

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НА ФОНЕ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У НОВОРОЖДЕННОГО

Ольхова Е.Б., Юткина М.С.

Паховая грыжа у детей встречается часто. По разным данным, частота паховой грыжи колеблется в детской популяции от 0,8 до 4,4%, достигая 30% у недоношенных детей. Ущемленная паховая грыжа встречается редко (от 1,5 до 8%), может приводить к развитию кишечной непроходимости и требует немедленного оперативного вмешательства. В данной публикации представлен случай кишечной непроходимости, развившейся вследствие ущемленной паховой грыжи у 26-дневного новорожденного. Грыжа спонтанно вправилась во время выполнения ультразвукового исследования. Через 7 суток ребенок был оперирован, послеоперационный период протекал гладко. Представлен краткий обзор литературы по ущемленным паховым грыжам у младенцев и эхограммы по обсуждаемой теме.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, новорожденные, ущемленная паховая грыжа.

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница Св. Владимира» ДЗМ.
Отделение ультразвуковой диагностики.
г. Москва, Россия

INTESTINAL OBSTRUCTION IN THE NEWBORN CAUSED BY STRANGULATED INGUINAL HERNIA

Olkhova E.B., Yutkina M.S.

Inguinal hernias frequently occur in children. The incidence of inguinal hernia in children varies from 0,8 to 4,4%, reaching 30% in premature infants. Strangulated inguinal hernia is rare (from 1,5 to 8%), it may lead to intestinal obstruction and require immediate surgical intervention. We present a case of intestinal obstruction caused by strangulated inguinal hernia in a 26-day-old newborn. The hernia spontaneously reduced during the ultrasound investigation. After 7 days the child underwent inguinal hernia repair. The postoperative course was uneventful. We present the short literature review about strangulated inguinal hernias in newborn and some US-imaging findings.

Municipal clinical child hospital st. Vladimir of the Moscow.
Department of ultrasound diagnostic.
Moscow, Russia

Keywords: ultrasonography, newborn, strangulated inguinal hernia.

Паховые и пахово-мошоночные грыжи (ПМГ) – весьма распространенная патология среди детского населения, составляющая, по разным данным, от 70 до 95% от всех видов грыж [1]. Общая заболеваемость колеблется от 0,8 до 4,4% для детей любого возраста и достигает около 30% у недоношенных детей [2]. Известно, что осложнение в виде ущемления, у детей, в том числе новорожденных, до сих пор достаточно часто (до 13,9%) встречается в развивающихся странах африканского континента [3]. В развитых странах ущемленные ПМГ у детей отмечаются реже, от 1,5 до 8% [2]. Клиническая картина ущемления ПМГ у младенцев часто сопровождается явлениями кишечной непроходимости. Само по себе

ущемление грыжевого содержимого может приводить к тяжелым осложнениям (острые нарушения кровообращения с некрозом участка кишечника, яичка или яичника, маточной трубы, фрагмента сальника, червеобразного отростка, фрагмента матки, мочевого пузыря), в связи с чем, подозрение на ущемление требует срочных как диагностических, так и лечебных мероприятий [1, 3–5]. Ультразвуковое исследование (УЗИ) является ведущим методом лучевой диагностики ущемленных ПМГ у новорожденных и детей раннего возраста. Имеются единичные сообщения о внутриутробной эхографической диагностике ущемленной ПМГ [2].

Цель данного клинического наблюдения – демонстрация диагностических возмож-

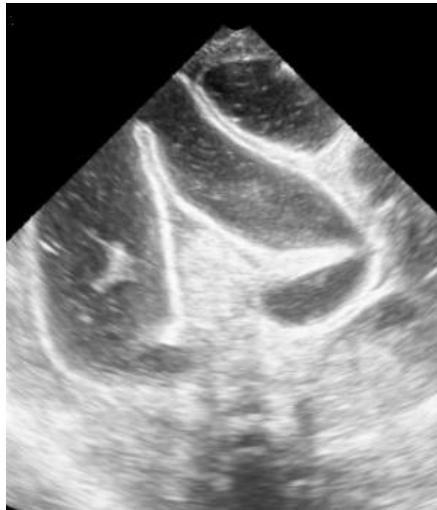


Рис. 1,а



Рис. 1,б

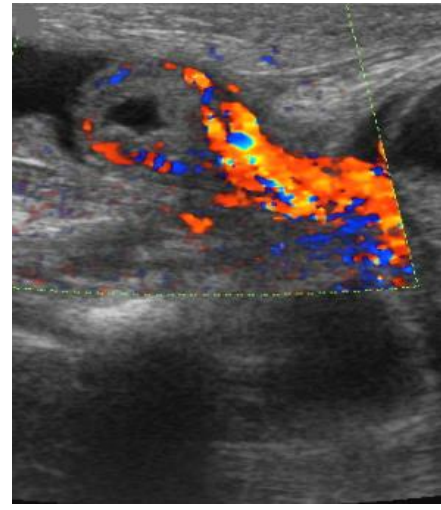


Рис. 1,в

Рис. 1. Эхографическое исследование брюшной полости при поступлении.

а – Сканирование по правому латеральному каналу: определяются дилатированные кишечные петли.

б – Продольное сканирование правой половины мошонки, В-режим. 1 – жидкость в оболочках яичка; 2 – яичко; 3 – придаток; 4 – петля кишки. Между стрелками – грыжевые ворота. Определяется выраженный отек стенки ущемленной кишечной петли.

в – Продольное сканирование правой половины мошонки, цветное доплеровское сканирование: сосудистый рисунок в брыжейке ущемленной кишечной петли и в ее стенке сохранен.

ностей метода эхографии при кишечной непроходимости на фоне ущемленной ПМГ у недоношенного ребенка.

Клиническое наблюдение.

Мальчик Г., 26 дней жизни, поступил в отделение хирургии новорожденных ДГКБ св. Владимира 18....2012 года в 6.40 с жалобами матери на беспокойство ребенка и многократную рвоту, которые появились накануне вечером. Сначала мать связывала эти явления с проблемами со стулом (со второй недели жизни у ребенка периодически отмечались задержки стула до 2-х суток, кишечные колики, метеоризм) и не сразу обратилась за медицинской помощью. Ночь ребенок провел беспокойно, периодически просыпался, кричал. Под утро мать вызвала «Скорую помощь», и с диагнозом: «кишечная непроходимость» ребенок был доставлен в приемное отделение и госпитализирован.

Анамнез жизни: мальчик от II беременности, осложненной токсокозом в первом триместре, I самостоятельных срочных родов на 35 неделе, родился с массой 3020 ростом 47 см, оценкой по Апгар 7\8 баллов, выписан из роддома на 7 сут.

При поступлении состояние тяжелое. Рвота в приемном покое. Ребенок беспокоен, крик громкий, мраморность кожных покровов; слизистые влажные, розовые. Живот вздут, практически не доступен пальпации. Слева – яичко в мошонке, не изменено. Правая полови-

на мошонки увеличена в размерах, напряжена, выбухание распространяется в паховую область. Пальпаторно дифференцировать правое яичко не удавалось, пальпация правой половины мошонки и паховой области сопровождалась беспокойством ребенка. На обзорной рентгенограмме определялись множественные уровни содержимого в кишечных петлях. Заподозрена низкая кишечная непроходимость на фоне ущемления ПМГ.

При УЗИ (аппарат Voluson E-8, векторный датчик 5-8 МГц, линейный датчик 8-18 МГц) брюшной полости выявлено, что имеется дилатация кишечных петель до 31 мм с большим количеством жидкого химуса в просвете и его маятникообразным перемещением. Направленная перистальтика отсутствует. Небольшое количество выпота в латеральных каналах и в малом тазу. Справа определялась ПМГ с диаметром пахового кольца около 12 мм, перемещением кишечной петли в правую половину мошонки. Стенка кишечной петли была отечная, в стенке кишки и в брыжейке в проекции пахового канала при доплеровском исследовании достоверно прослеживался сосудистый рисунок. Определялось небольшое количество водянистой жидкости в оболочках правого яичка. Правое яичко и придаток были эхографически сохранены, интратестикулярный сосудистый рисунок определялся достоверно. В левой половине мошонки яичко и придаток эхографиче-

ски не изменены, патологического содержимого в оболочках не выявлено. Заключение УЗИ было предварительно сформулировано как «эхо-признаки низкой кишечной непроходимости на фоне ущемленной пахово-мошоночной грыжи справа» (Рис. 1).

Во время выполнения исследования под воздействием легкой компрессии на паховую область, кишка самопроизвольно вправилась в брюшную полость. Это послужило причиной выраженной обеспокоенности хирургов, поскольку достоверно судить о состоянии ущемленной кишечной петли, об отсутствии в ней ишемических нарушений и сохранении ее жизнеспособности не представлялось возможным. УЗИ было продолжено: в правой подвздошной области прицельно визуализирована находящаяся там петля кишки с утолщенной стенкой, при динамическом наблюдении зафиксированы ее вялые перистальтические сокращения. Сосудистый рисунок с утолщенной за счет отека стенкой кишки прослеживался достоверно. Примечательно, что при цветовом доплеровском сканировании удавалось зафиксировать поток асцитической жидкости, перемещающейся через открытые грыжевые ворота из брюшной полости в правую половину мошонки и обратно на фоне крика ребенка (Рис. 2).

После УЗИ и самопроизвольного вправления грыжи ребенок оставлен под наблюдение хирурга: оставлен декомпрессионный зонд в желудке, кормление отменено, назначена инфузионная терапия. Состояние ребенка улучшилось, через 2 часа после УЗД получен обильный

самостоятельный стул. Через сутки начато энтеральное кормление. Через неделю ребенок в отсроченном порядке оперирован, выполнено грыжесечение справа. Послеоперационный период протекал гладко. На 8-е сутки после оперативного лечения ребенок выписан домой с выздоровлением.

Обсуждение.

В последние годы в литературе крайне редко встречаются сообщения об осложненном течении ущемленных грыж у детей (еще реже, с клиникой кишечной непроходимости при поступлении), за исключением нескольких публикаций из развивающихся стран [3–5]. Чаще встречаются единичные описания тяжелых ишемических повреждений (вплоть до некроза) яичка или яичника [2, 5]. Гораздо чаще встречаются неврправимые ПМГ, которые могут существовать на протяжении длительного времени, достигать значительных размеров и не сопровождаться явлениями кишечной непроходимости.

Среди немногочисленных собственных наблюдений ущемленных ПМГ у новорожденных (8 младенцев мужского пола с ущемленными петлями кишечника за последние 6 лет), клинические проявления кишечной непроходимости имели место в 6 случаях при длительности ущемления более 4-х часов. Примечательно, что в 6 из 8 случаев удавалось достоверно визуализировать сосудистый рисунок в брыжейке ущемленной кишечной петли, при этом у 4-х из них параметры кровотока в брыжейке были нарушены: определялся пандиастолический ре-

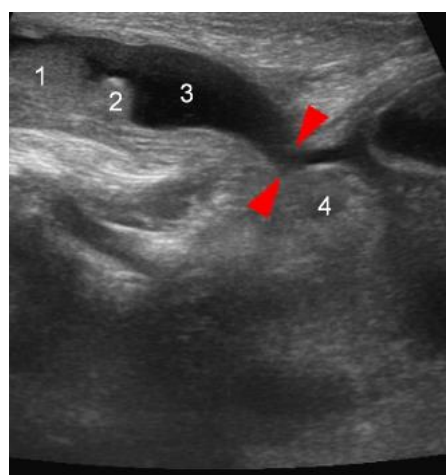


Рис. 2,а

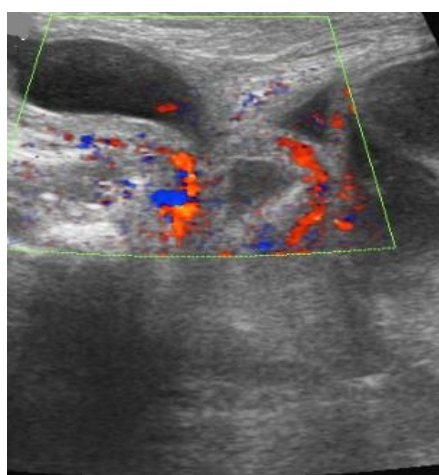


Рис. 2,б

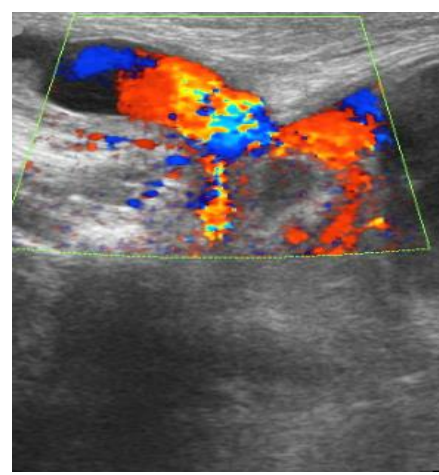


Рис. 2,в

Рис. 2. Эхографическое исследование в динамике.

а – Исследование в В-режиме: 1 – яичко; 2 – придаток; 3 - водяночная жидкость; 4 – петля кишки; петля кишки самопроизвольно вправилась в брюшную полость, лоцируется около грыжевых ворот (ворота между стрелками), стенки кишки отечны.

б – Цветовое доплеровское исследование при спокойном поведении ребенка: в стенке кишки достоверно прослеживается сосудистый рисунок.

в – Цветовое доплеровское исследование при крике ребенка: определяется перемещение асцитической жидкости из брюшной полости в оболочки яичка через грыжевые ворота.

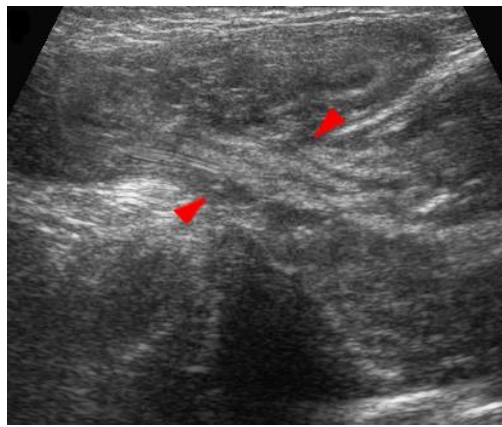


Рис. 3.

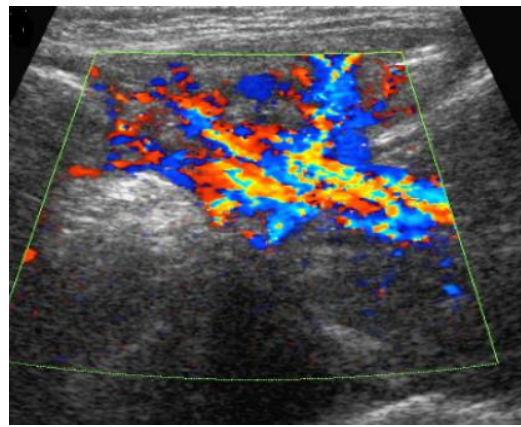


Рис. 3.

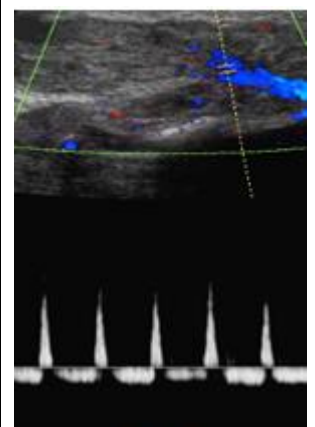


Рис. 3.

Рис. 3. ПЭТ тела с 18F-ФДГ.

В левой молочной железе определяется участок активной специфической ткани кольцевидной формы, других очагов накопления неопределяется.

версный кровоток в мелких сосудах брыжейки, что свидетельствует о наличии ишемических нарушений (Рис. 3). У 2-х детей сосудистый рисунок в брыжейке ущемленной кишечной петли визуализировать не удалось из-за резко выраженного метеоризма. Во всех случаях ущемленная петля кишки была признана жизнеспособной, после новокаиновой блокады, согревания и динамического наблюдения погружена в брюшную полость.

Заключение.

УЗИ у младенца с кишечной непроходимостью позволяет оценить не только собственно непроходимость, но и выявить ее причину. При

ПМГ эхографическое исследование во многих случаях позволяет оценить кровоснабжение кишечной петли, хотя исключить локальные ишемические повреждения кишечной стенки не может. В случаях развития кишечной непроходимости на фоне ущемления ПМГ у младенцев объем УЗИ должен быть максимальным и включать в себя осмотр всех доступных визуализации органов брюшной полости, забрюшинного пространства и пахово-мошоночных областей с прицельной визуализацией сосудистого рисунка в стенке и брыжейке ущемленной кишечной петли.

Список литературы:

1. Дронов А. Ф., Поддубный И. В., Котловский В. И. Эндоскопическая хирургия у детей. М.: ГЭОТАР Медицина. 2002. С.208–213.
2. Galinier P., Bouali O., Juricic M., Smail N. Focusing of inguinal hernia in children // Arch. Pe-diatr. 2007. V. 14. № 4. P. 399–403.
3. Bamigbola K. T., Nasir A. A., Abdur-Rahman L. O., Adeniran J. O. Complicated childhood inguinal hernias in UITH, Ilorin //

- Afr. J. Paediatr. Surg. 2012. V. 9. № 3. P.227–230.
4. Ameh E. A. Morbidity and mortality of inguinal hernia in the newborn // Niger. Postgrad. Med. J. 2002. V. 9. № 4. P. 233–234.
5. Rantomalala H. Y., Andriamanarivo M. L., Rasolonjatovo T. Y. et al. Children's strangulated inguinal hernia // Arch. Pediatr. 2005. V. 12. № 3. P. 361–365.