

3 ДОСВІДУ РОБОТИ

УДК 618.344-007.64-005.1-053.2

УДВОЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА ДЕВЯТИ МЕСЯЦЕВ, ОСЛОЖНИВШЕЕСЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОФУЗНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*В.Н. Грона¹, В.К. Литовка², А.Ю. Гунькин²**¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького**²Областная детская клиническая больница, г. Донецк*

Удвоение (дупликаатура) пищеварительного тракта у детей встречается сравнительно редко. Судить о частоте этого порока развития пищеварительной системы очень сложно, так как в литературе данный порок определяется различными названиями: энтерогенная киста, желудочная киста, дупликаатура пищевода, эмбриональная киста, гигантский дивертикул, грудная дистопия желудка и др. [2, 4]. Большое количество синонимов связано, во-первых, с индивидуальными особенностями различных форм удвоения, во-вторых, малым числом наблюдений у детей с подобного рода заболеванием. Удвоение может возникать на любом уровне пищеварительного тракта, от корня языка до прямой кишки. Формируется удвоение, как порок развития в период органогенеза на 6-8 неделе эмбрионального периода в результате нарушения вакуолизации и реканализации первичной кишки [1]. Различают неполное и полное удвоение. По форме выделяют несколько видов удвоения: кистозное, дивертикулярное, тубулярное и изолированное [3, 5, 6].

В клинике за 25 лет оперировано 20 детей в возрасте от 5 суток до 14 лет с различными формами удвоения пищеварительной системы. В зависимости от уровня пищеварительного тракта мы наблюдали следующие удвоения: удвоение пищевода – 1 случай, желудка – 6, тонкой кишки – 5, слепой и ободочной кишки – 7, прямая кишка – 1. Кистозные формы удвоения наблюдались наиболее часто и составили 80% случаев. Клинические проявления заболевания зависят от анатомического расположения, размеров удвоения, темпов роста и возникших различных осложнений, связанных с данным пороком. Удвоение пищеварительного тракта в брюшной полости в своей симптоматике широко варьировало. Наиболее часто отмечались рецидивирующие боли в животе, тошнота, рвота, запоры. Кли-

ника кишечной непроходимости наблюдалась в 3 случаях, симптом пальпируемого опухолевидного образования – в 6 случаях. В одном случае удвоение толстой кишки проявилось рецидивирующим профузным кишечным кровотечением в результате возникновения язв и эрозий гетеротопической слизистой желудка выстилающей полость кистозного удвоения, которое сообщалось с просветом толстой кишки. Учитывая возникшие трудности в диагностике причины кишечного кровотечения у ребенка на ранних этапах лечения, мы приводим в качестве примера это наблюдение.

Ребенок С., 9 месяцев (история болезни № 6872) поступил в клинику из г. Мариуполя 19.06.2009 г. в тяжелом состоянии по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Анамнез заболевания: со слов матери ребенок заболел остро 09.06.2009 г. когда появился стул черного цвета, общая слабость. Был осмотрен педиатром, заподозрена пищевая токсикоинфекция, назначено амбулаторное лечение. Еще ранее в марте месяце отмечались аналогичные жалобы и ребенок с 08.03.2009 г. по 23.03.2009 г. лечился в инфекционном стационаре по поводу острой кишечной инфекции, геморрагического энтероколита. Отмечалась анемия тяжелой степени. Анализ крови от 10.03.2009 г.: Нб – 69 г/л; эритроциты – 1,8 Т/л; лейкоциты – 9,7 Г/л; п – 6%, с – 58%, л – 36%, СОЭ – 10 мм/ч. Посев кала на кишечную группу: высеяна только К1. pneumonia. Посев из зева и носа отрицательный. Проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная и гемостатическая терапия, гемотрансфузии. Стул нормализовался, однако и при выписке из стационара анемия сохранялась. Анализ крови от 20.03.2009 г.: Нб – 88 г/л; эритроциты – 2,7 Т/л; лейкоциты – 6,7 Г/л; п – 6%, с – 23%, л – 64%, СОЭ – 5 мм/ч. Произведено УЗИ органов брюшной полости в больнице по месту жительства – патологии не выявлено. Для

уточнення характеру анемії рекомендована консультація гематолога. В момент очередного кишечного кровотечення і безуспешного лікування пищевої токсикоінфекції в амбулаторних умовах 14.06.2009 г. дитина була госпіталізована в важкому стані в відділення реанімації в г. Маріуполі. Остра кишечна інфекція була виключена. Після консультації хірурга дитина була переведена в місцевий дитячий хірургічний стаціонар з діагнозом: жодочно-кишечне кровотечення неясної етіології. Проводима гемостатична терапія, трансфузії еритроцитарної маси успіху не приносили, кровотечення не зупинялося, наростала постгеморрагічна анемія, і дитина реанімована була доставлена в клініку дитячої хірургії.

Анамнез життя: дитина від 3 нормально протікалої вагітності, вага при народженні 4320 гр. В період новонародженості знаходилася в відділенні інтенсивної терапії по приводу геморрагічної хвороби новонароджених, анемії, проводились гемотрансфузії.

При поступленні в клініку стан дитини дуже важкий, безсонний, крик слабкий, шкірні покриви різко бліді, підшкірно-жировий шар истончений. Пульс на периферических судинах слабого наповнення, 140 в хвилину. В легких везикулярне дихання, тони серця ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці, тахікардія. Живіт симетричний, правильної форми, помірно надутий, бере участь в диханні. При пальпації м'який, перитонеальних знаків немає. Печінка +2 см, нирки не пальпуються. При глибокій пальпації в правому подребер'ї визначається опухлоподібне утворення, опускаючися в правий фланк. Аналіз крові в момент поступлення: Hb – 60 г/л; еритроцити – 1,7 Т/л; Ht – 23%; АД – 70/30 mmHg. Одночасно з проведенням противошокової і гемостатическої терапії в відділенні реанімації дитині проведені спеціальні методи обстеження. Сонографія від 19.06.2009 г.: в правому фланку починаючи від правої долі печінки локалізується рідинне утворення неправильної форми з вираженою стінкою до 7,5 мм, розмір порожнини утворення 80×40 мм, утворення аперистальтичне. Висновок – энтерокистама?.

Фіброзофагогастродуоденоскопія від 19.06.2009 г. – даних за кровотечення з верхніх відділів жодочно-кишечного тракту немає, слизова жодка і дванадцятиперстої кишки різко бліді, без патології. Ураховуючи анамнез, дані клініки і спеціальних методів обстеження встановлено діагноз:

удвоєння кишечника?, ускладнене кишечним кровотеченням, і дитині після стабілізації гемодинаміки представлено показання до операції.

19.06.2009 г. операція (в ургентному порядку) – срединна лапаротомія, резекція ілеоцекального кута з кистозним удвоєнням, накладення ілеоасцендоанастомоза (хірург – проф. В.Н. Грона).

При ревізії органів брюшної порожнини встановлено, що товста кишка на всьому протяженні щільно заповнена гемолізованою кров'ю. З правої фланки вилучено в рану кистозне утворення розміром 14×8 см, верхній полюс якого досягає печеночного вигибу ободочної кишки і до середньої треті має свою брыжейку. Нижня третя кистозного утворення інтимально зрощена в області переходу сліпої кишки в восходящий відділ ободочної кишки. Нижній полюс утворення огинає сліпу кишку і пролабірує через брыжейку термінального відділу підвздошної кишки (рис. 1).

При пальпації кистозне утворення з щільними стінками, м'яко-еластическої консистенції. При його пальцевої компресії гідродинамічна хвиля передається в просвіт товстої кишки, що свідчить про його зв'язок з просвітом кишки. Верхня частина кистозного утворення мобілізована від власної брыжейки до рівня нижньої треті восходящої кишки. Произведена резекція ілеоцекального відділу разом з дуплікатурою. Накладено інвагинаційний ілеоасцендоанастомоз в нашій модифікації. Останній состоятелен і проходим.

Макропрепарат. Ілеоцекальний відділ



Рис. 1. Общий вид кистозного образования во время операции

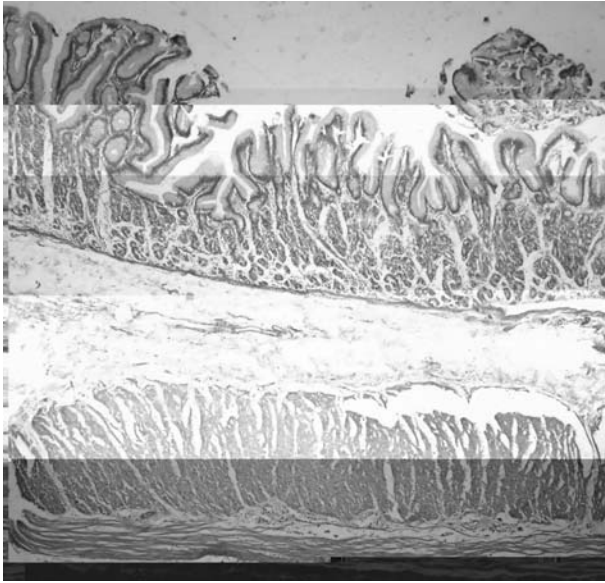


Рис. 2. Микрофотография. Стенка кистозного удвоения. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 40$.

с кистозным образованием. Последнее располагается по переднелатеральной поверхности слепой и восходящей кишки, размером 14 \times 8 см, мягко-эластической консистенции покрытое брюшиной. При вскрытии кистозного образования установлено, что оно сообщается с просветом толстой кишки отверстием диаметром до 2 см. Стенка образования толщиной до 7 мм, слоистая серовато-розовая. Слизистая с глубокой складчатостью и множеством дефектов неправильной формы, размером от 2 \times 5 мм до 5 \times 10 мм различной глубины, имеющих неровные, изъеденные края.

Микропрепарат. Образование имеет слизистую оболочку, по строению копирующую слизистую тела желудка с гиперплазией покровно-ямочного эпителия, с эрозиями, язвами, очагами воспаления, отеком и склерозом подслизистой основы; мышечная оболочка имеет два слоя, местами – пучки мышечных волокон располагаются хаотично без формирования сплошного слоя (рис. 2).

Диагноз: Удвоение толстой кишки, кишечное кровотечение, постгеморрагическая анемия тяжелой степени.

Послеоперационный период протекал гладко. На 10-е сутки 01.07.2009 г. ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой. Осмотрен через 3 месяца. Жалоб нет, вскармливается по возрасту, набрал 1,5 кг массы тела,

стул 2 раза в сутки, оформленный. Анализ крови при контрольном осмотре: Нв – 120 г/л; эритроциты – 3,8 Т/л; лейкоциты – 8 Г/л; э – 3%, п – 2%, с – 34%, л – 52%, СОЭ – 7 мм/ч.

Мы полагаем, что возникшее затруднение в установлении истинной природы кишечного кровотечения врачами местных стационаров объясняется с одной стороны дефицитом информации в отечественной литературе о данном пороке, с другой – редкостью патологии, которая может проявиться столь грозным осложнением.

Дифференцировать кровотечение из пептических язв дупликатур следует с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, инвагинацией кишечника, язвой дивертикула Меккеля, воспалительными заболеваниями толстой кишки (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит). Диагноз удвоения желудочно-кишечного тракта устанавливается с помощью ультразвукового исследования, фиброгастроудоденоскопии, фиброколоноскопии, компьютерной томографии. Следует так же помнить, что в отдельных случаях слизистая полости удвоения может быть представлена слизистой желудка, поэтому данный порок можно выявить методом радиоизотопного сканирования с помощью ^{99m}Tc .

Удвоение пищеварительного тракта во всех случаях подлежит оперативному лечению. Выбор оперативного пособия и его объем зависит от размеров, расположения удвоения по отношению к органу, наличия или отсутствия сообщения с просветом пищеварительной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб.: Хардфорд, 1996. – 384 с.
2. Грона В.Н., Литовка В.К., Журило И.П., Латышов К.В. Удвоение желудка у детей // Здоровье ребенка. – 2009. – № 1. – С. 106-109.
3. Журило И.П., Литовка В.К., Цыбровская Т.Е., Латышов К.В. Кистозное удвоение прямой кишки у новорожденного // Детская хирургия. – 2004. – № 6. – С. 53-54.
4. Кривченя Д.Ю., Даньшин Т.І., Сорока В.П. та ін. Подвоєння травного тракту у дітей // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя. – 2005. – Т. 2. – С. 124-126.
5. Литовка В.К., Веселый С.В., Шварц А.В., Сопов Г.А. Кистозное удвоение тощей кишки у ребенка симулировавшее опухоль // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2003. – № 4. – С. 688-689.
6. Okamoto T., Takamizawa S., Yokoi et al. Completely isolated alimentary tract duplication in neonate // Pediatr. Surg. – 2008. – Vol. 24, № 10. – P. 1145-1147.