

Лимфома кишечника у ребёнка, осложнённая инвагинацией

© И.Х.ШИДАКОВ

Республиканская детская многопрофильная больница, ул. Грибоедова, д. 81, Черкесск, 369010, Российская Федерация

Кишечная инвагинация редко встречается в возрасте старше 6 лет и, в большинстве случаев, бывает обусловлена наличием анатомических причин. Опухоли желудочно-кишечного тракта являются одним из этиологических факторов развития илеуса у детей старшего возраста. В данной статье представлена история болезни ребёнка 7 лет, поступившего в нашу клинику с абдоминальным болевым синдромом, купировавшимся самостоятельно. При повторном болевом приступе была диагностирована инвагинация кишечника, больной был оперирован в экстренном порядке. Лапароскопически выполнить полноценную дезинвагинацию не удалось, что потребовало конверсии доступа. После расправления инвагината тонкой кишки была обнаружена опухоль подвздошной кишки, практически перекрывавшая просвет кишечника. Сегмент кишечника с опухолью был резецирован с наложением анастомоза конец-в-конец. В послеоперационном периоде у больного была подтверждена лимфома кишечника по результатам исследования операционного материала. После стабилизации состояния ребёнок был переведён в онкологический центр.

Ключевые слова: кишечная инвагинация; лимфома; непроходимость; лапароскопия

Pediatric Lymphoma Complicated by Intussusception

© I.H. SHIDAKOV

Republican Children's Multidisciplinary Hospital, Cherkessk, Russian Federation

Intestinal intussusception is rare in children over the age of 6 years and, in most cases, is due to the presence of anatomical reasons. Tumors of the gastrointestinal tract are one of the etiological factors in the development of ileus in older children. The paper presents the case of a 7-year-old child who was admitted to the clinic with the abdominal pain syndrome that resolved on its own. With a repeated pain attack, intestinal intussusception was diagnosed, the patient was urgently operated. Laparoscopic complete reduction of intussusception failed, which required conversion of the access. After straightening the intussusception of the small intestine, there was detected a tumor of the ileum, which practically blocked the intestinal lumen. The segment of the intestine with the tumor was resected with an end-to-end anastomosis. In the postoperative period, the patient was diagnosed with intestinal lymphoma based on the test studies of the operating material. After stabilizing the condition, the child was transferred to an oncological center.

Keywords: intestinal intussusception; lymphoma; obstruction; laparoscopy

Инвагинация кишечника является наиболее частым видом кишечной непроходимости в педиатрии. Больше всего заболеванию подвержены дети грудного возраста, при этом пик заболеваемости встречается у детей от 4 до 12 месяцев, а более 80% случаев с инвагинацией кишечника приходится на возраст до 3 лет. [1,2]

После 3 лет болезнь встречается реже, имея тенденцию к уменьшению с возрастом ребёнка. Дети старше 6 лет составляют менее 3% случаев всех больных с кишечной инвагинацией. [1] С возрастом меняется и характер причин заболевания, всё большую роль в качестве предрасполагающих факторов начинают играть ведущие точки (англ. – «lead points»). По сводным данным, частота ведущих точек при инвагинации кишечника колеблется в пределах 2,2 – 15% [3,4,5]. Средний возраст больных составляет 3,9 – 5 лет, а у подростков ведущие точки могут обуславливать до 40% случаев развития инвагинации. [1,5,6,7]

Ведущими точками при инвагинации кишечника могут выступать: дивертикулы, удвоения кишечной трубки, полипы, болезнь Шенлейн-Геноха, мезаденит, опухоли и другие заболевания. [2] При этом, если до 3 лет преобладают дивертикулы и дубликационные кисты, то в старшем возрасте возрастает роль полипов

и опухолей в качестве предикторов кишечной инвагинации [5].

Клинический случай

Мальчик 7 лет обратился с родителями в приёмное отделение нашей клиники, с жалобами на резкие боли в животе, выраженное возбуждение. Со слов родителей, ребёнок заболел внезапно, около 5-6 часов назад. В анамнезе жизни, кроме респираторных заболеваний, другой патологии или перенесённых оперативных вмешательств не имел. На момент осмотра состояние больного было расценено как средней тяжести, обусловленное болевым синдромом, агитацией. Ребёнок вёл себя крайне беспокойно, снял с себя одежду, крутился по постели. Гипертермии не было. Кожные покровы были бледно-розовой окраски, чистые, видимые слизистые оболочки не изменены. Подкожно-жировой слой развит умеренно, отёков не было. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, участвует в дыхании равномерно. В легких дыхание везикулярное, проводилось с обеих сторон, без патологических шумов, частота дыхания 23 в минуту, SpO₂ - 99%. Тоны сердца звучные, ритмичные, пульс удовлетворительных свойств. Отмечалась тахикардия до 105 ударов в ми-

нуту. Язык был влажный, чистый. Передняя брюшная стенка участвовала в акте дыхания всеми отделами, отёка, гиперемии не наблюдалось. Живот был не вздут, симметричный, при пальпации отмечалась умеренная болевая реакция во всех отделах, глубокой методической пальпации был недоступен из-за выраженного беспокойства и напряжения мышц брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины определить было невозможно. Перистальтика выслушивалась удовлетворительная. Поколачивание по поясничным областям безболезненное. Стул был накануне, без патологических примесей. Дизурии не отмечалось. После первичного осмотра у больного предполагалось несколько заболеваний: почечная колика? острый аппендицит? кишечная колика? глистная инвазия? С целью уточнения диагноза ребёнок был госпитализирован в детское хирургическое отделение (ДХО), было назначено дополнительное обследование, а также медикаментозная седация и анальгезия. В общем анализе крови (ОАК) отмечался выраженный лейкоцитоз – $26.48 \cdot 10^9/\text{л}$ без сдвига лейкоцитарной формулы и ускорения СОЭ. Ультразвуковое исследование брюшной полости показало признаки умеренной гепатоспленомегалии, другие обследования патологии не выявили. Спустя 50 минут больной успокоился и был осмотрен в состоянии медикаментозного сна: живот был доступен глубокой пальпации во всех отделах, патологических объёмных образований не определялось, признаков перитонита не было, на пальпацию не реагировал. При ректальном пальцевом исследовании также патологии не было обнаружено. После пробуждения самочувствие ребёнка улучшилось, состояние ребёнка было удовлетворительным, жалоб не предъявлял. Учитывая данные осмотра, дополнительных методов исследования, а также положительную динамику клинической картины,

острая хирургическая патология была исключена, но больной был оставлен для наблюдения в ДХО.

Через 2 дня состояние ребёнка резко ухудшилось: появились приступообразные боли в животе, неоднократная рвота, беспокойство. Кожные покровы носили бледноватый оттенок, гипертермии не было. При локальном осмотре передняя брюшная стенка оставала в дыхании нижними отделами. При пальпации живота определялась болезненность в правых отделах, в правом мезо- и гипогастрии нечётко пальпировалось объёмное образование цилиндрической формы. Полноценная глубокая пальпация не удавалась из-за беспокойства и дефанса мышц. Стул был неизменённым. В экстренном порядке была выполнена ультрасонография, которая выявила наличие трубчатого объёмного образования с симптомом «мишени». Ребёнку был выставлен диагноз инвагинации кишечника. После кратковременной предоперационной подготовки больной был доставлен в операционную.

Под эндотрахеальным наркозом через параумбиликальный доступ выполнена диагностическая лапароскопия, во время которой было обнаружено, что имеется незначительное количество серозного выпота в полости малого таза; в правой подвздошной области определяются увеличенные в объёме, раздутые петли тонкой кишки, отёчные, красно-розового цвета, представляющие собой инвагинат. Учитывая давность заболевания менее 6 часов, принято решение о попытке лапароскопической дезинвагинации. При этом: инвагинат начинается с петли подвздошной кишки, "сцеживается" без тугого натяжения; дезинвагинация выполнена на протяжении 15 см - петли кишки красно-розового цвета, без видимых гематом - жизнеспособные; дальнейшее расправление инвагината было невозможно. Продолжение лапароскопической дезин-

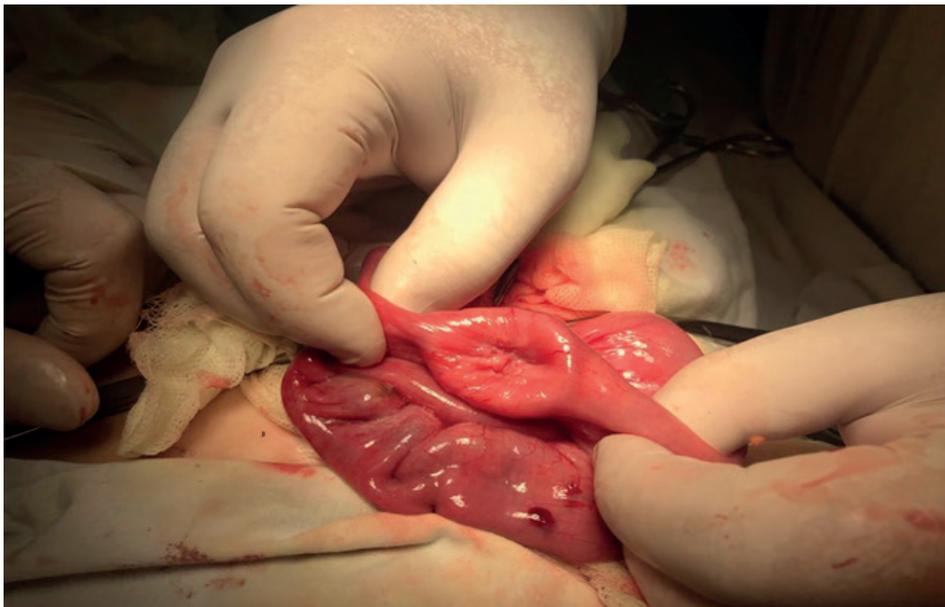


Рис. 1. Интраоперационное фото опухоли подвздошной кишки после расправления инвагината.
Fig. 1. Intraoperative photo of the ileum tumor after removal of intussusception.

вагинации было неэффективно, приводило к травматизации серозной оболочки кишечника. Конверсия на доступ Волковича-Дьяконова. В рану выведен весь инвагинат, с техническими трудностями была выполнена ручная дезинвагинация: при этом длина расправленной подвздошной кишки, образующей инвагинацию составила около 30 см. Слепая кишка с червеобразным отростком в инвагинации были не задействованы, интактны. При дезинвагинации обнаружено, что на расстоянии около 20 см от илеоцекального угла, в просвете подвздошной кишки определяется объемное образование плотно-эластической консистенции, неподвижное, имеющее форму "шляпки", широким основанием обращенное к противобрыжеечному краю, и деформирующее его, «скукоживая» здесь стенку кишки. Указанное образование занимает 3/4 просвета кишечной трубки в данном отделе, являясь причиной тонко-тонкокишечной инвагинации. Брыжейка этого участка подвздошной кишки отечная, инфильтрированная до корня брыжейки. У корня брыжейки тонкой кишки определялся пакет увеличенных, неподвижных лимфатических узлов с максимальным размером 3.0*2.0 см, плотно-эластической консистенции. Выполнена резекция участка подвздошной кишки с образованием в пределах видимых здоровых тканей, с наложением илео-илеоанастомоза по типу "конец-в-конец" двухрядным швом. Ревизия остальных отделов кишечника патологии не выявила. Операционные раны послойно ушиты. Препарат удаленного сегмента кишечника был отправлен на патогистологическое исследование.

В раннем послеоперационном периоде состояние ребёнка оставалось тяжёлым, находился в реанимационном отделении. На фоне проводимой интенсивной терапии состояние ребёнка улучшилось, экстубирован на 2-е послеоперационные сутки, перистальтика кишечника восстановилась к 3-м суткам, пассаж кишечного содержимого к 5-м суткам после операции. Спустя 6 суток после оперативного вмешательства больной был переведён в ДХО. Результаты патогистологического исследования выявили лимфому кишечника с инфильтрацией всех слоёв стенки кишки и прилежащей брыжейки. Материал был направлен для иммуногистохимического исследования. Учитывая положительную динамику течения послеоперационного периода, было решено о переводе больного в специализированный центр после выписки из ДХО. На 9-е послеоперационные сутки, на фоне периода мнимого благополучия, больной стал вялым, сонливым, появилась слабость в конечностях. При выполнении ОАК было установлена реакция со стороны всех ростков крови: Hb – 103 г/л, RBC – $3.95 \cdot 10^{12}$ /л, WBC – $27.12 \cdot 10^9$ /л, PLT – $59 \cdot 10^9$ /л, LYM – 69.2%. Больному в течение 3-х суток проводилась трансфузия эритроцитарной массы, тромбоцитарной массы, иммуноглобулинов, гемостатическая терапия. После стабилизации состояния ребёнка и показателей периферической кро-

ви, больной был переведён для дальнейшего лечения в онкологический центр.

В дальнейшем у ребёнка по результатам иммуногистохимического лечения был подтверждён спорадический вариант лимфомы Беркитта. Больной перенёс несколько курсов химиотерапевтического лечения. В настоящее время находится в состоянии ремиссии, самочувствие удовлетворительное.

Обсуждение

Опухоли ЖКТ вызывают кишечную инвагинацию более чем в 60% случаев. Инвагинация, вызванная лимфомой, как причина острого живота встречается редко. В наиболее обширных исследованиях инвагинаций кишечника частота выявления лимфом составила 0,02–0,08%, но среди больных, имевших ведущие точки – до 3,6%. Тем не менее, примерно в четверти случаев В-клеточные неходжкинские лимфомы манифестируют именно кишечной инвагинацией [8,9].

В целом кишечные инвагинации, обусловленные анатомическими причинами, редко поддаются консервативному расправлению, сохраняя высокую частоту рецидива после пневмодезинвагинации [6,8].

Хирургическое лечение, не являясь основным при лимфоме, остаётся необходимым при развитии таких осложнений как кишечная инвагинация. Объём операции заключается, как правило, в резекции поражённого сегмента с наложением анастомоза [10].

У нашего больного клиническая картина при поступлении в приёмное отделение, скорее всего, была вызвана инвагинацией, которая самопроизвольно расправилась. Рецидив инвагинации кишечника через 2 дня потребовал хирургического лечения. Интересно, что, перекрывая большую часть просвета кишечника, опухоль скорее привела бы к развитию обтурационной кишечной непроходимости.

При своевременном выявлении заболевания и начале химиотерапевтического лечения, исход лимфом кишечника у детей благоприятный [9].

Заключение

Кишечная инвагинация у детей старшего возраста встречается очень редко и, зачастую, бывает обусловлена наличием ведущих точек. Среди анатомических причин, ведущих к инвагинации, одним из серьёзных заболеваний является лимфома кишечника. Несмотря на основную роль химиотерапевтического лечения, хирургическое пособие является неизбежным при развитии таких грозных осложнений, как кишечная инвагинация.

Дополнительная информация

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Список литературы

1. Jo S, Lim IS, Chae SA, Yun SW et al. Characteristics of intussusception among children in Korea: a nationwide epidemiological study. *BMC Pediatr.* 2019;19(1):211. doi:10.1186/s12887-019-1592-6
2. Шидаков И.Х. Предрасполагающие факторы развития инвагинации кишечника у детей старшего возраста. *Медицинский совет.* 2019; 3: 136-140. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-3-136-140>
3. Wong CW, Jin S, Chen J, Tam PK, Wong KK. Predictors for bowel resection and the presence of a pathological lead point for operated childhood intussusception: A multi-center study. *J Pediatr Surg.* 2016; 51(12): 1998-2000. doi:10.1016/j.jpedsurg.2016.09.033
4. Kolar M, Pilkington M, Winthrop A, Theivendram A, Lajkosz K, Brogly SB. Diagnosis and treatment of childhood intussusception from 1997 to 2016: A population-based study. *J Pediatr Surg.* 2020; S0022-3468(20)30092-0. doi:10.1016/j.jpedsurg.2020.01.049
5. Zhao L, Feng S, Wu P, Lai XH, Lv C, Chen G. Clinical characteristics and surgical outcome in children with intussusceptions secondary to pathologic lead points: retrospective study in a single institution. *Pediatr Surg Int.* 2019; 35(7): 807-811. doi:10.1007/s00383-019-04471-8
6. Lin XK, Xia QZ, Huang XZ, Han YJ, He GR, Zheng N. Clinical characteristics of intussusception secondary to pathologic lead points in children: a single-center experience with 65 cases. *Pediatr Surg Int.* 2017; 33(7): 793-797. doi:10.1007/s00383-017-4101-8
7. Ondhia MN, Al-Mutawa Y, Harave S, Losty PD. Intussusception: A 14-year experience at a UK tertiary referral centre. *J Pediatr Surg.* 2019; S0022-3468(19)30555-X. doi:10.1016/j.jpedsurg.2019.07.022
8. Angelo G, Marseglia L, Manti M. An unusual and malignant intussusception in a child. *Ital J Pediatr.* 2016; 42(1): 72. doi:10.1186/s13052-016-0283-2
9. Bussell HR, Kroiss S, Tharakan SJ, Meuli M, Moehrlen U. Intussusception in children: lessons learned from intestinal lymphoma as a rare lead-point. *Pediatr Surg Int.* 2019; 35(8): 879-885. doi:10.1007/s00383-019-04488-z
10. Retinasekharan S, Sinnathamby P, Mohamad I. Paediatric burkitt lymphoma presenting as a mandible swelling and intussusception. *Med J Malaysia.* 2019; 74(1): 90-91.

References

1. Jo S, Lim IS, Chae SA, Yun SW et al. Characteristics of intussusception among children in Korea: a nationwide epidemiological study. *BMC Pediatr.* 2019;19(1):211. doi:10.1186/s12887-019-1592-6
2. Shidakov IH. Predisposing factors of intestinal intussusception in older children. *Meditsinskyi Sovet.* 2019; 3: 136-140. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-3-136-140>
3. Wong CW, Jin S, Chen J, Tam PK, Wong KK. Predictors for bowel resection and the presence of a pathological lead point for operated childhood intussusception: A multi-center study. *J Pediatr Surg.* 2016; 51(12): 1998-2000. doi:10.1016/j.jpedsurg.2016.09.033
4. Kolar M, Pilkington M, Winthrop A, Theivendram A, Lajkosz K, Brogly SB. Diagnosis and treatment of childhood intussusception from 1997 to 2016: A population-based study. *J Pediatr Surg.* 2020; S0022-3468(20)30092-0. doi:10.1016/j.jpedsurg.2020.01.049
5. Zhao L, Feng S, Wu P, Lai XH, Lv C, Chen G. Clinical characteristics and surgical outcome in children with intussusceptions secondary to pathologic lead points: retrospective study in a single institution. *Pediatr Surg Int.* 2019; 35(7): 807-811. doi:10.1007/s00383-019-04471-8
6. Lin XK, Xia QZ, Huang XZ, Han YJ, He GR, Zheng N. Clinical characteristics of intussusception secondary to pathologic lead points in children: a single-center experience with 65 cases. *Pediatr Surg Int.* 2017; 33(7): 793-797. doi:10.1007/s00383-017-4101-8
7. Ondhia MN, Al-Mutawa Y, Harave S, Losty PD. Intussusception: A 14-year experience at a UK tertiary referral centre. *J Pediatr Surg.* 2019; S0022-3468(19)30555-X. doi:10.1016/j.jpedsurg.2019.07.022
8. Angelo G, Marseglia L, Manti M. An unusual and malignant intussusception in a child. *Ital J Pediatr.* 2016; 42(1): 72. doi:10.1186/s13052-016-0283-2
9. Bussell HR, Kroiss S, Tharakan SJ, Meuli M, Moehrlen U. Intussusception in children: lessons learned from intestinal lymphoma as a rare lead-point. *Pediatr Surg Int.* 2019; 35(8): 879-885. doi:10.1007/s00383-019-04488-z
10. Retinasekharan S, Sinnathamby P, Mohamad I. Paediatric burkitt lymphoma presenting as a mandible swelling and intussusception. *Med J Malaysia.* 2019; 74(1): 90-91.

Информация об авторе

1. Шидаков Ислам Хусеинович — врач-детский хирург, Республиканская детская многопрофильная больница, e-mail: islam_shidakov@mail.ru

Information about the Author

1. Islam Huseinovich Shidakov - pediatric surgeon, Republican Children's Multidisciplinary Hospital, e-mail: islam_shidakov@mail.ru ;

Цитировать:

Шидаков И.Х. Лимфома кишечника у ребёнка, осложнённая инвагинацией. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии* 2020; 13: 4: 344-347. DOI: 10.18499/2070-478X-2021-14-1-344-347.

To cite this article:

Shidakov I.H. *Pediatric Lymphoma Complicated by Intussusception. Journal of experimental and clinical surgery* 2020; 13: 4: 344-347. DOI: 10.18499/2070-478X-2021-14-1-344-347.