

УДК: 616.341-003.4:616.34-007.272-053.31

Слепов О.К., Сорока В.П., Мигур М.Ю., Курінний С.І., Голопана Г.В.

Кістозне подвоєння здухвинної кишки, що спричинило кишкову непрохідність, у новонародженої дитини

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна, email: seridoc@gmail.com

Резюме. Кістозне подвоєння кишківника - досить рідкісна вітальна вада, яка може мати декілька варіантів клінічного перебігу. Описано клінічний випадок успішного хірургічного лікування кістозного подвоєння здухвинної кишки, яке проявилось у вигляді низької кишкової непрохідності у новонародженої дитини.

Ключові слова: кістозне подвоєння тонкої кишки, кишкова непрохідність, новонароджена дитина.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Кістозне подвоєння кишківника – рідкісна вітальна вада, яка може мати будь-яку локалізацію по ходу травного каналу від ротової порожнини до анального отвору. Частота виникнення 1 на 4.500 новонароджених. Найбільш часто уражається тонка кишка, а саме - здухвинна. [1]. Перший випадок подвоєння кишківника описаний Calder в 1733 [2]. Ледд вперше систематизував різноманітні класифікації цієї патології і ввів термін «подвоєння травного каналу» [3].

Подвоєння кишківника можуть бути кістозними або тубулярними. Також виділяють локалізовані форми подвоєння кишківника та асоційовані з аномаліями розвитку хребта і спинного мозку. Локалізовані форми подвоєння в основному виникають в ділянці голодної і здухвинної кишки [1]. Типовими ознаками кістозного подвоєння є: інтимне поєднання з кишківником; гладко-м'язевий шар в стінці кісти; слизовий шар, що гістологічно подібний до одного з відділів шлунково-кишкового каналу [4]. Кровопостачання може бути спільне з неураженою кишкою, або самостійне. Частіше зустрічаються кістозні подвоєння, що мають сполучення з нормальним кишківником, проксимальніше або дистальніше ділянки ураження. Несполучені подвоєння досить рідкісні [4].

Згідно однієї з теорій виникнення, подвоєння кишківника пояснюють порушенням процесу реканалізації порожнини травного каналу під час солідної фази ембріогенезу. Теорія розщеплення первинної хорди припускає, що витягіння нервової трубки призводить до подвоєння кишківника, а також аномалій хребта і спинного мозку (гемі-вертебра, переднє розщеплення дужок, тяж між подвоєнням та грудним або шийним відділом спинного мозку) [5-6].

Клінічна картина подвоєння кишківника досить різноманітна. У хворих можуть виникати біль в животі, рвота, пухлиноподібне утворення чи гостра шлунково-кишкова кровотеча. Подвоєння в грудній порожнині симулює респіраторні симптоми [7]. У випадках кістозного подвоєння тонкої кишки клінічні прояви залежать від типу, розміру, локалізації та особливостей слизової оболонки кісти. Так, мале кістозне подвоєння може грати роль якоря при виникненні інвагінації або завороту кишки, в той час як кістозні подвоєння великих розмірів викликають клінічну картину кишкової непрохідності [7].

Діагностичний алгоритм при підозрі на кістозне подвоєння кишківника включає проведення рентгенологічного обстеження з контрастуванням кишківника. Пасаж барію може виявити дефект наповнення і, рідко, сполучення кісти з порожниною кишківника. Ультразвукове обстеження досить важливе в діагностиці кістозного подвоєння. Останнє, у свою чергу, візуалізується як ехопозитивний внутрішній край, що представлений слизовою оболонкою, та зовнішній гіпоехогенний ободок, представлений гладко-язевим шаром. Цей термін отримав назву як «симптом м'язевого валику». На комп'ютерній томографії кістозні подвоєння маніфестують як круті, наповнені рідиною кісти з рівною оболонкою [1,7].

Лікування кістозних подвоєнь кишківника – хірургічне. Оптимальний об'єм операції полягає у видаленні саме кі-

стозного подвоєння разом з поєднаним сегментом кишківника, після перев'язки судин, які забезпечують кровопостачання утворень. Видалення лише кісти не є радикальним, через наявність спільної стінки кишки і, нерідко, кровопостачання [1].

Клінічний випадок. Дитина Ф., хлопчик, народився 03.02.14 в акушерських клініках ДУ «ІПАГ НАМН України» від III вагітності II пологів шляхом кесарського розтину, в терміні гестації 39-40 тижнів. Маса при народженні - 3640 г, оцінка за шкалою Апгар - 5 балів на першій і п'ятій хвилині життя, довжина тіла - 53 см, окружність голови - 36 см, окружність грудної клітки - 36 см.

Наявність низької кишкової непрохідності діагностовано на пренатальному УЗД у відділенні медицини плода ДУ «ІПАГ НАМНУ» на 25 тижні вагітності було виявлено ехонегативне утворення в нижніх відділах черевної порожнини більш праворуч розмірами 28x16 мм, 11x8 мм, 6x8 мм, помірне збільшення навколоплідних вод. При пренатальному УЗД в динаміці на 38 тижні вагітності виявлено розширені петлі кишківника в нижніх відділах черевної порожнини більше праворуч, розмірами 66x54 мм, 47x42 мм, 29x23 мм, також різке збільшення навколоплідних вод.

Народжений в присутності дитячого хірурга. В пологовій залі установлено різке збільшення в розмірах живота з роздутими петлями кишківника. При зондуванні шлунка отримано 10 мл прозорого вмісту, анус прохідний, на кінчику зонда – меконій. Для подальшого обстеження і лікування новонароджений переведений у відділення реанімації дитячих клінік в умовах транспортного кювезу.

При поступленні в реанімаційне відділення стан дитини оцінений як важкий. Дихання самостійне, аускультативно жорстке, проводиться над усією поверхнею легень. Живіт збільшений в розмірах, симетричний, в диханні участі не приймає, наявна видима перистальтика, пальпаторно - м'який, чутливий, пальпувались здуті петлі кишківника. Меконій відійшов тільки після проведення клізми. Через виражене здуття живота, що впливало на ефективність самостійного дихання, з першої доби життя, дитину переведено на ШВЛ.

В умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) дитина обстежена: на оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини виявлено зниження пневматизації петель кишківника. При ультразвуковому обстеженні візуалізувались різко розтягнуті не перистальтуючі петлі кишківника, а в нижніх відділах – слабка перистальтика та більш густий кишковий вміст. Також виявлено двобічний гідронефроз I ст. При нейросографії виявили ознаки вентрикулоділяції I ст. На ЕхоКГ виявлено відкриту артеріальну протоку та відкрите овальне вікно.

Дитині проведено передопераційну підготовку протягом однієї доби. Вона включала: інфузійну терапію сольовими розчинами, переливання однокрупної свіжезамороженої плазми, введення розчину амінокислот, вітаміну К, антибактеріальних препаратів, а також катетеризація великої підшкірної вени стегна.

На другу добу життя проведено оперативне лікування: лапаротомію, резекцію ділянки здухвинної кишки з подвоєнням, створення ілео-ілеоанастомозу кінець до кінця. Особливості операції: в початковій частині здухвинної кишки та на протязі 30 см, інтимно з основою кишки зрощене напружене кістозне утворення розмірами 30 x 6 x 4 см (рис.), При проведенні пункції останнього отримано 500,0 мл солом'яно-жовтої рідини. В середній третині кісти здухвинна

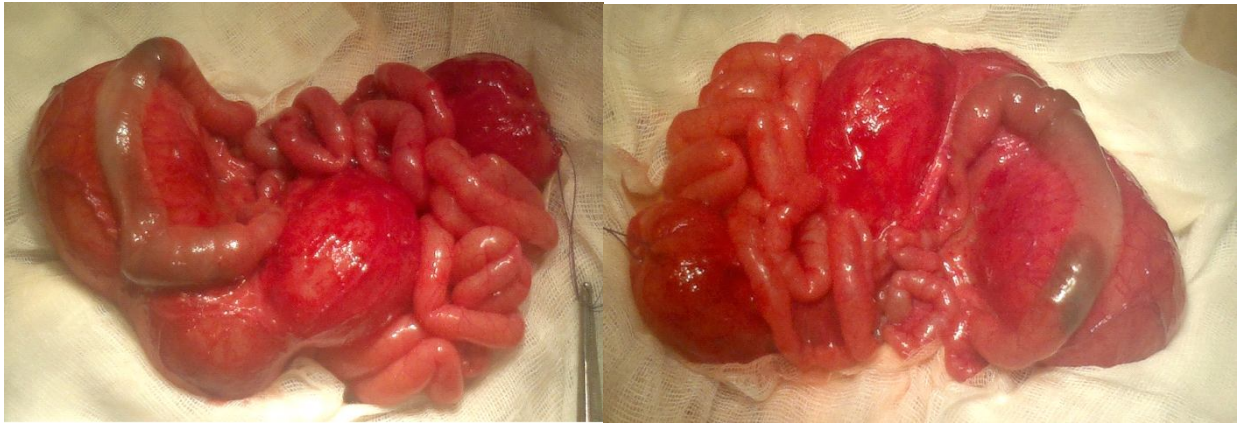


Рис. Кістозне подвоєння здухвинної кишки

кишка розпластана на ній, мають загальну брижу. Життєспроможність здухвинної кишки в цій ділянці викликала сумніви. Кіста мобілізована зі зрощеною кишкою. Дистальна ділянка здухвинної кишки тонка, завернута. Привідний кінець тонкої кишки пересічено перед кістою, дистально проведено резекцію кишки за 15 см від ілеоцекального кута. Створено однорядний ілео-ілеоанастомоз кінець до кінця.

Післяопераційний перебіг без хірургічних ускладнень. Проводилась інтенсивна інфузійна та антибактеріальна терапія, парентеральне харчування, трансфузія свіжозамороженої плазми, посиндромна терапія. Самостійний стул з'явився на 3 добу після операції. Ентеральне харчування розпочато з 8 післяопераційної доби. Поступово об'єм разового годування збільшили до 80,0 мл, з переходом на грудне вигодування. Дитина виписана додому на 23 добу життя в задовільному стані, з масою тіла 3800 г.

Висновок

Таким чином, наведений клінічний випадок є рідкісним і тому має велику наукову й практичну цінність для дитячих хірургів, реаніматологів, неонатологів та інших спеціалістів. Пренатальна діагностика дозволила створити оптимальні умови для проведення пологів і реанімаційних заходів в перші хвилини життя. Наведена тактика лікування цієї тяжкої вади розвитку виявилась ефективною.

Література

1. Praveen C. Intestinal Duplication Cyst Presenting As Volvulus: a Rare Case Report / C. Praveen, P. Hota, P. Kumar [et al]. // Bali Medical Journal. – 2014. – Vol. 3 (2). – P. 53 -55.
2. Calder J. Medical Essay. / J. Calder // Medical Essays Obser. – 1733. – Vol.1. – P. 205.
3. Ladd W.E. Duplications of Alimentary Tract. / W.E. Ladd // South Medical Journal. – 1937. – Vol. 30. – P. 363 – 371.
4. Macpherson R.I. Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathologic, etiologic and radiologic considerations. / R.I. Macpherson

// Radiographics. – 1993. – Vol.13. – P. 1063 – 1080.

5. Michalsky M. Alimentary Tract Duplications. / M. Michalsky, G. Besner // eMedicine Journal. – 2002. – Vol. 3. – P. 1- 10.

6. Nelson Textbook of Pediatrics 16th edition / [Begram R.E., Kliegman R.M., Jenson H.B.] – Philadelphia : “Elsevier”, 2000.

7. Chaudhary S. Intestinal Duplication Cyst. / S. Chaudhary, U. Raju, M. Hardjai, M.Gupta // Medical Journal Armed Forces India. – 2006. – Vol. 62. – P. 87-88.

Слепов О.К., Сорока В.П., Мигур М.Ю., Куринной С.И., Голопапа Г.В.

Кістозне удвоєння подвздошної кишки, которое привело к кишечной непроходимости у новорожденного ребенка.

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

Резюме. Кістозне удвоєння кишечника – достатньо рідкий вроджений порок, который может иметь несколько вариантов клинического течения. Описан клинический случай успешного хирургического лечения кістозного удвоєния подвздошної кишки, которое проявилось в виде низкой кишечной непроходимости у новорожденного ребенка.

Ключевые слова: удвоєние тонкой кишки, кишечная непроходимость, новорожденный ребенок.

O. K. Slepov, V. P. Soroka, M. Y. Migur, S. I. Kurinnyi, G. V. Golopapa
Cystic Duplication of Ileum Causing Intestinal Obstruction in a Newborn Child

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

e-mail: seridoc@gmail.com

Abstract. Intestinal cystic duplication is rather rare vital abnormality manifesting in several clinical presentations. Clinical case of successful treatment of ileal cystic duplication is described. It manifested in low intestinal obstruction in a newborn child.

Keywords: small intestine cystic duplication; intestinal obstruction; newborn child.

Надійшла 29.07.2016 року.