

А.Е. Гайдаенко¹, И.В. Киргизов^{1, 2}, А.Г. Талалаев^{1, 3}, К.Н. Баранов^{1, 2}, И.А. Шишкин^{1, 2}, А.А. Гусев¹

¹ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Случай оперативного лечения ребенка с удвоением подвздошной кишки

Контактная информация:

Гусев Алексей Андреевич, кандидат медицинских наук, научный сотрудник хирургического отделения НЦЗД РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 1, тел.: (499) 134-02-10

Статья поступила: 18.01.2012 г., принята к печати: 01.03.2012 г.

Настоящее клиническое наблюдение проведено за подростком в возрасте 17 лет с длительно протекающим удвоением подвздошной кишки, образованием свищевых отверстий в просвет кишки, что проявилось рецидивирующими кишечными кровотечениями и абдоминальными болями. Оперативное вмешательство стало единственным методом эффективного лечения ребенка. Показанием для проведения операции послужили клинические проявления хронической кишечной инвагинации, не поддающейся консервативному лечению.

Ключевые слова: удвоение подвздошной кишки, хроническая кишечная инвагинация, кишечное кровотечение, дети.

Удвоение кишечника — редкая врожденная патология. Существует несколько теорий эмбриогенеза удвоений пищеварительного тракта. Некоторые удвоения подвздошной или толстой кишки могут быть частью «неполных обших» удвоений. Спектр деформаций при этом колеблется от полного удвоения нижней части туловища и конечностей (dipygus) до простого «единичного» удвоения структур эмбриональной задней кишки. По другой теории, развитие удвоения объясняется синдромом расщепления хорды. В таком случае энтеральное удвоение является резидуальным остатком нейроэндокринного канала. Нарушение регрессии последнего приводит также к полному дорсальному энтеральному свищу, фиброзному тяжу, проходящему через спинной мозг (диастематомиелия), интраспинальной кисте, дорсальному энтеральному синусу, нейроэнтеральной кисте и, собственно, энтеральному удвоению. Существует также теория развития удвоений пищеварительного тракта из дивертикулов кишечника эмбриона. И, наконец, развитие удвоений возможно в результате нарушения реканализации кишечника после солидной стадии эмбрионального развития.

Представленное наблюдение демонстрирует трубчатое удвоение подвздошной кишки с образованием

в результате длительно протекающего воспаления множественных свищевых отверстий, соединяющих оба просвета.

Подросток С., 17 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение НИИ педиатрии ФГБУ «НЦЗД» РАМН впервые в ноябре 2011 г. с диагнозом «Неинфекционный энтероколит неясной этиологии» и через 2 дня был переведен в хирургическое отделение с подозрением на хроническую кишечную инвагинацию.

Из анамнеза известно, что у ребенка в возрасте 10 лет впервые появились боли в животе. По месту жительства был диагностирован острый деструктивный мезентериальный лимфаденит, катаральный аппендицит. Проведена аппендэктомия. В 2009 г. в 15-летнем возрасте вновь появились боли в животе, которые к началу 2010 г. усилились. По месту жительства диагностирован хронический гастрит. Несмотря на лечение, боли сохранялись. Направлен в областную детскую клиническую больницу (ОДКБ), где при поступлении выявлены перитонеальные симптомы. Произведена диагностическая лапароскопия, выявлена фиксация купола слепой кишки к рубцу, гематома между спайками; через 2 дня выполнена санационная лапароскопия. На 7-е сут после операции наблюдались дегтеобразный стул, падение

121

А.Е. Gaydayenko¹, I.V. Kirgizov^{1, 2}, A.G. Talalaev^{1, 3}, K.N. Baranov^{1, 2}, I.A. Shishkin^{1, 2}, A.A. Gusev¹

¹ Scientific Center of Children's Health, RAMS, Moscow

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

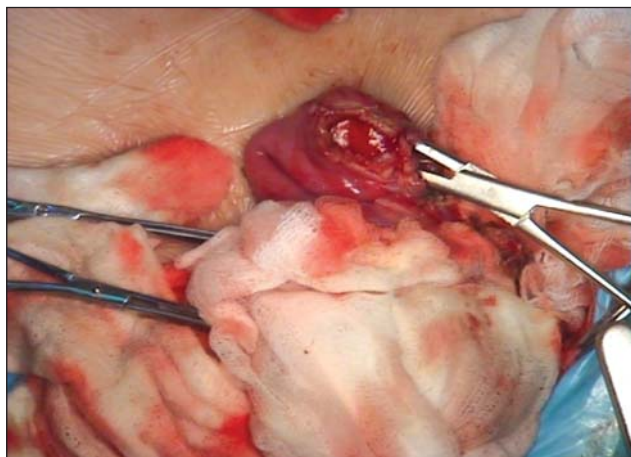
³ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

The case of surgical treatment of a child with a doubling of the ileum

This clinical observation was carried out over a teenager at age 17 with long lasting doubling of the ileum, formation of sinus openings in the lumen of the intestine, exhibited by recurrent intestinal bleeding and abdominal pain. Surgery was the only way to effectively treat the child. The indications for surgery were the clinical manifestations of chronic invagination resistant to conservative treatment.

Key words: the terminal ileum doubling, chronic intestinal invagination, intestinal bleeding, children.

Рис. 1. Интраоперационная фотография удвоенного участка подвздошной кишки



гемоглобина до 90 г/л. Источник кровотечения не найден. Данные ультразвукового исследования (УЗИ) свидетельствовали о сохраняющемся инфильтрате в правой подвздошной области, фрагменте фиксированной кишки с утолщенными до 2–3,5 мм стенками, определялись лимфатические узлы (14×7 мм). Учитывая состояние кишки в илеоцекальной области (утолщение стенок, кровотечение), было решено назначить Салофальк в дозе 1,5 г/сут.

Через 1 год, в феврале и далее в апреле, мае и августе 2011 г. рецидивировали абдоминальные боли, на фоне которых появлялся дегтеобразный стул. Обследовался в ОДКБ, где диагностирован дистальный рефлюкс-эзофагит 2 степени, гастроэзофагеальный рефлюкс, гастродуоденит, полип кардии, полип в периаанальной области, выраженный хронический колит. Уровень гемоглобина упал до 68 г/л, однако, источника кровотечения найдено не было. При УЗИ органов брюшной полости в правом гипогастрии определялись увеличенные лимфоузлы — 36×11 и 32×12 мм, петли кишечника в правых нижних отделах с утолщенными стенками до 2 мм, в малом тазу и боковых каналах — свободная жидкость. Произведены триплексное сканирование брюшного ствола, фиброгастродуоденоскопия, ангиосцинтиграфия, УЗИ органов мочевыводящей системы, компьютерная и магнитно-резонансная томографии — патологии найдено не было.

Инфекционная природа реактивных изменений в кишечнике также не нашла своего подтверждения.

В ноябре 2011 г. ребенок направлен в гастроэнтерологическое отделение НЦЗД РАМН. При возникновении у ребенка острых болей в животе было выполнено УЗИ брюшной полости: заподозрена инвагинация толстого кишечника, которая была расправлена при последующей колоноскопии. Ребенок переведен в хирургическое отделение. При поступлении состояние ребенка расценивалось как средней степени тяжести. Сохранялись приступообразные боли в левой подвздошной области. Тошноты, рвоты не было. Температура тела 36,6°C. Вес 54,5 кг, рост 177 см. Пониженного питания; кожные покровы розовые, чистые. На передней брюшной стенке рубцы после аппендэктомии и лапароскопии в удовлетворительном состоянии. Живот симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания. Печень по краю реберной дуги. Перистальтика выслушивается, обычной интенсивности. При пальпации живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. Газы отходят. Стул регулярный, оформленный, коричневого

цвета, без патологических примесей. Мочеиспускание самостоятельное, диурез адекватен.

В связи с тем, что после эндоскопического расправления инвагината боли в левой подвздошной области сохранялись, было решено провести диагностическую лапароскопию с последующим решением, при необходимости, об объеме оперативного вмешательства на операционном столе.

Ребенку были назначены: голод, спазмолитики, очистительные клизмы.

Ход операции. Под интубационным наркозом после обработки рук и операционного поля дважды, доступом single-port по нижней полуокружности пупка при помощи троакара «X-scope» введена видеокамера с оптикой «Хамелеон». Проведен осмотр брюшной полости по ходу тонкой кишки в области малого таза. Выявлена измененная подвздошная кишка на уровне 60–70 см от илеоцекального угла, измененная на расстоянии до 40 см, плотно спаянная с дном мочевого пузыря. Выделение конгломерата лапароскопически не представлялось возможным, в связи с чем проведена конверсия через мини-лапаротомный разрез по Пфанненштилю. В надлобковой области разрезом до 5 см рассечены мягкие ткани, вскрыта брюшная полость. Проведено выделение воспаленного конгломерата подвздошной кишки: участок перфорации был плотно спаян со стенкой мочевого пузыря, стенка мочевого пузыря не была повреждена и оставалась интактной. В ходе ревизии измененной стенки подвздошной кишки выявлена ее врожденная аномалия — удвоение (рис. 1).

С помощью катетера Нелатон определена длина удвоенного участка. Проведена резекция измененной части подвздошной кишки общей длиной около 40 см в пределах здоровых тканей. Брюшная полость санирована, дренирована через прокол в правом подреберье трубчатым силиконовым дренажом с активной аспирацией. Однопортовый доступ и лапаротомная раны ушиты. Швы на кожу. Асептическая повязка.

На 2-е сут ребенок переведен из реанимационного отделения в хирургическое. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей.

Ребенок находился на полном парентеральном питании 4 сут с дальнейшим постепенным увеличением объема энтерального питания. Назогастральный зонд удален на 2-е сут после операции. Рвоты не было, объем вводимого питания усваивался. На 3-е сут разрешено садиться, на 5-е сут — ходить. Дренажная трубка из брюшной полости удалена также на 5-е сут.

На 12-е сут после операции ребенок выписан в удовлетворительном состоянии. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

При ревизии и осмотре макропрепарата удаленной части тонкой кишки выявлены удвоение подвздошной кишки с образованием свищевых отверстий, а также участок перфорации измененной части тонкой кишки, который был интимно связан со стенкой мочевого пузыря (рис. 2).

По данным гистологического исследования, в измененной части тонкой кишки выявлена диффузная нейроэндокринная гиперплазия. При этом в неизмененной части слизистая оболочка имела нормальное строение (рис. 3).

Таким образом, причиной рецидивирующих кишечных кровотечений с периодическими болями в животе была хроническая кишечная инвагинация, анатомической предпосылкой к которой послужило тубулярное удвоение подвздошной кишки и фиксация участка подвздошной кишки к стенке мочевого пузыря.

Рис. 2. Макропрепарат удаленного участка подвздошной кишки. А — до вскрытия просвета удвоенной кишки (стрелками указаны свищевые отверстия, соединяющие два просвета); Б — просвет удвоенной кишки частично вскрыт, виден участок кишки, который был подпаян к стенке мочевого пузыря (пинцет введен в просвет удвоенной части подвздошной кишки)

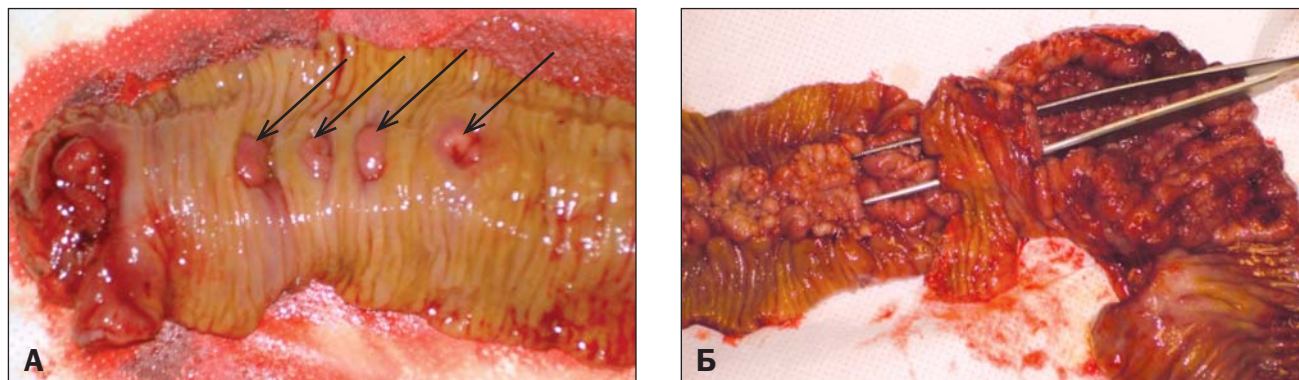
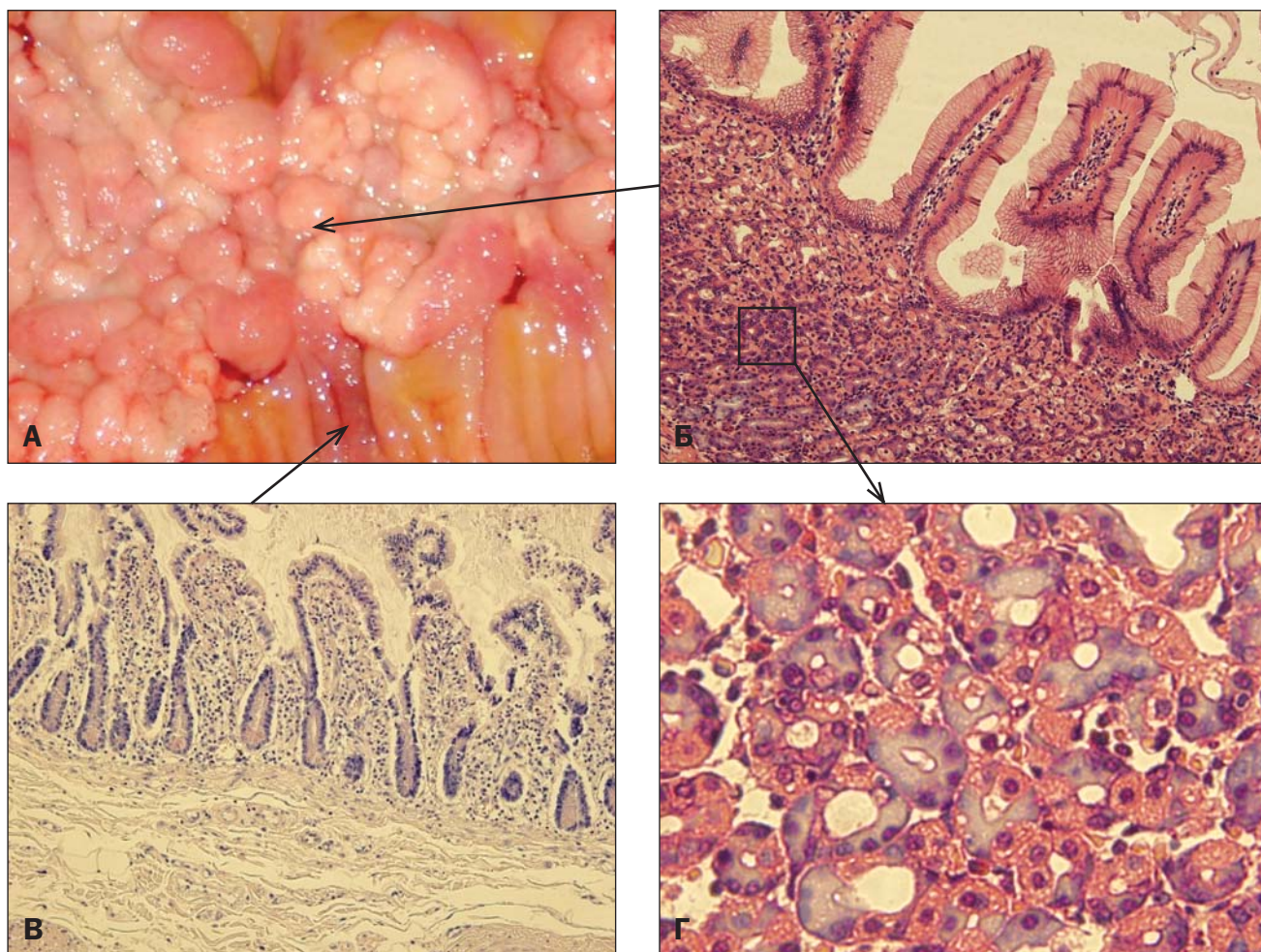


Рис. 3. Микрофотографии слизистой оболочки подвздошной кишки. А — удвоенная часть подвздошной кишки (окраска гематоксилин-эозином, ув. $\times 200$); Б, Г — гистологическая картина нормального участка подвздошной кишки (окраска гематоксилин-эозином, ув. $\times 200$); В — гистологическая картина удвоенной части подвздошной кишки (окраска гематоксилин-эозином, ув. $\times 400$)



РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. Москва: Медицина. 1999. С. 122–127.
2. Холостова В.В. Удвоения желудочно-кишечного тракта. В кн.: Детская хирургия. Национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. М.: ГЭОТАР-медиа. 2009. С. 375–379.
3. Zachariou Z. Pediatric Surgery Digest. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2009. P. 417–422.
4. Gross R.E. The Surgery of Infancy and Childhood. WB Saunders. Philadelphia. 1953. P. 221–245.

5. Wrenn E.L. Alimentary tract duplications. In: K.W. Ashcraft, T.M. Holder eds. Pediatric surgery, 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders. 2003. P. 421–433.
6. Bond S.J., Groff D.B. Gastrointestinal duplication. In: J. A. Jr. O'Neill, M.I. Rowe, J.L. Grosfeld et al. eds. Pediatric surgery, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby-Year Book. 2008. P. 1257–1267.
7. Aiken J. Intestinal Duplication. In: K.T. Oldham, P.M. Colombani, R.P. Foglia. Principles and practice of pediatric surgery. Lippincott Williams and Wilkins. 2005; 2: 1329–1343.