

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

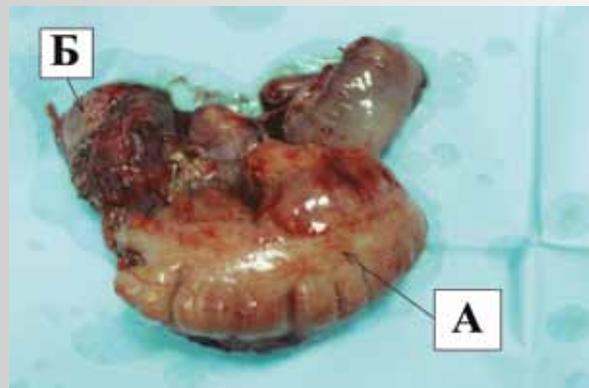


Рис. 5. Макропрепарат удаленного участка толстой кишки: А – неизменная толстая кишка; Б – удвоенная часть толстой кишки



Рис. 4. Интраоперационная фотография удвоенного участка толстой кишки



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

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-

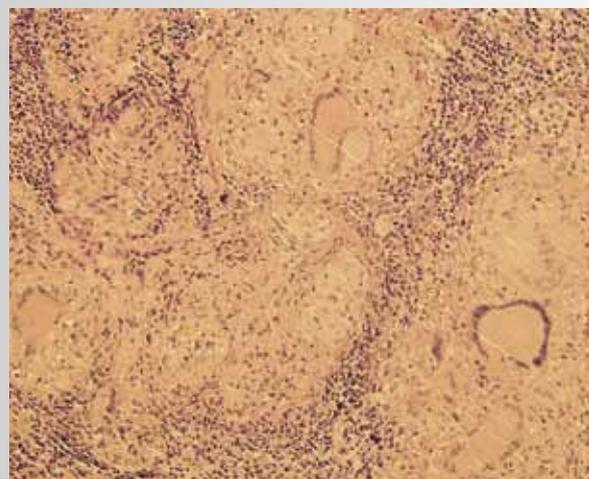


Рис. 7. Эпителиоидно-клеточные гранулемы с наличием клеток Пирогова-Лангханса

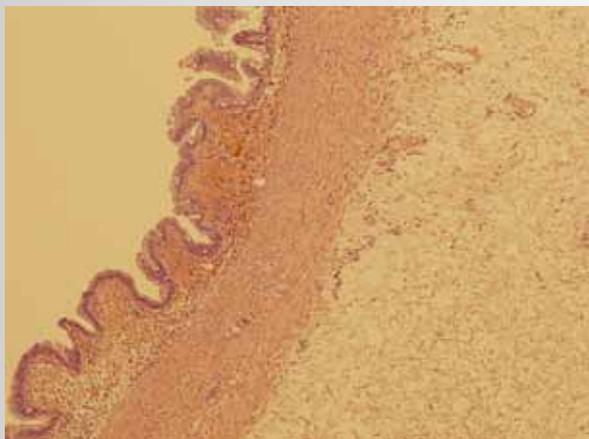


Рис. 8. Фрагмент атрофичной слизистой оболочки в удвоенной толстой кишке



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

Контактное лицо: МИХАЛЕВ Иван Александрович	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.
ГУСЕВ Андрей Алексеевич	Старший научный сотрудник НИИ детской хирургии НЦЗД, кандидат медицинских наук. E-mail: DrGusev@yandex.ru.
РЕХВИАШВИЛИ Михаил Георгиевич	Детский хирург отделения хирургии и реанимации новорожденных НИИ детской хирургии ФГБУ НЦЗД РАМН. E-mail: dr.kto@mail.ru (для корреспонденции).
ШИШКИНА Татьяна Николаевна	Академический аспирант отделения хирургии и реанимации новорожденных НИИ детской хирургии ФГБУ НЦЗД РАМН. E-mail: smirnova-tanya@list.ru.
ТАЛАЛАЕВ Александр Гаврилович	Профессор, доктор медицинских наук, руководитель патологоанатомической лаборатории ФГБУ НЦЗД РАМН. E-mail: talalaev@mail.ru.