

Инвагинация кишки при злокачественных опухолях

А.Ю.Ненарокомов
Волгоградский государственный
медицинский университет Министерства
здравоохранения РФ, Волгоград

Инвагинация – внедрение одной кишки в другую – чаще всего возникает в детском возрасте. У взрослых причиной развития инвагинации являются органические причины, в том числе – опухоли. Характерной чертой инвагинации кишечника у взрослых является отсутствие типичной симптоматики. В статье приведено два клинических наблюдения инвагинации кишки опухолевой этиологии.

Ключевые слова: инвагинация, рак толстой кишки, обструктивная резекция, субтотальная колэктомия.

Intussusception of the Intestines in Cases of Malignant Tumors

A.Yu.Nenarokomov
Volograd State Medical University, Volgograd

Intussusception – the introduction of one part of the intestine into another – most often occurs in childhood. In adults the causes of intussusception are organic, including tumors. A characteristic feature of intussusception in adults is the lack of typical symptoms. This article presents two clinical observations of the intestinal intussusceptions of neoplastic etiology.

Key words: intussusceptions, colon cancer, obstructive resection, subtotal colectomy.

Инвагинация кишечника – внедрение одной кишки в другую – относится к сочетанной непроходимости кишечника, так как наряду с закупоркой просвета кишки наблюдается, в той или иной степени, ущемление брыжейки внедрившейся кишки [1, 2].

Чаще всего – до 80% – инвагинация кишечника происходит в детском возрасте и характеризуется триадой признаков: схваткообразные боли в животе, рвота и стул с кровью. У взрослых данное заболевание встречается достаточно редко, менее 5% от общего числа инвагинаций. При этом классическая триада симптомов, как правило, отсутствует [3, 4].

В подавляющем числе случаев причиной инвагинации кишки в этом возрасте являются органические причины: воспалительные заболевания, послеоперационные спайки, дивертикул Меккеля, доброкачественные и злокачественные опухоли [3–5].

В современной литературе практически отсутствуют обобщающие данные об особенностях этой патологии у взрослой категории больных, что является подтверждением редкости данного заболевания. В ситуациях, когда опухоли кишечника осложняются инвагинацией, пациенты чаще поступают в urgentные хирургические отделения общей лечебной сети. В связи с этим, опыт лечения таких боль-

ных в специализированных онкологических подразделениях, как правило, не высок [3, 4].

Мы располагаем опытом лечения двух пациентов с инвагинацией толстой кишки опухолевой этиологии и нетипичным течением заболевания, которые представляем вниманию медицинской общественности.

Большая А., 64 лет, и. б. №12388, поступила 23.11.2010. в колопроктологическое отделение ГБУЗ Волгоградский областной клинический онкологический диспансер в срочном порядке. При поступлении в стационар предъявляла жалобы на боли постоянного характера в животе и в области заднего прохода, где определяется выпавшая часть толстой кишки; выделение кровянистой слизи из кишки; похудание на 8–10 кг за последний год.

При опросе больной себя считает в течение 2 лет, за медицинской помощью не обращалась. Беспокоили периодические боли в животе, примесь слизи в кале. Выпадение участка кишки через анальный канал произошло 4 суток назад. Попытки самостоятельного вправить ее были безрезультатными. Была направлена в стационар с диагнозом: Рак прямой кишки, выпадение прямой кишки.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь, тургор кожи снижен. Сердечные тоны приглушены, пульс – 96 уд/мин, АД – 165/95 мм рт. ст. Язык обложен грязно-серым налетом, подсыхает. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, перистальтика кишечника живая, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Со стороны промежности имеется выпадение участка толстой кишки через анальный канал длиной 15 см. Выпавшая кишка имеет неоднородный багровый цвет с участками потемнения, покрыта слизью и фибрином. В области головки инвагината определяется край экзофитной опухоли на широком основании. Верхний край инвагината пальцем не достижим (рис. 1.).

В общем анализе крови умеренная анемия – до 119 г/л, лейкоцитоз – $9,6 \times 10^9$, пал. – 12, сегм. – 67, лимф. – 18, мон. – 2, пл. кл. – 1. СОЭ – 32 мм/ч.

Предоперационная подготовка включала коррекцию водно-электролитных нарушений. Большая была оперирована в течение 6 ч с момента поступления в стационар. При ревизии выявлена инвагинация сигмовидной кишки в прямую кишку на уровне верхне-ампулярного отдела. Вышележащие отделы расширены до 6 см, содержат газ и твердый кал. Путем тракции с пособием со стороны промежности инвагинат вправлен в брюшную полость. Причиной инвагинации являлась опухоль экзофитного роста на широком основании 6×6 см в средней трети сигмовидной кишки на фоне долихосигмы. Жизнеспособность инвагинированной кишки оказалась сомнительной, в виду чего выполнена обструктивная резекция сигмовидной кишки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Результаты гистологического исследования №48099-48113: высокодифференцированная аденокарцинома с инвазией 2/3 мышечного слоя, в удаленных лимфатических узлах – хронический лимфаденит, стенка кишки в состоянии флегмонозного воспаления.

Большая была выписана на 11-е сутки послеоперационного периода с рекомендациями о решении вопроса о реконструктивной операции через 3–4 мес. Пациентка явилась на контрольный осмотр через 6 мес. Признаков прогрессирования рака не было выявлено, от повторной операции отказалась. По со-

стоянию на декабрь 2016 г. пациентка жива без признаков прогрессирования.

Пациент К, 69 лет, и.б. № 17844, поступил в то же отделение 22.11.2016 г. Предъявлял жалобы на боли в животе в течение нескольких месяцев, усиливающиеся после приема пищи, похудание на 20 кг, слабость. Сопутствующая патология – слабоумие легкой степени – затрудняла сбор анамнеза заболевания. На основании опроса и имеющейся медицинской документации было выяснено, что до направления в онкологический диспансер пациент в течение 2 нед находился в хирургическом стационаре, где ему проводилось обследование, инфузионная терапия и обезболивание. Таким образом, длительность заболевания была оценена не менее чем 2 мес.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Телосложение астеническое, рост – 172 см, масса тела 58 кг, индекс массы тела – 19,3. Кожные покровы обычной окраски, подкожная жировая клетчатка не выраженная, тургор кожи сохранен. Дыхательная и сердечно-сосудистая системы – без особенностей. Язык – влажный, обложен белесоватым налетом. Живот ассиметричен за счет умеренной подвздутости в нижних отделах. Мягкий при пальпации. В левой подвздошной области пальпируется болезненное уплотнение без четких контуров, плотно-эластичной консистенции, ограниченно смещаемое. Перитонеальных симптомов нет. Перинальная область без онкопатологии, геморроидальные узлы спавшиеся, тонус сфинктера сохранен, при пальцевом исследовании прямой кишки онкопатологии не обнаружено, на перчатке – светло-коричневый кал. Стул полужидкий ежедневный до 3–4 раз в сутки со слизью.

По лабораторным данным: умеренное снижение гемоглобина – до 105 г/л, лейкоциты – $10,3 \times 10^9$, лейкоцитарная формула не изменена; креатинин крови – 147 мкмоль/л, билирубин – 24,0 мкмоль/л, глюкоза крови – 3,7 ммоль/л.

Ирригоскопия: На уровне проксимального отдела сигмы определяется сужение просвета, не пропускающее контраст и воздух.

Фиброколоноскопия: эндоскоп проведен на 50 см, на этом уровне определяется циркулярное ригидное сужение, пройти через которое не удается. Взята биопсия.

Гистологическое исследование №49393-49394: высокодифференцированная аденокарцинома.

На основании полученных данных был выставлен диагноз: Рак сигмовидной кишки, относительная толстокишечная непроходимость, что являлось показанием к плановому оперативному лечению.

Плановая операция выполнена 29.11.2016 г. При ревизии в брюшной полости около полулитра прозрачной соломенно-желтой реактивной жидкости. В печени, по брюшине и в забрюшинном пространстве метастазов не обнаружено. Обращает внимание отсутствие слепой, восходящей и части поперечной ободочной кишок в связи с инвагинацией этих отделов в левую часть ободочной кишки (рис. 2).

Поперечная ободочная кишка, нисходящий отдел и сигмовидная кишка в проксимальной трети представлены плотным ригидным цилиндром. Пальпируемое в кишке образование слепо заканчивается в сигмовидной кишке. Таким образом, выявлена инвагинация правых отделов ободочной кишки в ее левые отделы. Протяженность инвагината составила 40 см. В связи с длительностью существования инвагинации и ее протяженностью, эвагинировать кишку не представлялось возможным. Было решено выполнить субтотальную колектомию.

Рис. 1. Выпадение сигмовидной кишки с опухолью через анальный канал.



Рис. 2. Вид операционного поля в ходе интраоперационной ревизии:

1. подвздошная кишка; 2. поперечная ободочная кишка; 3. сигмовидная кишка.

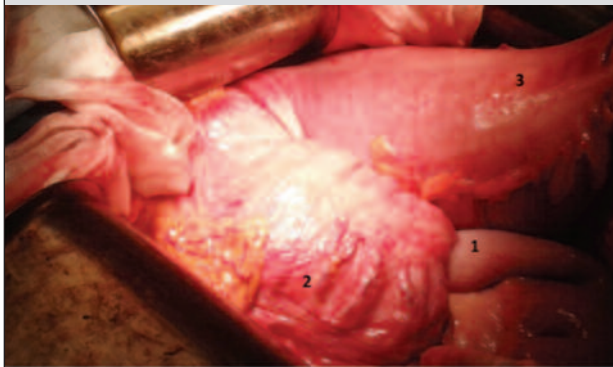


Рис. 3. Удаленный препарат рассечен вдоль.

1. подвздошная кишка; 2. опухоль слепой кишки в головке инвагината; 3. инвагинат до его расправления.



Среди особенностей выполненной операции необходимо отметить невозможность анатомического лигирования правых и средних ободочных сосудов. Сигмовидная кишка пересечена на границе проксимальной и средней трети. Анастомоз сформирован между подвздошной кишкой и сигмовидной кишкой «конец в конец» однорядным атравматичным швом.

Завершение операции – по общим правилам. При ревизии удаленного материала имеет место трехцилиндровая изоперистальгическая инвагинация, причиной которой являлась экзофитная опухоль слепой кишки размером 6 см в диаметре (рис. 3).

Регионарные лимфатические узлы по ходу а. ileocolica и а. colica media плотно-эластичной консистенции менее 0,5 см.

Гистологическое исследование № 50004-50013: высокодифференцированная аденокарцинома с прорастанием в мышечный слой без метастазов в лимфатические узлы; граница резекции без опухоли.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На вторые сутки пациент начал самостоятельно подниматься и ходить. Кормление было разрешено после возобновления устойчивой перистальтики на 4-е сутки. Больной выписан на 7-е сутки из стационара под наблюдение районного онколога и хирурга.

Диагноз при выписке: Рак слепой кишки рT2N0M0, St I. Инвагинация, относительная толстокишечная непроходимость. Сутотальная колэктомия (29.11.2016.). С учетом стадии заболевания, лечение было принято считать законченным. Пациент осмотрен через три месяца после операции. Признаков прогрессирования опухоли не обнаружено, самочувствие удовлетворительное, увеличение массы тела на 5 кг.

Приведенные в статье клинические наблюдения ярко иллюстрируют высокую вариативность проявлений инвагинации кишечника опухолевой этиологии у взрослых.

Литература

1. Лашкин К.П., Мотырова Е.В. Кишечная инвагинация у больных старших возрастных групп. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2009; 168: 5: 66. / Lashkin K.P., Motyrova E.V. Kischechnaja invaginacija u bol'nyh starshih vozrastnyh grupp. Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova. 2009; 168: 5: 66. [in Russian]
2. Hiroka H., Makio M., Hiroshi K. Adult Intussusception: A retrospective review World J. Surg. 2015; 39: 134–138.
3. Колоцей В.Н., Смотрин С.М. Инвагинационная непроходимость в клинической практике ургентного хирурга. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2016; 3: 132–135. / Kolocej V.N., Smotrin S.M. Invaginacionnaja neprohodimost' v klinicheskoj praktike urgentnogo hirurga. Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. 2016; 3: 132–135. [in Russian]
4. Ганцев Ш.Х. Аюпов Р.Т., Акмалов Ю.М., Каланова А.П., Сулейманов Н.М., Парфенов А.Ю. Кишечная инвагинация у взрослых как осложнение опухолевой этиологии. Российский онкологический журнал. 2009; 12: 62–69. / Gancev Sh.H. Ajupov R.T., Akmalov Ju.M., Kalanova A.P., Sulejmanov N.M., Parfenov A.Ju. Kischechnaja invaginacija u vzroslyh kak oslozhenie opuholevoj etiologii. Rossijskij onkologicheskij zhurnal. 2009; 12: 62–69.
5. Ongom P. A., Opiu Ch. K., Kijambu S. C. Presentation, aetiology and treatment of adult intussusception in a tertiary Sub-Saharan Hospital: A 10-year retrospective study. BMC Gastroenterology. 2014; 14: 86. Режим доступа: <http://www.biomedcentral.com/1471-230X/14/86>

Сведения об авторе:

Ненарокомов Александр Юрьевич – к.м.н., доцент кафедры онкологии с курсом онкологии и гематологии факультета усовершенствования врачей ФГОУ ВО Волгоградского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения РФ, Волгоград