

СЛУЧАЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛИТЕ МЕККЕЛЯ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Б.Р. ИСХАКОВ¹, А.А. АЛИЖАНОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ²

¹Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

A CASE OF LAPAROSCOPICALLY ASSISTED SURGERY FOR MECKEL'S DIVERTICULA COMPLICATED BY BLEEDING

B.R. ISKHAKOV¹, A.A. ALIJANOV¹, N.B. ISKHAKOV²

¹Namangan branch of Republican research center of emergency medicine, Uzbekistan,

²Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.

Описан клинический случай успешной диагностики и хирургического лечения ребенка 15 лет с дивертикулитом Меккеля, осложненного кровотечением, поступившего в стационар с тяжелой степенью постгеморрагической анемии.

Авторы считают, что использование видеолaparоскопии при неустановленном источнике кровотечения из желудочно-кишечного тракта улучшает диагностику и проведение лапароскопически ассистированной операции – дивертикулэктомия улучшает результаты лечения у этой тяжелой категории больных.

Данный случай представляет интерес для реаниматологов, абдоминальных хирургов, а также гастроэнтерологов.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, дивертикулит, кишечное кровотечение, диагностика, лапароскопически ассистированная операция.

A clinical case of successful diagnosis and surgical treatment of a 15-year-old child with Meckel's diverticulum complicated by bleeding who was admitted to a hospital with a severe degree of posthemorrhagic anemia is described.

The authors believe that the use of video laparoscopy with an unidentified source of bleeding from the gastrointestinal tract improves diagnostics and laparoscopically assisted surgery – diverticulectomy improves treatment results in this severe category of patients.

This case may be a description of interest to resuscitators, abdominal and gastroenterologists as well.

Keywords: Meckel's diverticulum, diverticulitis, intestinal bleeding, diagnosis, laparoscopically assisted surgery.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss6/a12

Введение

Дивертикул Меккеля (ДМ) является наиболее частой врожденной аномалией ЖКТ, и ее встречаемость в популяции составляет 2% [1, 2]. Осложнения при ДМ, представляющие риск для жизни, встречаются в 4–6% случаев [3, 4]. Так, частота кровотечения у детей до 2-х лет составляет 64,7%, тогда как в возрасте старше 8 лет – 25% [4].

Кровотечения обуславливаются эктопией слизистой оболочки желудка или клеток поджелудочной железы в дивертикуле, в этих участках происходит секреция соляной кислоты или щелочного панкреатического сока, что приводит к образованию язв слизистой оболочки подвздошной кишки [5].

Дооперационная диагностика патологии дивертикула Меккеля и его осложнений до настоящего времени вызывает затруднения, что нередко приводит к неправильной тактике и запоздалой операции. Летальность вследствие осложнений, связанных с патологией дивертикула Меккеля, колеблется, по разным данным, от 4,6 до 38% [1, 2, 6, 8]. Поэтому каждое новое сообщение, несмотря на свою

описательность и казуистичность, представляет определенный интерес. Если дивертикул Меккеля встречается сравнительно редко, то с его патологией мы встречаемся еще реже [2, 6]. По имеющимся данным, дивертикулез ободочной кишки встречается у 30–50% населения старше 50 лет и почти у каждого в возрасте 80 лет [7]. Смертность при ДМ составляет 2,5–15,0% [4, 8].

Цель нашей работы – демонстрация редкого клинического наблюдения и ознакомление практикующих хирургов клиническим случаем дивертикула Меккеля, осложненного кровотечением.

Описание случая

Больной Т.У., 15 лет, поступил в Наманганский филиал РНЦЭМП с жалобами на резкую слабость, на жидкий стул с примесью крови. Из анамнеза выяснилось, что 4 дня больной находился в частной проктологической клинике «Ж. Эркин», где был обследован, геморрой исключен.

При поступлении состояние тяжелое, положение пассивное. Кожа и видимые слизистые бледные. Артериаль-

ное давление – 100/60 мм рт. ст., пульс – 100 в минуту. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика кишечника активная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень, почки не пальпируются. Установлен желудочный зонд. По желудочному зонду: в промывных водах примеси крови нет. Ректальный осмотр: на перчатке – кал с примесью крови вишневого цвета. Экстренно выполнены фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и фиброколоноскопия (ФКС): источник кровотечения не обнаружен.

Показатели лабораторных анализов при поступлении: (Нв – 51 г/л, эритроциты – $2,01 \times 10^{12}$ /л, Ц.п – 0,6, лейкоциты – $5,8 \times 10^9$ /л, П – 3%, С – 64%, Лимф. – 26%, Моноциты – 6%. Эозинофилы – 1%, СОЭ – 6 мм/ч, Общий белок – 54,2 г/л, мочевины в крови – 7,2 ммоль/л, креатинин – 74,48 мкмоль/л, сахар в крови – 6,4 ммоль/л, билирубин в крови: общий – 19,8, АЛТ – 0,8. Диастаза в крови – 16 ед. Коагулограмма: время рекальцификации – 76 сек., тромботест – 5-й степени, этанол-тест – отр., фибриноген – 1,44 г/л, Нт 24%). Удельный вес мочи – 1020. Белок – авс, Лейк. – 3–4, эр. – 1–0 в п/зр.

Проведена инфузионная, гемостатическая терапия. Перелито 1500 мл свежезамороженной плазмы, 1350 мл эритроцитарной массы. Состояние больного стабилизировалось, гемодинамика – в пределах 110–120/65–70 мм рт.ст. Через 24 часа появились признаки продолжающегося кровотечения. Повторно проведены ФГДС и ФКС – источник кровотечения не обнаружен. Учитывая неэффективность консервативной терапии, продолжающееся кровотечение, нарастание анемии (Нв – 30 г/л, эритроциты – $1,01 \times 10^{12}$ /л), выставлены показания к оперативному вмешательству. Через 24 часа с момента поступления больной взят на диагностическую лапароскопию.

Первый троакар введен супраумбиликально, для манипуляции 5 мм и 10 мм через обе подвздошные области. На диагностическом этапе лапароскопии: в брюшной полости около 200 мл серозного экссудата. При ревизии: толстая кишка на всем протяжении умеренно раздута, увеличена в диаметре на всем протяжении до 8–10 см, в просвете – кровь, газы. Тощая кишка в спавшемся состоянии, терминальный отдел подвздошной кишки расширен, содержит кровь. При дальнейшей ревизии в 1,0 м от илеоцекального угла обнаружен дивертикул подвздошной кишки размером 4×2,5 см с широким основанием, дистальнее дивертикула на всем протяжении в просвете тонкой кишки кровь, проксимальнее дивертикула в тонкой кишке на протяжении 50 см кровь, выше тонкая кишка в спавшемся состоянии. Решено произвести лапароскопически ассистированную дивертикулэктомию. Троакарная рана расширена до 3,5 см, и в рану выведен дивертикул. Вскрыт ДМ: в просвете – темная кровь со сгустками, на верхушке со стороны слизистой просвет изъязвлен и обнаружен венозный сосуд до 2–3 мм в диаметре. Проведено экстраперитонеальное клиновидное иссечение дивертикула Меккеля.

Послеоперационный диагноз: Дивертикул Меккеля, осложненный дивертикулитом и кишечным кровотечением. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Полиорганная недостаточность. Больной на 6-е сутки после операции выписан домой в удовлетворительном состоянии. При выписке: Нв – 82 г/л, эритроциты – $2,95 \times 10^{12}$ /л.

Заключение

При наличии продолжающегося кровотечения из желудочно-кишечного тракта, когда при ФГДС и ФКС не выявлены источники кровотечения, на первый план выходит диагноз «дивертикул Меккеля подвздошной кишки, осложненный кровотечением».

Диагноз «дивертикул Меккеля» редко диагностируется при отсутствии осложнений. Одним из популярных методов диагностирования дивертикулита Меккеля является диагностическая лапароскопия.

Этот клинический случай ещё раз доказывает, что у взрослых диагноз «дивертикул Меккеля» должен рассматриваться при появлении кровотечения из желудочно-кишечного тракта.

Литература

1. Акилов Х.А., Жаббаров Ж.А., Урманов Н.Т. и др. Полное расплавление дивертикула Меккеля, осложненное разлитым гнойно-фибринозным перитонитом. Вестник экстренной медицины. 2012; 3:56–57 [Akilov Kh.A., Zhabbarov, Zh.A., Urmanov N.T., i dr. Polnoe rasplavlenie divertikula Mekkelya, oslozhnennoe razlitym gnoyno-fibrinoznym peritonitom. Vestnik ekstreynnoy meditsiny. 2012; 3:56–57. In Russian].
2. Баиров Г.А. Неотложная хирургия у детей. 1983; 203–208 [Bairov G.A. Neotlozhnaya khirurgiya u detey. 1983; 203–208. In Russian].
3. Moore T., Johnston A.O. Complications of Meckel's diverticulum. Br. J. Surg. 1976; 63(6):453–454.
4. Schoenwolf G.C., Larsen W.J. 2009. Schoenwolf G.C. Development of the gastrointestinal tract. G.C. Schoenwolf. – Larsen's human embryology. Churchill Livingstone. Elsevier. 2009:435–477.
5. Higaki S., Saito Y., Akazawa A., Okamoto T., Hirano A., Takeo Y., Okita K. Bleeding Meckel's diverticulum in an adult. Hepato-Gastroenterology. 2001; 8(42):1628–1630.
6. Чепурной Г.И., Кацупеев В.Б., Беловедченко Д.Б. Редкий случай сочетания деструктивного дивертикулита и гангренозно-перфоративного аппендицита. Детская хирургия. 2002; 2:45–46 [Chepurnoy G.I., Katsupееv V.B., Belovedchenko D.B. Redkiy sluchay sochetaniya destruktivnogo divertikulita i gangrenozno-perforativnogo appenditsita. Detskaya khirurgiya. 2002; 2:45–46. In Russian].
7. Хаджибаев А.М., Ходжимухамедова Н.А., Халилов А.С., Хаджибаев Ф.А. Совершенствование методов диагностики и лечения осложненных форм дивертикулеза толстой кишки. Пробл. клин. мед. 2009; 46–49 [Khadjibaev A.M., Khodzhimukhamedova N.A., Khalilov A.S., Khadjibaev F.A. Sovershenstvovanie metodov diagnostiki i lecheniya oslozhnennykh form divertikuleza tolstoy kishki. Probl. klin. med. 2009; 46–49. In Russian].
8. Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В., Мехдиев Д.И. и др. Диагностика и лечение осложненных форм дивертикула Меккеля. Клиническая медицина. 2017; 95(11):1013–1017 [Timerbulatov V.M., Timerbulatov M.V., Mekhdiiev D.I. i dr. Diagnostika i lechenie oslozhnennykh form divertikula Mekkelya. Klinicheskaya meditsina. 2017; 95(11): 1013–1017. In Russian].

МЕККЕЛЬ ДИВЕРТИКУЛИТИНИНГ ҚОН КЕТИШ БИЛАН АСОРАТЛАНИШИДА ЛАПАРОСКОПИК АССИСТЕНТЛИҚДА ЎТКАЗИЛГАН ОПЕРАЦИЯ ҲОЛАТИ

Б.Р. ИСҲОҚОВ¹, А.А. АЛИЖОНОВ¹, Н.Б. ИСҲОҚОВ²

¹Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали

²Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази

Оғир даражадаги постгеморрагик анемия билан келган 15 ёшли болада, Меккель дивертикулитининг қон кетиши билан асоратланишини диагностикаси ва муваффақиятли операцияси клиник ҳолати ёзилган.

Муаллифлар манбаси аниқланмаган ошқозон-ичак йўлларида қон кетишида видеолапароскопиянинг қўлланиши ва лапароскопик ассистентликда ўтказилган операция – дивертикулэктомия, бу оғир тоифадаги беморларда натижани яхшилашни кўрсатиб ўтишган.

Бу ҳолат – абдоминал хирурглар, реаниматологлар ва гастроэнтерологларда қизиқиш уйғотиши мумкин.

Калит сўзлар: Меккель дивертикули, дивертикулит, ичакдан қон кетиши, диагностикаси, лапароскопик ассистентликдаги операция.

Сведения об авторах:

Исхаков Баркамол Робиддинович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП.
Тел.: +99891-360-22-03
E-mail: ishakovn@mail.ru.

Алижанов Аброр Алижон угли – директор Наманганского филиала РНЦЭМП.

Исхаков Нурбек Баркамолевич – врач-хирург отделения трансплантологии РНЦЭМП.
E-mail: ishakovn@mail.ru

Поступила в редакцию: 25.11.2021

Information about authors:

Barkamol Iskhakov – MD, PhD, Deputy Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine.
Tel.: +99891-360-22-03
E-mail: ishakovn@mail.ru.

Abror Alijanov – MD, director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine.

Nurbek Iskhakov – doctor surgeon of the Department of Transplantology of Republican Research Center of Emergency Medicine.
E-mail: ishakovn@mail.ru.

Received: 25.11.2021