

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.344-007.64-06-089-053.2

¹А.М. Шарипов, ¹Х.З. Зарифов, ¹У.Л. Умаров, ²Б.Х. Юсупов, ¹А.А. Сайфуллоев,
¹Ю.Т. Додочонов, ¹Т.Х. Бобоев, ¹Ю.А. Акбаров

УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ

¹ Государственное учреждение «Национальный медицинский центр» Республики Таджикистан

² Государственное учреждение «Комплекс здоровья Истиклол» Республики Таджикистан

Шарипов Асламхон Махмудович – д.м.н., заведующий отделением детской торакоабдоминальной хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан; Тел.: +(992) 907 70 82 50; E-mail: aslam72@list.ru

Резюме. В данном наблюдении авторы описывают правильную диагностику и успешное хирургическое лечение ребенка с осложненным дивертикулумом Меккеля с сочетанием язвенным проктосигмоидитом. Выполнено оперативное вмешательство с применением лапароскопии, проведены резекция кишечника видеоассистированным методом.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, лапароскопия, резекция кишечника, дети.

A.M. Sharipov, I.D. Sayfulloev, Kh.Z. Zaripov, B.Kh. Yusupov, A.A. Barotow, T. Kh. Boboev, Yu.A. Akbarov, N.D. Sodikow

SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED MECKEL'S DIVERTICULUM IN A 8 YEARS OLD PATIENT

State institution National Medical Center of the Republic of Tajikistan

Sharipov Aslamkhon Makhmudovich – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Pediatric Thoracoabdominal Surgery of the National Medical Center of the Republic of Tajikistan; tel: + (992) 907 70 82 50; E-mail: aslam72@list.ru

Abstract. In this observation, the authors describe the correct diagnosis and successful surgical treatment of a child with complicated Meckel's diverticulum combined with ulcerative proctosigmoiditis. The surgery was performed with the use of a laparoscopy where resection of the intestine was performed with a video- assisted method.

Keywords: Meckel's diverticulum, laparoscopy, intestine resection, children.

Актуальность. Дивертикул Меккеля (ДМ) относится к числу редких врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта, при котором в дистальном отделе подвздошной кишки образуется мешкообразное выпячивание [1-11]. Частота встречаемости ДМ составляет до 2% из всех врожденных заболеваний желудочно-кишечного тракта [1-3, 8-11]. При свободном расположении ДМ в брюшной полости диагностика его затруднена ввиду возможного отсутствия клинических проявлений. Поэтому дооперационная диагностика ДМ минимальна и не превышает 12-25% [1-11]. Чаще всего ДМ диагностируется при радионуклидном исследовании, реже при ультрасонографии органов брюшной полости, либо во время хирургического вмешательства по поводу других

заболеваний органов брюшной полости [1-11].

Известно, что клинические симптомы ДМ в большинстве случаев наблюдаются при возникновении его осложнений, основными из которых являются: кровотечение, кишечная непроходимость, дивертикулит и перфорация дивертикула [1-11]. У детей в 50% случаев ДМ является причиной тонкокишечного кровотечения [1-3, 10, 11].

При сочетании ДМ с язвенным проктосигмоидитом, не так просто различить тонкокишечное кровотечение от толстокишечного, в связи с чем врач сомневается в постановке правильного диагноза. В таких случаях могут допускаться диагностические ошибки, как на догоспитальном этапе, так и в процессе наблюдения ребенка в отделении.

В нашем клиническом случае представлено

редкое наблюдение сочетания ДМ с язвенным проктосигмоидитом.

Приводим собственное клиническое наблюдение.

В отделение торакоабдоминальной хирургии Национального медицинского центра (НМЦ) Республики Таджикистан 27.07.2016 г. доставлен мальчик, с предположительным диагнозом «полипоз толстого кишечника». Из анамнеза установлено, что ребенок получил стационарное лечение в детской областной клинической больнице по месту жительства по поводу кишечного кровотечения. При проведении фиброколоноскопии выявлен полипоз толстого кишечника и с вышеуказанным диагнозом ребенок направлен в НМЦ для обследования и решения вопроса о тактике лечения.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожа обычной окраски, периферические лимфатические узлы не увеличены. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий и безболезненный.

Ребенок обследован: проведена фиброколоноскопия – на расстоянии 25 см от ануса видны две язвы диаметром 2,0х1,0 и 1,0х0,5 см, которые покрыты фибриновым налетом. В восходящем отделе толстой кишки имеются сгустки крови, активного кровотечения на момент осмотра не отмечается. Через 2 дня от момента поступления была проведена фиброэзофагогастродуоденоскопия, при которой патологии не выявлено. Однако пассивное кишечное кровотечение продолжалось и в динамике наблюдения лабораторные показатели крови постепенно снизились. Для исключения патологии тонкой кишки выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором патологии не обнаружено. В связи с этим решено провести диагностическую лапароскопию.

При выполнении лапароскопии была установлено, что на расстоянии 60 см от илеоцекального угла в подвздошной кишке обнаружен ДМ, размером 6х3 см. В области верхушки серозный покров дивертикула гиперемирован и припаян к корню брыжейки. Верхне и нижележащие отделы тонкой кишки содержат кровь. Через расширенный умбиликальный разрез длиной 4 см (лапароскопически-ассистированная методика) выполнена циркулярная резекция участка подвздошной кишки, несущей дивертикул с наложением прямого межкишечного анастомоза «конец в конец» с односторонним непрерывным швом.

Послеоперационный период протекал гладко.

Заживление раны первичным натяжением, швы сняты на 8-е сутки. Показатели биохимии и общих анализов крови соответствуют возрастной норме. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии, на 10-е сутки после операции. Гистологическое исследование указало на истинный дивертикул тонкой кишки. При контрольном обследовании через 6 месяца ребенок растет и развивается соответственно возрасту. Случая рецидива кровотечения не отмечено.

Обсуждение. Литературные данные о дивертикуле Меккеля свидетельствуют о редкости данного порока развития, что зачастую ведет к диагностическим и лечебно-тактическим ошибкам. Сложность диагностики и лечения ДМ заключается со скудностью и неспецифичностью клинических проявлений заболевания [1-11].

Неосложненная форма ДМ клинически протекает бессимптомно и только с присоединением воспалительного процесса в дивертикуле, возникновения кишечного кровотечения, кишечной непроходимости, дивертикулита и др., наиболее ярко появляются симптомы болезни. Следует отметить, что степень выраженности каждого осложнения зависят от анатомических особенностей ДМ, наличия различных изменений в стенке дивертикула и возрастной особенности ребенка [1, 3, 7-11].

В нашем клиническом случае при выполнении фиброколоноскопии был выявлен язвенный проктосигмоидит и это побудило нас временно отказаться от проведения других достоверных диагностических методов исследования.

Применение УЗИ органов брюшной полости не позволило нам выявить наличие патологии в тонкой кишке. Постепенное снижение лабораторных показателей крови и появление дегтеобразного стула со сгустками вынуждало нас думать о проведении диагностической лапароскопии с целью исключения патологии в тонкой кишке, что и было сделано.

Мы придерживаемся мнения авторов о том, что в зависимости от ширины основания дивертикула, распространения воспалительного процесса на тонкую кишку, клиновидной резекции или резекции в пределах здоровых тканей кишки, становится возможным полное излечение ребенка от патологических симптомов, связанных с ДМ [1-3, 8-11].

Развитие эндохирургии в последние годы дает возможность своевременно диагностировать и выполнять радикальное оперативное вмешательство при любой патологии, связанной с

ДМ лапароскопическим способом [1-4,11]. Однако из-за отсутствия технологий и дорогостоящих инструментариев в клиниках специалистам не всегда удается выполнять операции в полном объеме лапароскопическим способом. В связи с чем в некоторых случаях прибегают к применению видеоассистированного способа, т.е. выполняют часть операции вне брюшной полости через минилапаротомный доступ. В нашем клиническом наблюдении нами пришлось выполнять операцию с помощью лапароскопически-ассистированного метода. В дальнейшем при приобретении необходимых эндоскопических инструментариев все наши устремления будут ориентированы на выполнение операций в полном объеме лапароскопическим способом.

Таким образом, наше сообщение демонстрирует преимущество минимально инвазивных вмешательств, позволяющих диагностировать редкую патологию и своевременную адекватную его коррекцию. Следует помнить, что при диагностике одного заболевания существует вероятность обнаружения иных патологий, перечисленных выше.

ЛИТЕРАТУРА

(III. 5-11 см. REFERENCES)

1. Гераськин А.В. Патология дивертикула Меккеля: современные подходы к диагностике и лечению / А.В. Гераськин, А.Н. Смирнов, А.Ф. Дронов и др. // *Анналы хирургии*, 2007. 2. С. 21-28.
2. Коровин С.А. Эффективность лапароскопических технологий у детей с дивертикулумом Меккеля. / С.А. Коровин, А.В. Дзядчик, И.С. Аллахвердиев, А.П. Зыкин, Ю.Ю. Соколов // *Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии*. 2016. Т. 7. 4. С. 28-36.
3. Поддубный И.В. Лапароскопические операции при патологии дивертикула Меккеля / И.В. Поддубный, Е.Ю. Дяконова и др. // *Детская хирургия*. 2015. 5. С. 4-6.
4. Тимербулатов М.В. Дивертикул Меккеля у взрослых и у детей. / М.В. Тимербулатов, Ш.В. Тимербулатов, В.Г. Сахаутдинов // *Эндоскопическая хирургия*. 2017. 2. С. 61-67.

REFERENCES

1. Geraskin A. V. Patologiya divertikula Mekhelya: sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu [Meckel's diverticulum pathology: modern approaches to diagnosis and treatment]. *Annaly khirurgii - Annals of surgery*, 2007, No. 2, pp. 21-28
2. Korovin S. A. Effektivnost laparoskopicheskikh tekhnologiy u detey s divertikulom Mekhelya [The effectiveness of laparoscopic approach for children with

Meckel's diverticulum]. *Rossiyskiy vestnik detskoy khirurgii anesteziologii i reanimatologii - Russian herald of pediatric surgery, anesthesiology and intensive care*, 2016, Vol. 7, No. 4, pp. 28-36.

3. Poddubnyy I. V. Laparoskopicheskie operatsii pri patologii divertikula Mekhelya [Laparoscopic surgery for the pathology of Meckel's diverticulum]. *Detskaya khirurgiya - Pediatric surgery*, 2015, No. 5, pp. 4-6.

4. Timerbulatov M. V. Divertikul Mekhelya u vzroslykh i u detey [Meckel's diverticulum in children and adults]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2017, No. 2, pp. 61-67.

5. Colombo P. Z., Dini S. et al. Acute small bowel obstruction due to phytobezoar within Meckel diverticulum. *Journal of Clinical Medicine*, 2009, Vol. 4, No. 1, pp. 35-38.

6. Sharma R, Jain V. Emergency surgery for Meckel's diverticulum. *World Journal of Emergency Surgery*, 2008, No. (27), pp. 1-8.

7. Wu SY, Ho MH, Hsu SD. Meckel's diverticulum incarcerated in a transmesocolic internal hernia. *World Journal of Gastroenterology*, 2014, No. 20 (37), pp. 13615-13619.

8. Bueno J., Serralta Serra A., Planelios R.M. et al. Intestinal obstruction caused by omphalomesenteric duct remnant: usefulness of laparoscopy. *Revista espanola de enfermedades digestivas*, 2003, No. 95 (10), pp. 736-8.

9. Sinzig M., Nickl S., Kraschl R., Fasching G., Hausegger K.A. Giant Meckel's diverticulum associated with oesophageal atresia, tracheoesophageal fistula and cleft lip and palate. *Pediatric Radiology*, 2005, No. 35 (2), pp. 216-7.

10. Satoko Nose, Hiroomi Okuyama, Takashi Sasaki, Mika Nishimura. Torsion of Meckel's Diverticulum in a Child. *Case Reports in Gastroenterology*, 2013, No. 7, pp. 14-18.

11. Shiqin Qi, He Huang, Decheng Wei, Chengchao Lu, Yong Yang. Diagnosis and minimally invasive surgical treatment of bleeding Meckel's diverticulum in children using double-balloon enteroscopy. *Journal of Pediatric Surgery*, 2015, No. 50, pp. 1610-1612.

ХУЛОСА

А.М. Шарипов, Х.З. Зарифов, У.Л. Умаров,
Б.Х. Юсупов, А.А. Сайфуллоев,
Ю.Т. Додочонов, Т.Х. Бобоев, Ю.А. Акбаров

ТАБОБАТИ ЧАРРОХИИ БО МУВВАФАКИЯТИ ДИВЕРТИКУЛИ МЕККЕЛИ ОРИЗАШУДА ДАР КУДАКИ 8 СОЛА

Дар мақола муалифон воқеа аз таҷрибаи дурусти ташхис ва бо муввафақият анҷом додани амалиётро дар қудакӣ гирифтори бемории дивертикули Меккелӣ оризашуда ҳамроҳ бо бемо-

рии проктосигмоидити реши дарч кардаанд. Дар амалиёти чаррохи усули лапароскопия истифода шуда, буридани руда бо таври видеоассистенти

ичро шудааст.

Калимаҳои калиди: дивертикули Меккел, лапароскопия, буридани руда, кудакон.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК: 614.2:616.084(470.341)

С.М. Абдуллоев, З.А. Гулбекова, Н.С. Одинаев, Х.Р. Махмудов

ВАЖНЕЙШИЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Абдуллоев Саидходжа Муртазоевич – к.м.н., соискатель кафедры эпидемиологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 139, тел. (+992) 44-600-36-59, E-mail: saidxoja@gmail.com

Резюме. Обзор посвящен важнейшим актуальным вопросам эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития. Анализ данных литературы показывает о ежегодном росте как ХНИЗ, так и факторов риска их развития вследствие низкой физической активности населения, чрезмерном употреблении табачных изделий и алкоголя, высококалорийного питания - богатых углеводами и жирами. Несмотря на проведения ряда крупных профилактических мероприятий, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хронические заболевания органов дыхания и болезни почек продолжают занимать лидирующие позиции среди причин временной нетрудоспособности, инвалидизации и летальности населения в большинстве стран, в основном стран со средним и низким уровнем дохода. Высокая частота распространённости ХНИЗ диктует проведения регулярных профилактических мероприятий по их активному выявлению и лечению и модернизация терапевтической службы по оказанию помощи лицам из высокого группы риска. Периодический скрининг основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний позволяет в реальной оценке состояния здоровья населения и проведения широкой пропаганды здорового образа жизни для коррекции выявленных факторов риска.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания, гипертония, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, обструктивные болезни легких, факторы риска

S.M. Abdulloev, Z.A. Gulbekova, N.S. Odinaeva, Kh.R. Makhmudov

THE MOST IMPORTANT ASPECTS OF EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS OF CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES

Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Abdulloev Saidkhoja Murtazoevich - Candidate of Medical Sciences, aspirant at the Epidemiology Department of State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"; 734003; Republic of Tajikistan, Dushanbe, 139 Rudaki Ave; tel. (+992) 44-600-36-59, E-mail: saidxoja@gmail.com

Abstract. The observation focuses on topical issues of chronic noncommunicable diseases epidemiology and risk factors. The literature review shows yearly growth of chronic noncommunicable diseases and their risk factors as a result of low physical activity of the population, excessive tobacco and alcohol use, and consumption of food rich in carbohydrates and fats. Despite some prominent preventive measures, cardio-vascular diseases, diabetes, chronic respiratory diseases, and kidney diseases keep taking leading causes of disability and lethality of the populations in low and middle-income countries. High frequency and spread of chronic noncommunicable diseases require regular preventive measures that include screening, treatment, and modernization of therapeutic services helping individuals in high-risk groups. Periodical screening of the main risk factors of chronic noncommunicable diseases allows assessing the actual health condition of the population and propagate a healthy lifestyle to mitigate those risk factors.

Keywords: noncommunicable diseases, hypertension, coronary heart disease, diabetes mellitus, obstructive pulmonary diseases, risk factors.