

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С НАСЛЕДСТВЕННЫМ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМ ПОЛИПОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ИНВАГИНАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ШАЙМАРДАНОВ РАВИЛ ШАМИЛОВИЧ, ORCID ID 0000-0003-3526-413X; канд. мед. наук, профессор кафедры хирургии Казанской государственной медицинской академии - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова д.36. E-mail: gubaevrus@mail.ru

ГУБАЕВ РУСЛАН ФИРДУСОВИЧ, ORCID ID 0000-0003-3526-413X; заведующий хирургическим отделением №1 ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова» г. Казани, Россия, г. Казань, 420103, ул. Чуйкова д.54. E-mail: gubaevrus@mail.ru

БАГАУТДИНОВ ЭЛЬДАР БУЛАТОВИЧ, ORCID ID 0000-0002-5218-7909; канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения №1 ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова» г. Казани, Россия, г. Казань, 420103, ул. Чуйкова д.54. E-mail: eldarbagautdinof@yandex.ru

МЕЛЬНИКОВ ЕВГЕНИЙ АНАТОЛЬЕВИЧ, ORCID ID 0009-0006-7068-7655; канд. мед. наук, заместитель главного врача по хирургии ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова» г. Казани, Россия, г. Казань, 420103, ул. Чуйкова д.54. E-mail: emelnik72@mail.ru

ФАТКУЛЛИН ФАРИД ИЛЬДАРОВИЧ, ORCID ID 0000-0002-5806-9153; канд. мед. наук, заведующий родильным отделением перинатального центра ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова» г. Казани, Россия, г. Казань, 420103, ул. Чуйкова д.54. E-mail: ffatkulin@ya.ru

КУРОЧКИН СЕРГЕЙ ВЯЧЕСЛАВОВИЧ, ORCID ID 0000-0002-8043-3871; канд. мед. наук, заведующий рентгенодиагностическим отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова» г. Казани, Россия, г. Казань, 420103, ул. Чуйкова д.54. E-mail: kurochkin.70@bk.ru

Реферат. Введение. Одним из осложнений наследственного гастроинтестинального полипоза, в том числе синдрома Пейтца-Егерса, является инвагинация кишечника. Инвагинация наиболее часто встречается в педиатрической практике. Это редкое осложнение у взрослых с наследственным гастроинтестинальным полипозом. О хирургическом лечении инвагинации кишечника вследствие полипоза желудочно-кишечного тракта во время беременности, в периодической печати описаны всего 2-3 случая. В России публикаций с успешным хирургическим лечением беременных пациенток во втором триместре с наследственным гастроинтестинальным полипозом, осложненным тонкокишечной инвагинацией, мы не обнаружили. **Цель.** Представить редкий случай успешного хирургического лечения пациентки с наследственным гастроинтестинальным полипозом, осложненным инвагинационной тонкокишечной непроходимостью во втором триместре беременности. **Материал и методы.** Больная, 1988 года рождения, поступила в ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова» в гинекологическое отделение с диагнозом: беременность II, 21-22 недель, рвота беременных, рубец на матке, отягощенный акушерский анамнез, анемия легкой степени; проводилось консервативное лечение. Пациентка с детства страдает полипозом желудочно-кишечного тракта, наблюдалась у онколога, неоднократно проводилось эндоскопическое удаление, был доброкачественный характер полипов. **Результаты и их обсуждение.** В результате проведенного обследования, пациентка была переведена в хирургическое отделение с последующей операцией по поводу острой инвагинационной тонкокишечной непроходимости, полипов тощей кишки. Послеоперационный период осложнился угрозой преждевременных родов, которая купирована в условиях родильного дома, через несколько месяцев родился здоровый мальчик. Пациентка в дальнейшем осмотрена хирургом – жалоб нет, ребенок здоровый, даны рекомендации. Гистологическое заключение макропрепаратов: аденоматозные полипы. Таким образом, по нашему мнению, несмотря на гистологическое заключение, у пациентки имеет место быть синдром Пейтца-Егерса с осложненным течением во время беременности в виде инвагинационной тонкокишечной непроходимости. **Выводы.** Инвагинационная кишечная непроходимость вследствие наследственного гастроинтестинального полипоза у беременных пациенток чрезвычайно редкое острое хирургическое заболевание органов брюшной полости. Для диагностики, наряду с клиническими методами исследования, рентгенографией органов брюшной полости необходимо применять ультразвуковое исследование, магнитно-резонансную томографию. Хирургическое лечение является основным методом лечения при инвагинационной кишечной непроходимости вследствие наследственного гастроинтестинального полипоза у беременных пациенток.

Ключевые слова: полипоз, синдром Пейтца-Егерса, инвагинация, беременность, диагностика.

Для ссылки: Шаймарданов Р.Ш., Губаев Р.Ф., Багаутдинов Э.Б., [и др.]. Клинический случай успешного хирургического лечения пациентки с наследственным гастроинтестинальным полипозом, осложненным инвагинационной тонкокишечной непроходимостью во втором триместре беременности // Вестник современной клинической медицины. – 2024. – Т. 17, прил. 1. – С. 139–146. DOI: 10.20969/VSKM.2024.17(suppl.1).139-146.

A CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL SURGERY OF A SECOND-TRIMESTER PREGNANT PATIENT WITH HEREDITARY GASTROINTESTINAL POLYPOSIS COMPLICATED BY INTUSSUSCEPTIVE SMALL-INTESTINAL OBSTRUCTION

SHAYMARDANOV RAVIL S., ORCID ID 0000-0003-3526-413X; Cand. sc. med., Professor of the Department of Surgery, Kazan State Medical Academy, 36 Butlerov str., 420012 Kazan, Russia. E-mail: gubaevrus@mail.ru

GUBAEV RUSLAN F., ORCID ID 0000-0003-3526-413X; Head of Surgery Department 1, City Clinical Hospital No. 7, 54 Chuikova str., 420103 Kazan, Russia. E-mail: gubaevrus@mail.ru

BAGAUDINOV ELДАР B., ORCID ID 0000-0002-5218-7909; Cand. sc. med., Surgeon, Surgery Department 1, City Clinical Hospital No. 7, 54 Chuikova str., 420103 Kazan, Russia. E-mail: eldarbagautdinof@yandex.ru

MELNIKOV EVGENIY A., ORCID ID 0009-0006-7068-7655; Cand. sc. med., Deputy Chief of Surgery, City Clinical Hospital No. 7, 54 Chuikova str., 420103 Kazan, Russia. E-mail: emelnik72@mail.ru

FATKULLIN FARID I., ORCID ID 0000-0002-5806-9153; Cand. sc. med., Head of the Maternity Department, Perinatal Center, City Clinical Hospital No. 7, 54 Chuikova str., 420103 Kazan, Russia. E-mail: ffatkullin@ya.ru

KUROCHKIN SERGEY V., ORCID ID 0000-0002-8043-3871; Cand. sc. med., Head of the Diagnostic Radiology Department, City Clinical Hospital No. 7, 54 Chuikova str., 420103 Kazan, Russia. E-mail: kurochkin.70@bk.ru

Abstract. Introduction. One of the complications of hereditary gastrointestinal polyposis, including Peutz-Jeghers syndrome, is intussusception. Intussusception is the most common phenomenon in pediatric practice. This is a rare complication in adults with hereditary gastrointestinal polyposis. Only 2-3 intussusception surgery cases related to gastrointestinal polyposis during pregnancy were described in publications. In Russia, we have not found any publications describing successful surgeries of second-trimester pregnant patients with hereditary gastrointestinal polyposis complicated by small intestinal intussusception. **Aim.** To present a rare case of a successful surgery of a second-trimester pregnant patient with hereditary gastrointestinal polyposis complicated by intussusceptive small-bowel obstruction. **Materials and Methods.** A female patient, born in 1988, was admitted in the Gynecology Department of City Clinical Hospital No. 7 named after. M.N. Sadykov with the diagnosis of pregnancy II, 21-22 weeks, vomiting of pregnant women, a uterine scar, a burdened obstetric history, and mild anemia. A conservative treatment was carried out. The patient has suffered from the gastrointestinal polyposis since her childhood; she was followed up by an oncologist; polyps were removed endoscopically several times; the polyps were benign. **Results and Discussion.** Based on the examination findings, she was transferred to the Surgery Department with subsequent surgery for acute intussusception and small bowel obstruction and jejunal polyps. The postoperative period was complicated by the threat of premature birth, which was stopped in the Maternity Hospital, a few months later a healthy boy was born, the patient was subsequently examined by a surgeon, there were no complaints, the child was healthy, and recommendations were given. Macroscopic specimens histologically: Adenomatous polyps. Thus, in our opinion, despite the histological conclusion, the patient has PJS with a complicated course during pregnancy in form of intussusception and small bowel obstruction. **Conclusions.** Intussusception due to hereditary gastrointestinal polyposis in pregnant patients is an extremely rare acute surgical disease of abdominal organs. For diagnosis, along with clinical research methods and abdomen radiography, ultrasound and MRI should be used. Surgery is the main treatment method for intussusception due to hereditary gastrointestinal polyposis in pregnant patients.

Keywords: polyposis, Peutz-Jeghers syndrome, intussusception, pregnancy, diagnosis.

For reference: Shaimardanov RSh, Gubaev RF, Bagautdinov EB, et al. A clinical case of successful surgery of a second-trimester pregnant patient with hereditary gastrointestinal polyposis complicated by intussusceptive small-intestinal obstruction. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2024; 17 (suppl.1): 139-146. DOI: 10.20969/VSKM.2024.17(suppl.1).139-146.

Введение. Тонкокишечная инвагинация с кишечной непроходимостью во время беременности является редким острым хирургическим заболеванием, которое связано с высокой частотой осложнений, материнской смертностью и перинатальными потерями [1,2,3,4,5,6]. Диагностика инвагинационной кишечной непроходимости у беременных пациенток намного сложнее из-за того, что имеется «стертое» клиническое течение [7,8,9,10]. При беременности инвагинация может возникнуть впервые в жизни либо повторно, при этом наиболее частой причиной является дивертикул Меккеля, перенесенные ранее бариатрические операции, а опухоли, в том числе синдром Пейтца-Егерса (СПЕ) рассматриваются в качестве лишь казуистической причины [3,6,7,9,11,12,13,14]. Синдром Пейтца-Егерса – редкое заболевание, заболеваемость составляет 1 на 120 000–200 000 новорожденных, характеризуется аутосомно-доминантным наследованием, аномальной пигментацией (лентиги), гамартонными полипами в желудочно-кишечном

тракте и повышенным риском озлокачествления [11,12,13,14,15,16]. Инвагинация кишечника является наиболее частым осложнением СПЕ, но обычно наблюдается в детском возрасте [16,17,18,19,20,21]. О хирургическом лечении инвагинационной тонкокишечной непроходимости вследствие полипоза желудочно-кишечного тракта во время беременности, по литературным данным описаны всего 2-3 случая [11,12,13]. В России публикаций с успешным хирургическим лечением беременных пациенток с наследственным гастроинтестинальным полипозом (НГП), осложненным инвагинационной тонкокишечной непроходимостью мы не обнаружили.

Цель исследования. В этой статье представляем редкий случай успешного хирургического лечения пациентки с наследственным гастроинтестинальным полипозом, осложненный инвагинационной тонкокишечной непроходимостью во втором триместре беременности.

Материалы и методы. Пациентка А. 1988 года рождения госпитализирована в 16.40 ч. 22.09.2021

г. в экстренном порядке в гинекологическое отделение Городской клинической больницы №7 г. Казани через 3 месяца от начала заболевания с жалобами на многократную рвоту до 20 раз в сутки желчью, общую слабость, тошноту. С 28.07.2021 г. по 04.08.2021 г. находилась на лечении гинекологическом отделении в одном из лечебных учреждений г. Казани, где консультирована гастроэнтерологом (выписка на руках не имеет). Принимала гептрал, хофитол, без значительного улучшения. В анамнезе у матери полипоз желудочно-кишечного тракта, наблюдается у онколога по м/ж, дед по материнской линии умер от рака кишечника. Пациентка с детства страдает полипозом желудочно-кишечного тракта (желудка, толстой кишки), наблюдалась в Детской республиканской клинической больнице (г. Казань), неоднократно проводилось эндоскопическое удаление, со слов был доброкачественный характер полипов по данным гистологии, были аденомы, у онколога на учете не состоит, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) и колоноскопию проходила в последний раз более 5 лет назад. Беременностей – 2, роды – 1, аборт – 0. Масса тела 45 кг, рост 151 см. При поступлении состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное, кожные покровы бледно-розовые, язык влажный. Дыхание ритмичное, проводится во все отделы грудной клетки. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление (АД) 100/70 мм рт.ст., пульс 70 уд/мин. Живот увеличен за счет беременной матки, не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный. Какие-либо образования не пальпируются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез не нарушен. Был стул, газы отходят. Выделения из половых путей светлые. Осмотр в зеркалах (ОЗ): Шейка матки чистая, влагалище розовое. PV: влагалище узкое, шейка матки сформирована, плотная, 3 см, наружный зев закрыт, матка увеличена до 21-22 недель, безболезненная, шевеление плода ощущает, сердцебиение ясное, ритмичное 146 ударов в мин, матка в нормальном тоне, воды целы, придатки не определяются, своды свободные, экзостозов в малом тазу нет. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Большая госпитализована для дальнейшего наблюдения и лечения в гинекологическое отделение с диагнозом: беременность II, 21-22 недель, рвота беременных, рубец на матке, отягощенный акушерский анамнез (ОАА), анемия легкой степени.

Результаты и их обсуждение. Проведены инструментально-лабораторные исследования при поступлении: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови (БАК), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) и малого таза (ОМТ), мазок на степень чистоты, онкоцитология с шейки матки, группа крови, резус фактор, электрокардиография (ЭКГ). От 22.09.2021 г.: ОАК – гемоглобин 103 г/л, лейкоциты $8,8 \times 10^9$; кислотно-щелочное состояние (КЩС) Na 129 ммоль/л; БАК – белок 58 г/л, железо 3,9 мкмоль/л, ненасыщенная железосвязывающая способность сыворотки (НЖСС) 86,8 мкмоль/л; ОАМ – кетоны 6 ммоль/л; остальные показатели анализов

в пределах нормы; ПЦП SARS coronavirus 2 – РНК не обнаружено. УЗИ ОБП и ОМТ без особенностей, заключение: эхографические признаки деформации желчного пузыря, кисты левой почки, беременность 21-22 нед.

Большой назначена щадящая диета (ЩД), витаминотерапия, препараты железа, антикоагулянтная, спазмолитическая, инфузионная терапии.

23.09.2021 г. осмотрена гинекологами, отмечалась положительная динамика, уменьшение рвоты. 23.09.2021 г. осмотрена неврологом, патологии нет. 24.09.2021 г. терапевтом, заключение: анемия легкой степени, гипохромная.

25.09.2021 г. в 19.15 ч появились выраженные боли в эпигастрии, неукротимая рвота, вызван хирург на консультацию по cito!

25.09.2021 г. в 19.20 ч осмотр хирурга. Состояние средней степени тяжести. Жалобы на рвоту до 10-15 р/д желчью, без патологических примесей, умеренные боли в эпигастрии. Дыхание самостоятельное, хрипов нет. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 80 уд/мин, температура тела 36,6°C. Кожные покровы бледно-розовой окраски, обращает на себя внимание гиперпигментация кожи лица вокруг рта, щек, кистей и стоп, участками до 5 мм темно-коричневого цвета. Живот увеличен за счет беременной матки, которая в нормотонусе, не вздут, мягкий, при пальпации слабоболезненный в подреберье слева, там же пальпируется образование 15x5 см, урчащее, слабоболезненное, подвижное, мягко-эластической консистенции, продолговатой формы (инвагинат?). Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Шума «плеска» нет, перистальтика выслушивается. Диурез не нарушен. Был жидкий стул. Диагноз: инвагинация толстой кишки? Назначено cito!: ОАК, БАК, кислотно – щелочное состояние крови (КЩС), коагулограмма, УЗИ ОБП и ОМТ, левой подреберной области, кишечника, на свободную жидкость, рентгенография ОБП стоя с захватом диафрагмы по жизненным показаниям; режим палатный, диета – голод, инфузионная терапия до 2,5 л/сут, но-шпа 1,0 мл в/м 3р/д; проведение консилиума врачей для решения дальнейшей тактики лечения.

25.09.2021 г. в 21.30 ч консилиум в составе хирургов и гинекологов. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Жалоб не предъявляет. Тошноты, рвоты не было. Отмечает улучшение состояния и отсутствие болей в животе. Дыхание самостоятельное, хрипов нет. АД 125/85 мм. рт. ст., пульс 76 уд/мин. Живот увеличен за счет беременной матки, не вздут, образования не пальпируются, мягкий, при пальпации безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез не нарушен. Был стул, газы отходят. Выделения из половых путей светлые. Гинекологический статус без динамики. Проведенные лабораторно-инструментальные исследования от 25.09.2021 г.: ОАК: эритроциты $4,48 \times 10^{12}$, гемоглобин 92 г/л, гематокрит 31,2%, лейкоциты $6,10 \times 10^9$; БАК: белок общий 52,6 г/л; КЩС: Калий 3,2 ммоль/л, Натрий 134 ммоль/л; остальные показатели анализов в пределах нормы. УЗИ ОБП: просвет кишечника диаметром до 67 мм, с наличием в просвете вытянутого гиперэхогенного обра-



Рис.1. Ультразвуковая томограмма: в левой мезогастральной и эпигастральной областях определяется неоднородное образование 160x60x60 мм, преимущественно гиперэхогенное, с наличием петель тонкой кишки по передней ее части, где отмечается активная перистальтика, в основной части образования расширенные вены до 8 мм, с признаками стаза брыжеечных вен, диаметр кишки до 67 мм, с симптомами поражения полого органа-симптом «мишени», симптом «пончика», незначительное количество межпетельного выпота.

Fig. 1. Ultrasound tomogram: In the left meso- and epigastric regions, a heterogeneous formation sized about 160x60x60 mm is visible, predominantly hyperechoic, with small intestine loops in its anterior part, where active peristalsis is observed; in the main part of the formation, there are veins dilated up to 8 mm, with the stasis signs of mesenteric veins, the intestine diameter up to 67 mm, with hollow organ damage symptoms, i. e., the "target sign," the "doughnut sign," and an insignificant amount of interloop effusion.

зования с кровотоком, на протяжении поперечной и нисходящей ободочной кишки (инвагинация?), незначительное количество межпетельного выпота (рис.1). Заключение консилиума: у пациентки на фоне беременности 22 недели имело место инвагинация кишечника. На фоне проведенного лечения инвагинация разрешилась. В настоящее время показаний к оперативному лечению нет. Продолжена консервативная терапия: режим палатный, стол: ЩД, внутривенная инфузионная терапия (Sol. Sterofundini 1800.0 ml в/в кап), спазмолитики (Sol. No-spani 1.0 ml в/м), динамическое наблюдение, УЗИ ОБП (области левого подреберья), анализы крови, гастродуоденоскопия в динамике, магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости.

26.09.2021 г. совместный осмотр гинеколога и хирурга. Состояние удовлетворительное, жалобы на слабость. На момент осмотра тошноты, рвоты нет. Отмечает улучшение состояния. Сознание ясное. АД 120/80 мм. рт. ст. Пульс 80 уд. мин. Температура 36,6°C. Язык: влажный, чистый. Дыхание самостоятельное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот увеличен за счет беременной матки, не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Матка в нормальном тоне. Шевеление плода ощущает, сердцебиение ясное, ритмичное. Был стул утром оформленный, газы отходят. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Выделения из половых путей светлые. Рекомендовано: продолжить динамическое наблюдение, консервативное лечение.

27.09.2023 г. консилиум в составе хирургов и акушеров-гинекологов. Состояние пациентки удовлетворительное, жалоб активных нет, ухудшения и динамики не было. С целью контроля состояния органов брюшной полости проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) ОБП, заключение: Магнитно-резонансные (МР) признаки кишечной непроходимости с признаками инвагинации в мезогастррии слева (рис.2).

Заключение консилиума: у пациентки на фоне беременности 22 недели явления преходящей инвагинации без признаков острой кишечной непроходимости, требуется динамическое наблюдение в условиях хирургического отделения, переведена в профильное отделение для дальнейшего лечения. На момент осмотра показаний к экстренному оперативному вмешательству нет. Назначено: режим палатный, стол: ЩД, внутривенная инфузионная, спазмолитическая терапии.

С 27.09.2021 г. по 30.09.2021 г. проводилось консервативное лечение с положительным эффектом и постоянным динамическим наблюдением в условиях хирургического отделения. 30.09.2021 г. вновь возникла многократная рвота желчью, в подреберье слева снова появилось образование 10x4 см, предположительно инвагинат, поэтому повторно был проведен консилиум хирургов и акушеров-гинекологов для решения дальнейшей тактики лечения пациентки.

30.09.2021 г. консилиум врачей, в том же составе, как и от 27.09.2021 г.: состояние пациентки средней степени тяжести. Сознание ясное. Жалобы на периодические боли в верхних отделах живота,

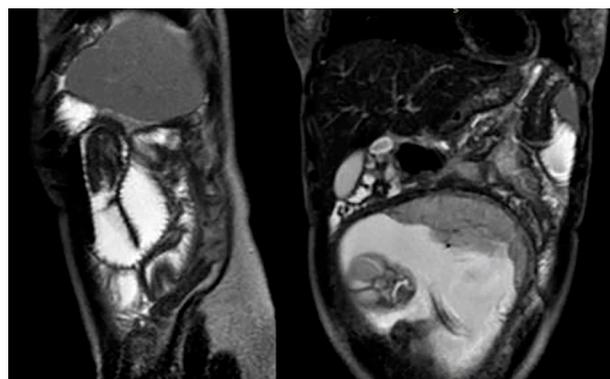


Рис.2. Магнитно-резонансная томограмма в сагиттальной и фронтальной плоскостях: в левом поддиафрагмальном пространстве, мезогастррии слева отмечается расширенная петля кишки с утолщенными стенками с просветом тонкой кишки в толще, сосудами и брыжейкой.

Fig. 2. MRI tomogram in the sagittal and frontal planes: In the left subdiaphragmatic space and mesogastrium on the left, there is a visible dilated intestinal loop with thickened walls, with the small intestine lumen in the thickness, vessels and mesentery.

сопровожающиеся тошнотой, рвотой. Язык влажный. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 16 в 1 мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД – 110/75 мм. рт. ст., пульс 70 уд в 1 мин. Живот увеличен за счет беременной матки, не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в верхних отделах живота. В левой подреберной области пальпируется образование размерами 10x4 см, болезненное. Перистальтика кишечника выслушивается. Матка в нормотонусе. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез не нарушен. Газы отходят вяло. Стула не было. Выделений из половых путей нет. Заключение консилиума: учитывая неэффективность консервативного лечения и неразрешившиеся явления инвагинации кишечника у пациентки на фоне беременности 22-23 недели, показано оперативное вмешательство по жизненным показаниям. Учитывая возможность возникновения показаний для прерывания беременности во время операции и в послеоперационном периоде, пациентку решено оперировать в условиях ГАУЗ ГKB №7 при участии акушеров-гинекологов, неонатологов.

30.09.2021 г. под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия (оператор Губаев Р.Ф.). Ревизия органов брюшной полости. Матка увеличена за счет беременности до уровня пупка. На расстоянии 50 см от связки Трейтца выявлена тонко-тонкокишечная инвагинация на уровне тощей кишки на протяжении 40-50 см (рис.3). Произведена дезинвагинация. Приводящая петля дилатирована до 4-5 см, отечна, инфильтрирована. Отводящая петля спавшаяся. Пальпаторно в просвете тощей кишки на расстоянии 50 см и 60 см выявлены полипы размерами до 3-4 см. Выполнена энтеротомия на середине расстояния между образованиями. Произведена полипэктомия 2 полипов



Рис.3. Интраоперационная фотография: на расстоянии 50 см от связки Трейтца выявлена тонко-тонкокишечная инвагинация на уровне тощей кишки на протяжении 40-50 см.

Fig. 3. Intraoperative photograph: At a distance of 50 cm from the Treitz ligament, a small-intestinal intussusception was detected at the jejunum level over a length of 40-50 cm.

на длинной ножке (размеры 4x3 и 3x2 см), плотной консистенции, с бугристой верхушкой (рис.4). Тощая кишка ушита в поперечном направлении двухрядно непрерывным швом. Осмотрены печень, пищевод, желудок, селезенка, 12 п.к., тонкая кишка, толстая кишка, забрюшинное пространство. Другой патологии не выявлено. Контроль гемостаза – сухо! Послойное ушивание срединной раны. Послеоперационный диагноз: острая инвагинационная тонкокишечная непроходимость, полипы тощей кишки, беременность 22-23 недели, рубец на матке.

В послеоперационном периоде проводилась инфузионная, антикоагулянтная, спазмолитическая терапии в условиях отделения анестезиологии и реанимации. Общее состояние пациентки тяжелое, стабильное. Жалобы на боли в области послеоперационной раны и в нижних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Язык влажный. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД – 16 в 1 мин., пульс – 72 уд.1 в мин. АД – 120/75 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС–72 в 1 мин. Живот увеличен за счет беременной матки, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны и в нижних отделах живота. Печень не увеличена. Перистальтика кишечника выслушивается. Матка в гипертонусе. Симптом Щёткина отрицательный. Диурез не нарушен, адекватный. Газы отходят. Стула не было. Диагноз: острая инвагинационная тонкокишечная непроходимость, полипы тонкой кишки, беременность 22-23 недели, рубец на матке. 30.09.2021 г. операция: лапаротомия, дезинвагинация тонкой кишки, энтеротомия, полипэктомия. В послеоперационном периоде на 1-е сутки после лапаротомии по данным УЗИ ОМТ появились признаки угрозы прерывания беременности. Установлены показания для перевода в



Рис.4. Интраоперационная фотография: выполнена энтеротомия, имеется полип на длинной ножке 3x2 см, плотной консистенции, с бугристой верхушкой (макроскопически соответствует гамартомному полипу).

Fig. 4. Intraoperative photograph: An enterotomy was performed, there is a polyp on a long stalk 3x2 cm, of dense consistency, with a tuberos apex (macroscopically appropriate for a hamartomatous polyp).

родильный дом ГАУЗ ГKB №7. После совместного осмотра хирургов и акушеров-гинекологов переведена в роддом.

С 01.10.2021 г. по 04.10.2021 г. находилась в отделении анестезиологии и реанимации, отделении патологии беременных родильного дома №1 ГKB №7 с диагнозом: беременность II, 22 недели, угроза преждевременных родов, рубец на матке после операции Кесарево сечение, анемия средней степени тяжести, новая короновирусная инфекция, кольпит кандидозный, состояние после лапаротомии, дезинвагинации тонкой кишки, энтеротомии, полипэктомии от 30.09.2021 г. по поводу острой инвагинационной тонкокишечной непроходимости, полипов тонкой кишки. В условиях родильного дома на фоне консервативного лечения угроза преждевременных родов купирована. Проведено лечение: сорбифер, эноксипарин, клотримазол (per vaginum), но-шпа.

04.10.2021 г. появились симптомы ОРВИ, субфебрилитет, получен положительный ПЦР мазок на РНК SARS-coronavirus-2, пациентка переведена для дальнейшего лечения во временный инфекционный госпиталь (ВИГ) ГKB №7.

С 04.10.2021 г. по 05.10.2021 г. находилась на лечении в ВИГе ГKB №7 с диагнозом: короновирусная инфекция COVID-19 (неподтвержденная референсной лабораторией), среднетяжелая форма, осложнённая острым бронхитом, дыхательная недостаточность 0, состояние после лапаротомии, дезинвагинации тонкой кишки, энтеротомии, полипэктомии от 30.09.2021 г. по поводу острой инвагинационной тонкокишечной непроходимости, полипов тонкой кишки. Анемия легкой степени тяжести, беременность II, 23-24 недели, прогрессирует. Проводилось лечение: сорбифер, эноксипарин, парацетамол. 05.10.2021 г. От дальнейшего стационарного лечения пациентка категорически отказалась, выписана под наблюдение акушера-гинеколога, хирурга, инфекциониста, терапевта по месту жительства с рекомендациями: активный вызов врача поликлиники на дом, сорбифер 100 мг 2р/д внутрь, эноксипарин 0,4 мл 1р/д 20 дней, ОАК, СОЭ, БАК, СРБ, ОЖСС, ЛДГ, коагулограмма, ОАМ. Снятие швов на 10-11-е сутки после операции.

Консультация онколога ГАУЗ Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ (РКОД) с результатами гистологии с целью исключения синдрома Пейтца-Егерса и для дальнейшего наблюдения и лечения в условиях РКОД. Гистологическое заключение макропрепаратов от 04.10.2021 г.: аденоматозные полипы (не противоречит синдрому Пейтца-Егерса, согласно данным литературы).

В феврале 2022 года проведено родоразрешение в плановом порядке путем кесарева сечения, родился здоровый мальчик по шкале Апгар 8-9 баллов.

1 сентября 2023 года осмотрена хирургом – жалоб нет. Ребенок здоровый. К онкологам не обращалась. Повторно направлена на консультацию и диспансерное наблюдение к онкологам РКОД.

Таким образом, по нашему мнению, несмотря на гистологическое заключение, у пациентки имеет место быть синдром Пейтца-Егерса (СПЕ) с ослож-

ненным течением во время беременности в виде инвагинационной тонкокишечной непроходимости.

Обсуждение. Инвагинационная тонкокишечная непроходимость у беременных женщин встречается редко и рассматривается как острое хирургическое заболевание, со значительным процентом осложнений, младенческой и материнской смертностью [1,2,3,4,5,6]. При беременности инвагинация встречается в 6% случаев от всех кишечных непроходимостей с почти такой же частотой, как у остальной популяции взрослого населения [2,3,4]. Наиболее распространенный тип инвагинации – илеоцекальный [5,7,8,10,16]. По данным литературы в настоящий момент опубликовано до 30 статей об инвагинации кишечника во время беременности с различными причинами, которые привели к острому хирургическому заболеванию: дивертикул Меккеля, перенесенные бариатрические операции, одиночные полипы, эктопическая ткань поджелудочной железы, различные злокачественные новообразования, СПЕ (всего 3 случая) [3,6,7,9,11,12,13,14,22,23,24,25]. Клинические проявления у беременных пациенток значительно различаются [11,12,13,22,23,24]. В частности, диагностика сложна вследствие часто встречающихся сопутствующих симптомов таких тошнота, рвота, боли в животе, запоров в первом и во втором триместре. В третьем триместре наблюдается регресс этих проявлений [11,13,22,24]. Синдром Пейтца-Егерса – синдром наследственного полипоза, характеризуется сочетанием слизистокожных пигментаций на лице, редко на кистях и стопах, с гамартомными полипами в желудке, тонкой и толстой кишках [11,12,13,14,15,16]. Гамартомные полипы могут возникнуть в любом месте желудочно-кишечного тракта, но преимущественно в тощей кишке, подвздошной и двенадцатиперстной кишке, наиболее длинные и большие встречаются в тощей кишке. Следует обратить внимание, что у больных с СПЕ наряду с гамартомными полипами часто встречаются аденоматозные полипы, обнаружение которых приводит к диагностическим ошибкам [16,17,18,19,20,21]. Наиболее частым осложнением полипозов является инвагинация, которая встречается у 47-69% пациентов с СПЕ [7,11,13]. Еще одним грозным осложнением наследственных гастроинтестинальных полипозов является кровотечение вследствие изъязвления полипов, приводящее к анемии [16,17,19]. Во время беременности с целью верификации диагноза возможно применение обзорной рентгенографии органов брюшной полости, УЗИ и МРТ [1,2,3,4,11,12,13]. УЗИ является безопасным методом и доступно во многих клиниках [24,26,27]. Классические признаки инвагинации при УЗИ включают присутствие нескольких концентрических колец в поперечном сечении виде сэндвича (симптом «мишени»), вызванный множеством тонких параллельных полос разной степени эхогенности в продольном срезе [1,11,12,14,24,26,27]. Еще одним безопасным методом лучевой диагностики во время беременности является МРТ. Помимо диагностики инвагинации, МРТ может дать информацию о точном расположении пораженного сегмента кишечника

[2,11,16,17,18,20,22]. По литературным данным лечение инвагинационной тонкокишечной непроходимости вследствие НГП во время беременности почти всегда проводится хирургическим путем, также возможны внутривидовые эндоскопические вмешательства с применением баллонных энтероскопов [11,12,13,15,16,17,18,19]. Имеется лишь одна публикация, где проводили консервативное лечение инвагинации кишечника во время беременности [12,13]. На операции после устранения кишечной непроходимости и ревизии кишки, при обнаружении полипов или злокачественной опухоли, рекомендуется резекция и анастомозирование пораженных сегментов кишки [1,2,3,4,5,11,12,13]. Также возможно наложение кишечной стомы, если состояние больной не позволяет выполнить одномоментную восстановительную операцию [12,27]. Для лечения оставшихся полипов, эндоскопический метод рассматривается как вариант в послеродовом периоде [11,12,13]. С учетом нашего опыта, возможно также с успехом выполнить энтеротомию, иссечение полипов в пределах здоровых тканей, энтерорафию.

Выводы.

Таким образом, инвагинационная кишечная непроходимость вследствие НГП у беременных пациенток чрезвычайно редкое острое хирургическое заболевание органов брюшной полости.

Для диагностики, наряду с клиническими методами исследования, рентгенографией органов брюшной полости необходимо применять УЗИ, МРТ.

Хирургическое лечение является основным методом лечения при инвагинационной кишечной непроходимости вследствие НГП у беременных пациенток.

Прозрачность исследования. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. От пациента было получено информированное согласие в письменной форме на использование данных исследования и лечения в публикации.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Luhmann A, Tait R and Hassn A. Intussusception in a 20 weeks pregnant woman: a case report. *Cases Journal*. 2009; 20 (12): 1–3. DOI: 10.4076/1757–1626–2–6546
- Choi SA, Park SJ, Lee HK, et al. Preoperative diagnosis of small-bowel intussusception in pregnancy with the use of sonography. *J Ultrasound Med*. 2005; 24 (11): 1576–1577. DOI: 10.7863/jum.2005.24.11.1575
- Gurbulak B, Kabul E, Dural C, et al. Heterotopic pancreas as a leading point for small-bowel intussusception in a pregnant woman. *JOP*. 2007; 8 (5): 584–587.
- Guyomard A, Calmelet P, Dellinger P, et al. Spontaneous acute intussusception in a pregnant woman. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013; 171 (1): 188–189. DOI: 10.1016/j.jgyn.2010.02.002
- Li M, Chen J, Wei F. Double intussusceptions with small intestinal adenoma in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010; 39 (3): 251–253. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2013.08.018
- Petruciani N, Cianguro C, Debs T, et al. Management of surgical complications of previous bariatric surgery in pregnant women. A systematic review from the BARIAT Study Group. *Surg Obes Relat Dis*. 2020; 16 (2): 312–331. DOI: 10.1016/j.soard.2019.10.022
- Wang J, Li Y, Tang T. Intussusception in Late Pregnancy Due to Heterotopic Pancreas. *J Gastrointest Surg*. 2023; 27 (5): 1032–1033. DOI: 10.1007/s11605–023–05598–9
- Osime OC, Onakewhor J, Irowa OO. Intussusception in pregnancy—a rarely considered diagnosis. *Afr J Reprod Health*. 2010; 14 (1): 145–148.
- Wilson RE, Reali–Marini D. Meckel’s Diverticulum Causing Small Bowel Intussusception in Third Trimester Pregnancy, a Case Report. *J Educ Teach Emerg Med*. 2020; 5 (1): V4–V7. DOI: 10.21980/J87H19
- Penney D, Ganapathy R, Jonas–Obichere M, El–Refeay H. Intussusception: a rare cause of abdominal pain in pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006; 28 (5): 723–725. doi:10.1002/uog.3810
- Кокобелян А.П., Базаев А.В., Малов А.А., [и др.]. Хирургическое лечение синдрома Пейтца–Егерса, осложненного тонкокишечной инвагинацией, у беременной // Медицинский Альманах. – 2020. – Т. 62, вып. 1. – С.113–118. [Kokobelyan AR, Bazaev AV, Malov AA, et al. Hirurgicheskoe lechenie sindroma Pejtca–Egersa, oslozhnennogo tonkokishechnoj invaginaciej, u beremennoj [Surgical treatment of Peutz–Jeghers syndrome, complicated by small intestinal intussusception, in a pregnant woman]. *Medicinskij Al'manah*. [Medical Almanac]. 2020; 62 (1): 113–118. (In Russ.)].
- Tutar O, Kocak B, Velidedeoglu M, et al. Small bowel intussusception in a pregnant woman with Peutz–Jeghers Syndrome. *Scottish Medical Journal*. 2014; 59 (1): e10–e13. DOI: 10.1177/0036933013519028
- Zonglin L, Min S, Huaiwu J, et al. Peutz–Jeghers syndrome complicated with intussusception in late pregnancy. *Lancet Oncol*. 2019; 20 (12): e729. DOI: 10.1016/S1470–2045(19)30692–8
- Oliveira MF, Rodrigues MA. Peutz–Jeghers syndrome: an unusual autopsy finding in pregnancy. *Autops Case Rep*. 2021; 11: 1–6. DOI: 10.4322/acr.2021.279
- Кайбышева В.О., Ивашкин В.Т., Баранская Е.К., [и др.]. Синдром Пейтца–Егерса: обзор литературы и описание собственного клинического наблюдения // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – Т. 21, вып. 2. – С.54–61. [Kaibysheva VO, Ivashkin VT, Baranskaya EK, et al. Sindrom Pejtca–Egersa: obzor literatury i opisanie sobstvennogo klinicheskogo nabljudenija [Peutz–Jeghers syndrome: review of the literature and description of our own clinical observation]. *Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology]. 2011; 21 (2): 54–61. (In Russ.)].
- Бельшева Т.С., Наседкина Т.В., Валиев Т.Т., [и др.]. Синдром Пейтца–Егерса: мультидисциплинарный подход в диагностике на примере клинического случая // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2021. – Т. 4, вып. 8. – С.95–102. [Belysheva TS, Nasedkina TV, Valiev TT, et al. Sindrom Pejtca–Egersa: mul'tidisciplinarnyj podhod v diagnostike na primere klinicheskogo sluchaja [Peutz–Jeghers syndrome: a multidisciplinary approach to diagnosis based on a clinical case]. *Rossijskij zhurnal detskoj gematologii i onkologii*. [Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology]. 2021; 8 (4): 95–102. (In Russ.)]. DOI: 10.21682/2311–1267–2021–8–4–95–102

17. Савельева Т.А., Пикунов Д.Ю., Кузьминов А.М., Цуканов А.С. Синдром Пейтца–Егерса: что стало известно за 125 лет изучения? (обзор литературы) // Колопроктология. – 2021. – Т. 20, вып. 2. – С.85 – 96. [Savel'yeva TA, Pikunov DYu, Kuzminov AM, Tsukanov AS. Sindrom Pejtca–Egersa: chto stalo izvestno za 125 let izuchenija? (obzor literatury) [Peutz–Jeghers syndrome: what has become known over 125 years of study? (literature review)]. Koloproktologija. [Coloproctology]. 2021; 20 (2): 85–96. (In Russ.)].
18. Азнауров В.Г., Кармазановский Г.Г., Ибрагимов А.С., [и др.]. Синдром Пейтца–Егерса с точки зрения рентгенолога и врача–эндоскописта // Лучевая диагностика и терапия. – 2023. – Т. 14, вып. 1. – С.82–88. [Aznaurov VG, Karmazanovskiy GG, Ibragimov AS, et al. Sindrom Pejtca–Egersa s toчки zrenija rentgenologa i vracha–jendoskopista [Peutz–Jeghers syndrome from the point of view of a radiologist and endoscopist]. Lučevaja diagnostika i terapija. [Radiation diagnostics and therapy]. 2023; 14 (1): 82–88. (In Russ.)]. DOI: 10.22328/2079–5343–2023–14–1–82–88
19. Казубовская Т.П., Белев Н.Ф., Козлова В.М., [и др.]. Наследственные синдромы, ассоциированные с полипами и развитием злокачественных опухолей у детей // Онкопедиатрия. – 2015. – Т. 2, вып. 4. – С.384–395. [Kazubovskaya TP, Belev NF, Kozlova VM, et al. Nasledstvennyye sindromy, associirovannyye s polipami i razvitiem zlokachestvennyh opuholej u detej [Hereditary syndromes associated with polyps and the development of malignant tumors in children]. Onkopediatrija. [Oncopediatrics]. 2015; 2 (4): 384–395. (In Russ.)]. DOI: 10.15690/onco.v2.i4.1465
20. Янова Т.И., Бодунова Н.А., Хатьков И.Е., [и др.]. Генотип–фенотипические характеристики при синдроме Пейтца–Егерса // Колопроктология. – 2022. – Т. 21, вып. 2. – С.72 – 80. [Yanova TI, Bodunova NA, Khatkov IE, et al. Genotip–fenotipicheskie harakteristiki pri sindrome Pejtca–Egersa [Genotype–phenotypic characteristics in Peutz–Jeghers syndrome]. Koloproktologija. [Coloproctology]. 2022; 21 (2): 72–80. (In Russ.)]. DOI: doi.org/10.33878/2073–7556–2022–21–2–72–80
21. Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов В.А., [и др.]. Случай осложненного течения синдрома Пейтца–Егерса // Новообразование. – 2020. – Т. 12, вып. 2. – С.82 – 85. [Borota AV, Gyulmamedov FI, Gyulmamedov VA, et al. Sluchaj oslozhnennogo techenija sindroma Pejtca–Egersa [A case of complicated course of Peutz–Jeghers syndrome]. Novoobrazovanie. [Neoplasm]. 2020; 12 (2): 82–85. (In Russ.)]. DOI: 10.26435/neoplasm.v12i2.329
22. Tohamy AE and Eid GM. Laparoscopic reduction of small bowel intussusception in a 33–week pregnant gastric bypass patient: surgical technique and review of literature. Surg Obes Relat Dis. 2009; 5: 111–115.
23. Chevrot A, Lesage N, Msika S, Mandelbrot L. Digestive surgical complications during pregnancy following bariatric surgery: Experience of a center for perinatology and obesity. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016; 45 (4): 372–379. DOI: 10.1016/j.jgyn.2015.04.007
24. Combes AD, Limmer AM, Verschuer K. Small bowel intussusception secondary to Meckel's diverticulum containing polypoid lesion in pregnancy. ANZ J Surg. 2020; 90 (9): 1774– 1776. DOI: 10.1111/ans.15626
25. Singh A, Vidyarthi SH, Kasliwal N, et al. Triple site intussusceptions in Peutz–Jeghers syndrome. ANZ J Surg. 2019; 6546 (2): E153–E155. DOI: 10.1111/ans.14119
26. Casey FE, Lau KN, Mesbah MC, et al. Use of laparoscopy for resolution of intussusception in the third trimester of pregnancy: a case report. J Reprod Med. 2009; 54: 712–714.
27. Hayati F, Zuki AM, Lim MC et al. A peculiar case of intussusception in a pregnant woman: A diagnostic challenge. Radiol Case Rep. 2023; 18 (8): 2836–2839. DOI: 10.1016/j.radcr.2023.05.048