

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ

SURGICAL TACTICS FOR TREATING CHILDREN WITH MECKEL'S DIVERTICULUM

M. Cherkasov
I. Babich
Yu. Melnikov
S. Minaev
Yu. Lukash
V. Katsoupeev
G. Novoshinov

Summary. Meckel's diverticulum is an ileal diverticulum, which is a remnant of an incompletely reduced vitelline stalk and is the most common congenital anomaly of the gastrointestinal tract. In the vast majority of cases, Meckel's diverticulum is detected in young children under 2 years of age. The goal of the work is to improve the results of treatment of patients with Meckel's diverticulum through the use of circular paraumbilical access and the formation of extraperitoneal anastomosis. In the pediatric surgery clinic of the Rostov State Medical University on the basis of the State Budgetary Institution RO «ССН», there were 43 patients operated on for urgent indications for various complicated forms of Meckel's diverticulum. The use of circular paraumbilical access has significantly improved the results of treatment of patients with complicated forms of Meckel's diverticulum, namely, reduced the duration of the operation by 15.5 %, eliminated the risk of postoperative complications, reduced the time for transition to enteral nutrition by 21.6 %, and reduced the overall time hospitalization by 10.4 %, achieve a high cosmetic effect.

Keywords: Meckel's diverticulum, intestinal anastomosis, intestinal bleeding, paraumbilical access.

Черкасов Михаил Фёдорович

д.м.н., профессор, Ростовский государственный
медицинский университет
cherkasov_mf@rostgmu.ru

Бабич Игорь Иванович

д.м.н., профессор, Ростовский государственный
медицинский университет
babich-igor@yandex.ru

Мельников Юрий Николаевич

к.м.н., ассистент, Ростовский государственный
медицинский университет
uramelnikov39@gmail.com

Минаев Сергей Викторович

д.м.н., профессор, Ставропольский государственный
медицинский университет
sminaev@yandex.ru

Лукаш Юлия Валентиновна

к.м.н., Ростовский государственный
медицинский университет
Lukash_yv@rostgmu.ru

Кацупеев Валерий Борисович

д.м.н., Ростовский государственный
медицинский университет;
заведующий отделением детской хирургии «Городской
клинической больницы №20» г. Ростов-на-Дону
katsoupeev@mail.ru

Новошинов Глеб Валерьевич

заведующий отделением детской хирургии «Областной
детской клинической больницы» г. Ростов-на-Дону
glebnov51@mail.ru

Аннотация. Дивертикул Меккеля — это дивертикул подвздошной кишки, являющийся остатком не полностью редуцированного желточного стебля, и является наиболее распространенной врожденной аномалией желудочно-кишечного тракта. В подавляющем большинстве случаев дивертикул Меккеля выявляется у детей младшего возраста до 2-х лет. Целью работы является улучшение результатов лечения пациентов с дивертикулом Меккеля путем использования циркулярного параумбиликального доступа и формирования экстраперитонеального анастомоза. В клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» находилось 43 пациента прооперированных по ургентным показаниям по поводу различных осложненных форм дивертикула Меккеля. Применение циркулярного параумбиликального доступа, позволило в значительной мере улучшить результаты лечения пациентов с осложненными формами дивертикула Меккеля, а именно сократить длительность операции на 15,5 %, исключить риск послеоперационных осложнений, сократить сроки перехода на энтеральное питание на 21,6 %, уменьшить общие сроки госпитализации на 10,4 %, добиться высокого косметического эффекта.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, кишечный анастомоз, кишечное кровотечение, параумбиликальный доступ.

Актуальность

Дивертикул Меккеля — это дивертикул подвздошной кишки, являющийся остатком не полностью редуцированного желточного стебля, и является наиболее распространенной врожденной аномалией желудочно-кишечного тракта [1,2]. В подавляющем большинстве случаев дивертикул Меккеля выявляется у детей младшего возраста до 2-х лет. Диагностика заболеваний, связанных с дивертикулом Меккеля, трудна, так как ни одно из них не имеет специфических симптомов и в большинстве случаев, патология дивертикула Меккеля, является случайной находкой в момент оперативного лечения на фоне развития осложнений, таких как: кровотечение, кишечная непроходимость, инвагинация кишечника, дивертикулит с перфорацией и развитием перитонита [3,4]. Возникающие осложнения чаще всего связаны с анатомическими особенностями строения стенки дивертикула. В половине всех случаев отмечается эктопия тканей, из которых до 80 % обнаруживается эктопия слизистой оболочки желудка и у 5 % — поджелудочной железы. Патогенез кровотечения связан с пептическим изъязвлением дивертикула. Таким образом, наиболее распространенным осложнением является безболезненное кровотечение из язвы в эктопической слизистой желудка. В настоящее время при осложненных формах дивертикула Меккеля является экстренное оперативное лечение с резекцией дивертикула [5, 6, 7].

Цель

Улучшить результаты лечения пациентов с дивертикулом Меккеля путем использования циркулярного параумбиликального доступа и формирования экстраперитонеального анастомоза.

Материалы и методы

В клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» находилось 43 пациента прооперированных по ургентным показаниям по поводу различных осложненных форм дивертикула Меккеля. Возраст детей от 1 месяца до 18 лет, из них большая часть дети до 3-х лет — 28 пациентов (65 % случаев). Все пациенты поступили в хирургическое отделение по ургентным показаниям. С жалобами на боль в животе и подозрением на острый аппендицит — 18 пациентов (41, 8 % случаев), с массивным желудочно-кишечным кровотечением — 21 пациент (48,8 % случаев), с клиникой кишечной непроходимости — 4 пациента (9, 4 % случаев). Оперативное лечение во всех случаях начиналось с выполнения диагностической лапароскопии.

Описательная статистика количественных признаков представлена в виде центральной тенденции медианы (Me) и интерквартильного размаха [25 и 75 проценти-

ли], среднего значения (M), стандартного отклонения среднего значения (σ) и процентного соотношения для качественных показателей. В тексте представлено как Me [LQ; UQ] (min-max), $M \pm \sigma$. Проверка на нормальность распределения проводилась с использованием критериев Шапиро-Уилка, Колмагорова-Смирнова. С целью статистического анализа для количественных показателей использовались параметрический критерий Стьюдента и непараметрический критерий Манна-Уитни, оценка качественных показателей выполнялась с использованием критерия Пирсона (хи-квадрат) и точного теста Фишера. Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 («StatSoft», США) и Microsoft Office Excel 2020 («Microsoft», США). Для всех сравниваемых величин достигнутый уровень значимости (p) считался статистически достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

У 11 пациентов (25, 6 % случаев) основание дивертикула Меккеля было узкое с диаметром просвета до 1,5 см, при этом, оперативное лечение ограничилось лигированием основания, резекцией дивертикула с наложением кисетного шва по типу аппендэктомии. При широком основании у пациентов выполнялась клиновидная резекция участка подвздошной кишки с дивертикулом Меккеля и наложением анастомоза «конец в конец» однорядным швом. В 4 наблюдениях анастомоз после проведения лапароскопии выполнялся аппаратным способом. В 2 х наблюдениях (4,7 % случаев), несмотря на широкое основание дивертикула Меккеля 2–3 см выполнялась аппаратная резекция дивертикула в продольном направлении параллельно кишечной трубке. Бранши сшивающего аппарата накладывались отступя 0,5–1 см к периферии от основания дивертикула с целью профилактики стенозирования зоны резекции. Рецидивов кровотечения не наблюдалось.

Во всех случаях после проведения диагностической лапароскопии, для выполнения резекции выполнялся циркулярный параумбиликальный доступ. При этом дивертикул Меккеля с прилегающей петлей кишки выводился в рану, осуществлялась резекция, формировался экстраперитонеальный анастомоз, выполнялась проверка на герметичность с последующим погружением его в брюшную полость.

Следует отметить, что использование циркулярного параумбиликального доступа с экстраперитонеальной резекцией имеет существенный ряд преимуществ: сокращение время оперативного лечения, отказ от выполнения дополнительных разрезов с целью ввода манипуляционных портов, проверка на герметичность более информативная, что позволяет в значительной мере избежать послеоперационных осложнений.

Используемый нами доступ осуществляется следующим образом. Мобилизуются кожные края рассечением подкожной клетчатки в горизонтальном направлении в пределах 1 см по окружности. Правая прямая мышца живота после рассечения влагалища смещается в латеральном направлении. Обнажается слой предбрюшинной клетчатки по срединной линии кверху от пупка и отодвигается в сторону круглая связка печени, после чего рассекается париетальный листок брюшины. Крючками Фарабефа разводят края операционной раны, получая доступ к различным областям брюшной полости. После выполнения оперативного приёма лапаротомная рана послойно ушивается, пупок фиксируется на его обычное место с помощью косметических швов рассасывающейся нитью. Локализация послеоперационного рубца в параумбиликальной области значительно улучшает косметический результат. Циркулярный околопупочный доступ увеличивает размеры операционного поля за счет растяжения кожи во все стороны, что позволяет визуализировать значительные анатомические области брюшной полости. В этом случае пупок не препятствует

такому растяжению, так как он находится в стороне операционного поля.

Длительность пребывания пациентов в отделении реанимации составила Ме-3, [1;5], (1–7), $M \pm \sigma$ -2,3±0,3, количество койко-дней проведенный в хирургическом стационаре Ме-5, [3;7], (3–9), $M \pm \sigma$ -5,6±0,5, сроки перехода на энтеральное питание Ме-3, [1;5], (1–6), $M \pm \sigma$ -2,6±0,5

Выводы

Применение циркулярного параумбиликального доступа, позволило в значительной мере улучшить результаты лечения пациентов с осложненными формами дивертикула Меккеля, а именно сократить длительность операции на 15,5 %, исключить риск послеоперационных осложнений, сократить сроки перехода на энтеральное питание на 21,6 %, уменьшить общие сроки госпитализации на 10,4 %, добиться высокого косметического эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Опыт использования неполного параумбиликального доступа в хирургии новорожденных/ Чепурной М.Г., Чепурной Г.И., Кацупеев В.Б., Винников В.В., Шитиков И.В., Лейга А.В.// Детская хирургия. — 2015. — Т. 5, № 19 (3). — С. 29–31.
2. Циркулярный параумбиликальный доступ в хирургии кист яичников у новорожденных/ Чепурной М.Г., Кацупеев В.Б., Розин Б.Г., Лейга А.В // Детская хирургия. — 2016. — Т. 20, № 1. — С. 32–33.
3. Способ выполнения циркулярного параумбиликального доступа у новорожденных и детей раннего грудного возраста/ Кацупеев В.Б., Чепурной М.Г., Лейга А.В // Пат. 2569463 Российская Федерация, МПК А 61В 17/00 (2006.01) № 2015100769; заявл. 12.01.2015; опубл. 27.11.2015, Бюл. № 33. — 8 с.
4. Способ выполнения неполного циркулярного параумбиликального доступа у новорожденных и детей раннего грудного возраста/ Чепурной Г.И., Кивва А.Н., Кацупеев В.Б., Чепурной М.Г., Маева Е.Г., Лейга А.В // Пат. 2633289 Российская Федерация, МПК А 61В 17/00 (2006.01) № 2016136768; заявл. 13.09.2016; опубл. 11.10.2017, Бюл. № 29. — 9 с.
5. Носков А.А., Лазарев С.М., Ефимов А.Л., Ершова Н.Б., Чепак Д.А. Редкое наблюдение гигантского дивертикула Меккеля // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2016. № 1. С. 104–105.
6. Поддубный И.В., Дьяконова Е.Ю., Исмаилов М.У., Трунов В.О., Махаду А.Р., Ярустовский П.М., Бекин А.С., Толстов К.Н. Лапароскопические операции при патологии Дивертикула Меккеля // Детская хирургия. 2015. № 5. С. 4–6. 4.
7. Подкаменев В.В. Патология дивертикула Меккеля у детей. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2012. Т. II. № 4. С. 28–33.

© Черкасов Михаил Фёдорович (cherkasov_mf@rostgmu.ru); Бабиц Игорь Иванович (babich-igor@yandex.ru); Мельников Юрий Николаевич (uramelnikov39@gmail.com); Минаев Сергей Викторович (sminaev@yandex.ru); Лукаш Юлия Валентиновна (Lukash_yv@rostgmu.ru); Кацупеев Валерий Борисович (katsoupeev@mail.ru); Новошинов Глеб Валерьевич (glebnov51@mail.ru)
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»