

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ВЗРОСЛЫХ

А. А. Ольшанецкий, И. Г. Новоскольцева

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», Кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии (зав. каф. – Заслуженный врач Украины, доктор мед. наук, проф. И. В. Иоффе), г. Луганск, Украина

Реферат: Приведен анализ истории болезни больной с инвагинацией тонкого кишечника в процессе лечения которой были допущены грубые, но типичные ошибки, которые привели, в свою очередь, к обширному некрозу тонкой кишки. Представлен анализ литературы по вопросам распространения, этиологии, патогенеза, особенностей клиники и лечения инвагинации кишечника у взрослых – редкой формы острой кишечной непроходимости.

Вступление. Одной из редких и трудно диагностируемых форм острой кишечной непроходимости у взрослых является инвагинация. Частота ее среди всех форм ОКН составляет от 10 до 18 % (А. А. Пономарев, О. Э. Крылов, И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич, Н. Н. Самарин, Х. И. Фельдман). По обобщенным литературным данным (И. А. Ерюхин и авт.) удельный вес инвагинации колеблется от 0,6 до 17 %. Слепокишечная инвагинация наблюдается в 45–63 % случаев, толстокишечная в 15 %, повздошно-ободочная – в 12–17 %, тонкокишечная – в 10,7 %. Множественные инвагинации возникают в 0,4–3,6 % случаев, сложные (многочилиндровые) – в 8,3 % (А. П. Лебедев, А. А. Пономарев, О. Э. Карпов).

Трудности в диагностике инвагинации у взрослых обусловлены прежде всего тем, что большинство «взрослых» хирургов убеждены в том, что инвагинация – это «детская болезнь». Кроме того, у взрослых она часто лишена тех классических черт, которые присущи детям. В силу указанных причин 1/3 больных с инвагинацией поступает в хирургические отделения поздно и оперативное вмешательство выполняется у них несвоевременно, у 25 % из них диагноз устанавливается лишь во время операции. Однако в литературе существует весьма противоречивая информация о частоте инвагинации у взрослых. Так, А. А. Пономарев и О. Э. Карпов на основании анализа обширной литературы приводят

4,8–22 %, А. П. Лебедев по данным собственных наблюдений (400 случаев) нашел, что инвагинация у взрослых и детей старшего возраста встречается в 15,6 % случаев, В. А. Левенец писал, что инвагинация в 38 % случаев возникает у больных в возрасте 20–50 лет. Т. Г. Кочкашвили приводит еще большие цифры – 77 %. В объяснение столь противоречивых данных Н. Н. Самарин писал: «В то время как в западных странах инвагинация встречается, главным образом, у детей, в нашем Союзе (СССР – прим. авт.), главным образом, – у взрослых».

Из редких форм инвагинации описаны следующие:

- инвагинация купола, боковой стенки слепой кишки;
- инвагинация червеобразного отростка, дивертикулов кишечника;
- инвагинация культи аппендикса;
- инвагинация гаустр толстой кишки;
- множественные инвагинации в различных отделах кишечника;
- инвагинация при опухолях и гематомах;
- ретроградная инвагинация;
- инвагинации через анастомоз после операций на желудке;
- многочилиндровые инвагинации.

Наиболее часто инвагинации у взрослых провоцируют опухоли, особенно полипы на ножке – 25–33 % случаев (Д. П. Чухриенко, Г. М. Щекотков, М. Barussaud, А. Zubaidi, J. M. Chiang) По данным А. П. Лебедева возникновение инвагинации может провоцировать культи червеобразного отростка – 17,6 %.

Любое фиксированное механическое препятствие или локальные морфологические изменения стенки кишки могут втягиваться в просвет кишки, затем продвигаться по кишечнику перистальтической волной.

Инвагинация может возникнуть при инфекционных заболеваниях, при которых в кишечнике образуются язвы, воспалительные инфильтраты (дизентерия, брюшной тиф).

Они вызывают дискоординацию пери-

стальтики – усиление сегментарной перистальтики в «попытках» кишки «избавиться» от чужеродного образования. Именно таким представляется патогенетический механизм «запускающий» процесс инвагинации. Аналогичный механизм возникновения инвагинации возникает при кровоизлияниях в ее стенку, интрамуральные гематомы различного генеза (спонтанные, посттравматические, болезнь Шенлейн-Геноха и др.).

При высокой инвагинации как и при других формах КН этой локализации преобладают метаболические нарушения. Клиника заболевания определяется возрастом больного, быстротой внедрения кишки, видом инвагинации, длиной инвагината, характером кишечного содержимого, находящегося в момент внедрения, изменениями в инвагированной кишке (А. П. Лебедев).

При быстром внедрении и некрозе инвагината, схваток может и не быть. Лишь острая, затем стихающая боль с последующим развитием второй стадии (фазы) – интоксикации, перитонита. Классическими симптомами инвагинации, как известно, является триада:

1. Остро возникающие, затем повторяющиеся боли в виде схваток. Они сразу локализуются обычно в том месте, где произошла инвагинация, но затем, по мере продвижения инвагината, перемещаются по ходу кишечника и иррадиируют в эпигастрий – как типичные брыжеечные.

2. Наличие пальпируемого через брюшную стенку или прямую кишку плотно-эластичного, подвижного, болезненного образования (с-м Руша).

При его пальпации боли могут усиливаться. Инвагинат прощупывается при тонкокишечной инвагинации у 60 %, при толстокишечной – у 40 % (А. А. Пономарев, О. Э. Карпов).

3. Выделение крови из заднего прохода (симптом Крювелье) при дефекации, или наличия крови в промывных водах после клизмы. Наблюдается у 70–80 % больных. Рвота кровью, кофейной гущей при высоких (желудочнокишечных инвагинациях) это поздний синдром (А. А. Пономарев, О. Э. Карпов). Классическая триада симптомов у взрослых встречается не часто и реже чем у детей.

А. П. Лебедев приводит перечень симптомов, которые могут возникать при типичных и атипичных формах инвагинации:

- внезапное начало заболевания;
- нормальная температура больного;
- сильные, схваткообразные боли в животе;
- рвота, часто неоднократная;

- неукротимая кровавая рвота при еюногастральной инвагинации (при наличии гастроэнтероанастомоза);

- наличие характерной «опухоли» (инвагината – 60 % случаев) в животе, при мягкой брюшной стенке;

- усиление и возобновление боли при пальпации «опухоли»;

- «запустевание», западение живота в правой подвздошной области при илеоцекальной инвагинации (симптом Данса);

- задержка и отхождение кала и газов;

- тенезмы (их может и не быть при тонкокишечной инвагинации (АО));

- кровянистые испражнения или выделения крови при пальцевом исследовании или в промывных водах;

- зияние или расслабление сфинктера заднего прохода;

- иногда определение инвагината при ректальном исследовании;

- изредка выпадение инвагината через задний проход;

- данные анализов крови (вначале – до интоксикации) они не изменены;

- характерная форма дефекта наполнения в области инвагината при рентгенообследовании.

Одной из клинических масок инвагинации является ишемическая – клинически очень близкая к острому нарушению кровообращения в одном из висцеральных сосудистых бассейнов (верхне-, нижнебрыжеечный, чревный). При обоих заболеваниях возникают острые, внезапные боли, вначале усиленная, затем затихающая перистальтика, развивается метеоризм, наличие пальпируемого уплотнения кишечника (инфаркт при ОНК – синдром Мондора), выделение крови во время дефекации или тенезмов. При развитии тромбоза нарушается гемодинамика, метаболизм, нарастает интоксикация. Однако при ОНК боли постоянные, нарастающие, не схваткообразные. Болезненное уплотнение появляется значительно позже. Выделение крови – симптом поздний и непостоянный. Вздутие кишечника как один из симптомов КН появляется раньше и захватывает значительные участки кишечника (симметричное вздутие). Рвота при этом, как один из основных симптомов КН, не характерна. Довольно быстро появляются нарушения гемодинамики – после кратковременного подъема АД возникает гипотония, появляется тахикардия, интоксикация развивается позже – при некрозе кишки, выраженном парезе. Верификация диагноза значительно информативнее при проведении УЗИ.

Стремиться к выполнению таких сложных, требующих времени исследований как селективная ангиография, лапароскопия не следует, поскольку предположение о наличии обоих заболеваний требует экстренной операции.

Дизентерийная маска возникает в результате появления ряда общих симптомов при обоих заболеваниях – периодически усиливающиеся, вплоть до схваток боли, сопровождающиеся тенезмами, поносы, с выделением слизи, крови. Кровотечение при Д, как правило, незначительные – примесь крови в слизи кишечном содержимом. При тенезмах это, как говорят, «кровянистые плевки». Боли при пальпации толстого кишечника, в основном его левой половины. Инфильтраты не определяются. Дизентерия – инфекционное заболевание, поэтому кишечная симптоматика сопровождается симптомами общей воспалительной реакции – гипертермией, изменениями в формуле крови, ранней интоксикацией. Парез кишечника развивается при особо агрессивных формах заболевания. При УЗИ определяется отек – утолщение стенок толстого кишечника (в основном, слева). Основная верификация диагноза происходит при колоноскопии. Слизистая на значительном протяжении отечна, гиперемированная, покрыта фибринозным налетом видны язвы, эрозии.

При остром аппендиците объединяющими симптомами являются боли в правой подвздошной области, диспептические явления, появление в этом (или любом другом месте по ходу кишечника) плотного болезненного образования (аппендикулярный инфильтрат). Боли при ОА не схваткообразные, они перемещаются ретроградно (по отношению к перистальтике кишечника). Перемещение боли при инвагинации начинается гораздо позже – когда сформировавшийся инвагинат продвигается по ходу кишечника, «странствующая опухоль» по А. П. Лебедеву. Признаки интоксикации при инвагинации появляются позже – во второй фазе КН. Признаки воспалительной реакции, как местные, так и общие, возникают вскоре от начала приступа, инфильтрат при ОА образуется на 3–5 сутки от начала заболевания – это уже осложнение, он не перемещается, сопровождается нарастанием признаков системного воспалительного ответа и абдоминальной воспалительной реакции – аппендикулярный инфильтрат – это уже ограниченный перитонит. ОА крайне редко начинается с симптомов нарушения функции кишечника понос, тенезмы, метеоризм. Выделения крови при ОА не бывает. Консервативное лечение инвагинации – ме-

дикаментозное, физическая, попытки к дезинвагинации через брюшную стенку у взрослых, особенно пожилых, не допустима. Потеря времени на попытки консервативного лечения прямо пропорциональна количеству времени упущенному для проведения срочной операции по жизненным показаниям. Тем более, что ретроградная, еюногастральная (послеоперационная), сложные инвагинации, инвагинация червеобразного отростка, Меккелева дивертикула консервативному лечению не поддается (А. П. Лебедев). Интраоперационная дезинвагинация допустима только в ранних стадиях – при недавних, небольших и не фиксированных инвагинатах. Дезинвагинацию следует проводить комбинированно – потягиванием за входящую в инвагинат кишку и выталкиванием головки инвагината, предварительно проведя новокаиновую блокаду брыжейки обеих кишок – внедрившийся и принявший инвагинат. Если ощущается сопротивление, дезинвагинацию следует прекратить.

Если дезинвагинация удалась, перемещать содержимое, скопившееся над инвагинатом в отводящую от инвагината петлю путем «выдавливания», не следует, поскольку «массаж» кишечника путем выдавливания может привести к тромбозу как в сосудах брыжейки, так и микроциркулярном русле. Кроме того, после «выдавливания» возникает длительный парез кишечника (А. А. Пономарев, О. Э. Карпов).

Если дезинвагинация непоказана или невыполнима, проводится резекция внедрившейся кишки и кишки «футляра» по техническим стандартам, принятым для механической кишечной непроходимости.

При наличии инвагината в прямой кишке или выпадении его через задний проход А. А. Пономарев, О. Э. Карпов, А. Е. Норенберг-Черквиани рекомендуют проводить резекции по Одерфельду. После пересечения брыжейки инвагината производят резекцию толстой кишки вместе с шейкой инвагината. Инвагинат остается в прямой кишке и, в последующем, самостоятельно отходит или удаляется. Непрерывность кишечника восстанавливается анастомозом конец в конец между кишкой, образующей наружный – неповреждаемый обычно, цилиндр инвагината и приводящей кишкой.

М. Grob при илеоцекальных инвагинациях предложил выполнять резекцию инвагината через слепую кишку, вскрытую по тени. После отсечения инвагината изнутри накладывали на анастомоз первый этаж швов кетгуттом, затем снаружи накладывали серозно-мышечные швы. Для «подстраховки» анасто-



Рис. 1

моза проводят зонд-дренаж за анастомоз через слепую кишку (цекостома), кишку подшивал к париетальной брюшине. Цекостома в последующем закрывалась самостоятельно.

Описание случая. Для иллюстрации трудностей в диагностике и ошибок в лечении инвагинации у взрослых приведено следующее наблюдение.

Больная 49 лет поступила в ургентном порядке в хирургическое отделение дежурной больницы с диагнозом «острый панкреатит». «Подтолкнуло» к такому диагнозу то, что накануне больная съела стакан жирной сметаны. В связи с резкими болями в животе, ухудшением общего состояния, была переведена в отделение реанимации, где в комплекс стандартного противопанкреатического лечения была включена пролонгированная перидуральная анестезия, поскольку купировать болевой синдром другими способами не удалось. При УЗИ в правой подвздошной области определялось очаговое образование 99x57 мм., блок петель кишечника с густым содержимым. В течение пяти суток проводимое лечение оказалось неэффективным – по прекращении анестезии резкие боли возникли вновь, продолжался парез кишечника (перистальтика не прослушивалась, не отходили газы). Поставлена очистительная клизма – выделилась вода, интенсивно окрашенная темной кровью, затем больная самостоятельно оправилась кровью. В связи с диагнозом кишечного кровотечения была (на 6 сутки!!!) переведена в центр лечения ОЖКК. При поступлении состояние больной определено как средней тяжести. АД 110/70, П-с 80 в 1 мин., t – 37,3, лейкоц. 11,6x10⁹, Нв 120, Эр 3,7x10¹². При дополнительном анамнезе установлено, что у больной ранее дважды были желудочно-кишечные кровотечения, девять лет назад выполнена эндоскопическая полипэктомия из

желудка. Живот вздут, «дышит», симптомы раздражения брюшины отрицательные, симптом Склярова (шум плеска) отрицательный. При глубокой пальпации определяется болезненность в левом подреберье, где четко определяется уходящий по фланку плотноэластический, малоподвижный инфильтрат. Дежурный хирург выставил диагноз «острый панкреатит», инфильтрат брюшной полости и забрюшинного пространства, толстокишечное кровотечение. При УЗИ определяются расширение петли толстой и подвздошной кишки, заполненные жидким содержимым. Диагноз – острая кишечная непроходимость. Больной проводится интенсивная подготовка к операции, однако состояние ее начало ухудшаться: АД 90/60, П – 90 в 1 мин., развивается олигурия. По жизненным показаниям выполнена экстренная операция. Диагноз до операции – кишечная непроходимость. Тромбоз мезентериальных сосудов в бассейне нижней брыжечной артерии. Срединная лапаротомия. В брюшной полости умеренное количество мутного геморрагического выпота, поджелудочная железа не изменена. В желчном пузыре (10x5 см) определяются конкременты. Вся левая половина брюшной полости выполнена резко расширенной (до 10 см), черного цвета тонкой кишкой длиной – 60 см.

Содержимое кишки тестоватой консистенции. Стенка кишки содержит множество поперечных разрывов, по типу (трещин), проникающих в просвет кишки. Установлено, что просвет кишки плотно выполнен омертвевшим инвагинатом тонкой кишки (рис. 1). Входные «ворота», вхождения инвагината находятся на 10–15 см от связки Трейца, головка инвагината определяется в проксимальных отделах подвздошной кишки.

Кишка резецирована. Илеоцеку анастомоз наложен бок в бок. Брюшная полость санирована. Типичная холецистэктомия. Протоки не изменены. Брюшная полость дренирована по левому фланку резиновой перчаткой, трубкой, послойно ушита. Диагноз после операции: тонкокишечная инвагинация, некроз тощей и подвздошной кишки. Препарат: некроз 1,5 м тонкой кишки. При рассечении инвагината в нем определяется гроздь полипов на ножке (рис. 2). Учитывая наличие полипоза желудка, наличия полипов в тонкой кишке, у больной диагностирован синдром Пейта-Эггерса – множественный полипоз желудочно-кишечного тракта.

Желчный пузырь с плотными стенками. Содержит два конкремента. На 10 сутки вы-



Рис. 2

писана в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Основной причиной инвагинации кишечника у взрослых являются опухоли.

- Чем моложе больной, тем тяжелее протекает инвагинация.

- Чем старше больной, тем вероятнее наличие опухоли – как причины инвагинации.

- Чем старше больной, тем быстрее развиваются нарушения кровообращения в инвагинированной кишке, тем шире зона их распространения, тем выше риск циркуляторного некроза после операции.

- Чем больше размеры инвагината, тем больше вовлечена в него брыжейка, тем сильнее нарушено кровообращение в инвагинированной кишке, тем быстрее наступает некроз.

- Чем выше расположен инвагинат, тем больше преобладает клиника высокой непроходимости, тем тяжелее она протекает.

- Чем быстрее развивается инвагинация, тем быстрее и глубже происходят нарушения кровообращения в инвагинате.

- Во время операции по поводу инвагинации необходимо провести ревизию всего кишечника – инвагинации могут быть множественными и нераспознанными. После операции может возникнуть ложный рецидив.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерохин И. А., Петров В. П., И. Д. Ханевич. Кишечная непроходимость // Руководство для врачей. – 1999. – 441с.

2. Качкашвили Т. Г. К вопросу острой кишечной непроходимости. Автореферат диссертации кан. мед. наук. – Тбилиси – 1954г.

3. Лебедев А. П. Инвагинации кишечника. – Минск. – 1968г. – 168с.

4. Ноенберг-Черквиз А. Е. Острая непроходимость кишечника. – Москва. -1969 г.-369с.

5. Пономарев А. А., Карпов О. Э. Редкие причины непроходимости желудочно-кишечного тракта. – Рязань – 2002г – 420с.

6. Самарин Н. А. Диагностика острого живота. – 1952г. – 177-195с.

7. Чухриенко Д. П. Непроходимость кишечника. – 1958г. – 427с.

8. Barussaud M, Regenet N, Briennon X.

Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study // J. Colorectal Dis – 2006 – Vol. 21 – P. 834-9.

9. Chiang J. M., Lin Y. S. /Tumor spectrum of adult intussusceptions // J SurgOncol. – 2008 – 98 – P. 444-447.

10. Goh ВКР, Quah НМ, Chow РKH. Predictive factors of malignancy in adults with intussusception // World J Surg – 2006 – Vol. 30 – P. 1300-1304.

11. Kim Y. H., Blake M. A., Harisinghani M.G. Adult intestinal intussusceptions / CT appearances and identification of a causative lead point // Radiographics – 2006. – Vol. 26. – P. 733-744.

12. Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R. / Adult intussusception: a retrospective review // Dis Colon Rectum – 2006. – Vol. 49 – P. 46-51.

О. О. Ольшанецкий, І. Г. Новоскольцева
ИНВАГІНАЦІЯ КИШКІВНИКА У ДОРОСЛИХ

м. Луганськ, Україна

Реферат. Наведено аналіз історії хвороби хворої з інвагінацією тонкого кишечника в процесі лікування якої були допущені грубі, але типові помилки, які призвели, у свою чергу, до великого некрозу тонкої кишки. Представлений аналіз літератури з питань розповсюдження, етіології, патогенезу, особливостей клініки і лікування інвагінації кишечника у дорослих – рідкісної форми гострої кишкової непрохідності.

A. A. Olshanetskiy, I. G. Novoskoltseva
INTUSSUSCEPTION IN ADULTS
Lugansk, Ukraine

Abstract. The analysis of the medical history of the patient with intussusception of the small intestine in the treatment of which were made rude, but typical mistakes that led, in turn, much to the necrosis of the small intestine. The analysis of the literature concerning the distribution, etiology, pathogenesis, clinical features and treatment of intussusception in adults – a rare form of acute intestinal obstruction.