

Геморрагический васкулит, осложненный тонко-толстокишечной инвагинацией, у ребенка 5 лет

Р.Г. Артамонов, С.С. Паунова, Л.В. Глазунова, М.В. Поляков, С.А. Кириллина, Е.С. Бусова, Е.Н. Гаммель, Я.Д. Тимина

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; Морозовская городская детская клиническая больница, Москва

Henoch's disease complicated by intestinal intussusception in a 5-year-old child

R.G. Artamonov, S.S. Paunova, L.V. Glazunova, M.V. Polyakov, S.A. Kirillina, E.S. Busova, E.N. Gammel, Ya.D. Timina

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; Morozov City Children's Clinical Hospital

При геморрагическом васкулите у детей нередко имеет место абдоминальный синдром, сопровождающийся болями в животе. Одним из редких осложнений синдрома может быть инвагинация кишок. Представлено наблюдение геморрагического васкулита у девочки 5 лет, осложненного кишечной инвагинацией.

Ключевые слова: дети, геморрагический васкулит, абдоминальный синдром, осложнение, инвагинация.

Abdominal syndrome accompanied by abdominal pains is common in children with Henoch's disease. One of the rare complications of the syndrome may be bowel intussusception. The paper describes a case of Henoch's disease complicated intestinal intussusception.

Key words: children, Henoch's disease, abdominal syndrome, complication, intussusception.

Геморрагический васкулит, или болезнь Шенлейн—Геноха — системное заболевание капиллярного русла, клинически выражающееся признаками поражения кожи, суставов, органов пищеварения, почек, центральной нервной системы и других органов. Поражение органов пищеварения при этом заболевании нередко протекает крайне тяжело, сопровождаясь рядом осложнений. Одно из таких осложнений мы наблюдали в своей клинике.

Приводим наблюдение.

Девочка В., 5 лет, поступила в 15-е отделение Морозовской городской детской клинической больницы с направляющим диагнозом: геморрагический васкулит.

Из анамнеза: ребенок от первой беременности, протекавшей без осложнений. Роды самостоятельные. Масса ребенка при рождении 3390 г. Девочка росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. Прививки по календарю, реакций не от-

мечалось. Перенесенные заболевания: ОРВИ, отит. Анамнез по аллергии не отягощен. Из страны никогда не выезжала.

Больна с 17.04.2013, когда повысилась температура до 37,2°C. На следующий день ребенок стал жаловаться на боль в ушах. Участковый педиатр рекомендовал начать прием сумамеда. 21.04 вечером появилась геморрагическая сыпь на левой ноге в области голеностопного сустава, при этом температура была 37,4°C. За ночь сыпь усилилась и распространилась на обе нижние конечности, ягодицы. 22.04 ребенок был госпитализирован в отделение реанимации Морозовской городской детской клинической больницы.

При поступлении: состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, ягодицах, руках отмечаются геморрагические элементы. В легких жесткое дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Диурез сохранен. В тот же день была проконсультирована инфекционистом. Диагноз менингококкемии был снят, и ребенок был переведен в 15-е отделение.

В отделении: состояние средней тяжести. Интоксикация выражена незначительно. Температура 36,7°C. Рвоты не было. На коже нижних конечностей, больше на голенях и стопах, геморрагическая сыпь (элементы разных размеров), расположена симметрично, местами сливается. Резкая болезненность в области голеностопного сустава, без выраженной отечности, движения затруднены. Носовое дыхание затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации болезненный, больше справа. Край

© Коллектив авторов, 2015

Ros Vestn Perinatol Pediat 2015; 2:92—94

Адрес для корреспонденции: Артамонов Рудольф Георгиевич — д.м.н., проф. кафедры педиатрии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Паунова Светлана Стояновна — д.м.н., проф., зав. той же кафедрой

Поляков Михаил Викторович — асс. той же кафедры

Кириллина Светлана Александровна — к.м.н., доц. той же кафедры

Гаммель Елизавета Николаевна — ординатор кафедры

Тимина Яна Дмитриевна — ординатор кафедры

117997 Москва, ул. Островитянова, д. 1

Глазунова Людмила Владиславовна — зав. терапевтическим отделением Морозовской городской детской клинической больницы

Бусова Елена Сергеевна — ординатор того же отделения

119490 Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 1/9

печени ниже края реберной дуги по среднеключичной линии на 2–3 см. Пальпация затруднена из-за болезненности. Селезенка не пальпируется. Стула не было. Мочится. Менингеальных знаков нет.

Диагностирован геморрагический васкулит с суставным и абдоминальным синдромами. Течение ОРВИ, двустороннего среднего катарального отита. Данных о менингококкемии нет.

Обследование: общий анализ крови от 24.04–13.05.2013: Нб 118–109 г/л; эр. 4,29–4,13·10¹²; тр. 364–262·10⁹; л. 10,5–8,0·10⁹; п. 2–1%; с. 74–56%; лимф. 19–35%; мон. 5–6%; СОЭ 38–5 мм в час. Общий анализ мочи без отклонений от нормы.

Биохимический анализ крови от 03.05.13–13.05. 2013: общий белок 70–70 г/л; альбумин 37–40 г/л; мочевины 5,2–8,0 ммоль/л; креатинин 32–33 мкмоль/л; мочевины 0,222–0,176; холестерин 5,6–5,6 ммоль/л; билирубин прямой 0,7–0,8 мкмоль/л; билирубин не прямой 3,6–4,6 мкмоль/л; калий 3,6–3,8 ммоль/л; натрий 139–138 ммоль/л; ионизированный кальций 1,25–1,22 ммоль/л; фосфор 1,16–1,18 ммоль/л; аланинаминотрансфераза 16–29 Е; аспаратаминотрансфераза 24–24 Е; глюкоза 6,7–4,6 ммоль/л; С-реактивный белок 0,001.

Показатели кислотно-основного состояния крови 22.04–28.04–30.04–03.05. 2013 г.: рН 7,37–7,47–7,47–7,35; АВЕ –6,7; –1,7 (03.04); SBE –7,3; –1,8 (03.05); BE –7,3; –1,7 (03.05); глюкоза 5,9–4,7 ммоль/л (03.05).

Результаты исследования коагулограммы представлены в таблице 1.

24.04 состояние оценено как тяжелое. Жалобы на боль в животе. Стул жидкий со слизью и кровью. Кожные покровы с геморрагическими элементами. Повышена чувствительность, болезненность в области голеностопных суставов. Живот мягкий, болезненный в проекции желчного пузыря. Стул скудный со слизью и кровью.

25.04 жалобы на боли в животе сохранялись, была однократная рвота. Живот болезненный в правой половине. Осмотрена хирургом: живот не вздут, умеренно болезненный по ходу толстой кишки, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Раздражения брюшины нет. Стул размягченный. Заключение: на момент осмотра хирургической патологии нет. В тот же день – жалобы на боль в животе, была рвота, стул 3 раза, скудный, с кровью. Проводилась инфузионная терапия: Sol. novocaini 0,25% 50,0 и Sol. glucosae 5% 150,0; плазма – 150,0.

26.04 утром по дежурству: рвота желчью. Боли в животе в ночные часы. Живот вздут, кишечная перистальтика выслушивается. Стула не было, моча утром розовая. Проводилась инфузионная терапия: внутривенно Sol. Novocaini 0,25% 50,0; Sol. Glucosae 5% 150,0; плазма – 150,0.

26.04 ультразвуковое исследование органов брюшной полости: в проекции подпеченочного пространства определяется фиксированная аперестальтическая структура циклической формы с дифференцируемыми концентрически расположенными фрагментами кишечной стенки размером 59 мм в диаметре. Заключение: кишечная непроходимость. Ребенок переведен в хирургическое отделение. Осмотр в 19.30: живот равномерно вздут, напряжен, доступен пальпации во всех отделах. Умеренно болезненный без четкой локализации. При пальпации – объемного образования нет. Стул после клизмы с прожилками крови. В 21:15 боли в животе усилились, локализовались в правом подреберье. Рвота по типу «кофейной гущи». Заключение: болей показана диагностическая лапароскопия.

Операция: диагностическая лапароскопия. Дезинвагинация кишечника. (27.04.2013). Под эндотрахеальным наркозом произведен разрез кожи над пупком. Выполнена пункция передней брюшной стенки 5-миллиметровым троакаром с тупоконечным стилетом. Наложена карбоксиперитонеум. Над лоном в левой подвздошной области установлены два 5-милли-

Таблица 1. Показатели коагулограммы у ребенка В. 5 лет

Показатель	22.04.2013	27.04.2013	03.05.2013	07.05.2013
Фибриноген, г/л	4,75	2,11	2,15	—
Протромбиновое время, с	15,6	18,2	—	—
Протромбиновый индекс, %	105	94	109	109
АВР, с	—	—	—	51
АЧТВ, с	—	—	—	23,6
Протромбиновое время, с	—	—	—	38,1
МНО	—	—	—	0,9
Фибринолитическая активность, мин	—	—	—	11
Этаноловый тест	—	—	—	отр.

Примечание. АВР – активированное время рекальцификации; АЧТВ – активированное частичное тромбластиновое время; МНО – международное нормализованное отношение.

метровых манипуляционных троакара. При осмотре брюшной полости: петли тонкой кишки сильно раздуты. Гиперемированы. С множественными петехиальными кровоизлияниями. В правом латеральном канале и полости малого таза умеренное количество (до 100,0) геморрагического выпота. Удален отсосом. В подпеченочном углу определяется тонко-толстокишечная инвагинация. После расправления инвагинации ущемленная петля тонкой кишки отечна, гиперемирована, с множественными петехиальными кровоизлияниями. Сосуды брыжейки пульсируют. Кишка признана жизнеспособной. Выполнена ревизия тонкой кишки – без патологии. При дальнейшей ревизии: органы малого таза без патологии. Отмечается расширение внутреннего пахового кольца справа. Карбоксиперитонеум устранен. Внутрικοжные швы на раны саморассасывающейся нитью на атравматичной игле. Зеленка, асептическая наклейка.

Диагноз: геморрагический васкулит, кожно-суставная-абдоминальная форма. Тонко-толстокишечная инвагинация. Паховая грыжа справа.

30.04.2013 больная переведена в 15-е отделение. С 1.05 проводилась инфузионная терапия: Sol. glucosae 5% 200,0; Sol. KCl 4% 8,0; Sol. MgSO₄ 25% 1,0; плазма – 150,0. Ребенок выписан 17.05.2013 г.

Обсуждение

Абдоминальный синдром при геморрагическом васкулите чаще наблюдается у детей (в 54–72% случаев), чем у взрослых, и чаще сопровождается осложнениями хирургического характера: кишечная непроходимость вследствие инвагинации, аппендицит, прободные язвы кишечника, перитонит, обширные гематомы кишечной стенки, каловый свищ [1–4]. Непроходимость кишечника объясняют тяжелым течением синдрома, большой гематомой стенки кишки [3].

В литературе мало сведений о частоте инвагинации у пациентов с абдоминальным синдромом при геморрагическом васкулите. Так, по данным З.А. Данилиной [3], у 8 из 145 больных детей была диагностирована инвагинация. По нашим наблюдениям,

в 15-м отделении за последние 10 лет получили лечение 410 больных геморрагическим васкулитом, из них у 130 отмечался абдоминальный синдром и только в одном случае (приведенном в этой статье) имело место осложнение в виде инвагинации, получившее подтверждение при хирургическом вмешательстве.

Диагностика этого осложнения довольно трудна. А.М. Абезгауз справедливо отмечает, что «абдоминальная пурпура может симулировать аппендицит, инвагинацию и перитонит... Однако не только может симулировать эти хирургические заболевания, но и вызывать их». В нашем наблюдении картина абдоминального синдрома была вполне типичной и в течение нескольких дней привела к этому грозному осложнению, несмотря на терапию, которую с успехом мы применяли в течение десятилетий при данном заболевании.

Механизм развития инвагинации достоверно не установлен. Так как в наиболее типичной форме абдоминальные осложнения геморрагического васкулита наблюдаются в детском возрасте [3, 5], можно высказать предположение, что инвагинация происходит вследствие гиперактивной моторики кишечника, клиническим выражением которой являются коликообразные боли, характерные для детей с абдоминальным синдромом.

Выводы

1. Инвагинация может быть осложнением абдоминального синдрома при геморрагическом васкулите. Для такого осложнения характерно необычно длительное течение абдоминальной боли и неэффективность традиционно применяющейся терапии. В подобных случаях следует определять показания к ультразвуковому исследованию брюшной полости и прибегать к своевременной консультации хирурга.

2. Предположение о гиперактивной моторике кишок при абдоминальном синдроме может послужить обоснованием к назначению препаратов, регулирующих моторику, когда в клинической картине абдоминального синдрома преобладают боли в животе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. М: Медицина 1980; 336. (Barcagan Z.S. Hemorrhagic diseases and syndromes. Moscow: Medicina 1980; 336.)
2. Данилина З.А. Клиника и лечение капилляротоксикоза у детей. Издательство Румынской народной республики. Бухарест 1961; 285. (Danilina Z.A. Clinics and management capilaratocsicosis in children. Romanian people republic edition. Bucharest 1961; 285.)
3. Абезгауз А.М. Геморрагические заболевания у детей. Ленинград: Государственное издательство медицинской литературы 1963; 307. (Abezgauz A.M. Hemorrhagic diseases in children. Leningrad: State edition of medical literature 1963; 307.)
4. Третьякова О.С. Пурпура Шенлейна–Геноха у детей: клинико-диагностические подходы. Детячий Лікар 2011; 5: 8–15. (Tretjacova O.S. Shonlein–Henoch disease in children: clinic-diagnostic approach. Detjachy Likar 2011; 5: 8–15.)
5. Кассирский И.А., Алексеев Г.А. Клиническая гематология. М: Государственное издательство медицинской литературы 1962; 811. (Kassirsky I.A., Alekseev G.A. Clinical hematology. Moscow: State edition of medical literature 1962; 811.)

Поступила 03.02.15