

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Доцент М.В.Шейнкман РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

*Институт постдипломного образования
Кировской государственной медицинской
академии*

Инвагинация среди всех случаев острой кишечной непроходимости составляет, по данным различных авторов, от 2 до 10%, чаще встречается в детском возрасте. Больные с инвагинацией обычно поступают в стационар на 4 - 5-й день и крайне редко через один - два месяца от начала развития процесса инвагинации.

Представляет интерес наблюдение взрослой больной, у которой развитие инвагинации подвздошной кишки продолжалось в течение 7 месяцев и завершилось выпадением инвагината наружу через задний проход.

Больная Г. 49 лет доставлена машиной скорой медицинской помощи 8.01.01. в отделение колопроктологии с диагнозом: Выпадение прямой кишки. Рак прямой кишки 4 ст. с распадом?

Из анамнеза выяснено, что за полгода до поступления, в мае 2000 года, проходила медосмотр в связи с поступлением на работу, была признана здоровой, весила 82,6 кг. В начале июня 2000 года впервые появились кратковременные боли в животе и частый жидкий стул с примесью крови. 11.06.00 обратилась к врачу и была госпитализирована в инфекционную больницу с подозрением на кишечную инфекцию, где лечилась в течение 3-х недель. Инфекционные заболевания были исключены, однако состояние больной не улучшилось, жидкий стул оставался, похудела на 10 кг. С диагнозом энтероколит была выписана домой. Продолжала работать уборщицей в магазине, жидкий стул до 5 раз в сутки сохранялся, вес снижался. В связи с резкой слабостью, потерей сил 1.12.00 вынуждена была уволиться с работы, т.к. значительно похудела, ослабла и не могла выходить из дома. В середине декабря уже не было сил вставать с кровати, совсем перестала есть, т.к. пропал аппетит, лежала в кровати и, со слов больной, "ждала смерть", считая себя неизлечимо больной, но за медицинской помощью не обращалась.

Утром 08.01.01 из заднего прохода при очередном натуживании выпало большое образование красного цвета, в этот же день поступила в стационар.

При поступлении состояние больной крайне тяжелое, резко истощена, кахектична. Кожные покровы бледные, сухие, тургор кожи снижен. Вес 35 кг, температура 36°. Дыхание везикулярное, ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца глухие, тахикардия до 130 ударов в минуту. Пульс на лучевых

и сонных артериях четко не определялся, А.Д. - 90/80 мм рт ст. Язык сухой, обложен. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Из заднего прохода выстоит образование цилиндрической формы 17 на 7 см. мягкоэластической консистенции. Передняя поверхность его покрыта слизистой оболочкой, сзади - мелкобугристое, грязно-серого цвета в виде язвенной поверхности. В прямую кишку уходит ножка от выпавшего образования толщиной до 2-3 см. При пальцевом исследовании прямой кишки начало ножки не достигается. Анальное отверстие зияет. Тубус ректоскопа введен на 20см., далее в кишке кал желтого цвета. Слизистая бледно-розовая, ножка выпавшего образования красного цвета (Рис. 1).

При поступлении в крови: гемоглобин 67г%, эритроциты 2,35.10.12, лейкоциты 6,6 . 10.9 , П-11, С-56, Э-0, М-4, Л-24. СОЭ 65 мм. в час. Общий белок 37 г/л. Анализ мочи - без особенностей. При ФГС - эрозивно-геморрагический гастрит.

Установлен предварительный диагноз: Выпадение из прямой кишки опухоли толстого кишечника (Рак?), кахексия. Учитывая крайне тяжелое состояние больной, дальнейшее обследование с целью уточнения диагноза не представлялось возможным. Принято решение готовить больную к операции. В течение 3-х суток проводилась инфузионная терапия до 4-х литров в сутки растворов электролитов, глюкозы, полиглюкина, аминокислот. 11.01.01 больная взята в операционную. Выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости выявлено незначительное количество серозного выпота. Петли тонкого кишечника и толстая кишка раздуты газом. Подвздошная кишка инвагинирована в слепую. По ходу толстой кишки, начиная от слепой, в ее просвете определялся напряженный плотный тяж типа струны, который стягивал всю толстую кишку в виде кисета. В области инвагината стенка слепой кишки отечна.

После пересечения со стороны промежности ножки выпавшего образования толстая кишка сразу расправилась, пальпируемый ранее тяж сократился. Пересеченная ножка сократилась до слепой кишки.

Выполнена резекция илеоцекального угла вместе с инвагинатом. Конец восходящей кишки ушит наглухо, а подвздошная кишка, в виде концевой илеостомы, выведена на брюшную стенку в правой подвздошной области.

Удаленная опухоль размерами 17 x 8 x 7см. на разрезе белесого цвета, неоднородна. Ножка опухоли до 20см. длиной, 2,5см. шириной, исходит из подвздошной кишки.

В послеоперационном периоде продолжена интенсивная трансфузионная терапия, перелито: 1 литр протеина, 1 литр альбумина, растворы глюкозы, электролитов. Состояние больной про-

грессивно улучшалось. Появился аппетит, илеостомы нормально функционировала. Рана зажила первичным заживлением. Больная начала ходить, прибыла в весе до 42 кг.



Рис. 1. Инвагинированный полип, вытавший из прямой кишки

При гистологическом исследовании удаленного образования выявлено полиповидное образование подвздошной кишки, представленное фиброзной тканью без эпителиальной выстилки с выраженным ангиоматозом стромы, крупными кровоизлияниями и очагами некроза. В строме, преимущественно по периферии, определяются воспалительные инфильтраты, представленные лимфоцитами, макрофагами и небольшим количеством нейтрофилов. Поверхность образования с некрозами, участками изъязвления и единичными колониями бактерий.

Данное образование может быть отнесено к воспалительному фиброному полипу подвздошной кишки.

Через месяц после первой операции, не выписывая больную из стационара, 14.02.01 выполнена восстановительная операция, наложен илеоасцендоанастомоз. Рана зажила первичным заживлением. Состояние больной прогрессивно улучшалось. Прибыла в весе до 54,5 кг, стала активной. В удовлетворительном состоянии выписана домой 6.03.01.

В настоящее время, спустя 4,5 года после операции, пациентка чувствует себя хорошо, продолжает трудиться.

Описанное наблюдение представляет интерес, во-первых, необычайно продолжительным (7 месяцев!) развитием инвагинации, что привело больную в крайне тяжёлое состояние, близкое к инкурабельному, во-вторых, довольно атипичной клинической картиной и, в-третьих, тем, что причиной инвагинации явился гигантских размеров фиброзный полип подвздошной кишки.

В доступной нам литературе описания подобных состояний обнаружить не удалось.

Summary

RARE CASE OF INVAGINATION OF ILIUM INTO THE CAECUM

M. V. Sheinkman

Kirov State Medical Academy

There was presented the case of 49-year female patient who was hospitalized with the clinic of invagination of a huge fibrous polyp of the ilium into the caecum for 7 months. As the result of the process polyp prolapsed through the rectum and the anus. The patient condition progressively worsened during the previous 7 months. She lost almost 50% of her weight. On admission to the hospital she weighed 35 kg. She recovered due to the two-stage surgery.