

Разин М.П., Сырчин Э.Ф., Кузнецов С.Ю., Лобастов Д.К.

РЕДКАЯ ФОРМА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; ОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница»

Razin M.P., Syrchin E.F., Kuznetsov S.Y., Lobastov D.K.

RARE FORMS OF INTUSSUSCEPTION

Medical University «Kirov State Medical Academy» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Kirov Regional Children's Clinical Hospital

Резюме

Инвагинация кишечника чаще встречается у детей, это связано с анатомо-физиологическими особенностями организма ребенка. Представлен редкий случай кишечной инвагинации у младенца 7 мес. Инвагинат не удалось расправить консервативно при проведении ирригографии. Во время операции последовательно ретроградно ручным способом были расправлены илеоцекальная и тонко-тонкокишечная инвагинация, был обнаружен инвагинированный дивертикул Меккеля с перфорацией у основания. Выполнена резекция подвздошной кишки с дивертикулом, наложен кишечный анастомоз «конец в конец». Послеоперационное течение гладкое, ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Ключевые слова: кишечная инвагинация, дивертикул Меккеля, оперативное лечение, дети

Abstract

Intussusception often affects children, due to the anatomy and physiologic characteristics of a child organism. The authors present a rare case of intussusception in infants of 7 months old. Intussusception failed to spread conservative during barium enema therapy. During the operation, consistently retrograde were manually straightened ileocecal intussusception, ileoileal, was found invaginated Meckel's diverticulum with perforation at the bottom. Was performed resection of the ileum with diverticulum, intestinal anastomosis was imposed «end-to-end». The postoperative course was smooth, the child was discharged in satisfactory condition.

Key words: intussusception, Meckel's diverticulum, surgical treatment, children

Инвагинация кишечника как один из видов приобретенной кишечной непроходимости встречается и во взрослой практике, но гораздо чаще она диагностируется у детей, что связано с анатомо-физиологическими особенностями организма ребенка [1, 2]. Если у взрослых больных внедрение одного отдела кишечника в другой в основном обусловлено органической патологией (опухоли, полипы кишечника) или гиперперистальтикой различного генеза (кишечные инфекции), то в детском возрасте причиной инвагинации кишечника является дискоординация в работе продольной и кольцевидной гладкой мускулатуры кишечника, спровоцированная алиментарными факторами изменениями пищевого рациона ребенка. Существует множество видов этой патологии, мы хотим представить клиническое наблюдение редкой формы инвагинации кишечника.

Больная А., 7 мес, ИБ №4884, поступила в приемное отделение Кировской ОДКБ 7 мая 2015 г. Из анамнеза стало известно, что ребенок болен с 3 мая 2015 г.: впервые боли в животе появились, после того как мать напоила ребенка некипяченой водой с ржавым оттенком. 4 мая 2015 г. девочка поступила в инфекционное отделение одной из ЦРБ Кировской области с диагнозом «острый гастроэнтероколит, средней тяжести; шигеллез?». Получала инфузионную терапию, литическую смесь, мезим-форте, метоклопрамид, смекту, цефотаксим, этамзилат, эубиотики. Ухудшение состояния зафиксировано 6 мая 2015 г. – усиление болей в животе, приступы беспокойства ребенка, вздутие живота. 7 мая 2015 г. выполнена обзорная рентгенография брюшной полости, на которой выявлены множественные уровни жидкости, чаши Клойбера.



Рис. 1. Интраоперационное фото: тонкокишечный цилиндр инвагината в толстой кишке



Рис. 3. Интраоперационное фото: после расправления тонко-тонкокишечного инвагината обнаружен инвагинированный в под-вздошную кишку дивертикул Меккеля



Рис. 2. Интраоперационное фото: после расправления илеоцекального инвагината обнаружен тонко-тонкокишечный инвагинат



Рис. 4. Интраоперационное фото: перфорация кишечника у основания дивертикула Меккеля

Для консультации бортом санавиации был вызван детский хирург. При осмотре он выявил симптом «малинового желе», а также заподозрил инвагинацию кишечника, ребенок был транспортирован в ОДКБ.

При поступлении 7 мая 2015 г. в 16.05: жалобы на боли в животе, слабость, отсутствие аппетита, повышение температуры максимально до 38,3 °С, двукратную рвоту. Состояние тяжелое, обусловлено выраженной гиповолемией, нарушениями ВЭБ, интоксикацией, перенесенной транспортировкой. Температура тела при поступлении 37,8 °С (снижена медикаментозно). При осмотре ребенок вялый, сознание спутанное. Кожные покровы, слизистые

бледноватые, чистые. Язык сухой. Тургор тканей снижен. Периферических отеков нет. Дыхание самостоятельное адекватное, кислородной зависимости нет. В легких дыхание проводится с обеих сторон, хрипов нет, ЧД – 36 в минуту, SpO₂ – 97%. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 129 в минуту. Пульс на периферии слабого наполнения, конечности холодные на ощупь. Живот мягкий, болезненный при пальпации, контурируют перераздутые отделы кишечника, положительный симптом Валя. По назогастральному зонду отделяемого нет. Стула при осмотре не было. Диурез в памперс, при ректальном исследовании – симптом «малинового желе». С подозрением на инвагина-

цию кишечника по тяжести состояния была сразу госпитализирована в анестезиолого-реанимационное отделение областной детской клинической больницы. Общий анализ крови 07.05.2015 г.: лейкоциты – $8,9 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные – 0%, сегментоядерные – 54%, эозинофилы – 0%, моноциты – 9%, лимфоциты – 36%; тромбоциты – $240 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин – 118 г/л; СОЭ – 3 мм/ч; сахар крови – 3,43 ммоль/л; электролиты: Na^+ – 138,4 ммоль/л; Cl^- – 106,4 ммоль/л; K^+ – 2,92 ммоль/л; Ca^{2+} – 1,297 ммоль/л; Osm – 275,9 мОсм/кг. 7 мая 2015 г. ребенку установлен центральный венозный катетер в левой подключичной области. Проведена предоперационная подготовка: голод, инфузионная терапия в объеме 15–20 мл/кг/ч, обезболивание трамалом внутривенно, симптоматическая терапия.

7 мая 2015 г. выполнены ирригография и осмотр под наркозом: при глубокой пальпации живота патологических образований в брюшной полости четко не выявляется, притупление перкуторного тона в отлогих местах живота; после заполнения толстой кишки взвесью BaSO_4 в восходящем отделе толстой кишки определяется дефект наполнения. При повышении давления в толстой кишке несколько удалось продвинуть головку инвагината ретроградно, но илеоцекальный угол визуализирован не полностью (частичное расправление инвагинации), в связи с этим 7 мая 2015 г. в 20:00 девочку прооперировали.

Под эндотрахеальным наркозом после обработки операционного поля выполнена лапаротомия. При вскрытии брюшной полости выделилось большое количество (более 500 мл) светлой жидкости. В рану выведены раздутые газом петли тонкого кишечника. При ревизии выявлен нерасправившийся илеоцекальный инвагинат протяженностью до 20 см (рис. 1). С техническими трудностями выполнена дезинвагинация. При ретроградном выведении внутреннего цилиндра (подвздошная кишка) из наружного (слепая и восходящая кишки) обнаружен еще один инвагинат (тонко-тонкокишечный, рис. 2), который также удалось расправить ручным способом. Далее в 20 см от илеоцекального угла обнаружен инвагинированный в подвздошную кишку дивертикул Меккеля (рис. 3) с перфорацией у своего основания (рис. 4). Выполнена резекция подвздошной кишки (15–20 см) с дивертикулом, наложен кишечный анастомоз «конец в конец».

Содержимое тонкого кишечника сцежено, анастомоз проходим и герметичен, брюшная полость осушена. Выполнена профилактическая аппендэктомия лигатурным способом. Контроль гемостаза. Послойные швы на рану, наложена асептическая повязка.

Послеоперационный период гладкий, на фоне однократного подъема температуры до $37,4^\circ\text{C}$. 9 мая 2015 г. – двукратный стул после операции. Экстубация 10 мая 2015 г. в 08.50. После экстубации дыхание адекватное. Энтеральное кормление с утра 12 мая 2015 г. – с 20 мл (удерживает).

Общий анализ мочи от 08.05.2015: соломенная, слабо-мутноватая, удельный вес 1025, слабокислая, белок «–», сахар «–», лейкоциты 0–1 в поле зрения, эритроциты 4–8 в поле зрения, эпителий плоский 1–2 в поле зрения, слизь «+». Кал на яйца глист (12.05.2015), соскоб на энтеробиоз (08.05.2015), бакпосев кала (12.05.2015) отрицательные.

Исследование группы крови 08.05.2015: В (III), Rh+. Эритроцитарные тела «С» – «+». С+Сⁿ_С+E_+I+С-R+. Получала анальгин, димедрол, трамал, фентанил титрованием, изотонический раствор стерофундина, физиологический раствор, дицинон, цефурус, амикацин, липофундин 10%, электролиты: (KCl 4%, NaCl 10%, CaCl_2 10%, MgSO_4 25%), инфезол 10%, гепарин, прозерин. Электролиты 12.05.2015: Na^+ – 134,3 ммоль/л; Cl^- – 97,9 ммоль/л; K^+ – 4,82 ммоль/л; Ca^{2+} – 1,291 ммоль/л; Osm – 268,3 мОсм/кг.

KOC 09.05.2015: pH – 7,345, pCO_2 – 48,7 мм рт.ст.; HCO_3^- – 26,0 ммоль/л; BE – 0,3 ммоль/л; BE_{ecf} – 0,3 ммоль/л; BV – 47,7 ммоль/л.

13 мая 2015 г. переведена в хирургическое отделение.

Общий анализ крови 19.05.2015: лейкоциты – $4,9 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 27%, эозинофилы – 1%, моноциты – 10%, лимфоциты – 59%; тромбоциты – $304 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты – $3,87 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин – 95 г/л; СОЭ – 6 мм/ч.

19 мая 2015 г. в удовлетворительном состоянии с рекомендациями выписана домой.

Таким образом, редкие формы кишечной инвагинации, встречающиеся в клинической практике, могут иметь свои клинические, диагностические и лечебные особенности [2, 3], что необходимо учитывать в каждом конкретном случае этой патологии.

Список литературы

1. *Галкин В. Н., Разин М. П., Скобелев В. А., Игнатъев С. В., Мохирев А. А.* Современные характеристики инвагинации кишечника в детской практике // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2009. Т. 13., № 1. С. 32.
2. *Детская хирургия: Национальное руководство / Под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.
3. *Разин М. П., Минаев С. В., Скобелев В. А., Стрелков Н. С.* Неотложная хирургия детского возраста. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 328 с.

Авторы

РАЗИН Максим Петрович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Кировской ГМА. E-mail: mprazin@yandex.ru.
СЫРЧИН Эдуард Федорович	Кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по лечебной работе ОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница». Тел.: (8332) 62-11-15.
КУЗНЕЦОВ Сергей Юрьевич	Детский хирург хирургического отделения ОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница». Тел.: (8332) 62-11-15.
ЛОБАСТОВ Дмитрий Константинович	Врач-интерн кафедры детской хирургии Кировской ГМА. Тел.: (8332) 51-26-79.