

ИНВАГИНАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ УРГЕНТНОГО ХИРУРГА

Колоцей В. Н. (*vkolotsei@rambler.ru*), Смотрин С. М. (*s.smotrin@mail.ru*)
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Одной из редких и трудно диагностируемых форм острой кишечной непроходимости у взрослых является инвагинация. Произведен анализ литературы по вопросам этиологии, патогенеза, особенностей клиники, диагностики и лечения инвагинации кишечника. Представлен анализ 11 клинических случаев инвагинации кишечника из собственной практики, потребовавшей выполнения разных видов хирургического лечения.

Ключевые слова: инвагинация, кишечная непроходимость, дезинвагинация, резекция кишки.

Инвагинация является одним из видов кишечной непроходимости, при которой один участок кишки внедряется в просвет ниже или выше расположенного отдела кишечника, вызывающего обтурацию. По данным разных авторов, инвагинация составляет от 4,9 до 13,4% различных видов кишечной непроходимости [1]. Особенно часто (до 80%) она является причиной острой кишечной непроходимости у детей 1-го года жизни. Трудности в диагностике инвагинации у взрослых обусловлены прежде всего тем, что большинство 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 пациентов с инвагинацией поступают в хирургические отделения поздно, и оперативное вмешательство выполняется у них несвоевременно.

По обобщенным литературным данным, удельный вес инвагинации колеблется от 0,6 до 17%. Чаще всего наблюдаются случаи слепокишечной инвагинации – в 45–63% случаев, толстокишечной инвагинации – в 15%, подвздошноободочной инвагинации – в 12–17%, тонкокишечной инвагинации – в 10,7%. Множественные инвагинации возникают в 0,4–3,6% случаев, сложные (многоцилиндровые) – в 8,3% [2, 4]. Чаще всего причинами инвагинации кишечника у взрослых являются органические причины, к которым относятся новообразования, полипы на ножке, культя червеобразного отростка [3, 5]. Любое фиксированное механическое препятствие или локальные морфологические изменения стенки кишки могут втягиваться в просвет кишки, затем продвигаться по кишечнику перистальтической волной. Другой группой причин могут быть инфекционные заболевания, при которых в кишечнике образуются язвы или воспалительные инфильтраты. Они вызывают дискоординацию перистальтики – 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.). Кроме того, причинами инвагинации могут стать гиперплазия лимфоидной ткани, рубцовые сужения, дивертикул Меккеля, глистная инвазия и др. [2].

Инвагинационная кишечная непроходимость подразделяется:

1) по этиологическому признаку: первичная (видимая причина инвагинации отсутствует); вторичная (развивается в случае поражения кишечной петли опухолью, полипами);

2) по локализации: тонкокишечная (тонкой кишки в тонкую); толстокишечная (толстой кишки в толстую); тонкотолстокишечная (подвздошной кишки в толстую); инвагинация желудка; инвагинация тощей кишки в желудок; инвагинация петель кишечника через кишечный свищ или противоестественный задний проход;

3) в зависимости от направления внедрения: нисходящая инвагинация (изоперистальтическая) и восходящая (антиперистальтическая);

4) по количеству инвагинатов — одиночная и множественная;

5) по строению стенки инвагината — трехцилиндровые (простые), пяти-, семицилиндровые (сложные);

6) по клиническому течению: острая, подострая, хроническая формы.

В большинстве случаев наблюдается простая инвагинация, при которой образуются 3 цилиндра: наружный и 2 внутренних. Вершину инвагината называют «головкой». В области головки внутренний цилиндр переходит в средний, но могут встречаться и более сложные (двойные и тройные) инвагинаты. Возможна инвагинация вместе с кишкой и брыжейки, что нередко вызывает странгуляционную непроходимость с нарушением кровообращения и развитием некротических изменений в пораженном отделе кишечника. Нередко внедрение кишечника бывает хроническим и протекает довольно длительное время. Такое различие в характере течения инвагинации зависит от степени нарушения кровообращения и проходимости во внедренном участке кишечника. Расстройство кровообращения в первую очередь выражается венозным стазом, а затем тромбозом венозных и артериальных сосудов, что сопровождается некрозом кишечной стенки, прободением инвагината, инфицированием брюшной полости с развитием перитонита [3].

Клиника заболевания определяется возрастом пациента, быстротой внедрения кишки, видом инвагинации, длиной инвагината, характером кишечного содержимого, находящегося в момент внедрения, изменениями в инвагинированной кишке.

Классические симптомы инвагинации:

1) остро возникающие, затем повторяющиеся боли в виде схваток;

2) наличие пальпируемого через брюшную стенку или прямую кишку плотноэластичного, подвижного, болезненного образования (симптом Руша);

3) выделение крови из заднего прохода (симптом Крювелье) при дефекации или наличие крови в промывных водах после клизмы.

Вместе с тем следует указать, что классическая триада у взрослых встречается далеко не всегда. А. П. Лебедев (1968 г.) привел перечень симптомов, ко-

торые могут возникать при типичных и атипичных формах инвагинации:

- 1 – внезапное начало заболевания;
- 2 – нормальная температура у пациента;
- 3 – сильные, схваткообразные боли в животе;
- 4 – рвота, часто неоднократная;
- 5 – неукротимая кровавая рвота при еюногастральной инвагинации (при наличии гастроэнтероанастомоза);
- 6 – наличие характерной «опухоли» в животе, при мягкой брюшной стенке;
- 7 – усиление и возобновление боли при пальпации «опухоли»;
- 8 – «запустевание», западение живота в правой подвздошной области при илеоцекальной инвагинации (симптом Данса);
- 9 – задержка отхождения кала и газов;
- 10 – тенезмы (их может и не быть при тонкокишечной инвагинации);
- 11 – кровянистые испражнения или выделения крови при пальцевом исследовании или в промывных водах;
- 12 – зияние или расслабление сфинктера заднего прохода;
- 13 – иногда определение инвагината при ректальном исследовании;
- 14 – изредка выпадение инвагината через задний проход;
- 15 – данные анализов крови, до развития интоксикации они не изменены;
- 16 – характерная форма дефекта наполнения в области инвагината при рентгенологическом обследовании.

Инструментальная диагностика инвагинаций предполагает выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости. Главная задача исследования – обнаружить цилиндрическое образование кишечника, подтверждающее диагноз. Во время УЗИ инвагинация кишечника выглядит как образование с множеством концентрических колец из чередующихся слоев слизистой и мышечной оболочки. Рентгенография органов брюшной полости позволяет обнаружить специфические признаки кишечной непроходимости (затруднения или невозможности прохождения каловых масс по кишечнику), вызванной инвагинацией. Также метод может быть расширен применением клизмы с воздухом или барием для точного определения участка инвагинации. В сложных диагностических случаях при наличии возможности целесообразно выполнить компьютерную томографию органов брюшной полости для более детальной оценки кишечника и возможного его повреждения или кишечной непроходимости.

У детей при инвагинационной кишечной непроходимости эффективным методом консервативной терапии могут быть повторные очистительные клизмы. У взрослых консервативные мероприятия даже при небольших сроках заболевания редко бывают эффективными. Физические попытки к дезинвагинации через брюшную стенку у взрослых, особенно пожилых, – недопустимы. Потеря времени на попытки консервативного лечения прямо пропорциональна количеству времени, упущенному для проведения срочной операции по жизненным показаниям. Такие виды инвагинации, как ретроградная, еюногастральная (послеоперационная), сложные инвагинации, инвагинация червеобразного отростка, Меккелева дивертикула консервативному лечению не поддаются

[2]. Интраоперационная дезинвагинация допустима только в ранних стадиях – при недавних, небольших и нефиксированных инвагинатах. Для этого после предварительной новокаиновой блокады брыжейки инвагинированного участка кишки и корня брыжейки тонкой кишки инвагинат берут в левую руку, а затем правой рукой, осторожно надавливая на головку, пытаются добиться его расправления. 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 микроциркуляторном русле. Кроме того, после «выдавливания» возникает длительный парез кишечника [4]. После определения жизнеспособности кишки деструктивно измененный сегмент тонкого кишечника резецируется. Если дезинвагинация не показана или невыполнима, проводится резекция внедрившейся кишки и кишки «футляра» по классическим принципам выполнения резекции кишечника с наложением межкишечного анастомоза.

Нам бы хотелось поделиться своим опытом диагностики и лечения пациентов с инвагинацией. Начиная с 2000 г., нами были оперированы 11 пациентов с разными формами инвагинации. Это были пациенты в возрасте от 1 до 46 лет, из них детей – 4, женщин – 3, мужчин – 4. Три пациента были оперированы в хирургическом отделении узловой клинической больницы на станции Гродно. В двух случаях этиологической причиной непроходимости явился полипоз тонкого кишечника. У 28-летнего пациента во время оперативного вмешательства было установлено, что имеет место случай многоуровневой (3 уровня) тонкокишечной инвагинации. Выполнена операция – резекция кишки, полипэктомия. В другом случае у пациентки 37 лет удалась ограничиться дезинвагинацией, полипэктомией. Еще одна пациентка была переведена из Мостовской ЦРБ и госпитализирована с кишечной непроходимостью, перитонитом. Длительность заболевания составила 4 недели. Причиной непроходимости оказалась илеоцекальная инвагинация. В связи с наличием некротических изменений в подвздошной и слепой кишках была выполнена резекция участка подвздошной кишки и правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. Каких-либо причин, вызвавших инвагинацию, не выявлено.

Еще 7 пациентов с диагнозом инвагинация оперированы нами во время работы в госпиталях Республики Ангола, где нет разделения на взрослую и детскую хирургию. У 2-х пациентов 19 и 20 лет была выявлена тонкотолстокишечная инвагинация, сроки от начала заболевания до поступления в стационар составили более 5 суток. В обоих случаях выполнили частичную дезинвагинацию, резекцию некротизированного участка подвздошной кишки, правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзостомией. У пациентки 40 лет причиной непроходимости стала толстокишечная инвагинация на уровне поперечноободочной кишки. Выполнена резекция участка поперечноободочной кишки с анастомозом «конец в конец». Во всех случаях причиной инвагинации явилась гипермоторика кишечника вследствие острых диарейных заболеваний.

Оперированы 4 детей от 1 года до 4 лет. Это были случаи илеоцекальной и тонкотолстокишечной инвагинации. В одном случае удалось выполнить дезинвагинацию и цекопексию, в 2 случаях вследствие

позднего обращения за медицинской помощью пришлось выполнить резекцию подвздошной кишки, правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза. Особо хотелось бы отметить случай инвагинации у ребенка с выпадением инвагината через задний проход (рис.1). При поступлении в стационар состояние оценивалось как тяжелое. Живот вздут, болезненный во всех отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. По ходу толстого кишечника пальпировалось мягкоэластическое подвижное болезненное образование колбасовидной формы. Диагноз затруднений не вызвал, так как головка инвагината выходила через заднепроходное отверстие на расстояние до 20 см. В связи с этим не было необходимости в проведении дополнительных диагностических исследований.



Рисунок 1. – Выпадение головки инвагината через задний проход

Учитывая наличие инвагинационной кишечной непроходимости, осложненной перитонитом, после кратковременной предоперационной подготовки ребенок был подвергнут срочному оперативному лечению. Выполнить дезинвагинацию удалось лишь частично в связи с выраженными некротическими изменениями в тонкой кишке. Кроме того, были отмечены очаги некроза в слепой кишке, а также восходящем отделе толстого кишечника. Поэтому была произведена резекция тонкого кишечника, правосторонняя гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза (рис. 2, 3). В послеоперационном периоде проводилось лечение: инфузионная терапия, антибиотики, обезболивающие, спазмолитики. На 12-е сутки пациентка была выписана из стационара.



Рисунок 2. – Резецированные отделы кишечника

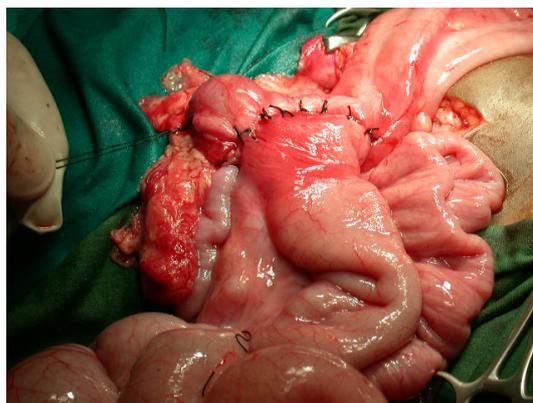


Рисунок 3. – Илеотрансверзоанастомоз

Последний случай инвагинации у взрослого случился 08.09.15 г. Пациент С., 19 лет, поступил в хирургическое отделение УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» с клиникой острого аппендицита, болен в течение 4 дней. Выставлены показания к аппендэктомии, пациент взят в операционную. После 40 минут безуспешных поисков червеобразного отростка был осуществлен переход на лапаротомный доступ. При пальпации в просвете поперечноободочной кишки определялась головка инвагината. Произведена дезинвагинация. В области илеоцекального перехода по задней стенке пальпировалось образование до 5 см в диаметре. Произведена цекотомия, субмукозно в стенке кишки найдено образование округлой формы, которое было удалено (рис. 4). Выполнена аппендэктомия. При вскрытии удаленного образования выделился сливкообразный гной (рис. 5).

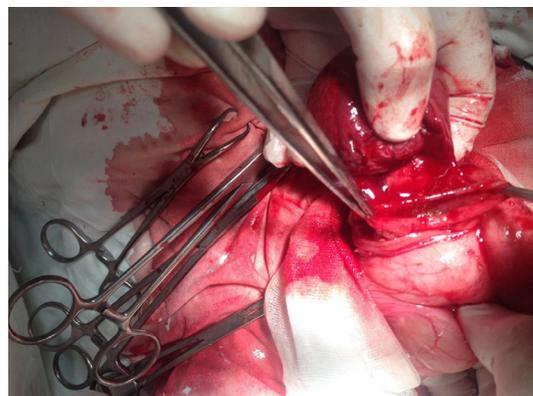


Рисунок 4. – Удаление кистозного образования из стенки слепой кишки



Рисунок 5. – Содержимое кисты

Гистологическое заключение: киста с толстокишечной выстилкой, единичными клетками Панета и лейкоцитарной инфильтрацией. Может иметь место при самоампутированном ювенильном полипе. Пациент выздоровел, выписан домой на 11-е сутки.

Таким образом, улучшение результатов диагностики и лечения инвагинации у взрослых может быть

достигнуто за счет знаний о характере течения заболевания, правильной интерпретации полученных анамнестических данных и результатов объективного и инструментального исследования, своевременной постановке показаний к операции, а также выбора оптимального варианта хирургического вмешательства.

Литература

1. Ерюхин, И. А. Кишечная непроходимость: руководство для врачей / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич // 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 1999. – 448 с.
2. Лебедев, А. П. Инвагинации кишечника / А. П. Лебедев – Минск, 1968. – 168 с.
3. Ольшанецкий, А. А. Инвагинация кишечника у взрослых / А. А. Ольшанецкий, И. Г. Новоскольцева // Харьковская хирургическая школа. – 2013. – № 6. – С. 106 – 110.
4. Пономарев, А. А. Редкие причины непроходимости желудочно-кишечного тракта / А. А. Пономарев, О. Э. Карпов. – Рязань, 2002. – 420 с.
5. Чухриенко, Д. П. Непроходимость кишечника / Д. П. Чухриенко. – М., 1958. – 427 с.

Literatura

1. Eryuhin, I. A. Kishechnaja neprohodimost': rukovodstvo dlja vrachei / I. A. Eryuhin, V. P. Petrov, M. D. Hanevich // 2-e izd., pererab. i dop. – SPb.: Piter, 1999. – 448 s.
2. Lebedev, A. P. Invaginacii kishechnika / A. P. Lebedev – Minsk, 1968. – 168 s.
3. Ol'shaneckii, A. A. Invaginacija kishechnika u vzroslyh / A. A. Ol'shaneckii, I. G. Novoskol'ceva // Har'kovskaja hirurgicheskaja shkola. – 2013. – № 6. – S. 106 – 110.
4. Ponomarev, A. A. Redkie prichiny neprohodimosti zheludочно-kishechnogo trakta / A. A. Ponomarev, O. Ye. Karpov. – Rjazan', 2002. – 420 s.
5. CHuhrienko, D. P. Neprohodimost' kishechnika / D. P. CHuhrienko. – M., 1958. – 427 s.

INTESTINAL INVAGINATION IN CLINICAL PRACTICE OF SURGEON PERFORMING URGENT PROCEDURES

Kolotsei V. N., Smotryn S. M.

Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

One of rare forms of acute bowel obstruction which is difficult to diagnose in adults is invagination. The analysis of literature regarding etiology, pathogenesis, features of clinical presentation, diagnostics and treatment of intestinal invagination has been performed. The analysis of 11 clinical cases of intestinal invagination from own practice, which required different types of surgical treatment is presented.

Keywords: *invagination, bowel obstruction, disinvagination, resection of bowel.*

Поступила: 02.06.2016

Отрецензирована: 14.06.2016