

БОЛАЛАРДА КАТТА ЧАРВИНИ БУРАЛИШИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОСИ

Бердиев Э.А., Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Босимов М.Ш.,

Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз филиали,
Республика Болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий-амалий маркази.

✓ Резюме,

Мақолада болалар қорин бўшлиғида жуда кам учрайдиган катта чарвини буралиши билан 9 та беморларни даволаш таҳлиллари келтирилган. Булардан 6 тасида бирламчи чарви буралиши, 3 тасида иккиламчи чарви буралиши аниқланган. 9 та беморларда видеолапароскопик чарви резекцияси бажарилган бўлиб, 1 тасида қўшимча аппендэктомия бажарилди. Катта чарвини кистаси билан 1 та беморда видеолапароскопик резекцияси бажарилди. Қорин бўшлиғи травмаси билан тушган беморда юқори ўрта лапаротомия бажарилиб, конверсияга ўтилди. Операция маҳали ва операциядан кейинги даврларда асоратлар кузатилмади. Гистологик текширувда чарвида гангреноз оментит белгилари аниқланди. Видеолапароскопик технологияларни қўллаб операциялар бажариш, аниқ таъхис қўйиш, бир вақтни ўзида чарви резекциясини бажаришга эришиш, иккиламчи чарви буралиши этиологик омилларини аниқлаш имконини беради.

Калит сўзлар: болаларда чарви буралиши, бирламчи буралиш, иккиламчи буралиш, хирургик даволаш, лапароскопия

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ СКРУЧЕНИЕ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА У ДЕТЕЙ

Бердиев Э.А., Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Босимов М.Ш.,

Термизский филиал Ташкентского медицинского академии.
Республиканский Центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии у детей.

✓ Резюме,

В настоящей работе приведен опыт лечения 9 детей с редкой патологией органов брюшной полости - перекрутом большого сальника. Из них первичный перекрут сальника был установлен у 6 детей, вторичный - у 3 больных. Лапароскопическая резекция сальника была выполнена в 9 наблюдениях, из них в 1 случае операция была дополнена аппендэктомией.

Лапароскопическая резекция фрагмента большого сальника с кистой была выполнена 1 больной. Конверсия с переходом на верхнюю срединную лапаротомию и резекция всего большого сальника потребовались у 1 больного с травмой живота. Интра- и послеоперационных осложнений не было. При гистологическом исследовании иссеченных фрагментов сальника были выявлены признаки гангренозного оментита. В ряде случаев вторичных перекрутов в ходе лапароскопии можно также устранить этиологические факторы перекрута сальника.

Ключевые слова: перекрут сальника у детей, первичный перекрут, вторичный перекрут, хирургическое лечение, лапароскопия

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF OMENTUM TORSION IN CHILDREN

Berdiev E.A., Salimov S.T., Abdusamatov B.Z., Bosimov M.Sh.,

Termez branch of Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, 132000, Surkhandarya region. Termez city, Islam Karimov street 64 houses
Republican Center for Minimally Invasive and Endovisual Surgery in Children. Republic of Uzbekistan, Tashkent city, 383 Farabiy str.

✓ Resume,

Experience of treatment of 9 children is given in the real work with rare pathology of abdominal organs - torsion of omentum. Primary torsion of omentum was established at 6 children, secondary torsion - at 3 patients. At laparoscopy always it is possible to establish the correct diagnosis and in the majority of patients to execute resection of the changed omentum. In some cases of secondary torsions during laparoscopy it is possible to eliminate also etiologic factors of omentum torsions.

Key words: omentum torsion at children; primary torsion; secondary torsion; surgical treatment; laparoscopy

Долзарблиги

Катта чарвини буралиши хирургик амалиётда кам учрайдиган полиэтиологик касаллик бўлиб, болаларда ўткир қорин белгилари билан кечади. Бу патология қорин бўшлиғида шошилишч операция қилинган беморларни 0,01-0,32% ни ташкил этади [1,4].

Ишнинг мақсади: Катта чарвини буралиши хирургик амалиётда кам учрайдиган полиэтиологик

касаллик бўлганлиги сабабли, биз клиник кузату-вимизда бўлган бемор болаларни таҳлил қилишдан иборат.

Материал ва усуллар

2012-2018 йиллар давомида Республика Болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий-амалий маркази ва Сурхондарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт

марказини болалар хирургия бўлимида да 9 та бемор катта чарвини буралиши билан даволанишда бўлди. Беморларини ёши 5 дан -14 ёшгача ташкил этди. Шундан ўғил болалар 6 та, қиз болалар 3 тани ташкил этди. Барча мурожаат қилган болалар стационарга «ўткир аппендицит?» гумони билан ётқизилган.

Шошилинч равишда ўткир аппендицитга гумон билан беморлар 8 та бўлиб, касаллик бошланиши 5 соатдан 72 соатгача ораллигида мурожаат қилишган. Кўпчилик беморлардан анамнези йиғилганида қорин оғришига сабаб бўладиган омиллар аниқланмади. Фақат биттагина ўғил бола стационарга тушишидан 3 соат олдин қаратэ билан шуғулланаётганида қорнига оёқда зарба олган. Режали равишда қайталанувчи қорин оғриғи билан мурожаат қилган 1 та болада, яъни қорин бўшлиғи аъзолари УТТ қилинганда қорин бўшлиғи кистаси аниқланган. Шошилинч равишда мурожаат қилган беморларнинг қорин оғриғи клиник манзараси жадаллиги ҳар хил даражада бўлиб, кўпроқ қоринни ўнг ярмида кузатилди.

Кўпчилик ҳолатларда оғриқлар доимий характерга эга бўлиб, гоҳида хуружсимон характерда кечган. Мурожаат қилган беморларнинг 2 тасида қорин пардасининг таъсирланиш белгилари ўнг ёнбош соҳасида мусбат булиши кузатилди. Бундан ташқари оғриқ синдромлар 3 та беморда кузатилиб, буларда диспептик бузилишлар яъни қусиш, кўнгил айниши, ичининг суюқ келиши аниқланди. Барча беморларда тана ҳарорати кўтарилиши субфебрил $t-37,4^{\circ}\text{C}$ ёки меъёрий сақланиб турди.

Қонда периферик лейкоцитлар миқдори ўртача 6.9 дан $17,3 \cdot 10^9/\text{л}$ гачагача ташкил этди. Фақат бир беморда шошилинч мурожаат қилган УТТ текширувида қорин бўшлиғи пастки соҳасида бир хил структурага эга бўлмаган инфилтрат аниқланди. Бошқа барча текширувларда қорин бўшлиғида эхосонографик патологик ўзгаришлар аниқланмади. Шошилинч равишда 9 бемор операция қилинди. Беморларда доимий қоринда оғриқлар сақланиб туриши, кузатув жараёнида қорин парда таъсирланиш белгиларни пайдо бўлиши ва УТТ текширувида қорин бўшлиғида инфилтрат аниқланиши, диагностик лапароскопия ўтказишга кўрсатма бўлиб хизмат қилди. Режали равишда лапароскопия 1 та болада қорин бўшлиғи кистаси ташхиси билан бажарилди.

Тадқиқот натижалари: Лапароскопик оператив муолажаси учун 8 мм оптик троакар фойдаланиб, троакарни киндик усти соҳасидан ва 5 мм троакарларни қов усти ва чап ёнбош соҳасига ўрнатилди. Лапароскопик хирургик амалиётда кўп ҳолатларда кичик чаноқ бўшлиғида бироз миқдорда геморагик суюқлик аниқланди. Катта чарвини 720° буралиши лапароскопик амалиётда 10 та беморда аниқланди. Катта чарвини 360° буралиши ва жигар юмалоқ боғлами гематомаси билан қорин бўшлиғидан зарба олган бемор болада кузатилди. Катта чарвини 180° га буралиши юпқа деворли киста диаметри 7 см гача бўлган 1 та беморда кузатилди. Катта чарвини 360° буралиши билан бирга ўткир флегмоноз аппендицит уйғунлашиб келиши 1 та беморда аниқланди. Бурилган чарви қисмлари қорин бўшлиғи пастки соҳаларида ёки ўнг ёнбош соҳаларида аниқланиб, бўйлама размерлари 3 см дан 7 см гача қорамтир қизил ёки қора рангда бўлиб, некрозга учраган чарви, соғлом чарвидан аниқ чегара билан ажралиб туради.

Катта чарвини буралишини лапароскопик усулда резекция қилишда монополяр коагуляция қўлланилди ёки Редер чоки 12 та беморда бажарилиб, улардан 1 тасида операция маҳалида аппендэктомия операцияси қўшимча бажарилди. Катта чарви кистаси лапароскопик резекцияси 1 та беморда бажарилди. Резекция қилинган препаратни қорин бўшлиғидан киндик соҳасига ўрнатилган 5 мм ли троакар ўрнига катта размердаги троакарни ўрнатиб, олиб ташлашга эришилди. Фақатгина қорин бўшлиғи травмаси билан мурожаат қилган беморда катта чарвини тотал инфилтрацияси сабаб конверсияга юқори ўрта лапаротомияга ўтилди. Интероперацион ва операциядан кейинги даврларда асоратлар кузатилмади. Стационар даволаниш 5 суткадан 15 суткагача, ўртача 7 кунни ташкил этди. Гистологик текширув фрагментларида кўп ҳолатларда чарвида қон айланишини бузилиши ҳисобида гангреноз оментит белгилари аниқланди. Биринчи бўлиб катта чарвини буралиши ҳақидаги маълумотни 1882 йил Oberst томонидан ёзилган. Чарвини буралишини бирламчи ва иккиламчи турлари ажратилади. Бирламчи чарвини буралиши кўпинча ўғил болаларда учрайди. Чарвини бирламчи буралиши 9-16 ёшли болалар орасида кўпроқ кузатилади. Иккиламчи чарви буралиши, чарви кистаси, ўсмаси ва гематомасида аниқланади. Болаларда чарви буралишини асосий сабабларидан бири, уни анатомик тузилиши ҳисобланади. Яна бир омилларидан бири, болаларда семизлик ҳолатлари натижасида чарви буралиши кузатилади. Чарви буралиши диагностикаси жуда мушкул бўлиб, кўп ҳолатларда операция маҳали аниқ ташхис қўйилади. Болаларда чарви буралиши ташхис қўйишда ўткир аппендицит, қизларда кичик чаноқ бўшлиғи патологик касалликлари билан қиёсий ташхислаш ўтказиш лозим. Катта чарви буралиши беморларда қоринда оғриқ жуда ўткир бошланади, оғриқ қорин ўнг ярмида, кўнгил айниш, қусиш, бош айланиши каби белгилари билан намоён бўлади. Гоҳида оғриқ меъеридан ортиқ овқатланганда, қорин бўшлиғи босими ошганда кузатилади. Клиник белгилари секин аста намоён бўлади, узок муддат интоксикация белгилар аниқланмайди. Қорин бўшлиғи пальпациясида қорин ўнг ярмида енгил оғриқ бўлиб, кўп ҳолатларда беморлар касаллик бошлангандан сўнг 2-4 суткаларида мурожаат қилишади. Қорин пальпациясида қорин ўнг ярмида оғриқ бўлиб, мушаклар таранглашуви кузатилмайди. Беморларда тана ҳарорати норма ёки субфебрил бўлади. Умумий қон таҳлилларида касаллик бошлаган даврда ўзгаришлар бўлмайди, чарви некрози, перитонит ривожланганда лейкоцитоз кузатилади. Қорин бўшлиғи УТТ текширувида, гоҳида ёғ тўқимасини қон айланиши бузилиши, шишганлиги, гиперэхогенлигини ошганлигини аниқлаш мумкин. Бундай ҳолларда қорин бўшлиғи видеолапароскопияси муҳим рол ўйнайди. Адабиётларда беморларда чарви буралишини консерватив даволаш етарлича бўлмаслиги сабаб, қорин бўшлиғида абсцесслар ривожланиши натижасида қорин пардаси битишма касаллиги пайдо бўлишига олиб келади. Шунинг учун чарви бурилишини даволашни оптимал усули бу хирургик амалиёт бўлиб ҳисобланади. Чарви буралишини даволаш жараёнида диагностика ва даволаш усулларида бири лапароскопия бўлиб ҳисобланади. 13 та болаларда чарви буралишини 12 тасида миниинвазив лапароскопик усулда бажарилди.

Хулоса

1. Болаларда катта чарви буралиши кам ҳолларда учраб, унинг клиник белгилари, кўпинча ўткир аппендицит клиник белгиларига ўхшаш бўлиб келади.

2. Болаларда катта чарвини буралишини специфик белгилари йўқлиги, УТТ текшируви жуда кам маълумот бериши туфайли, чарви буралиши диагностикасида эндоскопик лапароскопияни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

3. Охириги йилларда клиник амалиётда эндоскопик лапароскопияни жадаллик билан қўллаш болаларда катта чарвини буралишини ўз вақтида ташхислаш имконини яратади.

4. Эндоскопик лапароскопия болаларда катта чарви буралиши ташхислашдагина қўлланилмасдан, деструктив ўзгарган чарви резекциясини бажариб, этиологик омилларни бартараф этишда юқори технологик кам жароҳат етказувчи жарроҳлик амалиётларидан бири бўлиб ҳисобланади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Деметрашвили З.М., Магалашвили Р.Д., Микаберидзе З.В., Хуцишвили К.Р. Заворот большого сальника. Хирургия. 2005; 12: 57.
2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Смирнов А.Н., Аль-Машат Н.А., Чундокова М.А., Маннанов А.Г. и др. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний большого сальника у детей. Эндоскопическая хирургия. 2003; 2: 17-20.
3. Кургузов О.П. О заворотах большого сальника. Хирургия. 2005; 7: 46-8.
4. Поддубный И.В., Трунов В.О. Диагностика и лечение заболеваний большого сальника у детей. Детская хирургия. 2002; 5: 42-3.

5. Телешов Н.В., Григорьева М.В., Леонтьев А.Ф. Перекрут сальника у детей. Детская хирургия. 2008; 1: 54-5.
6. Abadir J.S., Cohen A.J., Wilson S.E. Accurate diagnosis of infarction of omentum and appendices epiploicae by computed tomography. Am. Surg. 2004; 70 (10): 854-7.
7. Albuz O., Ersoz N. Primary torsion of omentum: a rare cause of acute abdomen. Am. J. Emerg. Med. 2010; 28 (115): 5-7.
8. Cervellione R.M. Secondary omental torsion in children: report of two cases and review of the literature. Pediatr. Surg. Int. 2002; 18 (2-3): 184-6.
9. Chan K.W. Laparoscopy: an excellent tool in the management of primary omental torsion in children. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. 2007; 17(6): 821-4.
10. Itinteang T., Gelderen W.F., Irwin R.J. Omental whirl: torsion of the greater omentum. ANZ. J. Surg. 2004; 74(8): 702-3.
11. Mavridis G. Primary omental torsion in children: ten-year experience. Pediatr. Surg. Int. 2007; 23(9): 879-82.
12. Nubi A., McBride W., Stringel G. Primary omental infarct: conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. J. Pediatr Surg. 2009; 44 (5): 953-6.
13. Perello M.J., Albasini J.L., Aledo S.V. Jimenez A.J., Pastor F.B., Arenas C.M. et al. Omental torsion: imaging techniques can prevent unnecessary surgical interventions. Gastroenterol. Hepatol. 2002; 25 (8): 493-6.
14. Sanchez J., Rosado R., Ramirez D., Medina P., Mezquita S., Gallardo A. Torsion of the greater omentum: treatment by laparoscopy. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2002; 12 (6): 443-5.
15. Theriot J.A., Sayat J., Franko S., Buchino J.J. Childhood obesity: a risk factor for omental torsion. Pediatrics. 2003; 112 (6): 460-2.
16. Valioulis I., Tzallas D., Kallintzis N. Primary torsion of the greater omentum in children - A neglected cause of acute abdomen. Eur. J. Pediatr. Surg. 2003; 13(5): 341-3.

Келиб тушган вақти 02.03. 2020