

Інфільтрат черевної порожнини при кістозному подвоєнні тонкої кишки



Ю.Г. Демиденко

КЛПЗ «Чернігівська обласна дитяча лікарня»

Кістозне подвоєння тонкої кишки — вкрай важка патологія для діагностики, котра має прихований перебіг та може маскуватися. Основні її вияви: кишкова непрохідність, перфорація.

Ключові слова: інфільтрат черевної порожнини, кістозне подвоєння тонкої кишки.

Сучасна медицина потребує всебічного вивчення процесів внутрішньоутробного розвитку. Це зумовлено збільшенням частоти перинатальних патологій. Об'єктивні дані про синтопічні взаємозв'язки внутрішніх органів у перинатальному періоді онтогенезу сприяють розумінню механізмів їх нормального формоутворення і становлення топографії, визначенню джерел, причин і механізмів виникнення варіантів будови та вроджених вад (ВВ) [4, 5].

Відомості про синтопічні кореляції в пренатальному періоді, джерела, причини та механізми онтогенетичних процесів артеріального русла сприяють як розумінню топографії, так і визначенню варіантів його будови та ВВ, адже численні аномалії, що зустрічаються в клінічній практиці, здебільшого можна пояснити лише завдяки з'ясуванню походження та взаємодії органів і структур [6].

Порушення становлення топографії органів зумовлює формування низки вад їх розвитку [5]. Нормальний розвиток системи мікроциркуляції забезпечує оптимальні умови для нормального органо- та гістогенезу [6].

Порушення в системі мікроциркуляції можуть зумовити зрушення цього процесу, що призводить до дегенеративних явищ в органах і порушення їх функцій, унаслідок чого формуються різні вади й аномалії розвитку. Генотоксичний вплив на плід у період вагітності може бути тлом для виникнення численних вад розвитку [1, 6].

ВВ травної системи — це одна з найпоширеніших форм ізольованих і системних вад у дитячому віці. Усі аномалії кишечника мають безліч варіацій та комбінацій, будь-яка їх класи-

Стаття надійшла до редакції 18 липня 2012 р.

Демиденко Юрій Григорович, лікар-хірург
14000, м. Чернігів, вул. Пирогова, 16
E-mail: 18164@ukr.net

фікація відносна. Майже всі вади клінічно проявляються гострою кишковою непрохідністю [1].

Згідно з класифікацією Г.А. Баїрова кишкова непрохідність поділяється:

- 1) за походженням — вроджена і набута;
- 2) за місцем локалізації:
 - а) висока — атрезія і стеноз дванадцятипалої кишки (ДПК), кільцеподібна підшлункова залоза, синдром Ледда, атрезія та подвоєння тонкої кишки (ПТК);
 - б) низька — атрезія і стеноз середнього відділу тонкої або товстої кишок, дивертикул Меккеля, подвоєння тонкої або товстої кишок, стискання товстої кишки пухлиною або кістою;
- 3) за часом виникнення — внутрішньоутробна і постнатальна, гостра та хронічна; стеноз ДПК; стеноз клубової кишки;
- 4) порушення нормального обертання кишки — стискання внутрішньоутробної грижі, порушення розвитку жовчної протоки, подвоєння товстої кишки;
- 5) звуження просвіту травної трубки — повне або часткове [2].

Частота всіх шлунково-кишкових подвоєнь у дітей варіює від 0,025 до 1 %. Вони спостерігаються в основному в здухвинній кишці, рідше у стравоході і лише в 5 % випадків у ДПК. Подвоєння кишок частіше спостерігається у хлопчиків. Найтиповіші локалізації: термінальна частина клубової кишки (42,2 %), сліпа кишка (3 %), апендикс (3 %). У 30,7 % випадків подвоєння вислані слизовою шлунка і поєднуються з виразковим дефектом у 75 % [3]. ПТК, розташовані на брижовій стороні кишок, рухливі. Це кістозні або тубулярні тонкостінні утворення, що мають спільне кровопостачання із сусідньою кишкою. Значна частина їх не сполучається з кишкою, і вони легко збільшуються при накопиченні секрету. Тубулярні подвоєння виражаються проксимальним, дистальним або обома кінцями. Вони можуть збільшитися від минулого вмісту кишок і викликати заворот. Невеликі кістозні подвоєння — часта причина виникнення інвагінації. Незначна частина подвоєнь залишаються безсимптомними протягом усього життя, але в більшій частині випадків вони викликають неповну або повну кишкову непрохідність [2, 7].

Кісти тонкої кишки — вроджені порожнисті утворення кулястої або циліндричної форми різної величини. Вони часто мають спільну з кишкою стінку і загальне кровопостачання. Стінка такої кісти утворена гладенькими м'язами і має слизову оболонку шлункового чи кишкового типу. У разі шлункової слизової оболонки рідина в кісті водяниста, прозора, кисла, у випадку виразки — геморагічна. Вислані кишковим епітелієм кісти містять слиз. Сполучення кісти з травним трактом буває рідко. Такі кісти можуть утворюватися в будь-якому місці, але найчастіше виникають біля ілеоцекального кута [1, 2].

За своєю суттю кіста тонкої кишки — це подвоєння, термін закладання якого — 4-й тиждень

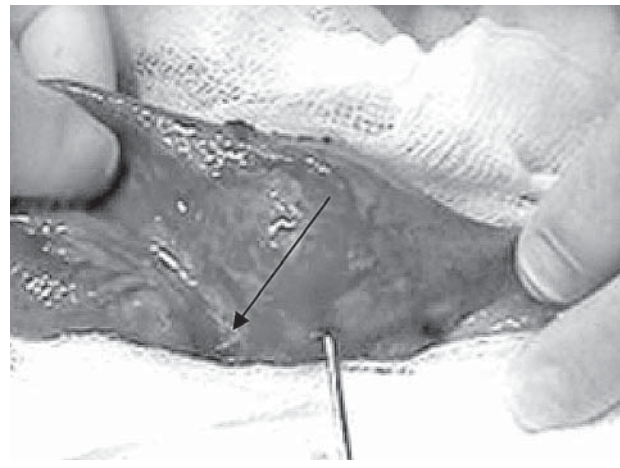
внутрішньоутробного розвитку; це результат поздовжнього поділу закладань органів. Подвоєння можуть виглядати як мембрана в порожнині травної трубки або як повне подвоєння травної трубки. Вони можуть мати довжину 1—2 см чи всього травного тракту. Бувають ізольованими, можуть сполучатися з основним просвітом кишки. Їх епітелій може відповідати подвоєній ділянці кишки, а може бути гетеротопічним, що стає причиною кровотечі з подвоєної ділянки кишки [1, 5].

Отже, кістозне подвоєння тонкої кишки становить собою складну патологію для діагностики.

Власне спостереження. Пацієнт К. захворів гостро, 19.05.2012 р. з'явився біль у животі періодичного характеру. У 2002 р. хворому було проведено апендектомію в Броварській центральній районній лікарні (БЦРЛ). По медичну допомогу батьки не зверталися, лікували дитину вдома (спазмолітики, сольова очисна клізма). Абдомінальний больовий синдром хворого тимчасово не турбував, нудоти та блювоти не було. Вранці 20.05.2012 р. хворого госпіталізовано до БЦРЛ в хірургічне відділення для динамічного спостереження. Під час нагляду стан пацієнта не мав динамічних змін, хворий отримував консервативну терапію. Направлений до хірургічного відділення Чернігівської обласної дитячої лікарні 20.05.2012 р., куди надійшов о 23.30 (історія хвороби № 5441) на другу добу від початку хвороби з діагнозом «спайкова кишкова непрохідність». Стан хворого середнього ступеня тяжкості: шкіра звичного кольору, тургор та еластичність у нормі; температура тіла субфебрильна; пульс 90 уд./хв; дихання везикулярне; язик вологий; живіт симетричний, бере участь в акті дихання, ледь піддутий, незначно болючий у мезогастрії. Перитонеальні симптоми негативні: перистальтика звична, гази відходять, діурез збережений. Хворого обстежено згідно з протоколом, показань до невідкладного оперативного лікування не було. Призначено стандартну терапію згідно з протоколом лікування, динамічного спостереження. Надалі у клінічному перебігу хвороби з'явилися нові симптоми: періодична нудота та блювота; біль набув переймоподібного характеру, низької інтенсивності. Об'єктивно — стан хворого середньої тяжкості: пульс 120 уд./хв; язик підсушений, незначно обкладений білим нальотом; живіт піддутий, бере участь в акті дихання, болючий у мезогастрії та гіпогастрії з акцентом у ділянці післяопераційного рубця. Перитонеальні симптоми сумнівні: перистальтика млява, позитивний симптом «плеску». Проведено контрольне рентгенологічне обстеження, виявлено ознаки кишкової непрохідності. 21.05.2012 р. хворому виконано оперативне втручання за терміновими показаннями — серединну лапаротомію. У черевній порожнині був серозно-геморагічний випіт, на відстані 60 см від ілеоцекального кута виявлено інфільтрат, утворений петлями тонкої кишки, який призвів до розвитку кишкової непрохідності.



■ Рис. 1. Кістозне подвоєння здухвинної кишки



■ Рис. 2. Перфоративний отвір, позначений зондом

Привідні петлі роздуті, відвідна петля без патологічних змін. Інфільтрат розділено, виявлено кістозне подвоєння здухвинної кишки з перфоративним отвором (рис. 1, 2), з якого виділяється рідина світло-зеленого кольору.

Об'єм оперативного втручання: резекція здухвинної кишки з кістою, ентероентероанастомоз «кінець у кінець», резекція великого клаптя, санація черевної порожнини. Післяопераційний період перебігав добре. Показники лейкоцитарної формули та кількість лейкоцитів нормалізувалися на другу добу після операції. Хворий отриму-

вав стандартну терапію згідно з протоколом. Післяопераційна рана зажила. На 14 добу в задовільному стані пацієнта виписано зі стаціонару.

Висновки

1. Наведене клінічне спостереження слугує чітким підтвердженням обов'язкової ревізії кишечника під час оперативних втручань із приводу гострого апендициту.

2. Об'єм оперативного втручання за цієї патології: резекції тонкої кишки з кістою та накладання ентероентероанастомозу «кінець у кінець».

Література

1. Баиров Г.А. Неотложная хирургия детей: Руководство для врачей.— Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1983.— 407 с.
2. Войцехович Б.А., Тесленко Л.Г. К вопросу о распространении врожденных пороков развития // Пробл. соц. гигиены, здравоохр. ист. мед.— 2000.— № 4.— С. 18—19.
3. Грона В.Н., Журило И.П., Перунский В.П. и др. Нарушения фиксации и ротации кишечника у новорожденных // Клін. анатомія та оперативна хірургія.— 2007.— Т. 6, № 3.— С. 29—32.
4. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия.— М.: Медицина, 1996.— 758 с.
5. Корнев М.А., Надъярная Т.Н. Анатомия человека от эмбриогнеза до зрелости. Избранные разделы спланхнологии: Учебное пособие.— СПб: ООО «Изд-во ФОЛИАНТ», 2002.— 232 с.
6. Молдавская А.А. Морфофункциональные особенности строения органов пищеварительной системы онтогенезе // Клін. анат. та опер. хірургія: Акт. пит. вікової анат. та ембріотопграфії: Матер. всеукр. наук. конф.— 2006.— Т. 5, № 2.— С. 79—80.
7. Fairbanks T.J., Kanard R.C., de Langhe S.P. et al. A genetic mechanism for cecal atresia: the role of the Fgf10 signaling pathway // J. Surg. Res.— 2004.— Vol. 120, № 2.— P. 201—209.

Инфильтрат брюшной полости при кистозном удвоении тонкой кишки

Ю.Г. Демиденко

Кистозное удвоение тонкой кишки является крайне тяжелой патологией для диагностики, имеет скрытое течение и может маскироваться. Основными ее проявлениями являются кишечная непроходимость и перфорация.

Ключевые слова: инфильтрат брюшной полости, кистозное удвоение тонкой кишки.

The abdominal infiltrate while cystic duplication of the small intestine

Yu.G. Demydenko

The cystic duplication of the small intestine is difficult pathology for diagnostics because it may have hidden course and can be masked. Intestinal obstruction and perforation are the main manifestations of this pathology.

Key words: infiltration of the abdominal cavity, cystic duplication of the small intestine.