

Секция 7
НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ

**СЛУЧАЙ РЕТРОГРАДНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ТОНКОЙ
КИШКИ В КУЛЬТЮ ЖЕЛУДКА**

Бас С. И., Ковалев С. А., Татаринов В. С., Савостенко И. Я.,
Карасев С. Н., Ковалкин Е. П.

УЗ «Могилевская областная больница»,
г. Могилев, Республика Беларусь

Введение. Внедрение тонкой кишки через гастроэнтеростомическое отверстие в желудок (*invaginatio jejuno-gastrica*) встречается очень редко. Первое описание сделано в 1917 г. Гертнером (Gartner), спустя 30 лет после введения в хирургическую практику операций гастроэнтеростомии. Ю.М. Панцырев и М.И. Гордонова (1963) сообщили о 51 случае, опубликованном в мировой литературе, начиная с 1939 г., добавив к ним 3 собственных наблюдения.

После гастроэнтеростомии инвагинация наблюдается значительно чаще, чем после резекции желудка. В 75% случаев в анастомоз инвагинирует приводящая петля, в 11% – отводящая, в 10% инвагинируют обе петли одновременно. Это осложнение наблюдается как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки.

Цель: показать возможность ретроградной инвагинации тонкой кишки в гастроэнтероанастомоз после резекции желудка.

Материал и методы. Случай лечения пациента П. 47 лет, который находился с 29.12 по 11.01.06 г. на лечении в первом хирургическом отделении УЗ «Могилевская областная больница».

Результаты и обсуждение. Пациент П., 47 лет, поступил в ЦРБ 28.12.06 г. с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. Заболел 27.12.06 г. вечером, когда после употребления в пищу большого количества пищи появились болевые ощущения в верхней части живота и пояснице справа. Позднее появились тошнота и рвота (вначале съеденной пищей, позже содержимым цвета мясных помоев, а с 29.12.06 г. – рвота с

кровью). В анамнезе у пациента в 1990 г. операция – субтотальная резекция желудка по Бильрот 2 по поводу рака желудка. В 2004 г. оперирован по поводу сочетанной травмы (закрытой травмы живота с разрывом кишечника и перелома костей таза с повреждением уретры). Обследован. Диастаза мочи – 4800 единиц Самоги. ФГДС от 28.12.06 г. Заключение: опухоль культи желудка. УЗИ от 28.12.06 г. – патологии не выявлено. Обзорная рентгенограмма брюшной полости: свободного газа и горизонтальных уровней жидкости не определяется. Предварительный диагноз: Рак культи желудка? bezoar культи желудка? Желудочно-кишечное кровотечение. Острый панкреатит. За ночь с 28 на 29.12.06 г. по назогастральному зонду выделилось около 900 мл кровянистой жидкости. 29.12.06 г. по «санитарной авиации» переведен в Могилёвскую областную больницу. При поступлении состояние пациента тяжелое. Пациент пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски. ЧСС – 80 в мин., пульс ритмичный удовлетворительного наполнения и напряжения. АД=120/80 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы и конфигурации. На коже живота послеоперационные рубцы по срединной линии от мечевидного отростка до лона. Живот умеренно вздут, болезненный в верхнем этаже, больше слева, легкое защитное напряжение мышц брюшной стенки. Симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный. Опухолевидных образований в животе не определяется. В нижних отделах живот мягкий, безболезненный. Притупления в отлогих местах нет. Per rectum – без особенностей. Диурез с утра 700 мл.

Диастаза мочи при поступлении 1371 единиц Самоги. Общий анализ крови: Hb=148 г/л; Эр $4,75 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $9,2 \times 10^9$ /л; ЦП=0,9; эозинофилы - 3% ; палочкоядерные нейтрофилы - 32%; сегментоядерные нейтрофилы - 49%; лимфоциты - 12%; моноциты - 4%. Общий анализ мочи : белок - 0,19; лейкоциты до 50 в п/з ; эритроциты - 4-5 в п/з. Биохимический анализ крови: альфа-амилаза - 257 ед; билирубин общий = 76,6 мкмоль/л; прямой билирубин - 36 мкмоль/л; непрямой билирубин - 40 мкмоль/л; АсАТ - 163,5 ЕД/л; АлАТ - 78,7 ЕД/л; глюкоза крови – 6 ммоль/л.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа и горизонтальных уровней жидкости не определяется, кишечник пневматизирован. ФГДС 29.12.06 г.: в просвете пищевода и культе желудка лизированная кровь. В области зоны анастомоза образование 5x7 см полушаровидной формы, темно-вишневого цвета, с неровной поверхностью с налетом фибрина. При контакте с аппаратом легко кровоточит. При взятии биопсии берется большими фрагментами. Гастроэнтероанастомоз не определяется. Заключение: оперированный желудок, образование культи желудка (рак культи? тромб больших размеров?). Данных за продолжающееся кровотечение в момент осмотра нет. На УЗИ – уровень жидкости в желудке. Предположительный диагноз: Острый панкреатит. Рецидив рака культи желудка. Ретроградная инвагинация через анастомоз в культю желудка?

С целью уточнения диагноза произведена рентгеноскопия желудка: культя желудка увеличена в размерах. В нижней трети культи в области предполагаемого анастомоза образование 5-6 см с вкраплениями. Эвакуация бария из культи желудка отсутствует. Повторная рентгенограмма через 12 часов: эвакуации бария из желудка нет. Проводилась консервативная терапия острого панкреатита.

30.12.06 г. консилиум принял решение об операции по поводу высокой кишечной непроходимости. На операции обнаружена ретроградная инвагинация тонкой кишки в культю желудка. Произведена дезинвагинация. В связи с гангреной кишки в области анастомоза и части инвагинировавшей кишки выполнена резекция культи желудка по Ру, дренирование брюшной полости. Гистологическое исследование – кишка с геморрагическим некрозом. Послеоперационный период протекал без особенностей. Дренажи удалены на 6-е сутки, швы сняты на 10-е сутки. На 13-е сутки в удовлетворительном состоянии пациент выписан домой. Осмотрен через 1 месяц – жалоб не предъявляет.

Выводы. Данный случай инвагинации тонкой кишки через гастроэнтероанастомоз в культю желудка представляет интерес в связи с редкостью встречаемой патологии и трудностью диагностики.