

© К.П.Пашкин, Е.В.Мотырова, 2009
УДК 616.34-007.44-053.89-07-089

К.П.Пашкин, Е.В.Мотырова

КИШЕЧНЫЕ ИНВАГИНАЦИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Луховицкая центральная районная больница Московской области (главврач — Г.В.Пончакова)

Ключевые слова: инвагинация, кишка.

Кишечная инвагинация — наиболее частая причина кишечной непроходимости у детей от 4 мес до 1 года (около 80%) [1]. Упоминания о случаях инвагинации кишечника у больных старшей возрастной группы в доступной литературе встречаются крайне редко [2, 3]. В то же время, как показывает практика, диагностика этого заболевания, проявляющегося клиникой кишечной непроходимости, чаще всего происходит лишь на этапе оперативного вмешательства. С тонкокишечной инвагинацией у больного в возрасте 20 лет мы столкнулись впервые.

1. Больной И., 20 лет, с 18.09.2004 г. находился на лечении в терапевтическом отделении ЦРБ с диагнозом острый гастрит. Поступил в отделение в жалобами на боли умеренной интенсивности в эпигастрии, тошноту. Проводилась соответствующая предполагаемому заболеванию терапия.

19.09.2004 г. сохранялись умеренные боли в эпигастрии, которые носили постоянный характер, периодически незначительно усиливаясь. Боли стихали на непродолжительное время после инъекций спазмолитиков. Дважды была рвота после приема жидкости. Появилась субфебрильная температура тела. В то же время, на тот момент отсутствовали объективные признаки кишечной непроходимости либо перитонеальные явления со стороны живота.

После проведения ФГДС, 20.09.2004 г., состояние больного резко ухудшилось (по данным эндоскопии явления поверхностного гастрита). Боли усилились, распространились по всему животу. Осмотрен хирургом: общее состояние больного средней тяжести, беспокоят боли в низу живота, задержка стула и газов. Кожные покровы физиологической окраски. Подмышечная температура тела 37,5 °С, ректальная 38,7 °С. Тахикардия 110 уд/мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот подвздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и по всему правому флангу, там же определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом Щёткина. В правой подвздошной области пальпируется инфильтрат неопределенных размеров. Перистальтика не выслушивается. Газы не отходят. Пальцевое исследование прямой кишки резко болезненно. В общем анализе крови: эр. $4,2 \times 10^{12}/л$, Нб 152 г/л, л. $9,4 \times 10^9/л$, э. 1, п. 2, с. 75, лимф. 22.

С подозрением на острый деструктивный аппендицит больной в экстренном порядке взят в операционную. Под внутривенным наркозом разрезом по Дьяконову—Волкову справа вскрыта брюшная полость. Аппендикулярный отросток не изменен. В брюшной полости большое количество прозрачного выпота. Под интубационным наркозом произведена среднесрединная лапаротомия. При ревизии выявлена тонкокишечная инвагинация (18×8 см) в 15 см от илеоцекального угла с заворотом тонкой кишки вокруг инвагината и явлениями странгуляционной тонкокишечной

непроходимости. Участок кишки с инвагинатом нежизнеспособен. Произведена резекция 1,5 м тонкой кишки с инвагинатом с последующим наложением илеотансверзостомы. В просвете толстой кишки кал с примесью крови и слизи (похожий на черномородиновое желе). Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты после заживления лапаротомной раны первичным натяжением на 9-е сутки. В послеоперационном периоде у больного регулярный, кашицеобразный стул до 3–4 раз в сутки.

Другой случай, но уже толстокишечной инвагинации ректосигмоидного отдела мы наблюдали у больного в возрасте 77 лет.

2. Больной У., 77 лет, поступил в хирургическое отделение 10.02.2006 г. с жалобами на боли в животе, задержку стула и прекращение отхождения газов на протяжении 4 сут. Общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы физиологической окраски. Подмышечная температура тела 36,8 °С, ректальная 37,9 °С. Тахикардия 102 уд/мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот подвздут, при пальпации умеренно болезненный во всех отделах. Определяется разлитой невыраженный перитонизм. В прямой кишке при пальцевом исследовании определяется эластичное объемное образование до 8 см в диаметре, на перчатке кровь. Поставлен предварительный диагноз — рак прямой кишки, обтурационная толстокишечная непроходимость. После предоперационной подготовки взят в операционную. На операции выявлена ректосигмовидная инвагинация. Нежизнеспособный инвагиназ (21×8 см) резецирован. На переднюю брюшную стенку выведен anus praeternaturalis. Оставшийся дистальный участок прямой кишки длиной 8 см заглушен. Состояние больного в послеоперационном периоде оставалось тяжелым. На 6-е сутки после нарастания явлений полиорганной недостаточности больной умер. Причиной смерти явился разлитой гнойно-фибринозный перитонит из-за некроза культи прямой кишки.

На патологоанатомическом исследовании операционного материала в обоих случаях выявлены кишечные инвагинаты, без дополнительных объективных предпосылок к инвагинации.

Думаем, что представленные случаи имеют практическую ценность ввиду относительной редкости данной патологии у больных старшей возрастной группы, диагностика которой, как показывает практика, чаще всего происходит лишь на этапе оперативного вмешательства.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Долецкий С.Я., Исаков Ю.Ф. Детская хирургия.—М.: Медицина, 1970.—Т. 2.—723 с.
2. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость.—М.: Медицина, 1989.—117 с.
3. Пономарев А.А., Карпов О.Э. Редкие причины непроходимости желудочно-кишечного тракта.—Рязань: РязГМУ, 2002.—420 с.

Поступила в редакцию 15.05.2008 г.