

ЛИТЕРАТУРА

1. Жуковский М.А., Лебедев Н.Б., Семичева Т.В., Чхеидзе Л.В., Хайсман А.Е. Тестикулярная феминизация / Под ред. М.А. Жуковского // Нарушения полового развития. – М.: Медицина, 1989. – 272 с.
2. Литвинов, В.В. 18-летний катамнез пациентки с синдромом тестикулярной феминизации (описание случая) / В.В. Литвинов, А.Н. Сулима // Проблемы репродукции. – 2015. – №4. – С.43-47.
3. Bisceglia M, Magro G, Ben Dor D. Familial complete androgen insensitivity syndrome (Morris syndrome or testicular feminization syndrome) in 2 sisters Adv Anat Pathol. 2008;15:2:113-117.
4. Gingu C, Dick A, Pătrășcoiu S, Domnișor L, Mihai M, Hârza M, Sinescu I. Testicular feminization: complete androgen insensitivity syndrome. Discussions based on a case report. Rom J Morphol Embryol. 2014;55:1:177-181.
5. Morris J.M. The syndrome of testicular feminisation in male pseudohermaphrodites. American Journal of Obstetrics and Gynecology, St. Louis. 1953;65.-1192-1211.
6. Беникова Е.А., Бужиевская Т.И., Сильванская Е.М. Генетика эндокринных заболеваний. – Киев: Наукова Думка, 1993. – С. 151-152.
7. Йен С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология: пер. с англ. – М.: Медицина, 1998; 1: – С. 402-404.
8. Пищулин, А.А. К вопросу о хирургической тактике при синдроме тестикулярной феминизации / А.А. Пищулин, И.С. Яровая, А.Н. Тюльпаков, О.В. Манченко // Проблемы репродукции. – 1999. – № 5. – С. 43-46.
9. Muller J., Skakkebaek N. Testicular carcinoma in situ in children with the androgen insensitivity (testicular feminisation) syndrome. Br Med J 1984; 288: 1419-1420.
10. Cassio A., Cacciari E., D'Errico A., Balsamo A., Grigioni F.W., Pascucci M.G., Bacci F., Tacconi M., Mancini A.M. Incidence of intratubular germ cell neoplasia in androgen insensitivity syndrome. Acta Endocrinol (Copenh) 1990; 123: 416-422.
11. Тишковский С.В., Никонова Л.В., Лазаревич С.Н., Третьякова Н.Г., Кунцевич Г.И. Случай синдрома тестикулярной феминизации в эндокринологической практике. Журнал ГрГМУ. – 2006, № 3. – С. 120-121.

REFERENCES

1. Zhukovskij M.A., Lebedev N.B., Semicheva T.V., Chkheidze L.V., Hajsman A.E. Testikulyarnaya feminizaciya. Narusheniya polovogo razvitiya. – M.: Medicina, 1989. – 272 s. (In Russ.).
2. Litvinov, V.V. Sulima A.N. 18-letnij katamnez pacientki s sindromom testikulyarnoj feminizacii (opisanie sluchaya). Problemy reprodukcii. 2015; (4):43-47. (In Russ.).
3. Bisceglia M, Magro G, Ben Dor D. Familial complete androgen insensitivity syndrome (Morris syndrome or testicular feminization syndrome) in 2 sisters Adv Anat Pathol. 2008;15:2:113-117.
4. Gingu C, Dick A, Pătrășcoiu S, Domnișor L, Mihai M, Hârza M, Sinescu I. Testicular feminization: complete androgen insensitivity syndrome. Discussions based on a case report. Rom J Morphol Embryol. 2014;55:1:177-181.
5. Morris J.M. The syndrome of testicular feminisation in male pseudohermaphrodites. American Journal of Obstetrics and Gynecology, St. Louis. 1953;65.-1192-1211.
6. Benikova E.A., Buzhievskaya T.I., Sil'vanskaya E.M. Genetika endokrinnyh zabolevanij. – Kiev: Naukova Dumka, 1993. – S. 151-152. (In Russ.).
7. Jen S.S.K., Dzhafe R.B. Reprodukivnaya endokrinologiya: per. s angl. – M.: Medicina, 1998; 1: – S. 402-404. (In Russ.).
8. Pishchulin, A.A., Yarovaia I.S., Tyul'pakov A.N., Manchenko O.V. K voprosu o hirurgicheskoj taktike pri sindrome testikulyarnoj feminizacii. Problemy reprodukcii. 1999; (5): 43-46. (In Russ.).
9. Muller J., Skakkebaek N. Testicular carcinoma in situ in children with the androgen insensitivity (testicular feminisation) syndrome. Br Med J 1984; 288: 1419-1420.
10. Cassio A., Cacciari E., D'Errico A., Balsamo A., Grigioni F.W., Pascucci M.G., Bacci F., Tacconi M., Mancini A.M. Incidence of intratubular germ cell neoplasia in androgen insensitivity syndrome. Acta Endocrinol (Copenh) 1990; 123: 416-422.
11. Tishkovskij S.V., Nikonova L.V., Lazarevich S.N., Tretyakova N.G., Kuncovich G.I. Sluchaj sindroma testikulyarnoj feminizacii v endokrinologicheskoj praktike. ZHurnal GrGMU. 2006; (3):120-121. (In Russ.).

УДК 616.344-007.64

© Коллектив авторов, 2021

Н.В. Раянов, Р.Н. Раянов, Р.М. Хамидуллин, И.Х. Хатилов, Р.Н. Раянова КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

ГБУЗ РБ «Нефтекамская городская больница», г. Нефтекамск

В статье представлено описание клинического случая – кровотечения из дивертикула Меккеля. Дивертикул Меккеля – врожденная аномалия подвздошной кишки в результате нарушения облитерации проксимальной части желточного протока. В составе стенки дивертикула Меккеля часто обнаруживается эктопированная слизистая желудка, способная вырабатывать соляную кислоту, или ткань поджелудочной железы. Наличие эктопического эпителия желудка в дивертикуле Меккеля у детей является причиной изъязвления его стенки и желудочно-кишечного кровотечения.

Обнаружить бессимптомное течение дивертикула удастся лишь при обследовании пациента по поводу другого заболевания, чаще всего при лапаротомии по поводу острого аппендицита.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, кровотечение, лапаротомия, клиновидная резекция дивертикула, острая постгеморрагическая анемия.

N.V. Rayanov, R.N. Rayanov, R.M. Khamidullin, I.Kh. Khatipov, R.N. Rayanova BLEEDING FROM PEPTIC ULCER OF MECKEL'S DIVERTICULA IN AN INFANT

The article describes a clinical case - bleeding from Meckel's diverticulum. Meckel's diverticulum is a congenital malformation of the ileum as a result of a violation of obliteration of the proximal part of the vitelline duct. Ectopic gastric mucosa, capable of

producing hydrochloric acid, or pancreatic tissue is often found in the wall of Meckel's diverticulum. The presence of ectopic epithelium of the stomach in Meckel's diverticulum in children is the cause of ulceration of its wall and gastrointestinal bleeding.

It is possible to detect an asymptomatic course of a diverticulum only when examining a patient for another disease, most often with laparotomy for acute appendicitis.

Key words: Meckel diverticulum, bleeding, laparotomy, wedge-shaped resection of the diverticulum, acute posthemorrhagic anemia.

В большинстве случаев (95-98%) дивертикул Меккеля ничем себе не проявляет, т.е. неосложненный дивертикул у детей протекает бессимптомно и может являться случайной находкой при проведении лапаротомии по поводу другого заболевания (чаще всего во время аппендэктомии). В 6,4% случаев дивертикул провоцирует различные осложнения, опасные для жизни ребенка [1,3]. Эти осложнения чаще всего связаны с анатомическими особенностями строения стенки дивертикула. Клинические признаки дивертикула Меккеля у детей обычно связаны с развитием осложнений. По различным литературным данным осложнением дивертикула являются: дивертикулит – 22%, кишечная непроходимость – 15% (инвагинация, странгуляция, заворот петли кишечника вокруг дивертикула), перфорация – 3% [4,5,7].

Одним из наиболее трудных в диагностике грозного осложнения дивертикула Меккеля является кровотечение из дивертикула (встречается в 9% случаев). Кровотечение в большинстве случаев начинается внезапно, среди полного здоровья. Родители отмечают, что у ребенка был стул «чистой» кровью или с небольшими примесями кала. Температура тела при этом нормальная. Иногда кровотечения могут быть скрытыми, хроническими. Чаще всего встречается внезапное массивное кровотечение, которое приводит к шоковому состоянию ребенка. Чаще кровотечение встречается у детей от года до 2-3-х лет [1,2,4,5].

Острое кровотечение сопровождается прогрессирующим ухудшением общего состояния ребенка. Он бледнеет, нередко возникает коллапс, пульс становится частым, слабого наполнения, АД резко снижается. Анализы крови показывают резкое снижение гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя и гематокрита характерные для постгеморрагической анемии [1,3,9].

Существующие методы диагностики дивертикула Меккеля являются либо сложными (сцинтиграфия с использованием изотопов технеция пертехнетат, так как данный препарат накапливается в дивертикуле Меккеля, когда он в своем составе содержит эктопированную слизистую оболочку желудка), либо малоинформативными (УЗИ, КТ и МРТ брюшной полости), либо удлиняют процесс диагностики. Диагноз кишечного кровотечения и его интенсивность устанавливается на основании жалоб

(чаще родителей), клинических проявлений анемии, лабораторных данных (анализ крови: эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, гематокрит), анализа кала на скрытую кровь [7,8]

Данные литературы свидетельствуют о высокой диагностической ценности лапароскопии при патологии органов брюшной полости, в том числе при патологии дивертикула Меккеля [6,10,11].

Хирургическое лечение (дивертикулэктомия) является основным методом при осложненном дивертикуле Меккеля. Применяются следующие варианты: как при аппендэктомии при узком основании, при широком основании – клиновидная резекция дивертикула или же резекция части подвздошной кишки вместе с дивертикулом с последующим энтероанастомозом.

В своей практической деятельности мы наблюдали клинический случай кровотечения из дивертикула Меккеля у ребенка 5 месяцев.

Клинический случай

Ребенок поступил в хирургическое отделение Нефтекамской городской больницы 01 июля 2020 года в 02:00 часа ночи с жалобами со слов матери на слабость и двухкратный стул с кровью через 10 часов с момента заболевания. Ухудшение состояния у ребенка с 16 часов дня 30 июня 2020 года.

Обратились по месту жительства в Калтасинскую ЦРБ. Ребенок был осмотрен врачом-педиатром и направлен в Нефтекамскую городскую больницу с подозрением на инвагинацию кишечника. Ребенок от третьей беременности, роды третьи. Беременность у матери протекала нормально. Масса при рождении у ребенка 3930 г, рост 54 см. До 4-х месяцев находился на грудном вскармливании. В течение последних двух недель мать стала давать коровье молоко. Состояние ребенка при поступлении крайне тяжелое, выраженная слабость обусловлена кровотечением. Кожные покровы бледной окраски. Температура тела 36,5 °С. Со стороны костно-мышечной системы видимой патологии нет.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими везикулярное дыхание ЧД 34 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС до 136 в минуту АД 60/40 мм рт. ст. При осмотре живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, патологических образований не пальпируется, симптомов раздражения брюшины нет.

Со слов матери моча светлая. В момент осмотра ребенка был скудный стул с темной кровью. При осмотре область ануса без особенностей.

В анализах крови: HGB гемоглобин 70 г/л, RBC эритроциты $2,36 \times 10^{12}$ кл/л, HCT гематокрит 19,2%, цветовой показатель 0,89, WBC лейкоциты $22,4 \times 10^9$ кл/л.

Анализ мочи: удельный вес 1010, белок отрицательный.

В условиях детского реанимационного отделения начато лечение: катетеризация внутренней яремной вены под УЗИ-контролем, инфузионно-трансфузионная и гемостатическая терапия – переливание эритроцитарной взвеси лейкоцедуцированной O(1) Rh(-отр) и свежзамороженно карантинизированной плазмы AB(IV) Rh+.

Несмотря на интенсивную терапию, общее состояние ребенка прогрессивно ухудшалось, в клиническом анализе крови падение гемоглобина до 50 г/л, эритроцитов до 2×10^{12} /л. Ребенок взят на операцию. Под общим обезболиванием произведена диагностическая лапароскопия.

При ревизии брюшной полости на расстоянии 15 см от илеоцекального угла на подвздошной кишке – противобрыжечном крае – обнаружен дивертикул Меккеля на широком основании без признаков воспаления. В просвете дивертикула и нижележащем отделе кишечника содержится кровь. Произведена клиновидная резекция дивертикула (см. рисунок).



Рис. Удаленный дивертикул Меккеля (макропрепарат)

Удаленный дивертикул направлен на гистологическое исследование: стенка слизистой дивертикула с воспалительной инфильтрацией, эрозией и язвой. При дальнейшей ревизии брюшной полости другой патологии не обнаружено. Швы на рану. Асептическая повязка.

Послеоперационный диагноз: кровотечение из пептической язвы дивертикула Меккеля. Острая постгеморрагическая анемия. В послеоперационном периоде ребенок находился в реанимационном отделении и получал инфузионную терапию, включающую одну-группную кровь, нативную плазму и обезболивающие средства. Постепенно состояние ребенка стабилизировалось.

На 10-е сутки после снятия швов ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. Мать жалоб не предъявляет. Живот ребенка при пальпации мягкий, безболезненный, патологических образований не определяется, стул самостоятельный, крови нет.

При контрольном анализе крови: Hb 115 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ кл/л, цветовой показатель 0,86, гематокритная величина 32,2%.

Выводы

1. Кровотечение из пептической язвы дивертикула Меккеля у детей является опасным жизнеугрожающим состоянием, поэтому оперативное лечение в экстренном порядке является оправданным. Своевременная диагностика опасного осложнения дивертикула Меккеля (внезапное массивное кровотечение) и экстренное оперативное лечение спасло жизнь данного ребенка.

2. Операцией выбора на современном этапе при кровотечении из пептической язвы дивертикула Меккеля является лапароскопическая дивертикулэктомия.

3. Данный клинический случай из практики представляет большой клинический интерес как для детских хирургов, так и для хирургов общего профиля, а также для педиатров.

Сведения об авторах статьи:

Раянов Наил Вакилович – к.м.н., детский хирург ГБУЗ РБ «Городская больница». Адрес: 452699, г. Нефтекамск, ул. Парковая, 31. E-mail: rayanov56@mail.ru.

Раянов Руслан Наилевич – детский хирург ГБУЗ РБ «Городская больница». Адрес: 452699, г. Нефтекамск, ул. Парковая, 31. E-mail: ruslanraianov@mail.ru.

Хамидуллин Разиф Муллаулович – хирург ГБУЗ РБ «Городская больница». Адрес: 452699, г. Нефтекамск, ул. Парковая, 31. E-mail: Khamidullin-Razif@mail.ru.

Хатилов Ильгиз Халимьянович – к.м.н., врач-анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ РБ «Городская больница». Адрес: 452699, г. Нефтекамск, ул. Парковая, 31. E-mail: Ilgiz_chatipov@mail.ru.

Раянова Регина Наилевна – врач-педиатр ГБУЗ РБ «Городская больница». Адрес: 452699, г. Нефтекамск, ул. Парковая, 31. E-mail: rayanova_regina85@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грона, В.Н. Острые кровотечения в просвете пищеварительного канала у детей / В.Н. Грона, В.К. Литовка, И.П. Журило, Г.А. Сопов [и др.] // Здоровье ребенка. – 2010. – №4(28). – С. 30-32.
2. Джаналаев, Б.К. Патология дивертикула Меккеля у детей и вопросы хирургического лечения / Б.К. Джаналаев, С.П. Досмагамбетов, В.И. Котлобовский, Р.А. Кенжалина, А.С. Самиголла // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2017. – №15. – С. 50-52.

3. Иванова Е.В., Дивертикул Меккеля как причина тонкокишечного кровотечения: долг ли путь к правильному диагнозу? [Электронный ресурс] / Е.В. Иванова, О.И. Юдин, И.В. Осипова, Е.Д. Фёдоров // Актуальные вопросы эндоскопии. – 2015. URL: <https://rusendo.ru/ru/archive/theses-ru/68-2015-god/> (дата обращения 12.12.2020).
4. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР медицина, 2009. – 116 с.
5. Папалуца, И.Д. Трудности диагностики острой кишечной непроходимости –инвагинации тонкого кишечника, обусловленной / И.Д. Папалуца, А.А. Шевцов, Н.В. Раянов, В.А. Семенюк // Вестник Челябинской клинической больницы. – 2019. – №1. – С.31-35.
6. Подкаменев, В.В. Патология дивертикула Меккеля у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2012. – Т.2. – №4. – С. 28-33.
7. Поддубный, И.В. Лапароскопические операции при патологии дивертикула Меккеля/ И.В. Поддубный [и др.] // Детская хирургия. – 2015. – №5. – С.4-6.
8. Пименов, И.А. Дивертикул Меккеля: анатомические особенности и варианты локализации [Электронный ресурс]/ И.А. Пименов, М.В. Оганесян, И.В. Меренкова // Международный студенческий научный вестник. – 2017. – №8. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=17335> (дата обращения 02.12.2020).
9. Раянов, Н.В. Острая кишечная непроходимость, обусловленная дивертикулумом Меккеля /Н.В. Раянов, Р.Н. Раянов, В.В. Егоров, В.В. Гареев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2016. – №6(66). – С. 70-71.
10. Череватенко, А.А. Редкий случай инвагинации дивертикула Меккеля у ребенка/ А.А. Череватенко, А.А. Шапкина, И.С. Седых, А.С. Шевчук // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2018. – №1. – С.95-96
11. Ярустовский П.М. Лапароскопия в диагностике и лечении дивертикула Меккеля у детей: автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2007. – 49 с.
12. Bani-Hani Kamal E.M.D. Shatnawi Nawaf J. Meckel's Diverticulum: Comparison of Incidental and Symptomatic Cases // World Journal of Surgery. - 2004. - № 9(28). - 917-920p.
13. Sharma R.K., Jain V.K. Emergency surgery for Meckel's Diverticulum // World J Emerg Surg. - 2008. - №3 (27). – 18p.
14. Snyder Ch. L. Current management of umbilical abnormalities and related anomalies // Seminars in Pediatric Surgery. - 2007. - №1 (16). - 41-49p.

REFERENCES

1. Grona V.N. Litovka V.K. Zhurilo I.P. Sopov G.A. Vesely S.V. K.V. Latyshov Poshekhonov A.S. Acute bleeding into the lumen of the alimentary canal in children // Child Health. - 2010. - No. 4 (28). - S. 30-32. (In Russ.).
2. Dzhenaaliev B.K., Dosmagambetov S.P., Kotlobovsky V.I., Kenzhalina R.A., Samigolla A.S. Pathology of Meckel's diverticulum in children and issues of surgical treatment // Medical Journal of Western Kazakhstan. - 2017. - No. 15. - S. 50-52. (In Russ.).
3. E.V. Ivanova, O.I. Yudin, I.V. Osipova, E.D. Fedorov Meckel's diverticulum as a cause of small bowel bleeding: is the path to the correct diagnosis long? // Russian National Research Medical University named after NI Pirogov: Department of Hospital Surgery No. 2 with Research Laboratory of Surgical Gastroenterology and Endoscopy. - 2015. (In Russ.).
4. Isakov Yu.F., Dronov A.F. Pediatric surgery: national guidelines // Moscow GEOTAR medicine. - 2009. -- P. 116. (In Russ.).
5. Papalutsa I.D., Shevtsov A.A., Ryanov N.V., Semenyuk V.A., Difficulties in diagnosing acute intestinal obstruction-intussusception of the small intestine, caused by the Bulletin of the Chelyabinsk Clinical Hospital-2019.- №1 .- p. 31-35. (In Russ.).
6. Podkamenev V.V. Pathology of Meckel's diverticulum in children // Russian Bulletin of Pediatric Surgery, Anesthesiology and Reanimatology. - 2012. T-2 №4. - S. 28-33. (In Russ.).
7. Poddubny I. V. Dyakonova Elena Yurievna Ismailov M.U. Trunov V.O. Mahadu A.R. Yarusovsky P.M. Bekin A.S. Tolstov K.N. Laparoscopic operations in pathology of Meckel's diverticulum // Pediatric surgery. - 2015.-№5.c-4-6. (In Russ.).
8. Pimenov I.A., Oganesyana M.V., Merenkova I.V. Meckel's diverticulum: anatomical features and localization variants [Electronic resource]. International Student Scientific Bulletin 2017. No. 8(In Russ.).
9. Ryanov N.V. Ryanov R.N. Egorov V.V. V.V. Gareev Acute intestinal obstruction caused by Meckel's diverticulum // Medical Bulletin of Bashkortostan. - 2016. - No. 6 (66). - S. 70-71. (In Russ.).
10. Cherevatenko A.A., Shapkina A.A., Sedykh I.S., Shevchuk A.S., A rare case of Meckel diverticulum invagination in a child Pacific Medical Journal 2018; (1): 95-96
11. Yarusovsky P.M. Laparoscopy in the diagnosis and treatment of Meckel diverticulum in children. Author's abstract. Dissertation for Candidate of Medical Sciences. M. 2007. (In Russ.).
12. Bani-Hani Kamal E.M.D. Shatnawi Nawaf J. Meckel's Diverticulum: Comparison of Incidental and Symptomatic Cases // World Journal of Surgery. - 2004. - No. 9 (28). - 917-920p.
13. Sharma R.K., Jain V.K. Emergency surgery for Meckel's Diverticulum // World J Emerg Surg. - 2008. - No. 3 (27). - 18p.
14. Snyder Ch. L. Current management of umbilical abnormalities and related anomalies // Seminars in Pediatric Surgery. - 2007. - No. 1 (16). - 41-49p.