



## ЛЕЙОМИОМА ТОНКОЙ КИШКИ КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Матроницкий Р. Б., Чупрынин В. Д., Мельников М. В., Хабас Г. Н., Аскольская С. И., Хилькевич Е. Г., Коган Е. А., Низяева Н. В., Файзуллина Н. М.*

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулаков МЗ РФ, Москва

*Матроницкий Роман Борисович*  
Тел. (495) 438 7783  
E-mail: r\_matronitskiy@oparina4.ru

**И**нвагинация как одна из причин кишечной непроходимости (4,9–20,2%) представляет собой внедрение одного сегмента кишки в просвет ее дистального (нисходящая инвагинация) или проксимального (восходящая инвагинация) сегмента и может возникнуть в любом отрезке кишечника, но чаще всего между нижней (дистальной) частью тонкой и началом толстой кишки [1].

В свою очередь причинами инвагинации могут быть новообразования, рубцовые сужения, спаечная болезнь, дивертикулез кишки, в том числе дивертикул Меккеля, гиперплазия лимфоидной ткани, подвижная слепая кишка и тупой илеоцекальный угол [2].

Клинические проявления включают боль в животе, тошноту и рвоту, задержку стула и газов, кровавистые выделения из прямой кишки.

Основной метод лечения — хирургический.

В связи с высокой частотой ассоциированных с инвагинациями злокачественных опухолей, особенно при локализации их в области толстой кишки, проводится сегментарная резекция без попытки дезинвагинации кишки.

Однако у пациентов с идиопатическим, или так называемым детским, типом инвагинации рекомендуют ревизию брюшной полости с лапароскопически методом обследования кишечника. В случае отсутствия признаков ишемии или воспаления допустимо произведение осторожного расправления кишки. Если оказывается, что расправленная инвагинированная часть свободна от патологических изменений, резекции кишки можно избежать.

Приводим собственное наблюдение диагностики и лечения острой кишечной непроходимости, причиной которой явилась инвагинация лейомиомы тонкой кишки.

Больная П., 1989 г.р., поступила 10.12.2012 в отделение общей хирургии с жалобами на выраженные приступообразные боли в мезогастрии спастического характера и задержку менструации.

Приступообразные опоясывающие спастические боли беспокоили в течение двух месяцев, появление их связывала с соблюдением строгой длительной разгрузочной диеты. На фоне спазмолитиков отмечала незначительное улучшение. Обследовалась и лечилась амбулаторно и стационарно по месту жительства.

При УЗИ органов брюшной полости — без патологии. УЗИ органов малого таза: загиб матки. Произшедшая овуляция в левом яичнике. Уровень ВХГ — 0 (не беременна). Биохимический анализ крови — без патологии. Гемостазиограмма — отклонений нет. Общий анализ крови — без патологии. Колоноскопия: в восходящем отделе толстой кишки протяженностью 18–20 см до печеночного угла визуализируется инвагинированный через устье баугиниевой заслонки терминальный отдел подвздошной кишки светло-розового цвета (*рис. 1*)\* с шаровидным участком слизистой красновато-розового цвета на верхушке (*рис. 2*). Перистальтика инвагинированного участка тонкой кишки прослеживается на всем протяжении. Попытка взятия биопсии не удалась, т.к. уплотнение было прикрыто инвагинированной стенкой тонкой кишки, что исключало возможность использования классических эндоскопических щипцов для получения морфологически достоверного материала.

Заключение: илеоцекальная инвагинация.  
11.12.2012 была выполнена экстренная операция.

\* Рисунки к статье на цветной вклейке в журнал.

При ревизии органов брюшной полости обнаружена инвагинация на расстоянии 50 см от илеоцекального угла. Произведено освобождение тонкой кишки на всем протяжении; серозная оболочка тонкой кишки блестящая, розового цвета без признаков нарушения кровоснабжения. Слепая и восходящий отдел толстой кишки подвижны, на длинной брыжейке, легко смещается до левого бокового канала.

Выполнена фиксация восходящего отдела толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки в области илеоцекального угла отдельными викриловыми швами к париетальной брюшине.

Через сутки после операции у больной вновь возникли жалобы на тошноту, периодические сильные боли в животе, рвоту. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. АД 80–110 мм рт. ст., пульс 90 в мин. Язык сухой, чистый. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, малоболезненный в правых отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Газы не отходят, стула не было.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости от 13.12.2012 — картина тонкокишечной непроходимости.

При повторной колоноскопии от 13.12.2012 в восходящем отделе толстой кишки визуализируется инвагинированный через устье баугиниевой заслонки терминальный отдел подвздошной кишки синюшно-бордового цвета, с участками некроза с наложениями фибрина (рис. 3). Перистальтика инвагинированного участка тонкой кишки не прослеживается. На всем протяжении толстой кишки геморрагический выпот.

Заключение: илеоцекальная инвагинация с признаками некроза терминального отдела подвздошной кишки.

13.12.2012 под общим наркозом выполнена нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка справа. При ревизии органов брюшной полости выявлен плотный массивный кишечный инвагинат синюшного цвета, образованный подвздошной и восходящим отделом толстой кишки.

Петли тонкой кишки выше места обструкции расширены до 4–5 см, содержат большое количество кишечного газа и жидкости. Перистальтика единичная. Учитывая рецидив заболевания, принято решение о выполнении резекции участка кишечника, образовавшего инвагинат. Отступив от края инвагината по ходу тонкой кишки проксимальнее на 25 см, тонкая кишка пересечена аппаратами Та-55. Выполнена мобилизация восходящего отдела толстой кишки до поперечно-ободочного отдела. Брыжейка толстой кишки пересечена с прошиванием и перевязкой магистральных артерий. Толстая кишка пересечена между аппаратами Та-55. Линии скрепочных швов перитонизированы викриловыми швами. Между тонкой и поперечно-ободочной кишкой наложен аппаратный анастомоз «бок-в-бок». Линия скрепочных швов дополнительно перитонизирована отдельными узловыми

серо-серозными швами. Выполнена назогастроинтестинальная интубация зондом Каншина. Правый боковой канал и малый таз дренированы.

Для патоморфологического исследования был направлен инвагинированный фрагмент подвздошной и слепой кишки бурого цвета с кровоизлияниями.

Длина удаленного фрагмента составила 44 см, со стороны слизистой оболочки на расстоянии 20 см от баугиниевой заслонки было обнаружено округлое мягко-эластическое подвижное образование 4 × 2,5 × 1,5 см на широком основании, с гладкой розово-красной поверхностью с кровоизлияниями, покрытое слизистой оболочкой без язвенных дефектов.

Подвижная опухоль на ножке имела форму крючка и была расположена под углом к поверхности кишки, таким образом, что выполняла функцию запирающего устройства, свободно пропускающего инвагинат внутрь и не выпускавшего его обратно. На разрезе бело-желтого цвета, слоистого вида, с четкими контурами. Петли кишки резко отечны, дилатированы, с кровоизлияниями, с наложениями фибрина, в просвете определяется умеренное количество жидкого зеленоватого содержимого. Окружающая слизистая оболочка тонкой кишки красно-бурого цвета, местами резко отечна, с кровоизлияниями. В стенке кишки отмечались выраженные дисциркуляторные нарушения с фокусами некроза, кровоизлияниями. В ткани лимфатического узла выявлены реактивные изменения и гиперплазия лимфоидной ткани (рис. 4).

При гистологическом исследовании препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином, была диагностирована доброкачественная опухоль — субмукозная лейомиома, состоящая из гладкомышечного и жирового компонента (рис. 5), что подтверждает экспрессия SMA [3], а также Ki 67 в единичных клетках [4]. GISTома исключена исследованием CD117 [5].

Послеоперационный период после повторного оперативного вмешательства протекал без осложнений, выписана в удовлетворительном состоянии.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Данный случай демонстрирует необходимость тщательного инструментального обследования больных, имеющих эпизоды кишечной непроходимости. В нашей ситуации потребовалось рентгенологическое исследование кишки с контрастированием барием в вертикальном и горизонтальном положениях и обязательная повторная колоноскопия.

Причиной сложности разбираемой ситуации была локализация лейомиомы, оказавшейся зажатой между стенками кишечника и сдавливавшей стенку кишки снаружи на уровне печеночного угла, что было отмечено при первой колоноскопии.

Однако имеющая форму крючка подвижная опухоль на ножке, расположенная под углом к поверхности кишки и сдавливающая ее, выполняла

в то же время роль инородного тела в просвете кишки. Во время перистальтических сокращений новообразование она смещалась по просвету кишки, увлекая за собой стенку кишки и брыжейку, вызывая клинику инвагинации и кишечной непроходимости, подтвержденной при повторной колоноскопии и рентгенографии.

Диагноз лейомиомы был выставлен только после макроскопического и микроскопического гистологического исследования операционного материала. Однако следует признать, что шаровидное выпячивание слизистой (*рис. 1*) могло бы быть визуально расценено как лейомиома.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ганцев, Ш.Х. и др. // Рос. онкол. журн. — 2009. — Т. 4. — С. 46–48.
2. Алексеев, П.П. и др. // Хирургия. — 1973. — Т. 12.
3. Chang, H. L. Uterine leiomyomas exhibit fewer stem/progenitor cell characteristics when compared with corresponding normal myometrium / H. L. Chang, T. N. Senaratne, L. Zhang // *Reprod. Sci.* — 2010. — Vol. 17, No. 2. — P. 158–167.
4. Noha, M. A. Casper Biological and reproductive implications of stem cell research and therapeutics prospects in the Middle East / Noha A. M., R. F. Bedaiwy // *Middle East Fertility Soc. J.* — 2006. — Vol. 11, No. 3. — P. 152–168.
5. WHO classification of tumours of the digestive system / Eds. F. T. Bosman, F. Carneiro, R. H. Hruban et al. — Lyon: Int. Agency for Res. on Cancer, 2010. — 417 p.





ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ

**ЛЕЙОМИОМА ТОНКОЙ КИШКИ КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ  
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

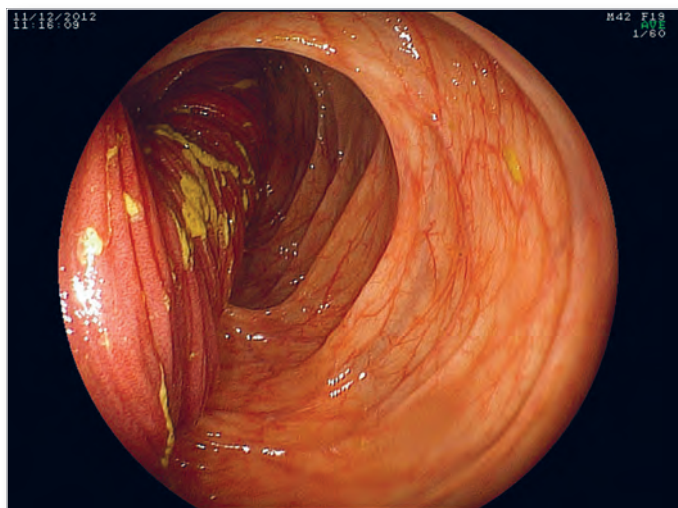


Рис. 1. Илеоцекальная инвагинация.

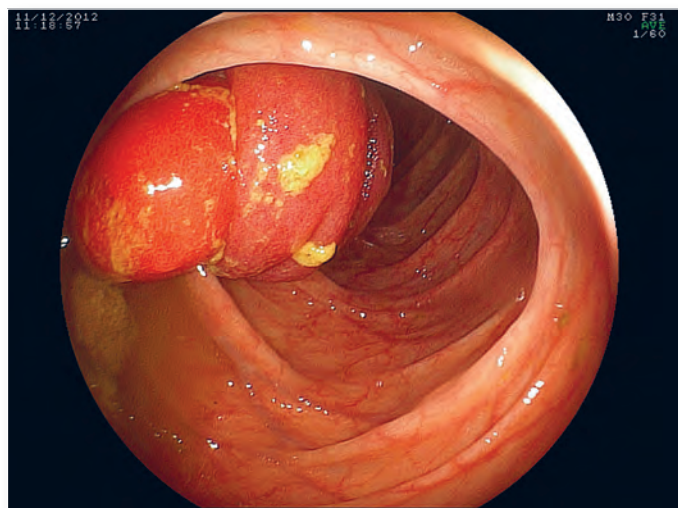


Рис. 2. Шаровидное выпячивание инвагинированного участка.

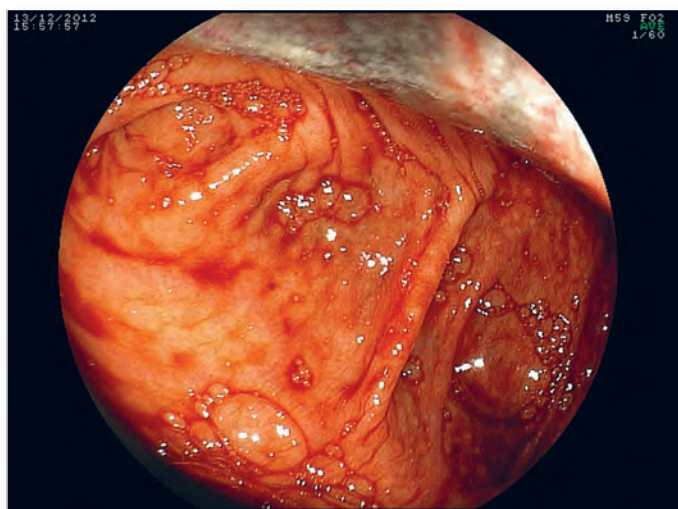


Рис. 3. Илеоцекальная инвагинация с признаками ишемии и некроза.



Рис. 4. Морфологический препарат лейомиомы с мышечным компонентом.

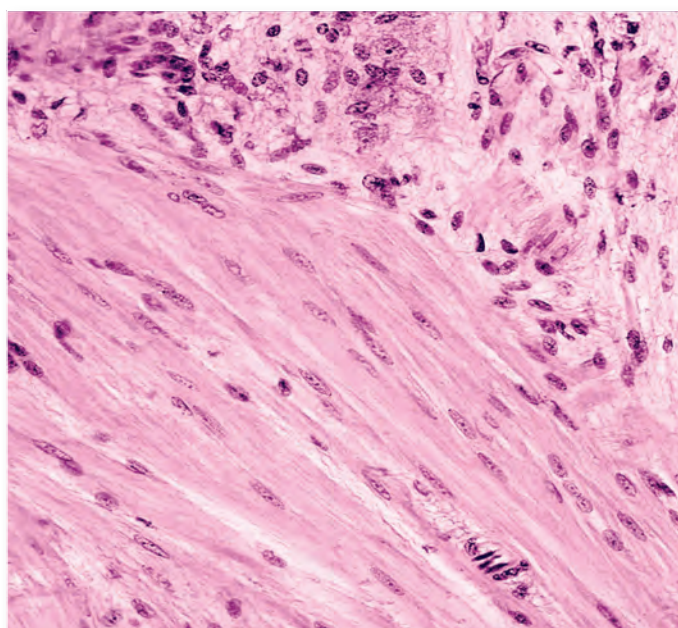


Рис. 5. Мышечный компонент лейомиомы.