

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тевосян, С. Т. Туберкулез как актуальная медико-социальная проблема / С. Т. Тевосян, Н. В. Борисов, Е. С. Груздева // Молодой ученый. – 2019. – № 7 (245). – С. 143-145.
2. World Health Organization Global tuberculosis report: 2024. – URL: Available at: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en. Pdf (date of access: 10.12.2025).
3. Нечаева, О. Б. Социально значимые инфекционные заболевания, представляющие биологическую угрозу населению России / О. Б. Нечаева // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – Т. 97, № 11. – С. 7-17.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Шило Р. С., Кухта А. В., Пура К. С., Чумакова А. Д.

Гродненский медицинский университет

Актуальность. Инвагинация кишечника представляет собой патологическое состояние, при котором один сегмент желудочно-кишечного тракта внедряется в просвет соседнего отдела, формируя эффект «телескопирования», что приводит к нарушению пассажа кишечного содержимого, ишемии кишечной стенки и риску некроза и перфорации [1].

У взрослых пациентов инвагинация встречается редко и составляет около 5% всех случаев инвагинации и до 3% причин кишечной непроходимости, однако в отличие от детского возраста в большинстве наблюдений имеет органическую природу. По данным современных исследований, в 70-90% случаев у взрослых выявляется ведущая точка инвагинации, наиболее часто представленная доброкачественными или злокачественными опухолями кишечника.

Отсутствие специфической клинической симптоматики у взрослых пациентов значительно затрудняет раннюю диагностику заболевания. В этой связи компьютерная томография органов брюшной полости является методом выбора, позволяющим не только подтвердить факт инвагинации, но и в ряде случаев визуализировать причинный субстрат и признаки осложнений [2].

Цель – представить клинический случай инвагинации тонкой кишки опухолевой этиологии у взрослого пациента и обосновать диагностическую и лечебную тактику на основании современных данных литературы.

Методы исследования. *Клинический случай*

Пациент Б., 63 лет, поступил в Гродненскую университетскую клинику в экстренном порядке. При первичном осмотре предъявлял жалобы на диффузные

боли в животе без четкой локализации умеренной интенсивности, выраженную общую слабость. Живот был поддут, мягкий, незначительно болезненный во всех отделах, преимущественно в мезогастррии. Перистальтика была ослаблена, при этом симптомы раздражения брюшины были отрицательны.

В рамках диагностического поиска выполнена КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, позволившая исключить мезентериальный тромбоз и выявить инвагинацию тонкой кишки.

В связи с наличием жизнеугрожающего осложнения пациенту в экстренном порядке проведено оперативное вмешательство, включавшее лапароскопический висцеролиз, минилапаротомию, резекцию подвздошной кишки с инвагинатом и формированием межкишечного анастомоза по типу «бок в бок», а также санацию и дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы были сняты на 8-е сутки.

В ходе дальнейшего обследования (КТ и МРТ головного мозга), а также по результатам гистологического исследования удаленного макропрепарата, был установлен окончательный клинический диагноз: С79.8 Метастазы меланомы в тонкой кишке, правом полушарии головного мозга с прорастанием под серповидный отросток и в мозолистое тело, в парааортальные и подвздошные лимфоузлы из неустановленного первичного очага. Инвагинат тонкой кишки с некрозом. С учётом распространённости онкологического процесса и тяжести состояния пациента консилиумом принято решение об отказе от проведения специального противоопухолевого лечения с рекомендацией симптоматической и паллиативной терапии.

Результаты и их обсуждение. Современные литературные данные свидетельствуют о том, что хирургическое лечение остаётся методом выбора при инвагинации кишечника у взрослых, особенно при наличии опухолевой этиологии, ишемии или некроза кишечной стенки [1]. Попытки консервативного ведения допустимы лишь у строго отобранных пациентов без признаков осложнений и подозрения на злокачественный процесс.

Данный клинический случай иллюстрирует редкую ситуацию – развитие инвагинации тонкой кишки у взрослого пациента на фоне распространённого метастатического онкологического заболевания. Экстренное хирургическое вмешательство позволило своевременно устранить жизнеугрожающее осложнение – инвагинацию тонкой кишки, осложнённую некрозом. Представленный клинический случай подчёркивает необходимость онкологической настороженности при диагностике инвагинации кишечника у взрослых пациентов и демонстрирует важность междисциплинарного подхода при выборе лечебной тактики при сочетании экстренной хирургической патологии и распространённого злокачественного процесса.

Выводы.

1. Инвагинация тонкой кишки у взрослых является редкой причиной острой кишечной непроходимости и в большинстве случаев имеет органическую, преимущественно опухолевую природу.

2. Отсутствие характерной клинической симптоматики у взрослых пациентов значительно затрудняет раннюю диагностику заболевания.

3. Компьютерная томография органов брюшной полости является ключевым методом диагностики инвагинации кишечника и позволяет своевременно определить показания к хирургическому лечению.

4. Хирургическое вмешательство остаётся основным методом лечения инвагинации кишечника у взрослых, особенно при наличии некроза кишки или опухолевого субстрата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Adult intussusception: a systematic review and meta-analysis / K. D. Hong, J. Kim, W. Ji, S. D. Wexner // Techniques in Coloproctology. – 2019 – Vol. 23, iss. 4. – P. 315-324.

2. Kim, Y. H. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point / Y. H. Kim, M. A. Blake, M. G. Harisinghani // Radiographics. – 2018 – Vol. 38, iss. 2. – P. 425-440.

ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

**Шило Р. С.¹, Ковалевский П. И.², Юсафзай Н. А.³,
Болдак Е. А.¹, Чумакова А. Д.¹**

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Грыжевые выпячивания в области передней брюшной стенки представляют значимую проблему современной хирургии. Наибольшую долю из них составляют паховые грыжи [1]. Значимыми факторами риска их возникновения являются мужской пол – мужчины страдают от этой патологии примерно в 7 раз чаще, чем женщины. К дополнительным, но менее выраженным факторам относят: наличие наследственной предрасположенности (особенно важной у женщин), интенсивные физические нагрузки (в большей степени влияющие на мужчин), пожилой возраст, диспластические изменения соединительной ткани врождённого или приобретённого характера, перенесённую простатэктомию, а также пониженный индекс массы тела [4].

Невозможность выделить универсальный стандарт оперативного лечения предопределила широкое распространение различных хирургических подходов, включая как открытые методики, так и лапароскопические вмешательства. С применением синтетических сеток частота рецидивов снизилась до 1-5%,