

Редкий клинический случай ретроградной тонко-тонкокишечной инвагинации в детской практике

Алексей Павлович Львов¹, Ринат Явветович Яфясов¹,
Валерий Иванович Морозов², Лилия Илсуровна Батыршина^{2*}

¹Детская республиканская клиническая больница, г. Казань, Россия;

²Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Реферат

Инвагинация кишечника у детей — смешанный вариант (с элементами обтурации и странгуляции одновременно) кишечной непроходимости, обусловленный изоперистальтическим внедрением проксимального участка кишки в дистальный. В статье описан редкий клинический случай ретроградной тонко-тонкокишечной инвагинации у девочки-подростка 17 лет с грубой неврологической патологией. Приведены анамнез, клиническая симптоматика и данные параклинических методов исследования, методы и результаты проведенного лечения. Цель статьи — ознакомить врачей практического здравоохранения с крайне редким вариантом инвагинации кишечника. Ретроградная (антиперистальтическая) тонко-тонкокишечная инвагинация кишечника у детей — большая редкость. С учетом неврологического статуса больной вероятной причиной инвагинации была спастическая нейрогенная дискинезия тонкой кишки. Непосредственной провокацией заболевания стала погрешность питания в виде кормления большими объемами протертой пищи через гастростому.

Ключевые слова: инвагинация кишечника, ретроградная инвагинация кишечника.

Для цитирования: Львов А.П., Яфясов Р.Я., Морозов В.И., Батыршина Л.И. Редкий клинический случай ретроградной тонко-тонкокишечной инвагинации в детской практике. *Казанский мед. ж.* 2018; 99 (5): 836–838. DOI: 10.17816/KMJ2018-836.

A rare clinical case of retrograde small-bowel intussusception in pediatric practice

A.P. L'vov¹, R.Ya. Yafasov¹, V.I. Morozov², L.I. Batyrshina²

¹Children's Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia;

²Kazan State Medical University, Kazan, Russia

Abstract

Intestinal intussusception in children is a mixed variant (with elements of obstruction and strangulation at the same time) of intestinal obstruction caused by isoperistaltic insertion of the proximal intestine into the distal. The article describes a rare clinical case of retrograde small bowel intussusception in a teenage girl aged 17 years with severe neurological pathology. Anamnesis, clinical symptoms and results of paraclinical methods of research, methods and results of the conducted treatment are given. The aim of the article is to familiarize doctors of practical health care with an extremely rare variant of intestinal intussusception. Retrograde (antiperistaltic) small bowel intussusception in children is very rare. Given the neurological status of the patient, the probable cause of intussusception was spastic neurogenic small intestinal dyskinesia. The direct cause of the disease was feeding mistakes in the form of feeding large amounts of strained food through the gastrostomy.

Keywords: intestinal intussusception, retrograde intestinal intussusception.

For citation: L'vov A.P., Yafasov R.Ya., Morozov V.I., Batyrshina L.I. A rare clinical case of retrograde small-bowel intussusception in pediatric practice. *Kazan medical journal.* 2018; 99 (5): 836–838. DOI: 10.17816/KMJ2018-836.

Инвагинация кишечника у детей — смешанный вариант (с элементами обтурации и странгуляции одновременно) кишечной непроходимости, обусловленный изоперистальтическим внедрением проксимального участка кишки в дистальный. Чаще встречается в возрасте от 4 до 9 мес. жизни (85–90 % случаев) [1, 2]. Мальчики страдают в 2 раза чаще девочек.

В большинстве случаев инвагинация происходит в илеоцекальном углу, при этом дистальный отдел подвздошной кишки внедряется в проксимальный участок толстой [1, 3, 4]. В подавляющем большинстве случаев инвагинации кишечника происходят изоперистальтически. Описаны, однако, единичные случаи антиперистальтической, ретроградной инвагинации. По сборной статистике, среди 793 больных инвагинацией кишечника у 4 была ретроградная инвагинация кишечника. По другим источникам, на 108 инвагинаций кишечника у детей не было установлено ни одной ретроградной инвагинации.

Реже возникает тонко-тонкокишечная или толсто-толстокишечная инвагинация [1, 3, 4]. К данной патологии могут привести изменения режима питания, введение прикорма, воспалительные заболевания кишечника, а также механические причины, такие как опухоли кишечной стенки, полипы, дивертикулы [1, 3, 4]. У грудных детей причиной инвагинации становятся некоординированные спастические, чаще всего нейрогенно-обусловленные, дискинезии тонкой кишки [1, 3, 4].

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная С., 17 лет находилась в хирургическом отделении Детской республиканской клинической больницы (г. Казань) с диагнозом «Тонко-тонкокишечная инвагинация кишечника. Белково-энергетическая недостаточность 3-й степени. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Носительство гастростомы. Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез тяжелой степени. Симптоматическая эпилепсия».

Из анамнеза известно, что девочка заболела утром в день поступления, когда появилось беспокойство. В течение дня возникала рвота до 10 раз, последняя по типу «кофейной гущи». По неотложным показаниям была госпитализирована в Детскую республиканскую клиническую больницу.

Объективно при поступлении состояние тяжелое за счет основного заболевания: «Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез тяжелой степени». У ребенка грубое



Рис. 1. Эндоскопическая картина инвагинации. Определяется головка тонкокишечного инвагината в просвете антрального отдела желудка.

отставание в нервно-психическом развитии, контакту не доступен. Кожные покровы физиологической окраски, сухие. Живот мягкий, безболезненный. Патологические образования не пальпируются. Гастростома функционирует (установлена в 2014 г.).

При фиброгастродуоденоскопии (рис. 1) получены данные, свидетельствующие об антиперистальтической инвагинации тонкой кишки в просвет желудка, также присутствовали эндоскопические признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Анализ крови: эритроциты — $4,55 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 131 г/л, лейкоциты — $16,3 \times 10^9/л$, лимфоциты — 6 %, нейтрофилы — 87,7 %, моноциты — 6,3 %.

Анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: мочевины 7,2 ммоль/л, креатинин 69 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза 10 ЕД/л, аспартатаминотрансфераза 55 ЕД/л, С-реактивный белок 0,44 мг/дл.

Ребёнок консультирован гастроэнтерологом и неврологом.

В день поступления выполнена операция: лапаротомия, дезинвагинация, ревизия органов брюшной полости. Протокол операции: верхнесрединная лапаротомия, ревизия брюшной полости, в брюшной полости выпота нет. Гастростома фиксирована хорошо, герметичная. При ревизии выявлена ретроградная тонко-тонкокишечная инвагинация на расстоянии 15 см от связки Трейтца. Пальпаторно головка инвагината определялась в луковице двенадцатиперстной кишки. Произведена дезинвагинация методом выдавливания. Дезинвагинированная тощая кишка около 10–15 см, отечная, серозный покров гиперемирован, с субсерозными гема-

томами, признана жизнеспособной. Выполнена ревизия кишечника, патологии строения и фиксации не выявлено. Купол слепой кишки расположен в правой подвздошной области.

После операции ребенок находился под наблюдением в реанимационном отделении.

Лечение в послеоперационном периоде: цефтриаксон 500 мг 2 раза в сутки, трамадол 5 % раствор 1,6 мл внутривенно, фамотидин (квamatел) 10 мг 2 раза в сутки внутривенно, декстроза (глюкоза) 5 % раствор 200 мл, калия хлорид 4 % раствор 20,0 мл внутривенно капельно, магния сульфат 25 % раствор 2,0 мл внутривенно капельно.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии через 7 дней стационарного лечения. Рекомендовано наблюдение детского хирурга, гастроэнтеролога, невролога по месту жительства.

В данном случае присутствовали такие клинические симптомы, как беспокойство, многократная рвота по типу «кофейной гущи». Проведение фиброзофагогастродуоденоскопии позволило установить точный диагноз. Нужно помнить, что наличие примеси крови в рвотных массах — показание для фиброзофагогастродуоденоскопии.

Таким образом, ретроградная (антиперистальтическая) тонко-тонкокишечная инвагинация кишечника у детей бывает большой редкостью. С учетом неврологического статуса

больной, вероятной причиной инвагинации была спастическая нейрогенная дискинезия тонкой кишки, а непосредственной провокацией заболевания стали погрешности в питании в виде кормления большими объемами протертой пищи через гастростому.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральные клинические рекомендации «Инвагинация кишечника у детей». М. 2014. http://www.radh.ru/invaginat_guidelines.pdf (дата обращения: 25.02.2018). [*Federal'nye klinicheskie rekomendatsii «Invaginatsiya kishechnika u detey»*. (Federal clinical recommendations «Invagination of the intestine in children».) Moscow. 2014. http://www.radh.ru/invaginat_guidelines.pdf (access date: 25.02.2018). (In Russ.)]
2. Байров Г.А. *Срочная хирургия детей*. СПб.: Практическая медицина. 1997; 161–188. [Bairov G.A. *Srochnaya khirurgiya detey*. (Emergency surgery of children.) Saint Petersburg: Prakticheskaya meditsina. 1997; 161–188. (In Russ.)]
3. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. *Детская хирургия*. В 3 томах. СПб.: Пит-Тал. 1997; 93–97. [Ashcraft K.U., Holder T.M. *Detskaya khirurgiya*. (Pediatric surgery.) In 3 vol. Saint Petersburg: Pit-Tal. 1997; 93–97. (In Russ.)]
4. Исаков Ю.Ф. *Хирургические болезни детского возраста*. М.: ГЭОТАР-МЕД. 2004; 1: 341–348. [Isakov Yu.F. *Khirurgicheskie bolezni detskogo vozrasta*. (Surgical diseases of childhood.) Moscow: GEOTAR-MED. 2004; 1: 341–348. (In Russ.)]