

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.341-007.036.1-089

А.Е. Соловьев, И.А. Аникин, А.А. Чалов, А.П. Пахольчук

ОСЛОЖНЕННАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ТОНКО-ТОНКОКИШЕЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ У РЕБЕНКА 4 МЕС

Кафедра детской хирургии (зав. — проф. А.Е. Соловьев) Запорожского государственного медицинского университета (ректор — проф. Ю.М. Колесник), 69035, Запорожье

Алексей Петрович Пахольчук (Alexey Petrovich Paholchuk), клинический ординатор каф. детской хирургии, paholchuk@rambler.ru

В большинстве случаев инвагинация кишечника происходит изоперистальтически. Описанный случай осложненной ретроградной тонко-тонкокишечной инвагинации кишечника у детей раннего возраста является большой редкостью.

Ключевые слова: ретроградная инвагинация кишечника; дети.

Soloviev A.E., Anikin I.A., Chalov A.I., Pakholchuk A.P.

COMPLICATED RETROGRADE SMALL INTESTINE INVAGINATION IN A 4-MONTH OLD INFANT

Zaporozhie State Medical University, 69035 Zaporozhie

Most cases of intestine invagination occur in an isoperistaltic fashion although rare cases of antiperistaltic retrograde invagination have been reported.

Key words: children, retrograde intestine invagination

Приводим наблюдение ретроградной инвагинации кишечника.

В большинстве случаев инвагинация кишечника происходит изоперистальтически [1—4], однако описаны единичные случаи антиперистальтической, ретроградной инвагинации кишечника у детей [5, 6].

Приводим наблюдение.

М а л ь ч и к П., 4 мес, находился в детской хирургической клинике Запорожья с 08.12.12 по 16.01.13 с диагнозом "илеоцекальная инвагинация".

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 05.12.12, когда после приема суспензии "Аугментин" отмечалось беспокойство; 07.12.12 имела место двукратная рвота желудочным содержимым; 08.12.12 оставались беспокойство, рвота, был стул с примесью крови. Направлен в Запорожскую областную детскую клиническую больницу.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с гестозом; роды в срок 32 нед. Масса тела при рождении 2900 г, оценка по шкале Апгар 7 баллов. После рождения ребенок был на искусственном вскармливании из-за отсутствия грудного молока у матери. Органы грудной клетки и брюшной полости без патологии.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы серые, рвота с примесью желчи. Живот вздут, пальпируется инвагинат размером 5×3 см в эпигастральной области. При ректальном исследовании на пальце измененная кровь. При ирригоскопии (08.12.12) получены данные, свидетельствующие об инвагинации кишечника.

Анализ крови (08.12.12): Нб 110 г/л, эр. $3,5 \cdot 10^{12}/л$, л. $5,3 \cdot 10^9/л$, п. 9%, с. 42%; СОЭ 8 мм/ч. Биохимический анализ крови (08.12.12): общий белок 56 г/л,

мочевина 3,8 ммоль/л, креатинин 224 мкмоль/л, билирубин 12,2 мкмоль/л, калий 4,38 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л, аланинаминотрансфераза 3,5 мкмоль/л, аспаратаминотрансфераза 1,25 мкмоль/л.

Учитывая давность заболевания (более 3 сут), тяжелое состояние, ребенка перевели в отделение реанимации и интенсивной терапии для предоперационной подготовки, которая включала нормоволемическую гемодилюцию, декомпрессию желудка, гемодинамическую поддержку симпатомиметиками. Через 4 ч ребенок взят в операционную.

Выполнена среднесрединная лапаротомия (08.12.12; проф. А.Е. Соловьев). Анестезиологическое обеспечение — сбалансированная внутривенная анестезия с пропофолом и искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). На операции обнаружена илеоцекальная инвагинация — внедрение подвздошной кишки до середины поперечной ободочной кишки. Инвагинат постепенно был расправлен, кишечник признан жизнеспособным. Произведена операция: аппендэктомия.

В послеоперационном периоде больной получал антибактериальную терапию, полное парентеральное питание (90 ккал/кг в сутки), инфузию гидроксиэтилкрахмала, поддержку гемодинамики допамином. Снят с ИВЛ через 6 ч после операции.

На 2-е сутки после операции у ребенка вновь появились беспокойство, рвота с примесью желчи. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости (11.12.12) в правой половине живота определен инвагинат размером 4×3,5 см.

Анализ крови (11.12.12): Нб 89 г/л, эр. $2,8 \cdot 10^{12}/л$, л. $9,2 \cdot 10^9/л$, п. 7%, с. 41%; СОЭ 7 мм/ч.

С диагнозом "рецидив инвагинации" 11.12.12 произведена релапаротомия (проф. А.Е. Соловьев). При

ревизии брюшной полости обнаружена ретроградная тонко-тонкокишечная инвагинация длиной 7 см на границе тощей и подвздошной кишки. Произведена дезинвагинация, кишечник жизнеспособен. Выполнено шинирование тонкой кишки через цекостому.

Послеоперационный период сопровождался парезом кишечника III степени, что потребовало пролонгированной ИВЛ. Интенсивная терапия включала полное парентеральное питание, антибактериальную терапию, антикоагулянты, пролонгированную перидуральную анестезию нарпином. Больной переведен на самостоятельное дыхание на 3-и сутки. Проводимый комплекс интенсивной терапии позволял контролировать проявления синдрома системного воспалительного ответа.

На 5-е сутки после второй операции ребенок вновь стал беспокоен, живот резко вздут, напряжен. Содержимое желудка с примесью желчи.

Анализ крови: Нб 120 г/л, эр. $3,6 \cdot 10^{12}/л$, л. $9,2 \cdot 10^9/л$, п. 13%. Биохимический анализ крови: общий белок 42 г/л, мочевины 8,4 ммоль/л, креатинин 119 мкмоль/л, калий 4,45 ммоль/л, натрий 129 ммоль/л.

При УЗИ органов брюшной полости (16.12.12) отмечено резкое вздутие кишечника. На обзорной рентгенограмме (16.12.12) под куполом диафрагмы имеются свободный газ и чаши Клойбера. Диагностирована перфорация полого органа.

Произведена операция (16.12.12; проф. А.Е.Соловьев): релапаротомия, ушивание перфоративного отверстия по брыжеечному краю в среднем отделе тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости.

В связи с нарастанием эндотоксикоза проведена смена антибиотиков, продолжены полное парентеральное питание, перидуральная блокада. Проведена вспомогательная респираторная поддержка (SIMV). Состояние ребенка после операции оставалось тяжелым. Сохранялись явления пареза кишечника III степени, симптомы эндотоксикоза, тенденция к субкомпенсированному метаболическому ацидозу.

При УЗИ (18.12.12) в брюшной полости отмечен резко повышенный метеоризм. Перистальтика кишечника четко не определяется, в боковых каналах свободная жидкость. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости (18.12.12) множественные чаши Клойбера.

Анализ крови: Нб 116 г/л, эр. $3,6 \cdot 10^{12}/л$, л. $12,2 \cdot 10^9/л$, п. 13%. Биохимический анализ крови (20.12.12): общий белок 38 г/л, мочевины 4,1 ммоль/л, креатинин 91 мкмоль/л, билирубин 12,2 мкмоль/л, калий 5,14 ммоль/л, натрий 135 ммоль/л.

На 4-е сутки с клинической картиной продолжающегося перитонита ребенок взят на релапаротомию.

Произведена операция (20.12.12; проф. А.Е.Соловьев); во всех отделах брюшной полости обнаружено

огромное количество гнойного содержимого без запаха с фибрином. Произведены санация брюшной полости большим количеством фурацилина, дренирование брюшной полости.

Продолжен прежний протокол интенсивной терапии. После восстановления пассажа по кишечнику начато энтеральное кормление гидролизованной молочной смесью. Послеоперационное течение тяжелое.

Осмотр невролога (14.01.13): гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы, гидроцефальный синдром.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии 16.01.13 под наблюдение детского хирурга, педиатра и невропатолога.

Таким образом, ретроградная тонко-тонкокишечная инвагинация кишечника у 4-месячного ребенка является большой редкостью, а ее причина — неясной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. СПб.; 1997: 157—9.
2. Николаев А.В., Староверова Г.А., Карпов С.А. Опыт лечения илеоцекальных инвагинаций у детей. Саратовский научно-медицинский журнал. 2007; 2 (16): 36—7.
3. Русак П.С., Рыбальченко В.Ф., Стахов В.В. Клинико-диагностические параллели при инвагинации кишечника у детей. Хирургия детского возраста. 2012; 3: 43—8.
4. Чернов А.В., Рыбась С.Н., Николенко А.В., Зинкевич В.Г., Нелепенко Е.Д., Шмалько И.Д. Методы диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей. Хирургия детского возраста. 2012; 3: 49—52.
5. Akehurst A.C. Retrograde intussusception. A report of a case and a review of 103 cases in the literature. Br. J. Surg. Volume 43, Issue 178, Article first published online: 6 DEC 2005.
6. Rao K.L., Purohit A.A., Yadav K.K., Pathak I.C. Contiguous direct and retrograde intussusception in association with necrotizing enteritis (a case report). J. Postgrad. Med. 1983; 29: 125—6A.

REFERENCES

1. Bairov G.A. Urgent surgery children. SPb.; 1997: 157—9 (in Russian).
2. Nikolaev A.V., Staroverova G.A., Karpov S.A. Experience of treatment of ileocecal intussusception in children. Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. 2007; 16: 36—7 (in Russian).
3. Rusak P.S., Rybal'chenko V.F., Stakhov V.V. Clinical diagnostic parallels in intussusception in children. Khirurgiya detskogo vozrasta. 2012; 3: 43—8 (in Russian).
4. Chernov A.V., Rybas S.N., Nicolenko A.V., Zinkevich V.G., Nelepenko E.D., Shmalko I.D. Methods of diagnosis and treatment of intussusception in children. Khirurgiya detskogo vozrasta. 2012; 3: 49—52 (in Russian).
5. Akehurst A.C. Retrograde intussusception. A report of a case and a review of 103 cases in the literature. Br. J. Surg. Volume 43, Issue 178, Article first published online: 6 DEC 2005.
6. Rao K.L., Purohit A.A., Yadav K.K., Pathak I.C. Contiguous direct and retrograde intussusception in association with necrotizing enteritis (a case report). J. Postgrad Med. 1983; 29: 125—6A.

Поступила 12.09.13