

მსხვილი ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზი კლინიკური შემთხვევის აღწერა

ავთანდილ მეგრელაძე, გია თომაძე, გია აზმაიფარაშვილი, მამუკა გოლეტიანი,
ალექსანდრე გვაზავა, ელგუჯა არდია

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ქირურგიის დეპარტამენტი, შ.პ.ს „გადაუღებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრი“

პასუხისმგებელი პირი: ავთანდილ მეგრელაძე, avtomeg@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2023.11.54-57>

რეზიუმე | ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზი (ნაწლავის ემფიზემა, pneumatosis cystoides intestinalis) იშვიათი პათოლოგიაა, რომელიც ორჯერ უფრო ხშირად გვხვდება მამრობითი სქესის პაციენტებში. მისი ეტიო-პათოგენეზი გაურკვეველია. ახასიათებს მრავლობითი სუბსეროზული და სუბმუკოზური აირის შემცველი კისტების ჩამოყალიბება, როგორც წვრილ, ისე მსხვილ ნაწლავებში. მისი სიმპტომებია: მუცლის ტკივილი, დიარეა და სხვა არასპეციფიკური კლინიკური გამოვლინებები, შეიძლება ადვილად აირიოს ნაწლავის სხვა დაავადებების სიმპტომებში, ზოგ შემთხვევაში კი, მისი მიმდინარეობა შეიძლება მწვავე მუცლის კლინიკურ სურათსაც დაემსგავსოს და ოპერაციული ჩარევის მიზეზიც გახდეს, თუმცა შესაძლოა მისი თავიდან აცილება. გასაგებია, რამდენად აუცილებელია ექიმისთვის, იცოდეს ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზის შესახებ. დიაგნოზი ძირითადად დამოკიდებულია მუცლის ღრუს კომპიუტერულ ტომოგრაფიის და კოლონოსკოპიის დასკვნებზე. მკურნალობის კომპლექსი კი მოიცავს: ანტიბაქტერიულ, ანტიანთებით, უანგბადით თერაპიას, ენდოსკოპიურ მკურნალობას და ქირურგიულ მეთვალყურეობას. მკურნალობა უნდა იყოს მორგებული კლინიკურ სიმპტომებზე და ენდოსკოპიურ გამოვლინებებზე, რათა თავიდან ავიცილოთ არასაჭირო, არასასურველი ოპერაცია.

საკვანძო სიტყვები: ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზი, მწვავე მუცელი

ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზი (ნაწლავის ემფიზემა, pneumatosis cystoides intestinalis) – ინტრამურული გაზი, ფსევდოლიპომატოზი, ნაწლავის ბულოზური ემფიზემა და ლიმფოპნევმატოზი, ძალიან იშვიათი პათოლოგიაა. იგი ხასიათდება მრავლობითი სუბსეროზული და სუბმუკოზური აირის შემცველი კისტების ჩამოყალიბებით როგორც წვრილ, ისე მსხვილ ნაწლავებში.^{1,2,3} რაოდენობა, ზომები და ლოკალიზაცია შეიძლება ვარიირებდეს ერთეული ბულებიდან მსხვილი და წვრილი ნაწლავის ტოტალურ დაზიანებამდე, ასევე, პარიეტული პერიტონეუმზე მრავლობითი ფსევდოკისტების განვითარებამდე.^{1,4,5,6} ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზი შეიძლება შეგვხვდეს საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ნებისმიერ ნაწილში, როგორცაა წვრილი ნაწლავი, მსხვილი ნაწლავი, საყლაპავი, ღვიძლისა და კუჭის იოგები, მუცლის ლიმფური კვანძები, მაგრამ ყველაზე ხშირია მსხვილი ნაწლავში.⁵

პირველადი პნევმატოზი აღწერილი იყო J. du Verney-ის მიერ 1970 წელს, ხოლო აიროვანი კისტები ნახა და აღწერა E. Hahn-მა (1899წ), ინტრაოპერაციულად – კუჭის წყლულის გამო ოპერაციის დროს შენიშნა კუჭის და ნაწლავის კედელზე აიროვანი ბუშტუკები. ოპერაციამდე ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზის დიაგნოსტიკურმა შეძლო R. Baumann Schenker-მა 1939 წელს რენტგენოგრაფიის დახმარებით.^{5,6,7}

ბოლო პერიოდში, აღნიშნული დაავადების გამოვლენის სიხშირე მატულობს ისეთი მალალტექნოლოგიური კვლევის მეთოდის გამოყენებით, როგორცაა

კომპიუტერული ტომოგრაფია.^{4,5,6,7} დაავადების გამოვლენას ხელი შეუწყობს, ასევე, სკრინინგული კოლონოსკოპიების რაოდენობის მატებამ.⁷

ნაწლავთა კისტოზური პნევმატოზის სიხშირის დადგენა რთულია, რადგან პაციენტების უმრავლესობა უსიმპტომოა. ავტორთა აზრით, მისი სიხშირე მერყეობს 0.03%-ის ფარგლებში.⁷

ეტიოპათოგენეზი

ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზის ეტიოპათოგენეზი ჯერ კიდევ არ არის ბოლომდე შესწავლილი. არსებობს სამი ჰიპოთეზა:

- 1. მექანიკური თეორია:** გულისხმობს ინტრალუმინური წნევის მატებას, რაც იწვევს ნაწლავის კედლის მექანიკურ დაზიანებას და ლორწოვანის რღვევას, შედეგად გაზების მიგრაციას კუჭ-ნაწლავის ღრუდან ნაწლავის კედელში;⁸
- 2. ფილტვის თეორია:** ფილტვების ქრონიკული დაავადებები, როგორცაა ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, ასთმა და ინტერსტიციული პნევმონია, იწვევენ ალვეოლების გახეთქვას, რასაც მოსდევს შუასაყარის ემფიზემა და გაზის გამოყოფა აორტისა და მებენტერული სისხლძარღვის გასწვრივ ნაწლავის კედელში;⁶
- 3. ბაქტერიული თეორია:** აეროგენული ბაქტერიები გადალახავენ ნაწლავის ლორწოვანის ბარიერს, აღწევენ ნაწლავის კედელში და წარმოქმნიან გაზს.⁶

ღაზიანების ლოკალიზაცია

ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზის დროს დაზიანებები, ძირითადად, მსხვილ (46%) ან წვრილ ნაწლავებში (27%) გვხვდება, ან მსხვილ და წვრილ ნაწლავებში ერთად (7%) ან კუჭში (5%).² პირველადი ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზის კლინიკური გამოვლინებები არასპეციფიკურია – მუცლის ტკივილი (59%), დიარეა (53%), გულისრევა/ღებინება (14%), ლორწო განავალში (12%) და ჰემატოქეზია (12%).⁸

ნაწლავის დაზიანების სიგრძე 1მ-დან 3,5მ-მდე მერყეობს.¹ კისტები, შესაძლოა, სუბსეროზულად და/ან სუბმუკოზულად იყოს, დიამეტრი – 0,5სმ-დან რამდენიმე სანტიმეტრამდე.² ბუშტუკებიდან შეგროვებული აირის შემადგენლობაში აზოტი არის 81%-მდე, ნახშირორჟანგი 4%-მდე, ჟანგბადი 15%-მდე. სეროზული სითხის დაგროვება ბუშტუკებში გვხვდება ძალიან იშვიათად. აირი ძირითადად ნაწილდება ნაწლავის კედლის ინტერსტიცულ სივრცეებში.¹

ღიაგნოსტიკა

როგორც წესი, კისტოზური პნევმატოზი ღიაგნოსტიკრდება შემთხვევით, სხვა დაავადების გამო ჩატარებული გამოკვლევების დროს ან წარმოადგენს ინტრაოპერაციულ აღმოჩენას.¹ კისტოზური პნევმატოზი შეიძლება მიმდინარეობდეს ასიმპტომურად ან გამოვლინდეს ტკივილებით მუცლის არეში, შებერილობით, ნაწლავიდან სისხლდენით. ზოგ შემთხვევებში, კისტოზური ბულების კონგლომერატებმა შეიძლება გამოიწვიოს ნაწლავის პასაჟის დარღვევა, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა ან ნაწლავის კედლის იშემიური დარღვევები, მწვავე წყლულების განვითარებით და შემდგომში მათი პერფორაციით.^{1,6}

ნაწლავის პნევმატოზის ღიაგნოსტიკის ძირითად მეთოდებად ითვლება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კომპიუტერული ტომოგრაფია, კოლონოსკოპია და ულტრასონოგრაფია.^{1,4,5,6,7}

Ribaldone et al. აზრით, ნაწლავის ულტრაბგერითი გამოკვლევისას ყურადღება უნდა მიექცეს, ნაწლავის მასების თავისებურებებს.⁹

კომპიუტერული ტომოგრაფია გვაძლევს დამატებით ინფორმაციას – ნაწლავის კედლის გასქელება, ლორწოვანი გარსის შეცვლილი კონტრასტული გაძლიერება, გაფართოებული ნაწლავი, არტერიული ან ვენური ოკლუზია, ასციტი, რბილი ქსოვილების დაჭიმვა და ღვიძლის კარის ან პორტო-მეზენტერული ვენური გაზის არსებობა.¹³

ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზის სიმპტომები, მდებარეობა და ენდოსკოპიური გამოვლინებები სხვა ისეთი დაავადებების მსგავსია, როგორებიცაა ნაწლავის ანთებითი დაავადებები, ნეოპლაზმები და პოლიპები.^{10,11,12} ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზი ასოცირდება კრონის დაავადებასთანაც და ორივე შეიძლება თანაარსებობდეს ერთსა და იგივე პაციენტში.¹⁴

მკურნალობა

მკვლევართა უმეტესობა თვლის, რომ ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზი არის კეთილთვისებიანი დაავადება,

რომლის მკურნალობა შესაძლებელია კონსერვატიულად, თუ გამოხატული არ არის გართულებები:

1. დაკვირვება;
2. ჟანგბადის ან ჰიპერბარული ჟანგბადის თერაპია (Ken-suke Nakatani et al. აღნიშნავენ, რომ ჰიპერბარული ჟანგბადით თერაპია სასურველი მეთოდია¹⁵);
3. ანტიბიოტიკებს, მეტრონიდაზოლის და ქინოლონების ჩათვლით, შეუძლიათ ნაწლავის ბაქტერიული ინფექციის დათრგუნვა;
4. ენდოსკოპიური მკურნალობა – წვრილი ნემსით პუნქციის გზით, კისტის შიგთავსის, ასპირაცია.¹⁶

სამახსოვრო:

- ნაწლავთა კისტოზური პნევმატოზი რთულად სადიაგნოსტიკო პათოლოგიაა;
- მას არ ახასიათებს სპეციფიკური სიმპტომატოკა;
- უცნობია ეტიოლოგიები;
- ხშირად ახასიათებს რეციდივ.¹⁷
- დაავადების დროული დიაგნოზი და სწორი სამკურნალო ტაქტიკა (მონიტორინგი, კონსერვატიული, კომპლექსური თერაპია), თავიდან აგვაცილებს არასაჭირო სამედიცინო პროცედურებს, მათ შორის, უსარგებლო ქირურგიულ ოპერაციას.

ქირურგიული მკურნალობა

ქირურგიული, ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია გართულებების დროს – ნაწლავთა მწვავე გაუვალობა, ან ნაწლავის კედლის პერფორაცია^{1,7,18}

კლინიკური ფემთხვევა

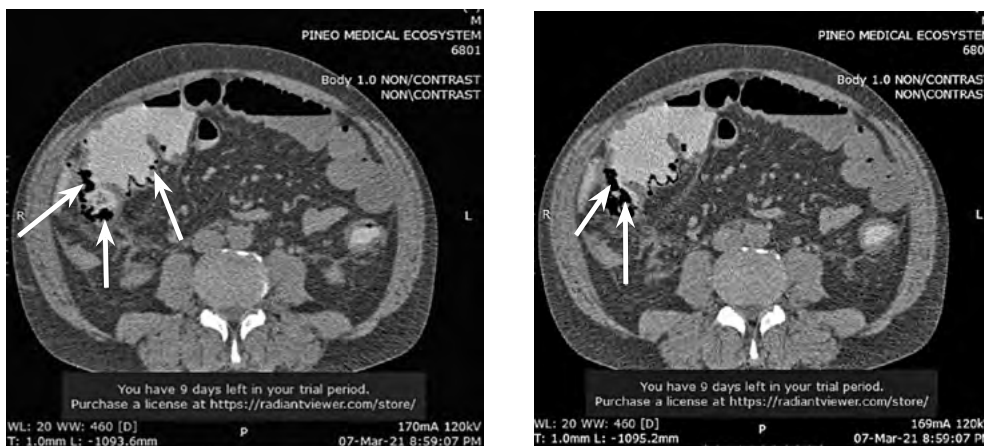
წარმოგიდგინთ შემთხვევას ჩვენი პრაქტიკიდან. პაციენტი, 62 წლის მამაკაცი (ბ.გ.), კლინიკაში შემოვიდა, როგორც სასწრაფო შემთხვევა – მუცლის წინა კედლის (ვენტრალური) პოსტოპერაციული ჩაჭედილი თიაქარის დიაგნოზით.

შემოსვლისას უჩიოდა: ძლიერ ტკივილს მუცლის არეში, პირის სიმშრალეს, მუცლის შებერილობას, გულისრევის შეგრძნებას და ღებინებას, გახშირებულ ნაწლავის მოქმედებას თხიერი და პერიოდულად სისხლნარევი განავლოვანი მასებით. აღნიშნული ჩივილები დაეწყო კლინიკაში შემოსვლამდე 4 საათით ადრე, ძლიერი ტკივილით მუცლის არეში (თიაქარი ჩაეჭედა). ჰემოდინამიკური და სუნთქვის პარამეტრები სტაბილური. ქრონიკულ დაავადებებს ანამნეზში არ აღნიშნავდა; იყო მწეველი.

გასინჯვით: ენა მშრალი. მუცელი ძლიერ შებერილი, დაჭიმული. პერისტალტიკა დუნე. პერკუსიით ტიმპანიტი, აუსკულტაციით შხფის და ჭანჭყარის ხმიანობა. პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები უარყოფითი. მუცლის წინა კედელზე თეთრ ხაზზე, ძველი პოსტოპერაციული ნაწიბურის მიდამოში, ისინჯებოდა მკვრივი კონსისტენციის ძლიერ მტკივნეული სიმსივნური წარმონაქმნი ზომით 10,0x7,0სმ-ზე, რომელიც არ ბრუნდებოდა მუცლის ღრუში. მფარავი კანი ცვლილებების გარეშე.

წინასწარი დიაგნოზი: მუცლის წინა კედლის (ვენტრალური) პოსტოპერაციული ჩაჭედილი თიაქარი.

ქირურგიული ჩარევა: შესაბამისი წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ პაციენტს ჩაუტარდა სასწრაფო ოპე-



სურათი 1. ცეკუმის დონეზე ნაწლავის ლორწოვან გარსში ცირკულარულად ვლინდება მცირე ზომის ჰაეროვანი ბუშტუკები, გარშემო ისახება სითხე, რაც მითვლება ისრით

რაცია – ჰერნიოტომია, ჰერნიოპლასტიკა ზადის გამოყენებით.

პოსტოპერაციული პერიოდი: ოპერაციიდან მეორე დღეს პაციენტის მდგომარეობა იყო საყურადღებო. უჩიოდა ძლიერ ტკივილს მუცლის არეში, მუცლის ძლიერ შებერილობას, იმის მიუხედავად, რომ ოპერაციიდან 8 საათში უკვე ქონდა რამდენიმე დეფეკაცია თხიერი განავლოვანი მასებით, აირთა სვლა თავისუფალი.

გასინჯვით: ენა მშრალი, მუცელი ძლიერ შებერილი, განსაკუთრებით მუცლის მარჯვენა ნახევრის ხარჯზე, პალპაციით მტკივნეული მთელი მუცელი, უპირატესად მუცლის მარჯვენა ნახევარი. პერკუსიით – ტიმპანითი მსხვილი ნაწლავის პროექციაზე, აუსკულტაციით – სუსტი პერისტალტიკა. პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები უარყოფითი. შარდვა კათეტერით ინფუზიის მოცულობის შესაბამისი. ჭრილობა სუფთა ჰიპერემიის და ინფლტრაციის გარეშე.

მკურნალობა: პაციენტს უტარდებოდა ადეკვატური პოსტოპერაციული კონსერვატიული თერაპია: ანტიბიოტიკოთერაპია, ინფუზიურ თერაპია, ანტიკოაგულანტები, გასტროპროტექცია, ნაწლავთა მედიკამენტოზური სტიმულაცია.

ჩაუტარდა მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი კვლევა, სადაც გამოვლინდა გადაბერილი მსხვილი ნაწლავის მარყუჟები (თავისუფალი სითხე ან სხვა პათოლოგია ვერ ინახა).

აღნიშნული ჩივილები ჩაითვალა პოსტოპერაციულად (48სთ წვრილი ნაწლავის ჩაჭედვიდან).

ოპერაციიდან მესამე დღეს კვლავ რჩებოდა ძლიერი შებერილობა, ტკივილი, პერიტონეალური სიმპტომების გარეშე, მუცლის ასიმეტრია მარჯვენა ნახევრის ხარჯზე, დეფეკაცია დღეში რამდენიმეჯერ, თხიერი განავლოვანი მასებით, შარდვა თავისუფალი, ჰემოდინამიკური და სუნთქვის პარამეტრები, აგრეთვე, ლაბორატორიული მონაცემები, ნორმის ფარგლებში.

რადგან არსებული კლინიკური მონაცემების კორელაცია ვერ მოხდა ჩატარებულ ოპერაციულ ჩარევასთან და მის მასშტაბთან, დიაგნოზის ვერიფიკაციის მიზნით, გადაწყდა და გაკეთდა მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია ი.ვ. და პ.ო. კონტრასტირებით.

კტ დასკვნა: გამოვლინდა ცეკუმის და ასწვრივი კოლინჯის კისტოზური პნევმატოზის კტ სურათი პერფორაციის და გაუვალობის გარეშე (იხ. სურათი №1). ასწვრივი კოლინჯი გადაბერილი, მაქსიმალური სისქე – 7.5სმ, კედელი გასქელებული; ცეკუმის დონეზე ნაწლავის ლორწოვან გარსში ცირკულარულად ვლინდება მრავლობითი მცირე ზომის ჰაეროვანი ბუშტუკები, გარშემო – უმნიშვნელო რაოდენობით სითხე. სხვა პათოლოგია მუცლის ღრუში არ გამოვლინდა.

მკურნალობა: პაციენტს გაუგრძელდა კონსერვატიული თერაპია. ძირითად დანიშნულებას დაემატა მეტრონიდაზოლი და ოქსიგენოთერაპია, კისტოზური პნევმატოზის კონსერვატიული მკურნალობის მოწოდებული სქემის მიხედვით. უტარდებოდა ინფუზიური თერაპია, ანტიკოაგულანტები, გასტროპროტექცია, ნაწლავთა მედიკამენტოზური სტიმულაცია, ანტისპაზმური საშუალებები, მსხვილი ნაწლავის ანუსიდან, გაზგამყვანი მილით, ინტუბაცია.

გამოსავალი: დინამიკაში მდგომარეობა გაუმჯობესდა, ჩივილები მოეხსნა და ოპერაციიდან მეოთხე დღეს დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გაეწერა ამბულატორიულ მკურნალობაზე შესაბამისი რეკომენდაციებით.

დასკვნა

აღნიშნული კლინიკური შემთხვევა მოწმობს, რომ გადაუდებელ აბდომინურ ქირურგიაში, სწორად დიაგნოსტირებული და წარმატებული ოპერაციული ჩარევის მიუხედავად, შესაძლოა, პოსტოპერაციულ პერიოდში, გამოვლინდეს ისეთი არასპეციფიკური კლინიკური სიმპტომები, რომლებიც არ შეესაბამება ჩატარებული ოპერაციის შემდგომ პერიოდს, იძლევა ნაწლავთა გაუვალობის ან მწვავე მუცლის კლინიკურ სურათს, არ არის კორელაციაში ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების შედეგებთან.

ასეთ შემთხვევებში რეკომენდაციას ვუწევთ მუცლის ღრუს კომპიუტერულ ტომოგრაფიას, ი.ვ. და/ან პ.ო. კონტრასტირებით, რაც იშვიათი პათოლოგიის, ნაწლავის კისტოზური პნევმატოზის, გამოვლენის საშუალებას მოგვცემს.

ლიტერატურა:

References:

1. Мехманов АМ, Салахидинов СЗ, Пакирдинов АА, Хасанов ХХ, Умматалиев ДА, Уринов ФА. Кистозный пневматоз сигмовидной кишки, осложненный перфорацией и перитонитом (случай из практики). Журнал теоретической и клинической медицины. 2016(1):128-30.
2. Morris MS, Gee AC, Cho SD, Limbaugh K, Underwood S, Ham B, Schreiber MA. Management and outcome of pneumatosis intestinalis. *The American Journal of Surgery*. 2008 May 1; 195(5):679-83.
3. Di Pietropaolo M, Trinci M, Giangregorio C, Galluzzo M, Miele V. Pneumatosis cystoides intestinalis: case report and review of literature. *Clinical journal of Gastroenterology*. 2020 Feb; 13(1):31-6.
4. Ling F, Guo D, Zhu L. Pneumatosis cystoides intestinalis: a case report and literature review. *BMC gastroenterology*. 2019 Dec; 19(1):1-6.
5. Yuan C, Teng F, Huang Z, Liu Q, Du L, Xie X, Jiang X, Sheng X. Pneumatosis cystoides intestinalis accompanied by schistosomiasis: a case report. *Journal of International Medical Research*. 2022 Jun; 50(6):03000605221105160.
6. Gazzaniga G, Villa F, Tosi F, Pizzutilo EG, Colla S, D'Onghia S, Di Sanza G, Fornasier G, Gringeri M, Lucatelli MV, Mosini G. Pneumatosis Intestinalis Induced by Anticancer Treatment: A Systematic Review. *Cancers*. 2022 Mar 25; 14(7):1666.
7. Машков АЕ, Филюшкин ЮН, Щербина ВИ, Пыхтеев ДА, Сигачев АВ, Федулов АВ. Случай кистозного пневматоза толстой кишки у ребенка 2 лет 5 месяцев с острым лимфобластным лейкозом. *Детская хирургия*. 2015; 19(4):47-8.
8. Wu LL, Yang YS, Dou Y, Liu QS. A systematic analysis of pneumatosis cystoids intestinalis. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2013 Aug 8; 19(30):4973.
9. Seliger B. Basis of PD1/PD-L1 therapies. *Journal of clinical medicine*. 2019 Dec 8; 8(12):2168.
10. Ponz de Leon M, Bertarelli C, Casadei GP, Grilli A, Bacchini P, Pedroni M, Jovine E. A case of pneumatosis cystoides intestinalis mimicking familial adenomatous polyposis. *Familial cancer*. 2013 Sep; 12(3):573-6.
11. Liu T, Zhang S, Mao H. Gastrointestinal malignant neoplasms disguised as pneumatosis cystoids intestinalis: a case report and literature review. *Medicine*. 2017 Dec; 96(51).
12. Suarez V, Chesner IM, Price AB, Newman J. Pneumatosis cystoides intestinalis. Histological mucosal changes mimicking inflammatory bowel disease. *Archives of pathology & laboratory medicine*. 1989 Aug 1; 113(8):898-901.
13. Ng DW, Chia CS, Tan GH, Tan YG, Teo MC. A case of portomesenteric venous gas found with extensive secondary pneumatosis intestinalis in the small bowel, stomach and distal oesophagus on radiographic images with an insidious presentation. *Clinical journal of gastroenterology*. 2014 Apr; 7(2):140-3.
14. Breitingner A, Kozarek R, Hauptman E. Pneumatosis cystoides intestinalis in Crohn's disease. *Gastrointestinal endoscopy*. 2003; 2(57):241.
15. Nakatani K, Kato T, Okada S, Matsumoto R, Nishida K, Komuro H, Sukanuma T. Successful treatment with hyperbaric oxygen therapy for pneumatosis cystoides intestinalis as a complication of granulomatosis with polyangiitis: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2017 Dec; 11(1):1-4.
16. Takahashi K, Fujiya M, Ueno N, Ando K, Kashima S, Moriichi K, Okumura T. Endoscopic fine-needle aspiration is useful for the treatment of pneumatosis cystoides intestinalis with intussusception. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*. 2019 Jan 1; 114(1):13.
17. Goel A, Tiwari B, Kujur S, Ganguly PK. Pneumatosis cystoides intestinalis. *Surgery*. 2005 Jun 1; 137(6):659-60.
18. Петров СВ, Земляной ВП, Сигуа БВ, Вовк АВ, Чернышев ДА, Котков ПА, Игнатенко ВА, Февзиев РР. Кистозный пневматоз кишечника-редкая причина нехирургического пневмоперитонеума. *Новости хирургии*. 2020; 28(1).

COLONIC CYSTIC PNEUMATOSIS (CASE REPORT)

Avtandil Megreladze, Gia Tomadze, Gia Azmaiparashvili, Mamuka Golethiani, Aleksandre Gvazava, Elguja Ardia

Department of Surgery, Tbilisi State Medical University, Center of Emergency Surgery and Traumatology, Ltd.

Contact person: Avtandil Megreladze, avtomeg@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2023.11.54-57>

Resume

Intestinal cystic pneumatosis (intestinal emphysema, Pneumatosis cystoides intestinalis) is a rare pathology that occurs twice as often in male patients. Its etio-pathogenesis is unclear. It is characterized by the formation of multiple subserosal and submucosal gas-containing cysts, both in the small and large intestines. Its symptoms: abdominal pain, diarrhea and others. Non-specific clinical manifestations can easily be confused with the symptoms of other intestinal diseases, and in some cases, its course can resemble the clinical picture of acute abdomen, and operative treatment may be performed when it can be avoided. It is clear how important it is for the doctor to know about intestinal cystic pneumatosis.

The diagnosis mainly depends on the results of abdominal computed tomography and colonoscopy.

The treatment complex includes: antibacterial, anti-inflammatory, oxygen therapy, endoscopic treatment and surgical supervision. Treatment should be tailored to clinical symptoms and endoscopic findings to avoid unnecessary surgery.

Key words: intestinal cystic pneumatosis, acute abdomen