

УЗЛООБРАЗОВАНИЕ С НЕКРОЗОМ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ

Смирнов А. Н., Холостова В. В., Тихомирова Л. Ю., Ермоленко Е. Ю.

Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова

Узлообразование (кишечный узел) – форма странгуляционной непроходимости кишечника, при которой происходит завязывание одной или двух петель кишечника вокруг другой со сдавливанием их брыжеек и нарушением кровообращения в брыжеечных сосудах. При этом одна из кишечных петель является осью, вокруг которой обвивается или завязывается вторая петля. У взрослых узлообразование встречается в 3–5% случаев. У детей описаний в литературе не встречается. В зависимости от отдела кишечника, участвующего в образовании непроходимости, все узлообразования разделяются на 4 вида: 1) тонкокишечно-сигмовидные; 2) тонкокишечные; 3) тонкокишечно-слепокишечные; 4) редкие виды. К редким видам относятся узлообразования, включающие дивертикул Меккеля, червеобразный отросток, поперечную ободочную кишку.

Причины образования кишечного узла многообразны. Среди них различают предрасполагающие и производящие факторы. В свою очередь предрасполагающие факторы могут быть либо в виде врожденных, либо в виде приобретенных пороков развития брыжейки и петель кишечника.

К врожденным порокам брыжейки относятся: длинная брыжейка тонкой и толстой кишки; атипичное расположение петель кишечника; врожденные щелевидные и окончатые дефекты в брыжейке кишок, карманы, отшнуровка большого сальника, тяжи. К врожденным порокам развития петель кишечника относятся: чрезмерная длина тонкой и толстой кишок; дивертикулы кишечника.

К приобретенным порокам брыжейки: посттравматические и поствоспалительные деформации брыжейки, а также деформации кишечных петель, посттравматические дефекты (окна, щели) в брыжееках кишок. А к приобретенным порокам развития кишечных петель относятся: чрезмерная длина тонкой и толстой кишок и дивертикулы кишечника.

В нашу клинику поступила девочка в возрасте 1 года 6 месяцев. За 1,5 ч до поступления у ребенка на фоне полного здоровья появились жалобы на беспокойство, внезапно возникшие боли в животе, отмечалась многократная рвота до 6 раз. Стул накануне,

оформленный. Температура тела не повышалась. До-ставлена в приемное отделение хирургии, где при осмотре живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Перитонеальные знаки отрицательные. После выполнения очистительной клизмы было получено небольшое количество стула. Выполнены УЗИ и обзорная рентгенограмма брюшной полости, по результатам которых патологии не выявлено. За время динамического наблюдения состояние ребенка прогрессивно ухудшилось. Сохранялись рвота, беспокойство, появились вздутие живота и симптомы интоксикации. При повторном выполнении УЗИ определялись расширенные петли тонкой кишки, образующие неподвижный конгломерат, кровоток в котором не определялся, в связи с чем был заподозрен заворот тонкой кишки (рис. 1). По экстренным показаниям через 6 ч была выполнена диагностическая лапароскопия, при ревизии брюшной полости визуализируется часть петель кишечника в спавшемся состоянии, остальные петли расширены, выявлен геморрагический выпот в малом тазу (рис. 2). Учитывая выраженный явный некроз тонкой кишки, дальнейшая ревизия брюшной полости признана нецелесообразной. Было принято решение перейти на конверсию. Выполнена верхне-срединная лапаротомия. В рану выведен конгломерат петель тонкой кишки черного цвета, явно нежизнеспособных (рис. 3). При попытках расправить узел устранить заворот не удалось, поэтому, учитывая тугое ущемление, проведена резекция участка ущемленной кишки единым блоком. Наложен прямой межкишечный анастомоз нитью ПДС 5–00 однорядным непрерывным швом (рис. 4). Даже после резекции разделение представляло большие трудности, был обнаружен штанг (рис. 5). Общая длина резекции составила 23 см. На 2-е послеоперационные сутки получен самостоятельный стул. Энтеральное кормление начато с 3-х п/о суток. Ребенок выписан на 7 п/о сутки.

Цель данной демонстрации – показать крайне редкий вариант кишечной непроходимости у детей, характеризующийся прогрессивным течением с быстрым развитием некроза кишечника.

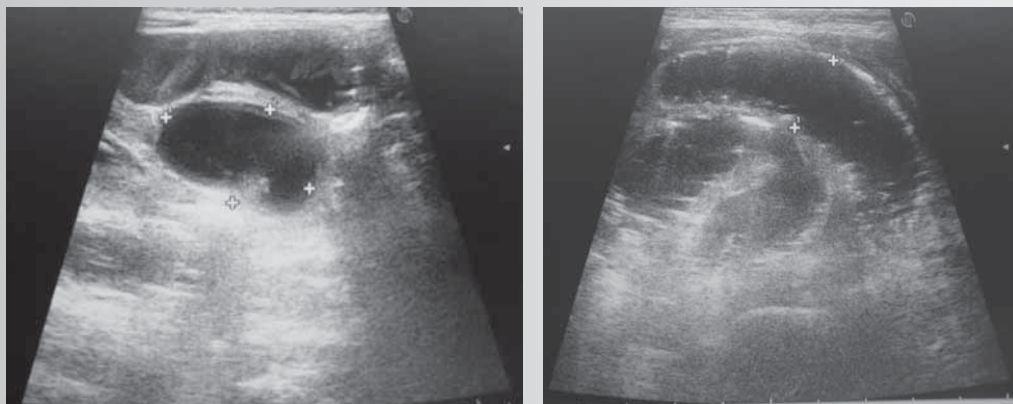


Рис. 1. Ребенок 1 года 6 месяцев, сонограммы расширенных петель тонкой кишки



Рис. 2. Тот же больной. Интраоперационное фото при диагностической лапароскопии. В полости малого таза умеренное количество геморрагического выпота. В околопупочной области определяется петля тонкой кишки синюшно-черного цвета

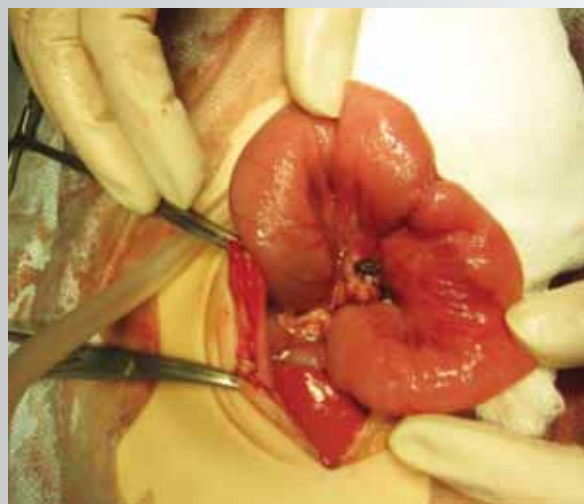


Рис. 4. Вид межкишечного анастомоза после резекции участка тонкой кишки



Рис. 3. Конгломерат петель тонкой кишки черного цвета, явно нежизнеспособных



Рис. 5. Представлен удаленный макропрепарат. Штранг, только после рассечения которого удалось расправить узел тонкой кишки