КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2024. Т. 1, № 1. С. 49-51
National Bulletin of Medical Associations. 2024. Vol. 1, no. 1. P. 49-51
Научная статья / Original article
УДК 616.34-007.64; 616-053.3

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ КАК ПРИЧИНА НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Аксельров Михаил Александрович[1,2]✉, Сергиенко Татьяна Владимировна[1,2], Дадашева Сельминаз Мирзабековна[2], Свазян Вадим Вайричович[1], Евдокимов Владимир Николаевич[1], Столяр Александр Владимирович[1], Аксельров Егор Михайлович[1]

[1] Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия
[2] Областная клиническая больница № 2, Тюмень, Россия
✉ akselerov@mail.ru

Аннотация. *Представлено описание клинического наблюдения хирургического лечения новорожденного с необлитерированным желточным протоком. Доношенный мальчик в возрасте 21 день поступил в клинику с жалобами на срыгивание и рвоту. На фоне симптоматической терапии нарастала клиническая картина кишечной непроходимости. Выполнена лапаротомия, на которой выявлена низкая кишечная непроходимость за счет заворота вокруг фиксированного дивертикула Меккеля. Проведена внеслизистая резекция дивертикула. Послеоперационный период протекал гладко. Патология необлитерированного желточного протока у новорожденных очень редка. Только высокая настороженность хирургов в отношении данного заболевания позволит своевременно диагностировать эту аномалию развития, снизив к минимуму риск развития различных осложнений, в том числе сопровождающихся кишечной непроходимостью.*

Ключевые слова: *новорожденные; хирургия новорожденных; желточный проток; омфаломезентериальный проток; кишечный шов; кишечный анастомоз*

Для цитирования: Дивертикул Меккеля как причина низкой кишечной непроходимости у новорожденного. Клинический случай / М. А. Аксельров, Т. В. Сергиенко, С. М. Дадашева, В. В. Свазян, В. Н. Евдокимов, А. В. Столяр, Е. М. Аксельров // Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2024. Т. 1, № 1. С. 49-51.

ВВЕДЕНИЕ

Желточный проток в первые недели внутриутробного развития необходим эмбриону для развития, так как соединяя кишечник с желточным мешком отвечает за поступление питательных веществ. При нормальном развитии к 5 месяцу внутриутробной жизни происходит его облитерация, нарушение которой может заканчиваться различными патологическими состояниями [1]. Встречается дивертикул Меккеля у 2% людей [2, 3].

Значимость открытого омфаломезентериального протока появляется лишь при возникновении осложнений, одним из которых является кишечная непроходимость, развивающаяся в результате сдавления просвета кишки фиксированным к ней дивертикулом [4,5]. Наиболее часто осложнённый дивертикул Меккеля диагностируется у детей в возрасте от 4 до 10 лет [6, 7]. В данной статье приведён пример низкой кишечной непроходимости у ребёнка периода новорожденности, вызванной фиксированным дивертикулом Меккеля.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ребёнок от 3 беременности, протекавшей на фоне отягощённого акушерского анамнеза. Срочные роды 3 в головном предлежании в 39,2 недель. Оценка по шкале Апгар: 9/9 баллов. Вес при рождении 3530 г. В периоде адаптации состояние удовлетворительное, находился на грудном вскармливании. Выписан домой на 3 сутки жизни.

Поступил с жалобами на вялость, срыгивания и рвоту в возрасте 21 день. При ультразвуковом исследовании данных за врождённый гипертрофический пилоростеноз не выявлено. На фоне симптоматической терапии состояние с отрицательной динамикой. Живот увеличен в объёме, пальпации не доступен. Из желудка – застойного характера отделяемое. При рентгенологическом обследовании с контрастированием желудочно-кишечного тракта диагностирована низкая кишечная непроходимость (рисунок 1). Операция в срочном порядке.

Срединная лапаротомия, в брюшной полости большое количество светлого выпота. Петли тонкой кишки перераздуты до 2,0 см. в диаметре, гиперемированы, отёчны.

MECKEL'S DIVERTICULUM AS A CAUSE OF LOW INTESTINAL OBSTRUCTION IN A NEWBORN. A CLINICAL CASE

Akselrov Mikhail A.[1,2]✉, Sergienko Tatyana V.[1,2], Dadasheva Selminaz M.[2], Svazyan Vadim V.[1], Evdokimov Vladimir N.[1], Stolyar Alexander V.[1], Akselrov Egor M.[1]

[1] Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
[2] Regional Clinical Hospital No. 2, Tyumen, Russia
✉ akselerov@mail.ru

Abstract. *A description of the clinical observation of surgical treatment of a newborn with an ungliterated yolk duct is presented. A full-term boy aged 21 days was admitted to the clinic with complaints of regurgitation and vomiting. Against the background of symptomatic therapy, the clinical picture of intestinal obstruction increased. Laparotomy was performed, which revealed low intestinal obstruction due to inversion around the fixed Meckel diverticulum. Extracellular resection of the diverticulum was performed. The postoperative period was smooth. Pathology of the ungliterated yolk duct in newborns is very rare. Only high alertness of surgeons in relation to this disease will allow timely diagnosis of this developmental anomaly, minimizing the risk of various complications, including those accompanied by intestinal obstruction.*
Keywords: *newborns, newborn surgery, yolk duct, omphalomesenteric duct, intestinal suture, intestinal anastomosis*

На расстоянии 15,0 см. до илеоцекального угла обнаружен дивертикул Меккеля до 3,0 см длиной и основанием около 1,5 см в диаметре. Дивертикул гиперемирован, отёчный, местами покрыт фибрином, фиксирован в малом тазу к брюшной стенке. Вокруг дивертикула обнаружен заворот петли подвздошной кишки с непроходимостью и странгуляцией. Ниже дивертикула тонкая кишка спавшаяся. После ликвидации заворота участвующая в патологическом процессе кишка признана жизнеспособной. Выполнена внеслизистая резекция дивертикула по методике, принятой в клинике. По окружности основания дивертикула циркулярно выполнено пересечение серозного и мышечного слоев кишечной стенки. Проведена демуказация с заходом на дивертикул и подвздошную кишку. У основания дивертикула слизистая оболочка перевязана. После обработки культи слизистой оболочки антисептическим раствором последняя прикрыта отдельными серозно-мышечными швами в поперечном направлении (рисунок 2).

В течение 7 суток сохранялся парез кишечника, не позволяющий проводить энтеральное питание, требовавший полного парентерального питания, антибактериальной терапии и стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта. На фоне лечения состояние нормализовалось. Выписан с выздоровлением на 15 сутки после оперативного вмешательства.

ОБСУЖДЕНИЕ

Диагностика дивертикула Меккеля трудна, так как не имеет специфических симптомов. Чаще всего диагноз ставится во время операции.

Осложнение дивертикула Меккеля также не имеет характерных клинических проявлений. У взрослых пациентов в 100% отмечают боль в животе, в 50% рвоту, в 33% вздутие живота и повышение температуры тела [8, 9]. Эти

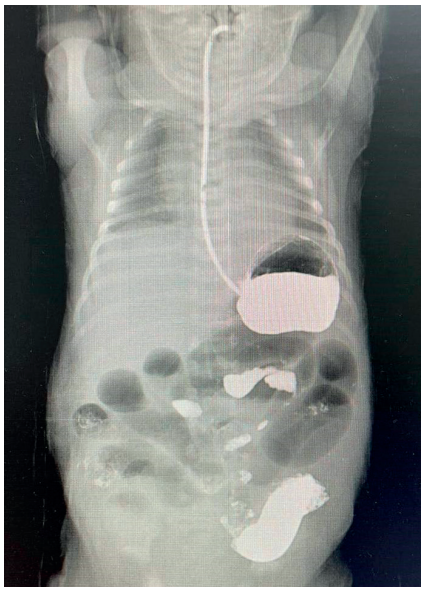

Рисунок 1 – Рентгенограмма органов брюшной полости, выполненная в вертикальном положении через 2 часа после введения в желудок контрастного вещества

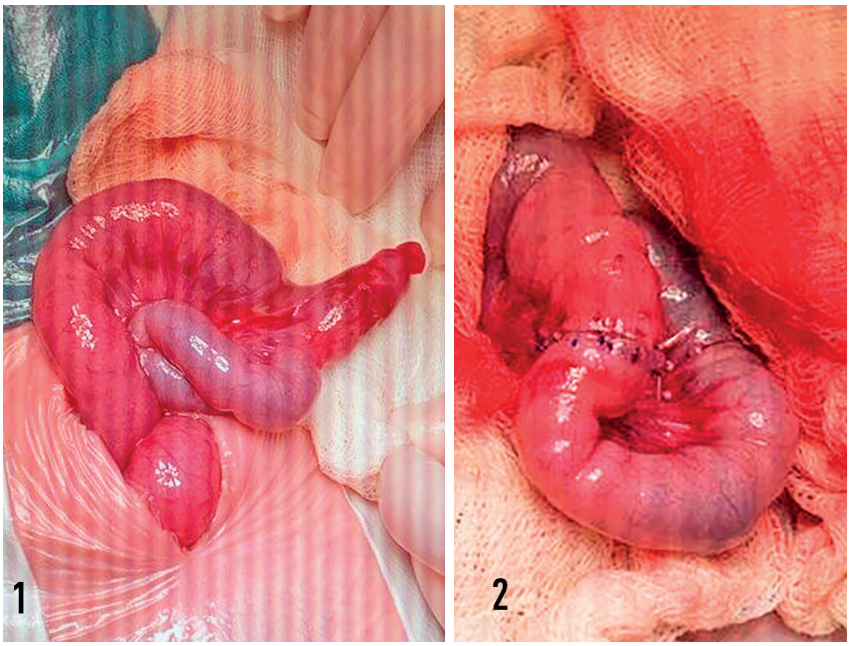

Рисунок 2 – Интраоперационное фото. 1 – вид дивертикула после расправления заворота тонкой кишки; 2 – вид сформированного анастомоза

симптомы бывает сложно интерпретировать и сопоставить с неполным закрытием желточного протока у новорожденного ребёнка, направляя мысль хирурга в первую очередь в сторону врождённой кишечной непроходимости [10]. Сложность правильной диагностики заключается ещё и в редкости патологии. Так, И. В. Горемыкин с соавторами за 37 лет наблюдал всего 5 новорожденных детей с дивертикулом Меккеля, из которых только у 2-х дивертикул явился причиной странгуляционной кишечной непроходимости [11].

В нашем наблюдении с учётом начала заболевания с срыгиваний и рвоты на 21 день жизни мысли врачей были обращены в сторону врождённого гипертрофического пилоростеноза. И к рентгенологическому обследованию прибегли, когда на фоне симптоматической терапии стали нарастать клинические проявления кишечной непроходимости.

Выбор объёма операции зависит как от состояния кишки, воспалительных изменений в брюшной полости, так и от подготовки хирурга и оснащённости клиники. При узком основании дивертикула возможна его перевязка и отсечение у основания с погружением культи в кисетный шов [12]. При широком основании рекомендуют производить или клиновидное иссечение дивертикула с последующим наложением поперечного шва на стенку кишки, или резекцию участка кишки с дивертикулом и формированием прямого анастомоза «конец в конец». Операцию можно проводить как открыто, так и эндоскопически. Ряд авторов, особенно при лапароскопической операции, рекомендуют отсекать дивертикул при помощи сшивающего аппарата [13]. При перитоните, когда кишка и брюшная полость скомпрометированы, операцию можно закончить формированием искусственного кишечного свища [4,5]. В нашем наблюдении состояние кишки и брюшной полости позволило выполнить удаление дивертикула. Выбрана методика внеслизитой, без скрытия просвета кишки резекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Патология необлитерированного желточного протока у новорожденных очень редка. Только высокая настороженность хирургов в отношении данного заболевания позволит своевременно диагностировать эту аномалию развития, снизив к минимуму риск развития различных осложнений, в том числе сопровождающихся кишечной непроходимостью.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. А. Ю. Разумовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280 с.
2. Hansen C. C. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century/ C. C. Hansen, K.Søreide //Medicine (Baltimore). – 2018. – Vol. 97, № 35. – ID 12154.
3. Pediatric Meckel's diverticulum: report of 208 cases and review of the literature/A.Francis, D.Kantarovich, N.Khoshnam et al. // Fetal Pediatr Pathol. – 2016. – Vol. 35, № . 3. – P. 199-206.
4. Clinical characteristics of Meckel diverticulum in children: A retrospective review of a 15- year single-center experience/ X.-K.Lin, X.-Z.Huang, X.-Z.Bao et al. //Medicine (Baltimore). – 2017. – Vol. 96, № . 32. – ID e7760.
5. Острая непроходимость кишечника как осложнение дивертикула Меккеля у детей/В.И.Петлах, А. К. Коновалов, О. А. Беляева [и др.]// Лечение и профилактика. – 2022. – Т. 12, № 1. – С. 77-84.
6. Spontaneous Hemoperitoneum Caused by Meckel's Diverticulum in an Elder Patient/A.Rosat, E.Pérez, H. H. Oaknin et al. //Pan Afr. Med. J. – 2016. – 24; 314.
7. Inverted Meckel's Diverticulum Preoperatively Diagnosed Using Double-balloon Enteroscopy/K.Takagaki, S.Osawa, T.Ito et al. //World J. Gastroenterol. – 2016. – Vol. 22, № . 17. – P. 4416-4420.
8. Darlington C. D. Meckel's Diverticulitis Masquerading as Acute Pancreatitis: A Diagnostic Dilemma/C.D.Darlington, G.F.S.Anitha//Indian J Crit. Care Med.– 2017. –Vol. 21, № . 11. –P.789-792.
9. Complicated Meckel's Diverticulum: Presentation Modes in Adults/ A.Parvanescu, M.Bruzzi, T.Voron et al.//Medicine. – 2018. – Vol. 29, № . 38. – e12457.
10. Аксельров М. А. Снижение младенческой смертности от врождённой патологии путём развития хирургии новорожденных/ М.А.Аксельров, И. Ю. Карпова, О. М. Пятилышнова // Медицинская наука и образование Урала. – 2018. – Т. 19, № 4 (96). – С. 118-122.
11. 37-летний опыт лечения патологии желточного протока у детей / И.В.Горемыкин, Ю. В. Филиппов, В. Б. Турковский [и др.]//Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2014. Том IV, № 1. –. С. 46-50.
12. Чундокова М. А. Инвертированный дивертикул Меккеля как причина кишечной инвагинации у ребенка. Клинический случай/М.А.Чундокова, М. А. Голованев, А.АИванов// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2024. –Т.14, № 1. – С. 143-149.
13. Опыт лечения открытого омфаломезентериального протока у новорожденных/М.Г.Рехвиашвили, А.АЯковлева, А. Ю. Кругляков [и др.]//Детская хирургия. – 2020. – Т. 24, № 4. – С. 278-282.
14. Выбор способа операции у новорожденных с низкой кишечной непроходимостью/В.В.Иванов, М. А. Аксельров, В. М. Аксельров, В. П. Чевжик [и др.] //Детская хирургия. – 2003. – № 2. – С. 1-5.
15. Энтеро- и колостома в этапном лечении низкой кишечной непроходимости у новорожденных/В.В.Иванов, М. А. Аксельров, В. М. Аксельров [и др.] //Детская хирургия. – 2006. – № 6. – С. 7-14.

Сведения об авторах и дополнительная информация

Аксельров Михаил Александрович – заведующий кафедрой детской хирургии института Материнства и детства ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России; заведующий хирургическим отделением для детей № 1 ГАУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2» г. Тюмень, д. м. н., доцент, email: akselerov@mail.ru, SPIN-код 3127-9804.

Сергиенко Татьяна Владимировна – ассистент кафедры детской хирургии института Материнства и детства ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России; врач детский хирург ГАУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2» г. Тюмень.

Дадашева Сельминаз Мирзабековна – врач детский хирург ГАУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2» г. Тюмень.

Свазян Вадим Вайричович – доцент кафедры детской хирургии института Материнства и детства ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, к. м. н., доцент.

Евдокимов Владимир Николаевич –доцент кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, к. м. н.

Столяр Александр Владимирович – доцент кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, врач детский хирург, Клинический госпиталь «Мать и дитя»

Аксельров Егор Михайлович – студент 1 курса Института материнства и детства ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.