

ЛИПОМА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ РАЗВИТИЕМ ТОНКО-ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

Стойко Ю.М., Левчук А.Л.,
Степанюк И.В., Пихута Д.А.,
Слабожанкина Е.А., Федотов Д.Ю.

УДК: 616.344-006.326.03-06:617.557

ILEAL LIPOMA COMPLICATED BY THE DEVELOPMENT OF THIN-INTUSSUSCEPTION

Stojko Ju.M., Levchuk A.L., Stepanjuk I.V.,
Pihuta D.A., Slabozhankina E.A., Fedotov D.Ju.

Инвагинация кишечника представляет собой внедрение проксимального участка кишки вместе с ее брыжейкой в просвет дистального участка кишки, с развитием кишечной непроходимости.

По механизму своего развития инвагинация является отдельной (смешанной) формой механической кишечной непроходимости, включающей в себя как обтурационный компонент, когда проксимальный участок кишки, внедряясь в дистальный участок, обтурирует ее просвет, так и странгуляционный, возникающий в результате сдавления брыжейки внедрившегося участка кишки с последующим ее отеком и ишемией.

По форме внедрения инвагинации кишечника делятся на тонко-тонкокишечные, толсто-толстокишечные, тонко-толстокишечные и тонко-слепо-толстокишечные. Последние две формы можно условно объединить в одну общую «илеоцекальную» форму инвагинаций кишки, которая встречается в подавляющем большинстве случаев, составляя 91,3% инвагинаций, тогда как на долю тонко-тонкокишечных и толсто-толстокишечных форм приходится 6,5% и 2,2%, соответственно.

Некоторые авторы разделяют инвагинации кишечника по клиническому течению: на острую, рецидивирующую и хроническую формы. Острая форма характеризуется классической картиной кишечной непроходимости; под понятием рецидивирующая форма подразумевается повторно возникающее (иногда на

протяжении нескольких лет) внедрение кишки, имеющее острое начало; хроническая форма проявляется длительно существующим внедрением кишок со слабовыраженной клиникой кишечной непроходимости.

Впервые инвагинация была описана голландским ученым Паулем Барбетом в 1674 году, однако примеры успешного лечения этой патологии зафиксированы лишь через 200 лет с момента ее открытия. Так, в 1871 году английским хирургом сэром Джонатаном Хатчинсоном была выполнена первая в мире успешная операция при инвагинации кишечника. А всего пятью годами позже, в 1876 году, знаменитый датский врач Харальд Гиршпрунг предложил консервативную методику лечения инвагинаций путем создания повышенного гидростатического давления. С тех пор оперативные и консервативные методы лечения при инвагинациях кишечника, органично дополняя друг друга, прочно заняли свои «ниши» в мировой медицине. В лечении инвагинаций у больных детского возраста приоритетной и эффективной остается консервативная методика, у взрослых пациентов лидирующие позиции прочно заняли хирургический метод.

К наиболее частым предрасполагающим причинам возникновения инвагинаций кишечника следует относить: новообразования, дивертикулы Меккеля, аппендицит, травму живота, погрешность в питании, аскаридоз. Стоит отметить, что у взрослых пациентов, опухолевый генез возникновения инвагинаций составляет 25–40%.

Распространенность этой патологии у больных всех возрастов, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 17% процентов от всех диагностируемых форм кишечной непроходимости. Подавляющее большинство из этих больных составляют дети грудного возраста, у которых 70–80% случаев кишечной непроходимости оказываются инвагинациями.

У взрослых инвагинация кишки с развитием кишечной непроходимости является весьма редким заболеванием, встречающимся лишь в 2–3% случаев. Это, несомненно, затрудняет своевременную диагностику заболевания, увеличивает количество случаев некорректной трактовки клинической картины, ведущих к ошибкам в выборе лечебной тактики.

Приводим наше клиническое наблюдение: Больная Н., 21 года, поступи-

ла в ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. С детства пациентка отмечала эпизодические боли в верхних отделах живота, сопровождавшиеся тошнотой и вздутием живота. Настоящее ухудшение отмечалось в течение трех месяцев до госпитализации, когда пациентку стали беспокоить периодические боли в верхних отделах живота, тошнота. Со временем боли усилились, появилась рвота с примесью желчи. В течение последнего месяца до госпитализации отмечались дисфагия, снижение массы тела на 12 кг. В связи с вышеуказанными жалобами больная обратилась в поликлинику по месту жительства, где пациентке был установлен диагноз «Дисбактериоз», проводилась антибактериальная терапия. Однако боли сохранялись, распространялись по всему животу и со временем приняли постоянный характер. За день до госпитализации больная отметила резкое усиление болей, а также вздутие живота с его асимметрией. Больной были выполнены УЗИ брюшной полости, выявившее признаки образования левой половины толстой кишки, и обзорный снимок живота, по данным которого уровень жидкости в брюшной полости не определялся. Для уточнения диагноза пациентка была госпитализирована в НМХЦ им. Н.И. Пирогова, где на компьютерной томографии брюшной полости сразу же установлен диагноз тонко-толстокишечной инвагинации кишечника. На КТ снимках четко отмечались признаки внедрения тонкой кишки в просвет толстой с распространением вплоть до начальных отделов сигмовидной кишки (Рис. 1).

Больная в экстренном порядке была оперирована. Выполнена срединная лапаротомия, интраоперационно диагноз полностью подтвержден. Выявлен инвагинат тонкой кишки в толстую протяженностью до 1 метра.

После проведения дезинвагинации, освобожденный участок подвздошной кишки оказался жизнеспособен, но на расстоянии 40 см от илеоцекального угла определялось опухолевидное образование размерами 2 x 3 см, расположенное на противобрыжечном крае (Рис. 2).

Учитывая характер патологии, выполнена резекция участка подвздошной кишки (20 см) с наложением тонко-тонкокишечного анастомоза по типу «бок в бок» (Рис. 3).

При дальнейшем рассмотрении макропрепарата в просвете кишки новообразование на тонкой ножке, размерами до трех сантиметров.

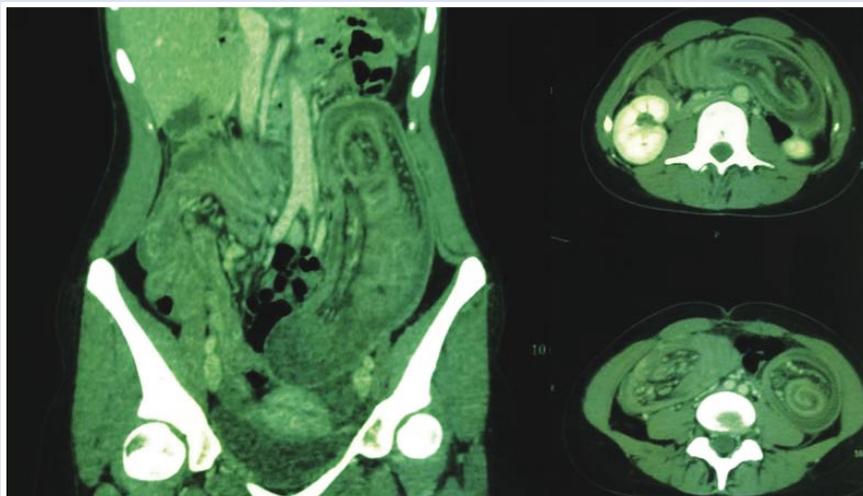


Рис. 1.

По результатам гистологического исследования опухоль в стенке кишки имеет строение подслизистой липомы с ангиоматозом и участками эрозии слизистой оболочки. Серозная оболочка кишки неравномерно фибрирована, на остальном протяжении стенки органа без очаговых изменений (Рис. 4).

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии пациентка была выписана на 10-е сутки под наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства.

Повторный осмотр больной осуществлен через месяц после выписки. Она чувствует себя удовлетворительно, восстановила массу тела, боли в животе не беспокоили.

В заключении хотелось бы отметить, что исключительно мультидисциплинарный подход, возможный в условиях многопрофильного хирургического стационара, которым является Пироговский Центр, дает возможность проводить своевременную экстренную диагностику и адекватное хирургическое лечение таких сложных и редких случаев, с нестандартной клинической картиной.



Рис. 2.

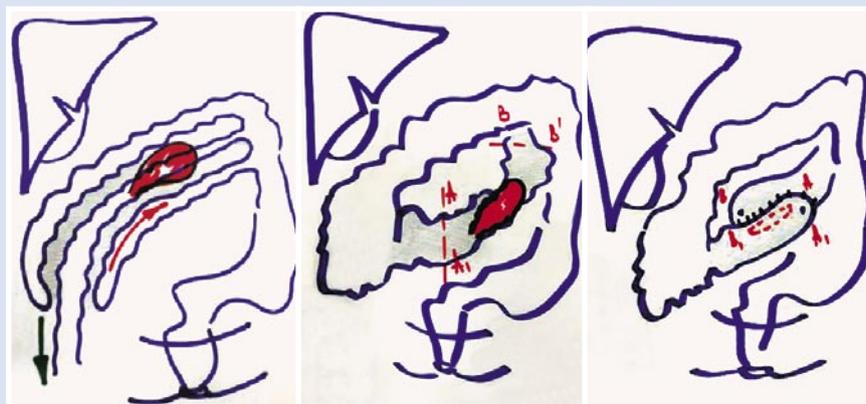


Рис. 3.

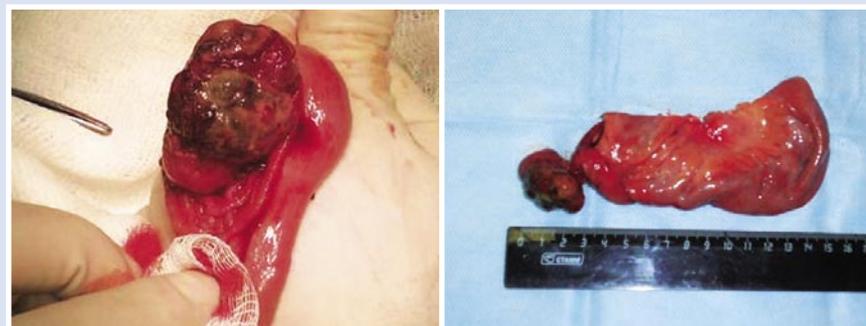


Рис. 4.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Национальный медико-хирургический Центр
 им. Н.И. Пирогова
 105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70
 e-mail: nmhc@mail.ru