwetki i przystąpiono do odPOCHWIENIA. Około 13 cm jelita tworzącego pochwę wgłobienia udało się zsunąć, pozostała część pochwy była przrastana z częścią zstępującą jelita wgłobionego. Przystąpiono do resekcji wPOCHWIENIEJ jelita. Po podwiązaniu naczyń krezki, odcięto ją od jelita wgłobionego. Cięcie biegło w kształcie klina zwróconego podstawą



Sposób szycia jamy brzusznej

do części jelitowej. Po odprowadzeniu kału w kierunku dośrodkowym, nałożono na obu granicach wgłobienia miękkie kłampy jelitowe zaopatrzone w rurki kauczukowe. Odcięto część wgłobioną zawierającą część jelita biodrowego, jelito ślepe i większą część okrężnicy. Długość wyciętych jelit wynosiła około 40 cm. Oba końce jelit złączono metodą zespolenia „koniec z końcem”. Połączenie jelita grubego z cienkim jest możliwe u psa dzięki niewielkiej różnicy ich światła. Do szycia jelit użyto cienkiego jedwabiu, przedtem zaś nałożono w punktach przyczepu krezki jelit i przeciwnie po jednym szwie pomocniczym. Długie nitki tych szwów tworzyły cugle, służące do naprężania brzegów jelit podczas szycia. Pierwszy rząd stanowił szew bieżący przez wszystkie warstwy jelit, przerywany co kilka ściągów; odległość ściągów wynosiła 1,5 — 2 mm. Iglę wkluwano najpierw od strony wewnętrznej jelita, a po zszyciu połowy obwodu wklucia rozpoczynano od zewnątrz. Drugi, zagłębiający rząd szwów surowicowo-mięśniówkowych stanowił szew Cushinga, którego wklucia biegły równoległe do linii cięcia. Następnie złączono kreskę szwem ciągłym. Zszyte jelito zwilżono 2% roztworem nowokainy w ilości 3 ml i przysypano penicyliną (200 tys. jedn.). Powłoki brzuszne szyno nicią nylonową szwem materacowym przechodzącym po jednej stronie rany przez wszystkie warstwy ściany brzusznej, po drugiej stronie rany przez wszystkie warstwy z wyjątkiem skóry. Szwy związane na skórze ponad wałeczkami co ułatwia wyjęcie nici po zagojeniu. Skórę połączono szwem węzełkowym.

W dniu operacji i przez cztery następne dni pies otrzymywał penicylinę i glukozę dożylnie. Po dwu dniach zaczęto podawać w małych ilościach rosół,