

Гусев А.А., Михалев И.А., Рехвиашвили М.Г., Шишкина Т.Н., Талалаев А.Г.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С УДВОЕНИЕМ ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, НИИ детской хирургии, Москва

Gusev A.A., Mikhalev I.A., Rekhviashvili M.G., Shishkina T.N., Talalaev A.G.

### SURGICAL TREATMENT CHILD WITH DOUBLING OF ASCENDING COLON

Scientific Centre of Children Health under the Russian Academy of Medical Sciences, Institute of Pediatric Surgery, Moscow

#### Резюме

Проведено клиническое наблюдение за ребенком в возрасте 3-х лет с кистозной формой удвоения толстой кишки, что проявилось клиникой острой кишечной непроходимости и наличием объемного образования в брюшной полости. Оперативное лечение стало единственным эффективным методом лечения больного. Показанием для проведения оперативного лечения послужила клиника кишечной непроходимости, не поддающейся консервативному лечению.

**Ключевые слова:** удвоение толстой кишки, кишечная непроходимость, объемное образование брюшной полости, дети

#### Abstract

This clinical case of a child of 3 years from cystic duplication of the colon, as manifested clinic acute intestinal obstruction and the presence of space-occupying lesion in the abdomen. Surgical treatment was the only effective method of treatment. Indications for surgical treatment clinic served as intestinal obstruction, refractory to conservative treatment.

**Key words:** doubling the colon, intestinal obstruction, abdominal mass lesion, children

Удвоением называется добавочное anomальное образование, сходное по структуре с основным органом. При удвоениях толстой кишки дубликатура может быть изолированной, но иногда она распространяется на всю кишку, включая прямую [1–3]. Существует несколько теорий удвоений толстой кишки. Наиболее распространена теория, объясняющая образование удвоений отклонением в процессе вакуолизации первичной кишечной трубки [4–6]. Также существует точка зрения, согласно которой удвоения могут возникать в период отделения первичной кишки от хорды вследствие различной модификации нейроэнтерохондральных спаек. Кроме того, дубликатура конечного отдела кишечника в сочетании с удвоением тазовых органов является результатом слияния двойни на ранних стадиях внутриутробного развития.

Анатомически удвоения принято делить на трубчатые (тубулярные), дивертикулярные и кистозные. Трубчатое удвоение представляет собой

дополнительную трубку, расположенную параллельно основной кишке и интимно с ней связанную общими мышечными слоями и питающими сосудами [7]. Добавочное образование изолировано от просвета основной кишки, иногда сообщается с ним. Дивертикулярное удвоение имеет вид отростка различной формы, который, как правило, отходит от брыжеечного края основной кишки, сообщаясь с ней в своем дистальном или проксимальном конце, иногда оно имеет отдельную брыжейку. При кистозных формах удвоения дополнительный отдел кишечной трубки имеет овальную или шарообразную форму, расположен рядом с основной кишкой или в толще ее стенки и не сообщается с просветом кишки [8].

Данный клинический случай демонстрирует кистозную форму удвоения толстой кишки, протекающего с клиникой кишечной непроходимости и наличием объемного образования брюшной полости.



**Рис. 1.** Компьютерная томография: картина кистозной формы удвоения толстой кишки



**Рис. 2.** Кальцинаты в стенке удвоенной кишки

Ребенок М. 3-х лет поступил в хирургическое отделение ФГБУ НЦЗД РАМН в июне 2012 г. с диагнозом «Новообразование брюшной полости. Кишечная непроходимость».

Из анамнеза известно, что на фоне полного здоровья ребенка родители отметили появление объемного образования в правой подвздошной области, увеличивающегося в объеме, отсутствие стула в течение суток, тошноту, рвоту съеденной пищей, вялость. Поступил в хирургическое отделение по месту жительства в экстренном порядке с клиникой инвагинации кишечника. В отделении в экстренном порядке под общим обезболиванием проведено оперативное лечение: диагностическая лапароскопия, дезинвагинация кишечника путем ирригографии с воздухом под эндохирургическим контролем. При дальнейшей ревизии органов брюшной полости в просвете слепой и восходящем отделе толстой кишки выявлено объемное образование 9×6 см, исходящее из брыжеечного края. Отмечается увеличение брыжеечных лимфатических узлов в области илеоцекального угла. Эффекта после лечения не было. Ребенок направлен в ФГБУ НЦЗД РАМН для дальнейшего дообследования.

При поступлении: состояние ребенка средней степени тяжести по основному заболеванию, жалобы на опухолевидное образование в правой подвздошной области, периодическая тошнота, рвота съеденной пищей. Живот не вздут, доступен глубокой пальпации во всех отделах. При пальпации безболезненный, в правой подвздошной области пальпируется плотное объемное образование

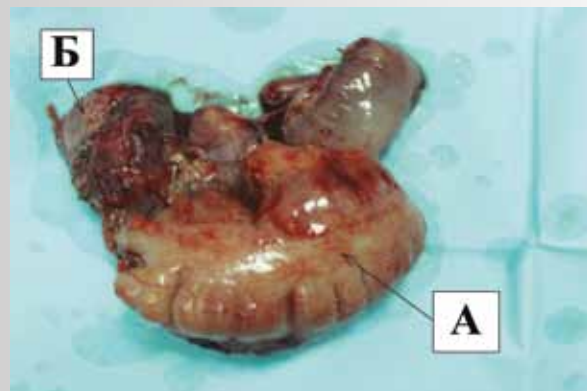
округлой формы. На передней брюшной стенке рубцы после лапароскопии. Стула не было в течение 2-х суток.

После госпитализации в хирургическое отделение ФГБУ НЦЗД РАМН проведена компьютерная томография органов брюшной полости. С помощью исследования выявлено, что в брюшной полости в правом мезогастррии от подпеченочного угла до правой подвздошной области определяется Г-образное образование с четкими однородными волнистыми стенками толщиной 2 мм и содержимым жидкостной плотности размером 56×120×100 мм (рис. 1). В правом заднем углу образования визуализируется скопление неоднородных кальцинированных включений округлой формы, в данном месте в стенке образования также визуализируются локальные кальцианты (рис. 2). При введении контрастного препарата отмечается однородное усиление стенок образования, аналогично стенкам кишечника. В стенке данного образования входят тонкие сосуды, кровоснабжение преимущественно из ветвей верхней брыжеечной артерии. Явной связи образования с кишечником не визуализируется. Часть петель кишечника незначительно расширена, в просвете определяется жидкостное содержимое. Под образованием визуализируется аппендикс длиной 52–55 мм, стенки которого неравномерно утолщены до 2 мм, в просвете визуализируется жидкостное содержимое. Вокруг аппендикса визуализируется небольшое скопление жидкости.

В связи с клинической картиной, данными исследований, невозможностью консервативного



**Рис. 3.** Интраоперационная фотография содержимого удвоенной части толстой кишки



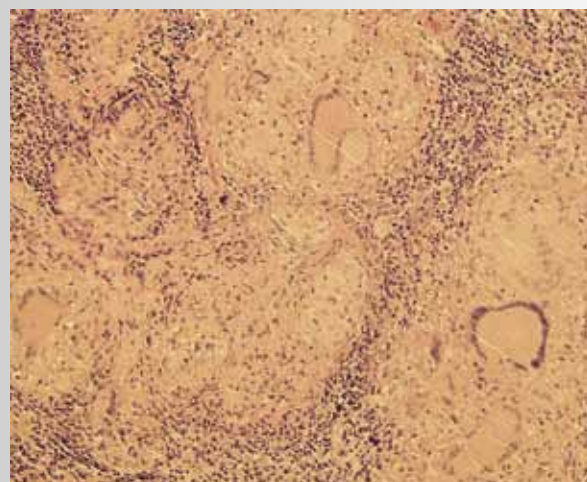
**Рис. 5.** Макропрепарат удаленного участка толстой кишки: А – неизменная толстая кишка; Б – удвоенная часть толстой кишки



**Рис. 4.** Интраоперационная фотография удвоенного участка толстой кишки



**Рис. 6.** Макропрепарат после вскрытия просвета удвоенной части толстой кишки



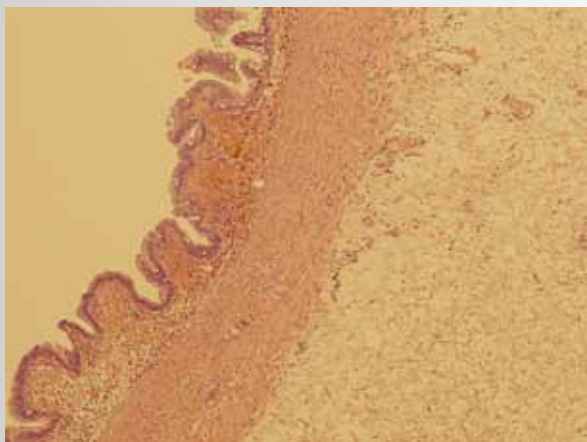
**Рис. 7.** Эпителиоидно-клеточные гранулемы с наличием клеток Пирогова-Лангханса

ведения больного принято решение о проведении оперативного лечения с последующим решением о его объеме на операционном столе.

В ходе предоперационной подготовки ребенку назначены голод, спазмолитики, очистительные клизмы.

#### Ход операции

Под интубационным наркозом в положении ребенка на спине после обработки рук и операционного поля проведен разрез кожи в параумбиликальной области до 4 см. Проведена ревизия ор-



**Рис. 8.** Фрагмент атрофичной слизистой оболочки в удвоенной толстой кишке



**Рис. 9.** Удвоенная толстая кишка, запаянная в грубоволокнистую соединительную ткань

ганов брюшной полости, в ходе которой выявлена плотная флюктуирующая удвоенная толстая кишка. После пункции удвоенной части кишки получена мутная белесоватая жидкость (рис. 3). В рану выведен илеоцекальный угол, восходящая толстая кишка с дубликатурой (рис. 4). Проведена резекция илеоцекального угла толстой кишки и части восходящей с патологическим образованием в пределах здоровых тканей. Толстая кишка пересечена и ушита с помощью сшивающего аппарата Proximate. На тонкую кишку наложен кишечный жом. Препарат отправлен на исследование. Контроль на гемостаз. Проведено наложение тонко-толстокишечного анастомоза конец в бок. Рана послойно ушита. Косметический шов на кожу. Асептическая повязка.

На 1-е сутки ребенок переведен из реанимационного отделения в хирургическое для дальнейшего наблюдения. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей.

Ребенок находился на полном парентеральном питании 2 суток. На 3-и сутки введено энтеральное питание в виде высококалорийных смесей. Назогастральный зонд удален на 2-е сутки после операции. В дальнейшем постепенно увеличивали объем энтерального питания и снижали объем парентерального. Рвоты не было, объем вводимого питания усваивался. На 3-и сутки разрешено садиться, на 4-е сутки – ходить.

На 7-е сутки после операции ребенок выписан в удовлетворительном состоянии. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

При ревизии и осмотре макропрепарата удаленной части толстой кишки выявлена кистозная форма удвоения толстой кишки, расположенная в проекции илеоцекального угла и нижней трети восходящей ободочной кишки (рис. 5, 6). Патологическое образование имело общую брыжейку с толстой кишкой и проходило в ее толще. Явной связи просвета удвоенной части с просветом кишечной трубки не выявлено.

По данным гистологического исследования, в измененной части толстой кишки выявлены участки атрофированной слизистой оболочки с эпителиоидно-клеточными гранулемами и клетками Пирогова – Лангханса. Также выявлено, что удвоенная толстая кишка запаяна в грубоволокнистую соединительную ткань (рис. 7–9). При этом в неизмененном участке толстой кишки стенка имела нормальное строение.

Таким образом, причиной клиники кишечной непроходимости стала кистозная форма удвоения толстой кишки. Увеличение патологического образования с возрастом привело к механическому сдавлению просвета кишечной трубки, что в свою очередь нарушило нормальный пассаж кишечного содержимого.

## Список литературы

1. *Ленюшкин А.И.* Хирургическая колопроктология детского возраста. – М.: Медицина, 1999. С. 122–127.
2. *Холостова В.В.* Удвоения желудочно-кишечного тракта // Детская хирургия: Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. С. 375–379.
3. *Zachariou Z.* Pediatric Surgery Digest. – Berlin – Heidelberg: Springer-Verlag, 2009. P. 417–422.
4. *Gross R.E.* The Surgery of Infancy and Childhood. – Philadelphia: WB Saunders, 1953. P. 221–245.
5. *Wrenn E.L.* Alimentary tract duplications // K.W. Ashcraft, T.M. Holder (Eds.). Pediatric surgery. – Philadelphia: WB Saunders, 2003. P. 421–433.
6. *Bond S.J., Groff D.B.* Gastrointestinal duplication // J.A. Jr. O’Neill, M.I. Rowe, J.L. Grosfeld et al. (Eds.). Pediatric surgery. – St. Louise, MO: Mosby-Year Book, 2008. P. 1257–1267.
7. *Aiken J.* Intestinal Duplications // K.T. Oldham, P.M. Colombani, R.P. Foglia, Principles and practice of pediatric surgery. – Lppincott Williams and Wilkins, 2005. Vol. 2. P. 1329–1343.
8. *Гераськин А.В., Мокрушина О.Г., Морозов Д.А., Ахунзянов А.А., Гумеров А.А.* Состояние и перспективы совершенствования хирургической помощи новорожденным с пороками развития // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2009. Т. 54, № 6. С. 7–12.

## Авторы

<b>Контактное лицо:</b> <b>МИХАЛЕВ</b> <b>Иван Александрович</b>	Детский хирург отделения хирургии и реанимации новорожденных НИИ детской хирургии ФГБУ НЦЗД РАМН. Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1. Тел.: (499) 134-09-08. E-mail: mykhalev_doc@mail.ru.
<b>ГУСЕВ</b> <b>Андрей Алексеевич</b>	Старший научный сотрудник НИИ детской хирургии НЦЗД, кандидат медицинских наук. E-mail: DrGusev@yandex.ru.
<b>РЕХВИАШВИЛИ</b> <b>Михаил Георгиевич</b>	Детский хирург отделения хирургии и реанимации новорожденных НИИ детской хирургии ФГБУ НЦЗД РАМН. E-mail: dr.kto@mail.ru (для корреспонденции).
<b>ШИШКИНА</b> <b>Татьяна Николаевна</b>	Академический аспирант отделения хирургии и реанимации новорожденных НИИ детской хирургии ФГБУ НЦЗД РАМН. E-mail: smirnova-tanya@list.ru.
<b>ТАЛАЛАЕВ</b> <b>Александр Гаврилович</b>	Профессор, доктор медицинских наук, руководитель патологоанатомической лаборатории ФГБУ НЦЗД РАМН. E-mail: talalaev@mail.ru.