

Инвагинация кишечника – внедрение одной кишки в другую, относится к сочетанной непроходимости кишечника, так как наряду с закупоркой просвета кишки наблюдается, в той или иной степени, ущемление брыжейки внедрившейся кишки. По данным литературы инвагинация является причиной кишечной непроходимости в 4,9%-13,4% случаев. В 80% она возникает в у новорожденных и в раннем детском возрасте [1].

У взрослых основной причиной инвагинации является органическое поражение кишки: опухоль, гиперплазия лимфатической ткани, рубцовые сужения, дивертикул Меккеля, глистная инвазия и т.п. В современной литературе отсутствуют обобщающие данные об особенностях этой патологии во взрослом возрасте, что является подтверждением редкости данного заболевания [2, 3, 4].

Больная А., 64 лет, поступила 23.11.2010. в колопроктологическое отделение ГУЗ Волгоградский областной клинический онкологический диспансер №1 (ГУЗ ВОКОД №1) в срочном порядке. При поступлении в стационар предъявляла жалобы на боли постоянного характера в животе и в области заднего прохода, где определяется выпавшая часть толстой кишки; выделение кровянистой слизи из кишки; похудание на 8-10 кг за последний год.

При опросе больной было выяснено, что периодически возникающие боли в животе и значительную примесь слизи в кале больная отмечала в течение 2 лет, но за медицинской помощью не обращалась. Выпадение кишки через анальный канал возникло 4 суток назад. Попытки самостоятельного ее вправления имели кратковременный успех, а затем стали безрезультатными. Была направлена в ГУЗ ВОКОД №1 с диагнозом: Рак прямой кишки, выпадение прямой кишки.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь, тургор кожи снижен. Сердечные тоны приглушены, пульс 96 уд. в минуту, АД 165/95 мм рт. ст. Язык обложен грязно-серым налетом, подсыхает. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, перистальтика кишечника живая, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Со стороны промежности имеется выпадение участка толстой кишки через анальный канал длиной 15 см. Выпавшая кишка имеет неоднородный багровый цвет с участками потемнения, покрыта слизью и фибрином. В области головки инвагината определяется край экзофитной опухоли на широком основании. При пальцевом исследовании между анусом и инвагинатом установлено, что прямая кишка расположена обычно, край инвагината пальцем не достижим (Рис. 1.).



Рис. 1. Внешний вид инвагинированной кишки с опухолью.

В общем анализе крови умеренная анемия до 119 г/л, лейкоцитоз $9,6 \times 10^9$, пал. 12, сегм. 67, лимф. 18, мон. 2, пл. кл. 1. СОЭ 32 мм/ч.

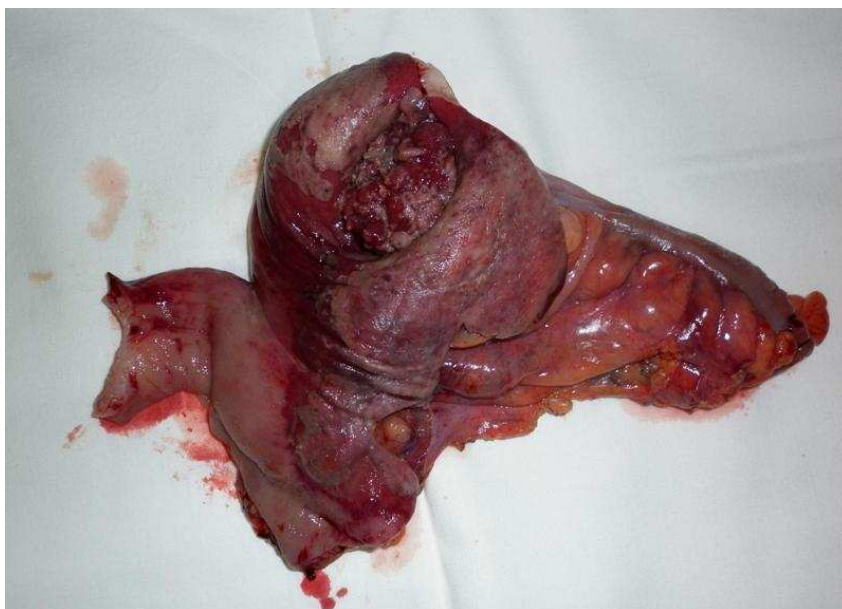


Рис. 2. Внешний вид удаленного препарата.

После предоперационной подготовки, включающей коррекцию водно-электролитных нарушений, больная была оперирована. При ревизии выявлена инвагинация сигмовидной кишки в прямую кишку на уровне верхне-ампулярного отдела. Выше лежащие отделы толстой кишки расширены до 6 см, содержат газ и твердый кал. Путем тракции с помощью со стороны промежности инвагинат был вправлен в брюшную полость. Причиной инвагинации являлась опухоль средней трети сигмовидной кишки экзофитного роста на широком основании 6х6 см на фоне долихосигмы (Рис. 2).

Произведена резекция кишки в пределах границ видимой жизнеспособности кишки. Учитывая неподготовленность кишечника, от формирования первичного

анастомоза было решено воздержаться. Сигмовидная кишка выведена в левой подвздошной области в виде концевой колостомы, дистальная часть кишки заглушена.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Результаты гистологического исследования № 48099-48113: высокодифференцированная аденокарцинома с инвазией 2/3 мышечного слоя, в удаленных лимфатических узлах – хронический лимфаденит, стенка кишки в состоянии флегмонозного воспаления. Больная была выписана на 11 сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Рак сигмовидной кишки T2N0M0, инвагинация сигмовидной кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

Повторно больная осмотрена через три месяца после операции. Признаков прогрессирования рака не обнаружено. От предложенной реконструктивной операции пациента воздержалась.

Литература.

1. Аксельров М.А., Иванов В.В., Чевжик В.П., Смоленцев М.М. Лечебная тактика при инвагинации кишечника // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. – Т.13, №1. – С. 26.
2. Кравец Б.Б., Пастухов А.А., Пастухова Л.Ю., Гриднев А.А. Структура неотложных оперативных вмешательств при злокачественных новообразованиях и причины, ведущие к появлению осложненных форм рака толстой кишки // Врач-аспирант. – 2006. - №1. – С. 8-12.
3. Онкология. Под ред. Д. Касчиато. Пер с англ. – М., Практика, 2010. – С. 798-800.
4. Стерлев И.Н., Туборова Т.В. Кишечная инвагинация при злокачественных опухолях // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. – Т.13, №1. – С. 106-107.