



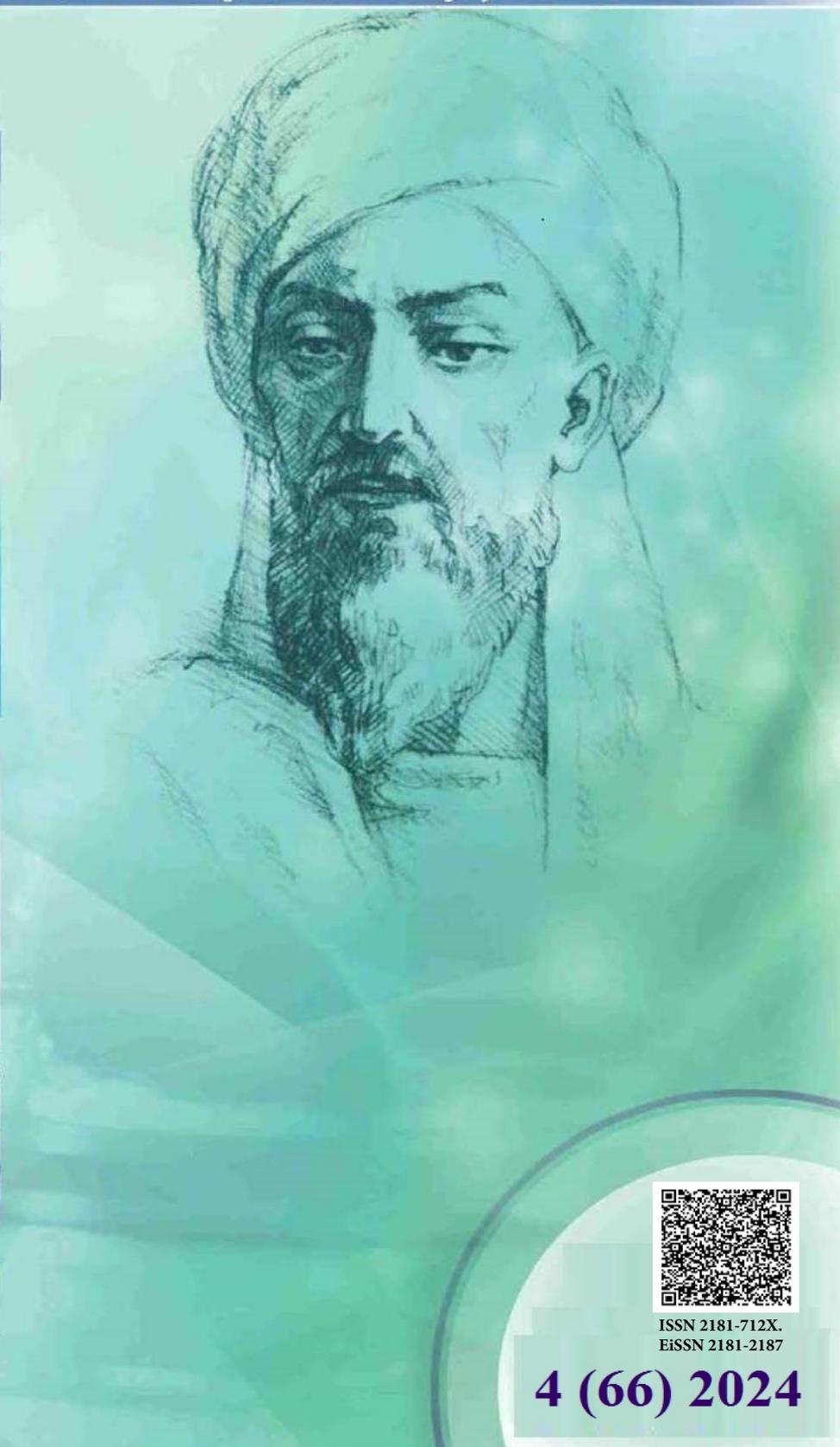
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (66) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (66)

2024

апрель

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.344-007.64-053.2-07

СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНО - ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А.^{1,2}, Примов Ф.Ш.^{1,2}, Тиловов Б.Н.^{1,2} Юлдашев Т.А.

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент, Мирзо Улугбекский район, улица Паркентская, 51 Телефон: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Узбекистан г. Ташкент, Малая кольцевая дорога, № 2 Tel: +998 (71) 150-46-00 Email.ru uzmedicine@mail.ru

✓ Резюме

За период 2006 по 2020 гг. в отделении детской хирургии РНЦЭМП пролечено 75 детей с дивертикулумом Меккеля. Из них, деструктивные формы – в 37 случаев, операционная находка – в 24 случаях, кровоточащий дивертикул – в 21 случае. При кровоточащего ДМ по нашей тактики всем поступившим с клиникой желудочно-кишечного кровотечения проведены ЭФГДС при не обнаружение источника в следующем этапе проводится колоноскопия, однако источник кровотечения также не выявлен. В связи с чем произведена диагностическая лапароскопия.

Внедрение в хирургию ДМ у детей эндохирургических технологий позволило нивелировать долю «напрасных» лапаротомий за счет возможности выполнения лапароскопической дивертикулэктомии и ограничить частоту необоснованных лапаротомий с 21,5% до 6,2%. На основании проведенного диагностического процесса и выбора способа хирургического лечения, позволяет повысить возможности и эффективность эндохирургических технологий, снизить частоту неудовлетворительных результатов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде и уменьшить койки дни с 7-9 до 4-6дн.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля (ДМ), лапароскопия, эндохирургия, эктопированные ткани, лапароскопическая дивертикулэктомия.

MODERN DIAGNOSTIC AND TREATMENT TACTICS FOR MECKEL DIVERTICULUM IN CHILDREN

Akilov H.A.^{1,2}, Primov F.Sh.^{1,2}, Tilovov B.N.^{1,2} Yuldashev T.A.

¹Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent city, Mirzo Ulugbek district, Parkentskaya street, 51
Phone: +998 (71) 268-17-44 E- @tipme.rumail: info

²Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan Tashkent, Small Ring Road, No. 2
Tel: +998 (71) 150-46-00 Email.ru uzmedicine@mail.ru

✓ Resume

For the period 2006 to 2020 75 children with Meckel's diverticulum were treated in the Department of Pediatric Surgery of the RSC EMC. Of these, destructive forms - in 37 cases, an operating finding - in 24 cases, a bleeding diverticulum - in 21 cases. In case of bleeding DM, according to our tactics, all those admitted to the clinic of gastrointestinal bleeding underwent EFGDS, if no source was found, a colonoscopy was performed at the next stage, but the source of bleeding was also not identified. In this connection, diagnostic laparoscopy was performed. The introduction of endosurgical technologies into DM surgery in children made it possible to level the proportion of "unnecessary" laparotomies due to the possibility of performing laparoscopic diverticulectomy and to limit the frequency of unreasonable laparotomies from 21.5% to 6.2%. Based on the diagnostic process and the choice of the method of surgical treatment, it allows increasing the capabilities and effectiveness of endosurgical technologies, reducing the frequency of unsatisfactory results in the immediate and long-term postoperative period and reducing the number of beds from 7-9 days to 4-6 days.

Key words: Meckel's diverticulum (DM), laparoscopy, endosurgery, ectopic tissues, laparoscopic diverticulectomy.

Актуальность

Актуальной задачей неотложной детской абдоминальной хирургии остается совершенствование алгоритмов диагностических и лечебных мероприятий при патологии дивертикула Меккеля (ДМ) — одной из труднодиагностируемых и при этом наиболее частых (1-3% в популяции) врожденных аномалий желудочно-кишечного тракта [7].

Наряду с распространенным мнением, что для ДМ характерно бессимптомное течение на протяжении всей жизни и он, как правило, случайно выявляется при аутопсии [1,3], в ряде обобщающих работ представлены данные о достаточно высокой частоте – 19-25% клинических проявлений и осложнений ДМ у детей [4,7]. В клинической картине ДМ большинство исследователей выделяют триаду симптомов: боли в животе, желудочно-кишечное кровотечение и кишечную непроходимость [8-10].

Преобладание и степень выраженности каждого из них в определенной степени зависят от анатомических особенностей ДМ, наличия различных по морфофункциональным характеристикам эктопированных тканей в стенке ДМ, возраста пациента [2,5]. Следует отметить, что клинические проявления ДМ в подавляющем большинстве случаев наблюдаются именно у детей при наибольшей частоте в младшем возрасте (62% до 2 лет) [1,4].

ДМ является причиной более 50% случаев тонкокишечных кровотечений у детей в возрасте до 2 лет. Возможности дооперационной диагностики ДМ, по мнению ряда исследователей, минимальны [2, 6], не превышают 12—25% [1,8]. При этом, по мнению авторов, определенное значение приобретает комплекс специальных методов исследования (ультрасонография органов брюшной полости, радионуклидный метод и др.), диагностические возможности которых различны [1,10].

Вопрос о наиболее целесообразных способах оперативных вмешательств при пороках развития желточного протока до настоящего времени обсуждается и остается открытым [2,10,12]. Благодаря несомненным преимуществам лапароскопической хирургии мини-инвазивные эндохирургические технологии нашли широкое применение в детской ургентной хирургии, в последние годы — и при лечении патологии, связанной с ДМ [1,2].

Цель: Проанализировать и улучшить лечебно -диагностическую тактику, используемую в отделении детской хирургии РНЦЭМП при ДМ.

Материал и методы

За период 2006 по 2020 гг. в отделении детской хирургии РНЦЭМП пролечено 89 детей с дивертикулом Меккеля. Из них, деструктивные формы – в 41 случае, операционная находка – в 24 случаях, кровоточащий дивертикул – в 24 случае. Распределение больных по полу и возрасту (табл-1).

Таблица-1.

Распределение больных по полу и по возрасту (Классификация по Г. Крайг 2000г.)

По полу	Распределение детей по возрасту				Всего
	0-2 лет	3-6 лет	7-12 лет	13-18 лет	
Мальчики	5	31	11	5	52
Девочки	2	22	9	4	37

Результат и обсуждения

Основной симптом кровоточащего ДМ — внезапное появление кровавого стула у ребёнка, бывшего до этого вполне здоровым. Первые испражнения обычно тёмного цвета, в последующем появляется тёмная кровь без сгустков и слизи. В отличие от желудочно-кишечного кровотечения другого происхождения, при ДМ не бывает кровавой рвоты. Как правило, кровотечение бывает обильным и сопровождается быстрым уменьшением количества гемоглобина и числа эритроцитов. Одновременно развиваются бледность кожных покровов, тахикардия, а иногда и коллапс с потерей сознания. В более редких случаях кровотечение

бывает необильным, а иногда и скрытым. Однако, периодически повторяясь (через 3—4 месяцев), оно обуславливает значительную анемию. Проводя дифференциальную диагностику кровоточащего дивертикула Меккеля, исключают заболевания, сопровождающиеся кишечным кровотечением (Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, инвагинацию и новообразования кишечника, болезни крови, геморрагический капилляротоксикоз).

При кровоточащего ДМ по нашей тактики всем поступившим с клиникой желудочно-кишечного кровотечения проведены ЭФГДС при не обнаружение источника в следующем этапе проводится колоноскопия, однако источник кровотечения также не выявлен. В связи с чем произведена диагностическая лапароскопия. Во всех случаях ДМ обнаружен при диагностической лапароскопии 24 случаях (27%). Из них 17(19,1%) случаях произведена лапароскопическая дивертикулэктомия с наложением петля Редера 14 (15,7%) случаях (экстракорпоральный шов). 3 (3,3%) случаях резецирован ДМ и наложен однорядные швы интракорпоральные. Остальных 7,8% случаях произведена клиновидная резекция из-за широкого основания ДМ более 2 см. через минилапаротомии с видеоассистированием.

При деструктивной формы ДМ у 8(8,9%) детей выполнена лапароскопическая дивертикулэктомия аналогичным способом. У 11 (12,3%) детей была интраоперационная находка произведена также лапароскопическая дивертикулэктомия. Следует обратить внимание на некоторые технические особенности выполнения лапароскопических операций при ДМ. При выполнении лапароскопической ревизии в поисках ДМ необходимо осматривать всю тонкую кишку (встречались ДМ на расстоянии около 2 м от илеоцекального угла), обязательна мобилизация всего дивертикула (в частности, его основания), особенно при наличии кишечного кровотечения.

Переход на «открытое» вмешательство (лапароскопически-ассистированная методика) — с резекцию участка тонкой кишки с дивертикулом через расширенный умбиликальный разрез — у 5(5,6%) детей при выраженных воспалительных, ишемических изменениях стенки кишки или на широкое основание.

При наличии широкого основания в 10(11,2%) случаях произведена клиновидная резекция ДМ с ассистированием через минилапаротомного доступа.

При деструктивных формах ДМ и в 5(5,6%) случаях, при наличии деструктивного дивертикулита с вовлечением в процесс стенки подвздошной кишки – произведена резекция подвздошной кишки вместе с ДМ с наложением анастомоза «бок в бок» из-за несоответствие диаметра проксимальной и дистальной части тонкой кишки после резекции.

У 28(31,4%) больных взято на операции с диагнозом острый аппендицит интраоперационно при ревизии тонкой кишки обнаружен измененный ДМ. (Стиль) Из них 8 (8,9%) случаи произведена операция с резекцией тонкой кишки с наложением тонко-тонко кишечного анастомоза через минилапаротомного доступа. У 16 (17,9%) случаи операция завершена с клиновидной резекцией ДМ с видеоассистированием, 11(12,3%) случаях произведена лапароскопическая дивертикулэктомия с наложением узлового шва (Редера) с аппендэктомии из-за вторичного изменения червеобразного отростка.

У 17(19,1%) случаях больных оперированы с диагнозом Перитонит и интраоперационно обнаружен деструктивной формы ДМ, из оперированных 4(4,5%) случаи операция завершена с наложением илеостомы после удаление ДМ из-за выраженного перитонита риска несостоятельности анастомоза. У 13(14,6%) больных операция завершена с наложением тонко-тонко кишечного анастомоза. Из-за перитонита всех случаях операции выполнены через серединным лапаротомным доступом.

4(4,5%) детей взято на операции с клиникой кишечной инвагинации у которых произведена резекция тонкой кишки с наложением тонко-тонко кишечного анастомоза. У 7(7,8%) больных отмечалась клиника странгуляционной кишечной непроходимости за счет перекрыта кишечника вокруг ДМ. Из них у 3(3,3%) случаи операция была паллиативная наложена илеостомы из-за инфильтрации стенки кишки и резкой расширение кишечной трубки и перитонита. У 4(4,5%) больных была радикальная операция, завершена тонко толстокишечным анастомозом.

У 2(2,2%) случаях больных оперированы с разлитой формы аппендикулярного перитонита и интраоперационно обнаружен ДМ, которые не удалены из-за распространенного перитонита.

При исследовании эктопированные ткани обнаружены в 21(23,6%) дивертикулах, которые поступили с клиникой кровотечением – слизистая оболочка желудка у 13(14,6%) пациентов; – ткань поджелудочной железы — у 8(8,9%).

Заключение

Лапароскопические вмешательства в настоящее время являются методом выбора для диагностики и адекватной радикальной коррекции практически любой патологии, связанной с ДМ, у детей всех возрастных групп. В подавляющем большинстве случаев резекция дивертикула позволяет полностью избавить ребенка от имевшихся патологических симптомов (в частности, кишечного кровотечения), при этом вероятность рецидива заболевания приближается к нулю. Повышение эндовизуальной хирургической активности лечения при ДМ особенно с кровотечением у детей позволило изменить структуру тактических подходов к выбору оптимального способа, когда при резком снижении доли традиционных Дивертикулэктомии.

Внедрение в хирургию ДМ у детей эндохирургических технологий позволило нивелировать долю «напрасных» лапаротомий за счет возможности выполнения лапароскопической дивертикулэктомии и ограничить частоту необоснованных лапаротомий с 21,5% до 8,2%. На основании проведенного диагностического процесса и выбора способа хирургического лечения, позволяет повысить возможности и эффективность эндохирургических технологий, снизить частоту неудовлетворительных результатов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде и уменьшить койки дни от 7-9 до 4-6дн.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Дедов К.А., Даренков И.А. Лапароскопическая хирургия у детей достижения и перспективы. // *Детская хирургия*. 1997;1:13-17; Москва.
2. Степанов Э.А., Смирнов А.Н., Дронов А.Ф., Поддубный И.В. и др. Лапароскопическая хирургия у детей и подростков — возможности и перспективы. // *Хирургия*. 2013; 11:28-32 Москва.
3. Барская М.А., Быков Д.В., Варламов А.В., и др. Результаты лечения осложнений дивертикула Меккеля у детей. // *Детская хирургия* 2019;17-19 Москва.
4. Филиппов А.А. Узлообразование дивертикула Меккеля. // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2000; 159(1): 101-102.
5. Аксакара А., Alimoglu O., Ozkan O.V., Sahin M. Complicated Meckel's diverticulum. *Ulus. Trauma Derg.* 2003Oct; 9(4): 246-9. 67;
6. Levy A.D., Hobbs Ch.M. Meckel diverticulum: Radiologic features with pathologic correlation. // *Rad. Graph.* 2014; 24(2): 565—87. 7
7. Kapischke M., Bley K., Deltz E. Meckel's diverticulum: a disease associated with a colored clinical picture. *Surg.* // *Endosc.* 2003; 17(2): 351.
8. Tyrcoveanu E., Niculescu D., Geogescu S. et al. Meckel's diverticulum in laparoscopic era. // *Chirurgia (Buc.)*. 2018; 99(4): 227-32.
9. Jabar M.F., Shakor A.R., Gul Y.A. Spontaneous haemoperitoneum secondary to a Meckel's diverticulum. // *ActaChir. Belg.* 2014; 104(5): 59-68.
10. Nath D.S., Morris T.A. A small bowel obstruction in an adolescent: a case of Meckel's diverticulum. // *Minn. Med.* 2004; 87(11): 46-78.
11. Teitelbaum D.H., Polley T.Z. Jr., Obeid F. Laparoscopic diagnosis and excision of Meckel's diverticulum. // *J. Pediatr. Surg.* 2014; 29(4): 495-7.

Поступила 20.03.2024