

## Дивертикул Меккеля та його ускладнення у дітей.

Є. М. Гриценко, М. І. Гриценко

ВДНЗУ «Українська Медична Стоматологічна Академія», м. Полтава

**Резюме.** Узагальнено досвід лікування 144 дітей з патологією дивертикула Меккеля. У 64 дітей дивертикул Меккеля був випадковою знахідкою, у 31 викликав кишкову непрохідність, у 30 діагностовано дивертикуліт, у 13 – кровотечу з дивертикула Меккеля, у 6 дітей дивертикул був у складі грижового вмісту при пахових та ембріональних грижах. Методом хірургічного лікування була субсерозна резекція. Запропоновано використання дивертикула Меккеля для декомпресії тонкої кишки при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини.

**Ключові слова:** дивертикул Меккеля, діти, субсерозна резекція, декомпресія тонкої кишки.

**Резюме.** Обобщен опыт лечения 144 детей с патологией дивертикула Меккеля. У 64 детей дивертикул Меккеля был случайной находкой, у 31 вызывал кишечную непроходимость, у 30 диагностирован дивертикулит, у 13 – кровотечение из дивертикула Меккеля, у 6 детей дивертикул был в составе грыжевого содержимого при паховых и эмбриональных грыжах. Методом хирургического лечения была субсерозная резекция. Предложено использование дивертикула Меккеля для декомпресии тонкой кишки при острой хирургической патологии органов брюшной полости.

**Ключевые слова:** дивертикул Меккеля, дети, субсерозная резекция, декомпресия тонкой кишки.

**Summary.** The experience of treatment of 144 children with Meckel's diverticulum pathology has been generalized. Meckel's diverticulum was found by chance in 64 children, it caused acute ileus in 31 children, diverticulitis was diagnosed in 30 cases, intestinal bleeding was diagnosed in 13 cases, 6 children had diverticulum as a part of hernial sac contents in inguinal and embryonic hernia. The method of surgical treatment was subserous resection. The use of Meckel's

diverticulum for intestinal decompression at acute surgical pathology of abdominal cavity organs has been offered.

**Key words:** Meckel's diverticulum, children, subserous resection, intestinal decompression.

**Вступ.** Дивертикул Меккеля (ДМ) - найбільш частий варіант аномалій неповної облітерації жовткової протоки. Ця аномалія є найрозповсюдженішою серед уроджених аномалій шлунково-кишкового тракту і зустрічається у близько 2% населення. Ймовірність патологічних проявів при ДМ невелика ( $\approx 4,2\%$ ) і значно знижується з віком [4,5]. Але у дітей ДМ викликає ускладнення у 25-40% носіїв цієї аномалії, що обумовлює увагу дитячих хірургів до цієї патології [1].

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 144 дітей: 95(66%) хлопчиків та 49(34%) дівчаток віком від 1 доби до 14 років, у яких був виявлений ДМ. Кровотеча з пептичної виразки ДМ спостерігалася у 13 (9%) випадках, кишкова непрохідність, викликана ДМ у 31 (21,5%) випадках, дивертикуліт виявлено у 30 (20,8%) спостереженнях, у 64 (44,4%) дітей ДМ носив безсимптомний характер та був випадковою знахідкою при хірургічних втручаннях на органах черевної порожнини з приводу іншої патології. У 3 дітей виявлено грижу Літре, у 3 новонароджених ДМ був вмістом грижового мішка при ембріональних грижах малих розмірів.

**Результати та їх обговорення.** Гострий дивертикуліт виявлено у 30 дітей: у 17 - катаральний дивертикуліт, у 6 - флегмонозний, у 7 - перфоративний. Можливість запалення ДМ та складності передопераційної диференційної діагностики обумовлюють необхідність ревізії тонкої кишки в кожному сумнівному випадку, при невідповідності клінічних проявів захворювання та морфологічних змін органів черевної порожнини під час операції.

Гостра кишкова непрохідність викликана ДМ спостерігалася у 31 дитини. Странгуляційну кишкову непрохідність діагностовано у 15 пацієнтів: в 13 випадках ДМ викликав внутрішнє защемлення, в 1 - заворот петель тонкої

кишки навколо фіксованого дивертикула, в 1 - вузлуотворення. В 4 спостереженнях ДМ викликав явища часткової кишкової непрохідності. У 12 дітей було виявлено інвагінацію (тонкокишкову в 5 випадках та ілеоцекальну в 7).

При гострій кишковій непрохідності, що викликана ДМ, виникала необхідність декомпресії перерозтягнутого рідиною та газом привідного відділу кишки. Запропонований спосіб одномоментної декомпресії кишечнику у хворих з ДМ (Пат. 7089 U України), що передбачає дивертикулотомію через верхівку дивертикулу, після чого через отриманий розтин до просвіту тонкої кишки вводили трубку з боковими отворами та за допомогою електровідсмоктувача виконували аспірацію вмісту на всьому протязі перерозтягнутого відділу кишки, після чого дивертикул видаляли. Спосіб був використаний у 11 дітей.

Суперечливі погляди викликає питання щодо необхідності видалення випадково знайденого при оперативних втручаннях ДМ. Більшість авторів зазначають, що незмінений ДМ при відсутності протипоказань та задовільному стані хворого належить видалити, тоді як у хворих з розповсюдженим перитонітом дивертикулектомія вважається протипоказаною [1].

При перитоніті та кишковій непрохідності одним із основних етапів операції є інтубація тонкої кишки [2]. Запропонований спосіб ентеростомії у хворих з ДМ (Пат. 7088 U України), при якому ДМ через окремий розтин виводять і фіксують до передньої черевної стінки, відтинають верхівку і через неї виконують інтубацію тонкої кишки з послідувачим закриттям кишкової нориці. При гострій хірургічній патології органів черевної порожнини, що була викликана ДМ, та необхідності в тривалій декомпресії тонкої кишки найбільш доцільним видається створення стоми з використанням самого ДМ. Крім того, навіть якщо ДМ є випадковою знахідкою при операціях з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, формувати стому при необхідності в кишковій декомпресії раціональніше саме з нього. Радикальне його видалення під час першої операції в умовах перитоніту може

ускладнитися неспроможністю швів, а планове оперативне втручання для його видалення може виявитися досить складним при наявності вираженого злукового процесу. При використанні ДМ для створення стоми виконується декомпресія і спрощується його наступне видалення.

Для видалення дивертикулу використовувалися наступні методики: субсерозна резекція дивертикула - 113 випадки (77,2%), клиновидна резекція - 10 випадків (7,0%), сегментарна резекція - 11 випадків (8,8%), видалення дивертикула по типу апендектомії - 4 (3,5%). В 5 спостереженнях (3,5%) ДМ не видалявся. Як основний метод оперативного втручання використовувалась субсерозна резекція ДМ, що представляє собою модифікацію операції асептичної крайової резекції кишки запропонованої І. Г. Скворцовим [3]. Відступаючи 0,5-1 см від основи дивертикула проводять циркулярний розтин серозного та м'язового шарів до слизової. З допомогою пінцету відшаровують серозу та м'язи від слизової оболонки. Слизова дивертикула дуже еластична, перев'язується кетгутом після роздавлювання затискачем, як апендикс при апендектомії. На серозно-м'язові клапті накладають окремі вузлові шви в поперечному напрямку. Спосіб може буде використаний в кожному випадку, незалежно від ширини основи дивертикула.

В післяопераційному періоді ускладнення виникли у 9 дітей (6,1%). В одному випадку після виконання субсерозної резекції, на початку її впровадження, післяопераційний період ускладнився неспроможністю швів, інші ускладнення не були пов'язані з методикою операції. Діти були оперовані повторно, подальший післяопераційний період протікав без ускладнень. Всі оперовані діти з патологією ДМ виписані з одужанням.

#### **Висновки:**

1. В структурі патології, що викликана ДМ, основне місце займають кишкова непрохідність (21,5%), дивертикуліт (20,8%), кишкова кровотеча (9%).
2. Методом вибору при видаленні ДМ є субсерозна резекція.

3. Можливе використання ДМ для забезпечення одномоментної або тривалої декомпресії тонкої кишки при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини.

### **Література.**

1. Дивертикул Меккеля та його ускладнення у дітей / Й. І. Библюк, Я. В. Матіяш, О. Д. Фофанов [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2003. - №3. – С. 82-84.
2. Зайцев В. Т. Тактика хірурга при патології, обумовленої дивертикулом Меккеля / В. Т. Зайцев, В. И. Лупальцев, Д. Г. Веллер // Клиническая хирургия. – 1980. - №4. – С. 46-47.
3. Скворцов И. Г. Асептическая краевая резекция кишки. / И. Г. Скворцов // Хирургия. – 1962. - №3. – С.111-112.
4. Aarnio P. Abdominal disorders arising from 71 Meckel's diverticulum / P. Aarnio, I. S. Salonen // Ann. Chirurg. Gynaecol.-2000.-Vol.89, №4.-P. 281-284.
5. Martin J. P. Meckel's diverticulum / J. P. Martin, P. D. Connor, K. Charles // Ann. Fam. Physician. - 2000.-Vol.61, №4.-P. 1037-1044.