

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Аверин В.И., Колесников Э.М., Севковский А.И., Рустамов В.М.

Белорусский государственный медицинский университет, Детский хирургический центр,
Минск, Беларусь

Актуальность. Дивертикул Меккеля (ДМ) это врожденная патология, которая может быть причиной острых хирургических заболеваний брюшной полости.

Цель работы. Анализ клинической картины и лечения детей с патологией ДМ.

Материал и методы. В Детском хирургическом центре с 1970 по 2013 гг. оперированы 449 пациентов, у которых интраоперационно диагностирован ДМ. Это составило 0,7% по отношению к экстренно произведенным операциям на органах брюшной полости. Из них новорожденных – 24, детей до 1 года - 40, 1-3 года- 43; 4-6 лет – 105; 7-10 лет – 134 и старше 10 лет - 103. У мальчиков ДМ встречался чаще (346 – 77%), чем у девочек (103 – 23%).

Результаты и обсуждение. Патология ДМ была выявлена у 204 (45,4%) пациентов, у 131 (29,2%) он был удален попутно при аппендэктомии и у 114 (25,4%) - не удалялся. В 20 случаях (15,2%) "попутной" дивертикулэктомии макроскопически неизменный ДМ гистологический имел признаки флегмонозного воспаления. В 60 наблюдениях (17,9%) из 335 удаленных дивертикулов при гистологическом исследовании в стенке его были выявлены участки слизистой желудка, тонкой, толстой кишки ткани поджелудочной железы и в одном случае фрагменты гельминта.

Во время операции была выявлена следующая патология: дивертикулит у 91 (44,6%), непроходимость кишечника у 71 (34,8%), кровотечение в просвет кишки у 26 (12,7%), перфорация дивертикула у 10 (4,9%), перфорация рыбной костью у 1 (0,5%), грыжа Литтре у 5 (2,5%). У 8 пациентов (3,9%) было сочетание дивертикулита с кишечной непроходимостью, у 2 (1%) - дивертикулита с внутрибрюшным кровотечением. У 12 детей (5,9%) наблюдалось сочетание деструктивного аппендицита и флегмонозного дивертикулита.

Ввиду схожести клинических проявлений воспаления ДМ и острого аппендицита, диагноз дивертикулита не был поставлен до операции ни в одном случае.

Кровотечения из ДМ, как правило, были обильными и быстро приводили к тяжелой анемии. Основным клиническим проявлением кровотечения из дивертикула было выделение из прямой кишки крови темно-вишневого цвета со сгустками. Правильная оценка клинических, объективных, эндоскопических и лабораторных данных позволила

поставить диагноз во всех случаях кровотечения из ДМ. Кровотечения чаще наблюдались у пациентов в возрасте до 7 лет.

Различные виды кишечной непроходимости, которые были вызваны ДМ, распределились следующим образом: в 21 случае была отмечена инвагинация, а в 50 – спаечная кишечная непроходимость и заворот кишки вокруг фиксированного к передней брюшной стенке дивертикула или соединительно-тканого тяжа. Типичных для дивертикула симптомов отметить не удалось. Однако клинико-рентгенологическая картина непроходимости кишечника у ранее не оперированных детей позволяла заподозрить ДМ как причину непроходимости.

К лечению больных с патологией дивертикула Меккеля подходили индивидуально. При наличии узкого, до 1 см основания проводилось дивертикулэктомия кистетным способом (35 пациентов, 10,4%). Клиновидная резекция ДМ выполнена у 43 (12,8%) пациентов. При широком основании дивертикула и деструктивных изменениях, распространявшихся на стенку кишки у 45 (13,4%) детей была выполнена резекция кишки с формированием анастомоза «конец в конец». Резекция ДМ в косопоперечном направлении выполнена у 166 (55,9%), лапароскопическая диагностика и аппаратная резекция ДМ выполнена у 44 (13,1%) больных. В условиях перитонита 2 (0,6%) детям произведена резекция участка кишки с ДМ и выведением энтеростомы.

Осложнения, потребовавшие релапаротомии, возникли у 31 пациента (9,2%). Следует особо отметить, что у 17 из них (54,8%), повторное вмешательство проводилось после удаления неизмененного ДМ.

После операции умерло 8 детей (2,4%), из них 4 – от кишечной непроходимости, 2 – от рецидива кровотечения, 1 – от перитонита на почве прободного дивертикулита и 1 – от нехирургической причины. Двое из них были в периоде новорожденности.

Выводы

1. Улучшение показателей лечения детей с ДМ зависит от своевременной госпитализации и современных методов диагностики.

2. Лапароскопия является методом выбора для диагностики патологии ДМ, требующей оперативного лечения.

3. У детей, у которых ДМ был не воспален и не удалялся при случайной его находке, осложнений в дальнейшем мы не наблюдали. В то же время, количество осложнений после «попутной» дивертикулэктомии неизмененного ДМ, очень велико. Поэтому мы рекомендуем воздерживаться от удаления не осложненных форм ДМ.

Аверин Василий Иванович, заведующий кафедрой детской хирургии, д.м.н., профессор Белорусский Государственный медицинский университет, Минск, Беларусь, averinvi@mail.ru

Колесников Эдуард Михайлович, к.м.н., доцент кафедры детской хирургии Белорусского Государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

Севковский Александр Иванович к.м.н., доцент кафедры детской хирургии Белорусского Государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

Рустамов Васим Мирзабекович, ассистент кафедры детской хирургии Белорусского Государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

Форма участия – только публикация тезисов.