

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА С ЛИМФОМОЙ БЕРКИТТА ПРИ СИНДРОМЕ ЛИ – ФРАУМЕНИ

Мидас К.А.¹, Кацупеев В.Б.², Дадаян А.Г.², Макогон С.В.², Матвеев О.Л.²,
Воловик К.Г.², Карагезян Р.Л.², Макарова С.С.¹, Лейга А.В.²,
Евсеева Е.А.², Айказян А.А.², Каймаков С.С.², Арутюнов А.В.²,
Асриянц А.В.², Авагян Т.Н.¹

¹ Детская городская больница № 1, Ростов-на-Дону, Россия;

² Городская клиническая больница № 20, Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Лимфома Беркитта может являться проявлением редкого аутосомно-доминантного наследственного заболевания — синдрома Ли – Фраумени, которое предрасполагает носителей к развитию рака.

Описание клинического случая. Мальчик М., 5 лет, доставлен в детское хирургическое отделение бригадой СП с клиникой кишечной непроходимости. Впервые появились жалобы на периодические боли в области живота и тошноту 3 недели назад. При поступлении установлен предварительный диагноз: Острая кишечная непроходимость, инвагинация кишечника? Рентгенографические изменения укладываются в картину тонкокишечной непроходимости. При УЗИ органов брюшной полости определяются расширенные, аперистальтичные кишечные петли во всех отделах, межпетельно — свободная жидкость. Ребенку выполнена диагностическая лапароскопия, при которой обнаружен серозно-геморрагический выпот в малом тазу в объеме 200,0 мл. Выявлен тонко-тонкокишечный инвагинат, размерами 40,0×6,0×6,0 см. Попытка дезинвагинации с помощью инсуффляции кислорода в просвет кишечника безуспешна. Выполнена конверсия. При ревизии брюшной полости в корне брыжейки тонкой кишки определяются множественные увеличенные до 2,0×3,0 см лимфатические узлы. В большом сальнике определяются множественные лимфатические узлы, размерами 2,5×1,5 см. Тонко-тонкокишечный инвагинат размерами 40,0×6,0×6,0 см, расправлен. Стенка подвздошной кишки, вовлеченная в инвагинат, темного цвета с участками десерозирования и некроза на протяжении 45,0 см и на расстоянии 1 метра от илеоцекального угла. Головкой инвагината являлся участок подвздошной кишки, несущий новообразование округлой формы размерами 4,0×3,0×5,0 см, исходящее из стенки кишки и частично обтурирующее ее просвет. Со стороны серозной оболочки в области новообразования определяется участок втяжения кишки с изъязвлением в центре. Измененный участок подвздошной кишки на протяжении 60,0 см резецирован с участком брыжейки и измененными брыжеечными лимфоузлами. Наложен тонко-тонкокишечный анастомоз однорядным непрерывным инвагинирующим швом. Выполнена расширенная биопсия лимфоузлов брыжейки тонкой кишки и большого сальника. На 4-е сутки пребывания в отделении реанимации у ребенка вновь внезапно возобновились приступообразные боли в животе.

При компьютерной томографии брюшной полости выявлены диффузные изменения в печени, повторная инвагинация тонкой (тощей?) кишки. В связи с рецидивом заболевания выполнена экстренная релапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выявлен инвагинат тонкой кишки размерами 10,0×5,0×5,0 см, но расположенный уже на 80 см проксимальнее зоны анастомоза. Ранее сформированный тонко-тонкокишечный анастомоз не изменен, проходим. Произведено расправление инвагината. Пальпаторно в просвете кишки, участвующей в инвагинате, образований не определяется, стенки кишки визуально не изменены. Определяются множественные лимфатические узлы брыжейки тонкой кишки и большого сальника (2,5×1,5 см).

Заключение. В клиническом случае представлено редкое осложнение лимфомы Беркитта в виде рецидивирующей инвагинации тонкой кишки. Причиной формирования рецидивирующих инвагинаций, на наш взгляд, явилась выраженная гиперплазия лимфоидной ткани в стенках и брыжейке кишок. Сама же лимфома Беркитта, выявленная у ребенка при дополнительном обследовании, стала проявлением синдрома Ли – Фраумени.

Ключевые слова: инвагинация кишечника; рецидив инвагинации; лимфома Беркитта; синдром Ли – Фраумени; дети.