

Лабузов Д.С., Тарасов А.А., Савченков А.Л.

РЕДКАЯ ПРИЧИНА АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕВОЧКИ 9 ЛЕТ

ФГБОУ «Смоленский государственный медицинский университет», кафедра детской хирургии. Россия, г. Смоленск;
ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница», отделение детской хирургии. Россия, г. Смоленск

Labuzov D.S., Tarasov A.A., Savchenkov A.L.

A RARE CAUSE OF ABDOMINAL PAIN SYNDROME IN A 9-YEAR-OLD GIRL

Smolensk State Medical University, department of pediatric surgery;
Smolensk Regional Clinical Hospital, department of pediatric surgery

Резюме

Представлено собственное клиническое наблюдение сосудистой мальформации брыжейки подвздошной кишки с заворотом вокруг ножки и с ущемлением в правом паховом канале 9-летней пациентки. Девочка поступила в клинику с подозрением на острый аппендицит. С учетом отсутствия явных клинико-лабораторных признаков острого аппендицита и сохранения болевого синдрома выполнена диагностическая лапароскопия, проведено лапароскопическое извлечение фиксированного образования и видеоассистированное удаление последнего. Данный клинический случай демонстрирует возможность встретиться с редкой причиной абдоминального болевого синдрома, еще раз доказывая диагностическую ценность и лечебные возможности лапароскопии.

Ключевые слова: болевой абдоминальный синдром, сосудистая мальформация брыжейки, паховая грыжа, лапароскопия, дети

Abstract

An own clinical observation of vascular malformation of ileac mesentery with torsion around the peduncle and strangulation in the right inguinal canal in a 9-year-old girl is presented. The girl was admitted for suspected acute appendicitis. Diagnostic laparoscopy, laparoscopic removal of the fixed formation and its video-assisted removal were carried out considering lack of obvious clinical and laboratory signs of acute appendicitis and pain syndrome preservation. The clinical case shows that it is possible to come across a rare cause of abdominal pain syndrome reconfirming the diagnostic value and therapeutic possibilities of laparoscopy.

Key words: pain abdominal syndrome, vascular malformation of the mesentery, inguinal hernia, laparoscopy, child

Абдоминальный болевой синдром у детей и как основная хирургическая причина его острый аппендицит всегда на первом месте в практике детского хирурга. Нередко под маской острого аппендицита у детей протекают: мезентериальный лимфаденит, первичный перитонит, заболевания внутренних гениталий у девочек и др. [1]. Однако в практической деятельности можно встретиться с множеством редких или казуистических причин острых болей в животе [2]. В этой связи представляет интерес данное клиническое наблюдение. В литературе описаны случаи диагностики и лечения сосудистых опухолей и мальформаций брыжей-

ки [3, 4], но сочетание патологии в представленном ниже виде не найдены.

Больная Е., 9 лет поступила в клинику детской хирургии с подозрением на острый аппендицит. Девочка заболела остро 09.12.09, после занятий в секции карате появились боли в животе, тошнота. После прихода домой пожаловалась матери, была вызвана бригада скорой помощи, и девочка была доставлена и госпитализирована с вышеуказанным предварительным диагнозом. При поступлении состояние девочки было расценено как состояние средней тяжести. Жалобы на ноющие боли в нижних правых отделах живота. Кожа и видимые слизистые



Рис. 1. Интраоперационное фото. Фиксация во внутреннем правом паховом кольце образования, отходящего на тонкой ножке от брыжейки подвздошной кишки

оболочки обычной окраски, свободные от сыпи. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно (рост 142 см, масса тела 38 кг). Дыхание выслушивается везикулярное с обеих сторон, 19 в 1 мин. Частота сердечных сокращений до 90 в 1 мин, тоны сердца ритмичные, звучные. Артериальное давление 115/70 мм рт. ст. Живот не увеличен, участвует в акте дыхания, болезненный в правой подвздошной области и над лоном справа. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Стул был регулярный, мочеиспускание без особенностей. Общий анализ крови: Нб 118 г/л, эритроциты $4,25 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $8,3 \cdot 10^9/л$. Общий анализ мочи 09.11.12 (20.30): удельный вес 1025, белок – отрицательно, лейкоциты до 4–6 в п/зр., ацетон отрицательный, сахар отрицательный. Осмотрена повторно в палате отделения дежурным хирургом – клинические данные прежние, контрольный анализ крови в 21.30: Нб 118 г/л, эритроциты $4,25 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $7,8 \cdot 10^9/л$, п. 2%, с. 68%, мон. 4%, лимф. 26%, СОЭ 8 мм/ч. Осмотрена в состоянии физиологического сна – спит на спине, на пальпацию живота не реагирует. При осмотре 10.12.09 жалобы на сохраняющиеся боли в нижних отделах живота, определяется локальная болезненность ниже точки Мак-Бернея. С учетом сохранения жалоб и сохраняющейся локальной болезненности выполнена диагностическая лапароскопия. При ревизии органов брюшной полости – брюшина не изменена, аппендикс расположен нисходяще, серого цвета, свисает с граспера, при ревизии малого таза –



Рис. 2. Внешний вид удаленного образования

яичники и маточные трубы не изменены, минимальное количество серозного выпота. Также установлено – фиксация во внутреннем правом паховом кольце образования, отходящего на тонкой ножке от брыжейки подвздошной кишки. При ревизии подвздошной кишки и брыжейки другой патологии не выявлено. Извлечено из пахового канала путем легкой тракции образование темно-вишневого цвета с признаком заворота вокруг ножки. Края пахового кольца отечны, выраженная инъеция сосудов. Слева паховое кольцо облитерировано. Образование подведено к передней брюшной стенке в подвздошной области, выполнена минилапаротомия, перевязка ножки и удаление образования. Образование, описанное выше, размером $3,0 \times 1,0 \times 1,0$ см, направлено на патогистологическое исследование. Послеоперационный диагноз: заворот образования брыжейки подвздошной кишки с некрозом, фиксированный в паховом канале, паховая грыжа справа. При патогистологическом исследовании образования имеет место артериовенозная «гемангиома» (сосудистая мальформация?) брыжейки подвздошной кишки с некрозом. В послеоперационном периоде без осложнений. Швы сняты на 5-е сутки, заживление ран первично, выписана из отделения с рекомендацией планового оперативного лечения по поводу паховой грыжи справа.

Данный клинический случай демонстрирует возможность встретиться с редким хирургическим заболеванием под маской острого аппендицита и еще раз доказывает диагностическую ценность и лечебные возможности лапароскопии.

Литература

1. Детская хирургия. Нац. руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. М., 2009. С. 427–441.
Children's surgery. Nazionalnoe rukovodstvo / Ed. Yu. F. Isakova, A.F. Dronova. – M., 2009. P. 427–441. (in Russian)
2. Григович И.Н. Редкие хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей. Л.: Медицина, 1985.
Grigovich I.N. Rare surgical diseases of the digestive tract in children. L.: Medicine, 1985. (in Russian)
3. Thambidorai C., Wahab A., Hamzaini A. Solitary mesenteric vascular anomaly presenting as acute abdomen // J Indian Assoc. Pediatr. Surg. 2008. Vol. 13. No 3. P. 115–117.
4. Parker W.T., Harper J.G., Rivera D.E., Holsten S.B., Bowden T. Mesenteric cavernous hemangioma involving small bowel and appendix: a rare presentation of a vascular tumor // Am Surg. 2009. Vol. 75. No 9. P. 811–816.

Авторы

ЛАБУЗОВ Дмитрий Сергеевич	Доцент кафедры детской хирургии ФГБОУ «Смоленский государственный медицинский университет»; E-mail: docyzzz@list.ru
ТАРАСОВ Анатолий Андреевич	Доцент, заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ «Смоленский государственный медицинский университет»
САВЧЕНКОВ Александр Леонидович	Заведующий отделением детской хирургии ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница»