

УДК 616.34-007.256

О.В. Риженко

Випадок рідкісного типу подвоєння кишечника

КЛПЗ «Чернігівська обласна дитяча лікарня», Україна

PAEDIATRIC SURGERY.UKRAINE.2018.2(59):77-80; DOI 10.15574/PS.2018.59.77

Подвоєння кишечника належить до вад розвитку кишечника зі складною діагностикою. У статті наведений клінічний випадок рідкісного типу повного тубулярного подвоєння тонкого кишечника у дитини з множинними вадами розвитку.

Ключові слова: тубулярне подвоєння кишечника, множинні вади розвитку.

Rare type of intestine duplication: A case report

O.V. Ryzhenko

CHPI «Chernihiv Oblast Children's Hospital», Ukraine

Intestine duplication belongs to congenital malformation of intestine with difficult diagnostics. The article presents a clinical case of a rare type of full tubular duplication of the small intestine in a child with multiple developmental defects.

Key words: tubular duplication of intestine, multiple developmental defects.

Случай редкого типа удвоения кишечника

А.В. Рыженко

Черниговская областная детская больница, Украина

Удвоение кишечника относится к порокам развития кишечника с трудной диагностикой. В статье представлен клинический случай редкого типа полного тубулярного удвоения тонкого кишечника у ребенка с множественными пороками развития.

Ключевые слова: тубулярное удвоение кишечника, множественные пороки развития.

Вступ

Подвоєння кишечника належить до рідкісних вад розвитку кишечника, частота становить 1:4500 усіх вад розвитку травного тракту [5,7]. Формування даної вади виникає на стадії вакуолізації первинної трубки і пов'язане з порушенням реканалізації кишкової трубки, яке відбувається на 4–8 тижні ембріогенезу [5,8]. Подвоєння травної трубки може відбуватися на будь-якому рівні – від стравоходу до прямої кишки. Дана вада може бути як ізольованою, так і проявлятися множинними вадами розвитку. Найчастіше у дітей з подвоєнням кишечника реєструється супутня природжена патологія з сечовидною та нервовою системою [7,8,10].

Загальноприйняті три типи подвоєння кишечника: кістозний, дивертикулярний та тубулярний [3–10]. Найчастіше виявляється кістозний тип подвоєння кишечника, коли подвоєна частина не сполучається з просвітом кишечника у вигляді ентеорокіст [2,3,5,9,10]. Дивертикулярний тип подвоєння кишечника зустрічається рідше і характеризується тим, що подвоєна частина сполучається з просвітом

травної трубки і має вигляд дивертикулу [2,3,5,7,10]. Найменш поширеним є тубулярне подвоєння кишечника, яке сполучається зі здоровим відділом органу травлення в проксимальній чи дистальній або обох відділах подвоєння і має вигляд дублікатури здорового органу. При тубулярному подвоєнні обидва відділи можуть мати роздільні оболонки та кровопостачання або спільну серозну чи серозно-м'язову оболонку та спільне кровопостачання [2,3,5,7,10].

Виявлення подвоєння кишечника майже завжди викликає труднощі [1,2,5,6,7,10]. При кістозному подвоєнні частіше виявляється пухлиноподібне утворення черевної порожнини під час огляду або при інструментальних дослідженнях: УЗД, КТ із контрастним підсиленням чи МРТ [3,5,7–9]. Натомість дивертикулярне та тубулярне подвоєння переважно проявляється ознаками часткової чи повної кишкової непрохідності або кишкової кровотечі [1,2,5]. Інструментальні методи дослідження рідко допомагають у встановленні діагнозу. До операції діагноз встановлюється рідко, частіше вада є операційною знахідкою [1,2,5].

Клінічний випадок

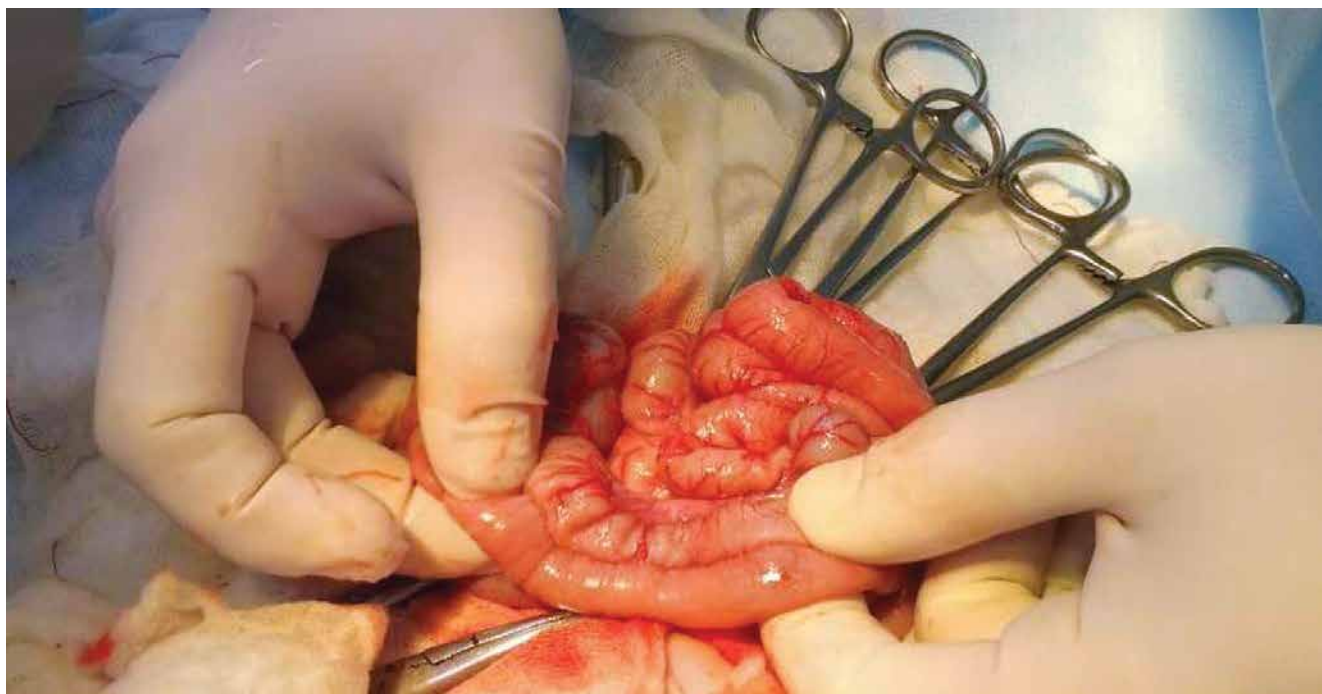


Рис. 1. Тубулярне подвоєння тонкого кишечника

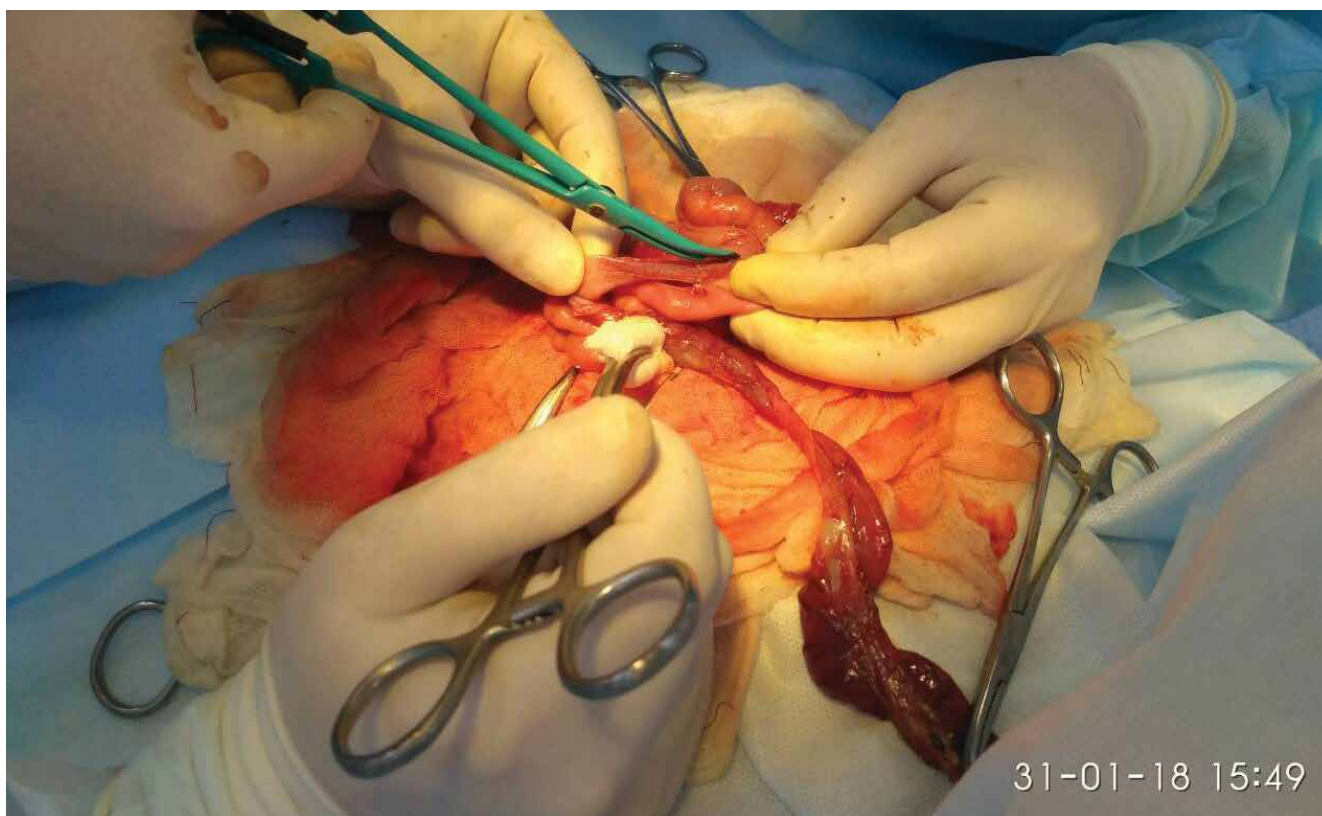


Рис. 2. Видалення тубулярно подвоєної частини тонкого кишечника за допомогою високочастотного коагулятора EK-300 M1

Лікування подвоєння кишечника тільки оперативне. Залежно від анатомічних особливостей можуть проводитись видалення ентерокіст, резекція ділянки подвоєного відділу травлення з анастомозом чи етапне реконструктивне лікування [5].

Матеріал і методи дослідження

Наводимо клінічний випадок повного тубулярного подвоєння тонкого кишечника. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним

етичним комітетом лікарні. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дитини.

Пацієнт О., хлопчик, 28.11.17 р/н, знаходився у відділенні дітей раннього віку з 23.01.18 р. з діагнозом: «Гідроцефальний синдром. Тяжка анемія змішаного генезу. Субклінічний гіпотиреоз. Мікропеніс. Епітелальний куприковий хід. Гіпотрофія ІІ ст. (дефіцит маси 23,5%)». Погіршення стану виявлено 24.01.18 р.: відмічалось здуття живота, розріджені зелені випорожнення з кров'ю, неспокій дитини. Хворий переведений у реанімаційне відділення.

Із анамнезу відомо, що дитина від 4-ї вагітності. Під час вагітності ГРВІ у матері на 10-у тижні, фетоплацентарна недостатність, прееклампсія ІІ ст. У першу добу життя дитина доставлена реанімобілем з пологового будинку Прилуцької ЦРЛ у супроводі неонатолога у відділення інтенсивної терапії новонароджених обласної лікарні, стан дитини при надходженні важкий за рахунок дихальної недостатності ІІІ ст., кисневої залежності, неврологічної симптоматики. Проводилась ШВЛ протягом 10 діб, інтенсивна терапія. До відділення дітей раннього віку хворий переведений 27.12.17 р., де перебував до 17.01.18 р.

При огляді: живіт здутий рівномірно, м'який, печінка збільшена +3,5 см, селезінка збільшена +4,5 см, перистальтика кишечника пригнічена, ознаки подразнення очеревини та напруження м'язів черевного пресу відсутні, патологічні утворення в черевній порожнині не виявлені. При лабораторному дослідженні анемія – 68 г/л, тромбоцитопенія – 80×10^9 /л. За даними УЗД черевної порожнини явища ентероколіту, гепатоспленомегалія, вільна рідина в черевній порожнині відсутня. При оглядовій рентгенографії органів грудної клітки та черевної порожнини у вертикальному положенні загазованість черевної порожнини збережена рівномірно, явища непрохідності відсутні, вільне повітря в черевній порожнині не виявлене. Встановлено попередній діагноз: «Ентероколіт». Проводилася корекція важкої анемії, інтенсивна дезінтоксикаційна терапія, комбінована антибіотикотерапія, голодна пауза, гемостатична терапія. Стан після проведеного лікування покращав: живіт м'який, перистальтика кишечника вислуховується активна, самостійні випорожнення без крові та слизу.

Різка погіршення стану 31.01.18 р.: відмічалась кишкова кровотеча, падіння рівня гемоглобіну до 67 г/л. Враховуючи повторний епізод інтенсивної кишкової кровотечі, встановлено показання до

діагностичної лапаротомії. Розпочата інтенсивна передопераційна підготовка з гемотрансфузією та гемостатичною терапією.

Проведена середина лапаротомія 31.01.18 р. При розкритті черевної порожнини ексудат відсутній, виявлено повне тубулярне подвоєння тонкого кишечника, деформація та ембріональні зрощення тонкого кишечника в ділянці зв'язки Трейца, мобільна сліпа кишка. У проксимальних відділах подвоєння розташовувалося у заочеревинному просторі, мало гіпоплазовану структуру та сполучалось із просвітом дванадцятипалої кишки на рівні задньої поверхні низхідної частини. На всьому протязі порожнистої та здухвинної кишки подвоєна частина мала сформований вид будови тонкого кишечника, спільну серозну оболонку та брижу зі здоровою частиною (рис. 1).

Дистально – на відстані 5–6 см від ілеоцекального кута обидві частини кишечника мали спільний просвіт. Біля основи з'єднання обох частин тонкого кишечника виявлена виразка з виразним набряком оточуючих тканин зі збереженою тільки серозною оболонкою. Виконано розсічення ембріональних злук та ліквідацію деформації тонкої кишки, мобілізацію дванадцятипалої кишки, перев'язку та пересічення проксимального кінця дуплікатури кишечника. Зважаючи на спільну серозну оболонку подвоєної та здорової частини, над всією тубулярно подвоєною частиною кишечника проведена десерозація подвоєної частини. Наступним етапом була обробка спільної брижі тонкого кишечника. Для цього за допомогою височастотного коагулятора ЕК-300 М1 проведено пристінкову обробку судин подвоєної частини з максимальним збереженням судин здорової частини кишечника (рис. 2).

Після проведених маніпуляцій життєздатність здорової кишки не порушена. Ділянка здухвинної кишки зі спільним просвітом з подвоєною частиною видалена, накладений ентероанастомоз «кінець-у-кінець» дворядним швом, ПГА 4-0.

Результати дослідження та їх обговорення

Таким чином, видалено понад 70 см подвоєної кишки та 7 см здухвинної кишки з ділянкою сполучення обох частин кишечника. Проведена максимально можлива перитонізація тонкої кишки та її брижі без утворення виразної деформації та порушення просвіту тонкого кишечника. Апендикулярний відросток розташовувався інтрамурально, ретроцекально. Апендектомія. Після операції перистальтика відновлена на 2-у добу, розпочате

Клінічний випадок

ентеральне харчування на 3-ю добу. Післяопераційний період ускладнився правобічною пневмонією на 5-у добу, що потребувало корекції антибіотикотерапії. Повне ентеральне харчування відновлене на 10-у добу після операції. Для подальшого лікування дитина переведена до відділення дітей раннього віку на 16-у добу після операції.

Висновки

Наведений клінічний випадок ілюструє неспецифічність клінічної картини, малоінформативність інструментальних методів дослідження та важкість встановлення діагнозу подвоєння кишечника у дитини з множинними вадами розвитку на тлі соматичних порушень.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Гумеров АА, Абдуллина ФЮ, Зайнуллин РР и др. (2015). Удвоение кишечника, осложненное кровотечением. Детская хирургия.1:49-50.
2. Демиденко ЮГ. (2012). Інфільтрат черевної порожнини при кістозному подвоєнні тонкої кишки. Хірургія дитячого віку.3:90-92.
3. Коноплицький ВС, Калінчук ОО, Дмитрієв ДВ. (2014). Випадок подвійного симетричного кістозного подвоєння голодної кишки. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина.IV.3.13:92-94.
4. Пащенко КЮ. (2014). Сучасні реконструктивно-відновлювальні операції у новонароджених і немовлят. Архів клінічної медицини.2.20:82-83.
5. Пригула ВП, Кривченя ДЮ, Дубровін ОГ та ін. (2017). Діагностика та вибір методу хірургічного лікування дітей із подвоєнням травного тракту. Хірургія дитячого віку.4.57:53-60.
6. Рахимова РЖ. (2010). Редкий случай лечения удвоения тонкого кишечника у детей. Педиатрия и детская хирургия.3:29-30.
7. Lund DP, Grosfeld JL, O'Neil JL et al. (2006). Alimentary tract duplication. Pediatric Surgery.6.24:1389-1398.
8. Okamoto T, Takamizawa S, Yokoi A et al. (2008). Completely isolated alimentary tract duplication in a neonate. Pediatric Surgery International.10.24:1145-1147.
9. Radhika Krishna OH, Srinivas Reddy P, Geetha K et al. (2014). A case of completely isolated enteric duplication cyst mimicking an ovarian cyst. International Journal of Research in Health Sciences.2.2:703-705.
10. Zouari M, Bouthour H, Abdallah RB et al. (2014). Alimentary tract duplications in children: Report of 16 years' experience. African Journal of Paediatric Surgery.11.4:330-333.

Відомості про автора:

Риженко Олександр Васильович – к.мед.н., зав. хірургічного відділення КПЛЗ «Чернігівська обласна дитяча лікарня». Адреса: м. Чернігів, вул. Пирогова, 16.

Стаття надійшла до редакції 15.02.2018 р.

OXFORD NEONATAL SURGERY COURSE 2018

3rd September 2018 - 7th September 2018

A five day residential course aimed primarily at senior trainees in Paediatric Surgery and held in the beautiful setting of St Edmund Hall in the city of Oxford. The course provides a comprehensive overview of neonatal surgery (apart from urology) with particular emphasis on evidence-based practice and practical approaches to difficult clinical scenarios. Lectures are provided by leading experts within the UK and there is plenty of opportunity for interactive discussion. Places are limited so early booking is advisable!

Course Director: Professor Paul Johnson

More information: <http://www.baps.org.uk/events/oxford-neonatal-surgery-course-2018/>