

Поліп товстого кишечника у дитини: випадок з практики

Б.А. Тарасюк¹, О.П. Джам²,
А.Ю. Палкін², І.С. Лук'янова²,
Ю.П. Терницька¹, А.О. Степанов²,
В.В. Солодущенко¹

ДУ «Інститут ядерної медицини
та променевої діагностики
НАМН України»¹, Київ
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства
та гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової
НАМН України»², Київ

Відомо, що колоректальні поліпи (МКБ-10 Поліпоз кишечника: D12 Добраякісне новоутворення ободової кишки, прямої кишки, заднього проходу [ануса] і анального каналу) є найбільш поширеним типом поліпів шлунково-кишкового тракту у дітей, на які припадає до 90 % всіх випадків [2] і які проявляються рецидивуючими болями в животі, діареєю, а також ректальними кровотечами [4]. Хлопчики дещо більш схильні до цієї патології, ніж дівчатка. Зазвичай хворіють діти у віці від 3 до 6 років – 80 % всіх випадків.

Найбільш характерна клінічна ознака поліпа – виділення крові з анального отвору у вигляді прожилок, окремих крапель або більш масивної кровотечі під час або після акту дефекації – зумовлена пошкодженням поверхні поліпа каловими масами. Виділення крові частіше відбувається при локалізації поліпів у прямій, а не в сигмовидній кишці, де калові маси сформовані ще не повністю. У деяких випадках дитина скаржиться на болі під час дефекації, оскільки ніжка поліпа натягується при його переміщенні з каловими масами.

Саме колоноскопія є і залишається на сьогоднішній день загально прийнятим стандартом діагностики та лікування колоректальних поліпів. Рентгеновське цифрове ректальне дослідження і повітряно-контрастна барієва клізма зазвичай використовуються для підтвердження діагнозу до колоноскопії, але їх діагностична ефективність є відносно низькою [3]. Ультразвукові прилади, які оснащені високочастотними датчиками (від 10 МГц) дозволяють проводити ретельне обстеження кишечника як без підготовки пацієнта, так і з підготовкою (контрастування кишечника через клізму рідиною). Можливості ультразвукової діагностики у діагностуванні поліпа

товстої кишки демонструє наступне спостереження.

Хлопчик Я. віком 8 років поступив до відділення дитячої гастроентерології 03.10.18. зі скаргами на періодичний нападаподібний біль в животі спастичного характеру, метеоризм, нерегулярний стул. При появі позиву на дефекацію відходила незначна кількість рідкого калу з домішками крові та слизу у випорожненнях. Впродовж 2 діб були однократні блювоти, метеоризм та рідкі випорожнення з прожилками крові. Зі слів матері перші симптоми відмічались впродовж останніх півроку з березня 2018 р. (часті випорожнення, біль в животі, прожилки крові в калі). У стаціонарі стан дитини погіршився. Консультація дитячого хірурга – виявлено ознаки часткової кишкової непрохідності. Для подальшого обстеження і визначення тактики лікування хворий переведений у відділення дитячої хірургії.

З анамнезу відомо, що дитина від I вагітності, I пологів. Маса при народженні – 3900 г. Годування грудним молоком – до 2 років. Прикорм – з 6 місяців. Дитячі інфекції – вітряна віспа. У 3 роки – харчова алергія на виноград. У 4 роки – видалення аксиллярного лімфатичного вузла.

При обстеженні загальний та біохімічний аналіз крові без патологічних змін.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Печінка в розмірах не збільшена. Край печінки гострий, структура без особливостей. Жовчний міхур розташований у типовому місці, продовгуватої форми, стінка його не ущільнена, вміст анехогенний, конкременти на момент огляду не визначаються. Підшлункова залоза візуалізується повністю, в розмірах не збільшена, структурно не змінена. Селезінка не збільшена, структура без особливостей. Нирки розміщені типово, в

розмірах не збільшені, структура не змінена. У лівій здохвинній ділянці, в області низхідного відділу товстого кишечника визначається округлої форми ізоехогенне утворення «губчастої» структури, з чітким контуром, діаметром 23 мм, зі зниженою васкуляризацією по центру, яке майже повністю перекриває просвіт кишки (рис. 1). Зареєстровано симптом «мішені» вище утворення довжиною 30 мм, діаметром 22 мм. (рис. 2). Вільна рідина у черевній порожнині не визначалася.

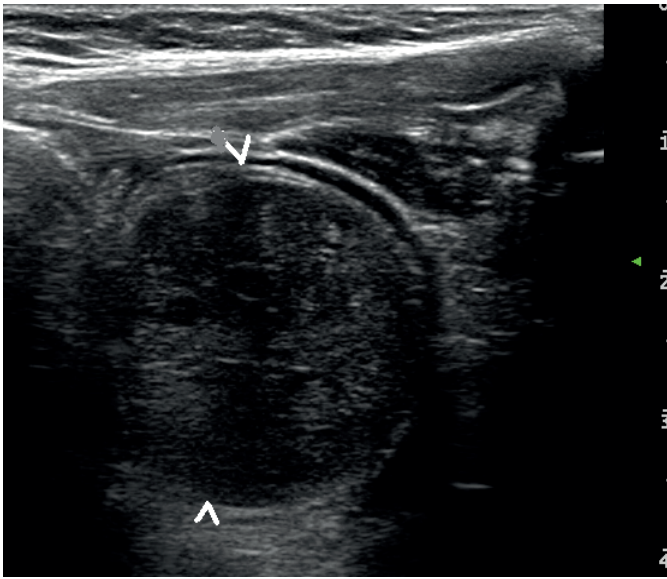


Рис. 1. Ехограма утворення у низхідному відділі товстого кишечника (позначено відкритими стрілками).

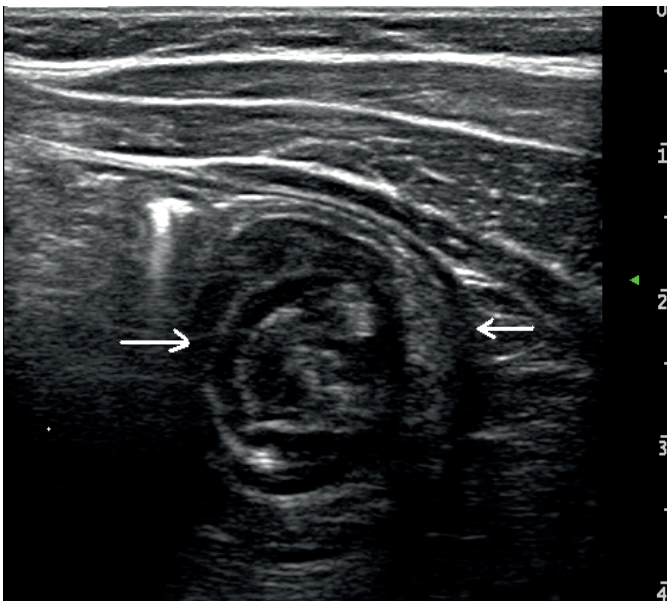


Рис. 2. Ехограма утворення у низхідному відділі товстого кишечника – симптом «мішені» (позначено стрілками).

Висновок: утворення товстого кишечника (поліп?), ознаки кишкової непрохідності.

Колоноскопія. Тонус анальних сфінктерів нормальний. Гемороїдальних вузлів не діагностовано. Колоноскоп введено на 75 см, подальше введення не проводилось через обтурацію просвіту кишечника утворенням в просвіті кишки (поліп) багряного кольору (рис. 3). Сигмоподібна кишка гіпермобільна, відмічається виражений набряк слизової з ерозуванням біля утворення.

Перистальтична активність стінок кишечника підвищена.

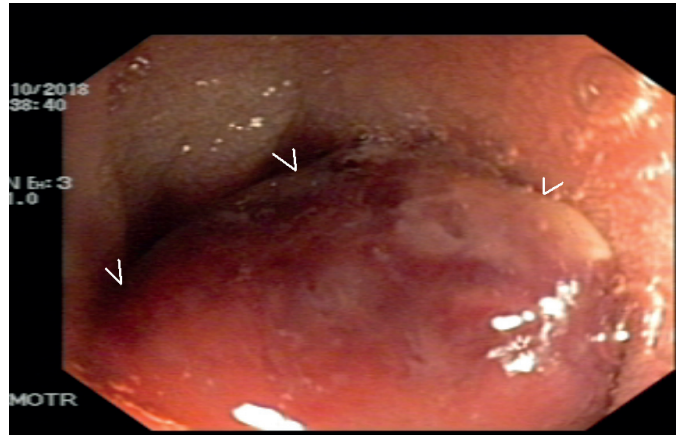


Рис. 3. Колоноскопія. Поліп з елементами набряку та гіперемії, перекриває просвіт кишки.

Висновок: Поліп сигмовидної кишки.

Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини. Висновок: пухлиноподібне утворення (поліп) лівих відділів товстої кишки (рис. 4.).

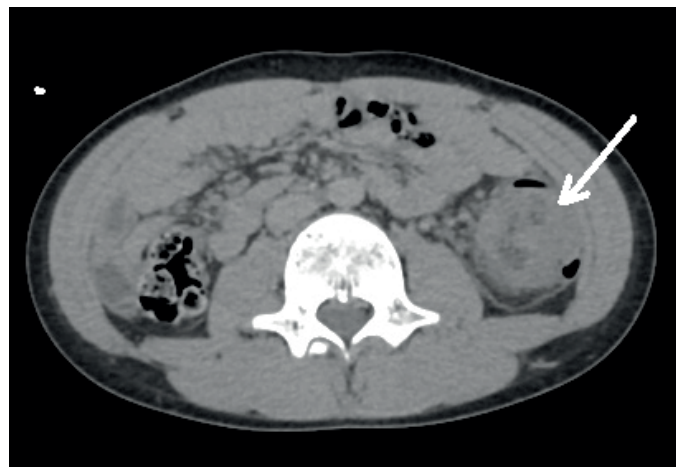


Рис. 4. КТ черевної порожнини. Стрілкою об означене пухлиноподібне утворення лівих відділів товстої кишки.

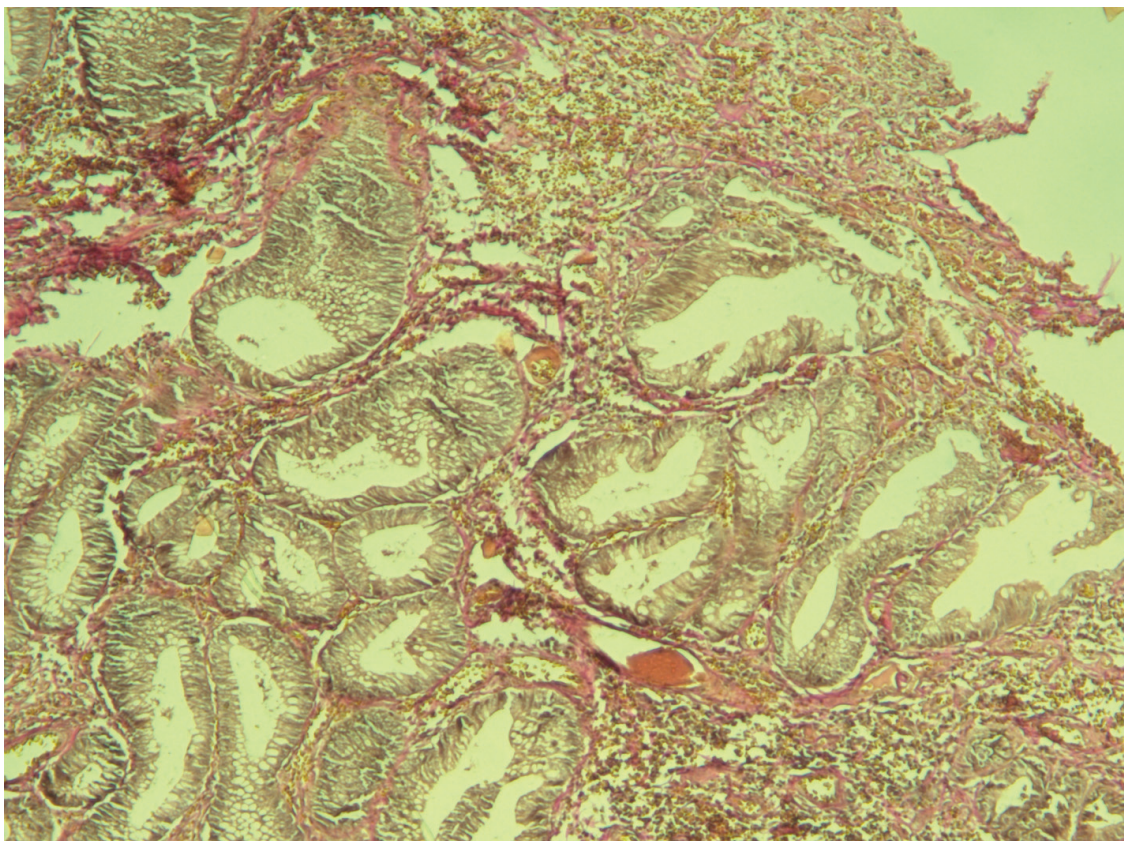


Рис. 5. Залозистий поліп товстої кишки. Хаотично розташовані залозисті структури зі звивистою конфігурацією серед фібротизованої стромы з безліччю тонкостінних судин (забарвлення по Ван-Гизон, збільшення 10x5).

Інвагінат до 6 см. Збільшені лімфатичні вузли брижі кишечника.

Хірургічне лікування. Особливості операції: Товста кишка розміщена анатомічно. Сигмоподібна кишка у верхній третині і частина низхідної кишки (місце переходу у сигмоподібну кишку) набряклі, стінка потовщена, вишнево-синюшнього кольору. Брижа в даній ділянці також набрякла (місце рецидивуючої інвагінації, яка розправлена – після тракції кишки). Лімфатичні вузли в даній ділянці до 1 см. Вираженої лімфоаденопатії не виявлено. Також, в цій ділянці визначаються 3 змінні підвіски товстої кишки, що входили до інвагінату, набряклі, синюшного кольору. В просвіті кишки пальпується пухлина округлої форми (діаметром до 2-3 см), рухлива. Проведено розсічення товстої кишки над утворенням. Виявлено, що це пухлиноподібне утворення має округлу форму, синюшно-фіолетового кольору на ніжці до 1 см, яка відходить від брижевого краю (останній з вираженим набряком). Зважаючи на зміни товстої кишки у наслідок рецидивуючої інвагінації,

зміни підвісок і брижі та наявність пухлиноподібного утворення в кишці зі значним набряком в місці його утворення, проведено сегментарну резекцію даної ділянки з формуванням анастомозу кінець до кінця. Також проведено резекцію 14 см ободової кишки. Сформовано первинний анастомоз кінець до кінця між низхідним та сигмовидним відділами товстої кишки.

Перебіг післяопераційного періоду. Без ускладнень. Пасаж по шлунково-кишковому тракту відновлено. Стул м'якої консистенції, сформований, без крові, 1 раз на день.

Патогістологічне дослідження: залозистий поліп товстої кишки (рис. 5). **Клінічний діагноз:** поліп товстої кишки; перекрут підвісок сигмоподібної кишки; рецидивуюча інвагінація лівих відділів ободової кишки. Реактивний перитоніт. Вторинний лівобічний коліт.

У задовільному стані хлопчик був виписаний додому для подальшого амбулаторного лікування.

У цьому клінічному випадку можна констатувати, що проведення ультразвукового

дослідження як скрінінгового, на першому етапі обстеження, дало можливість зорієнтуватися відносно причини захворювання та його ускладнення. Беручи до уваги, що диференціальна діагностика проводилася з лімфомою та аденокарциномою кишечника, було обрано подальший алгоритм променево-візуального обстеження [1], який на доопераційному та операційному етапі дозволив виключити злоякісний характер утворення, що було підтверджено даними гістологічного дослідження.

Література

1. Рубанский М. А. Злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта у детей. Клиника, диагностика, лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14 (онкология). – М., 2006. – 22 с.
2. Pillai R. B. Colonic polyps in children: frequently multiple and recurrent / R. B. Pillai, V. Tolia // Clin. Pediatr. – 1998. – N 37. – P.253-257.
3. Rosman A. S. Meta-analysis comparing CT colonography, air contrast barium enema, and colonoscopy / A. S. Rosman, M. A. Korsten // Am. J. Med. – 2007. – N 120. – P. 203-210.
4. Wei C. Colorectal polyps in children: a retrospective study of clinical features and the value of ultrasonography in their diagnosis / C. Wei, W. Dayong, Liqun // J Pediatr. Surg. – 2012. – N 47. – P.1853-1858.

ПОЛІП ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА У ДИТИНИ. ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

*Б.А. Тарасюк, О.П. Джам, А.Ю. Палкін,
І.С. Лук'янова, Ю.П. Терницька,
А.О. Степанов, В.В. Солодущенко*

Хлопчик 8 років поступив в клініку зі скаргами на болі в животі і наявність про-

жилок крові в калі. На підставі комплексного обстеження (ультразвукова діагностика, колоноскопія, комп'ютерна томографія) був встановлений діагноз поліпа кишечника. Пациент прооперований. На підставі патогістологічного дослідження встановлено діагноз залозистого поліпа.

ПОЛИП ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

*Б.А. Тарасюк, О.П. Джам,
А.Ю. Палкін,
И.С. Лук'янова, Ю.П. Терницька,
А.А. Степанов, В.В. Солодущенко*

Мальчик 8 лет поступил в клинику с жалобами на боли в животе и наличие прожилок крови в кале. На основании комплексного обследования (ультразвуковая диагностика, колоноскопия, компьютерная томография) был установлен диагноз полипа кишечника. Пациент прооперирован. На основании патогистологического исследования установлен диагноз железистого полипа.

THE COLON POLYP IN A CHILD. CASE REPORT

*B.A. Tarasyuk, O.P. Jam,
A.Yu. Palkin, I.S. Lukyanova,
Yu.P. Ternitskaya,
A.A. Stepanov, V.V. Solodushchenko*

A boy of 8 years went to the hospital with complaints of abdominal pain and the presence of blood streaks in feces. Based on a comprehensive examination (ultrasound, colonoscopy, computed tomography), an intestinal polyp was diagnosed. The patient was operated. On the basis of histopathological examination of glandular polyp was established.