

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

*Аверин В. И., Черевко В.М., Севковский А.И., Хомич В.М.
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,
Республика Беларусь*

Актуальность. Дивертикул Меккеля (ДМ) – это врожденный порок развития (ВПР) тонкой кишки, которая связана с нарушением обратного развития проксимального отдела желточного протока. Обычно он располагается на противобрыжеечном крае подвздошной кишки, чаще на расстоянии 60—80 см от илеоцекального угла. В то же время ДМ может находиться на значительном удалении (в 150—200 см) от него. ДМ встречается у 2—3 % населения, у 0,1—1,37% пациентов, оперированных на органах брюшной полости. В настоящее время диагностика патологии, связанной с данной аномалией, затруднена в связи с отсутствием специфической симптоматики и возможностью маскировки ДМ под другие заболевания. Несмотря на то, что ДМ не представляет угрозу жизни, он может привести к развитию таких осложнений, как острый дивертикулит, острая кишечная непроходимость, кишечное кровотечение, перфорация, перитонит, грыжа Литтре.

Цель. Проанализировать осложнения ДМ и изучить морфологическую картину удаленных дивертикулов у детей, находившихся на лечении в РНПЦ детской хирургии с 2015 по 2022 годы. Провести сравнительный анализ основных методов оперативного лечения и осложнений ДМ за два периода: с 1970 по 2014 гг. и с 2015 по 2022 гг.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 107 карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в РНПЦ детской хирургии с 2015 по декабрь 2022 года, у которых интраоперационно диагностирован ДМ. Это составило 0,7% по отношению к экстренно произведенным операциям на органах брюшной полости за этот период. Обработка полученных сведений проводилась в программе Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. В результате анализа карт стационарных пациентов, полученных на базе РНПЦ ДХ, выявлено 107 случаев ВПР ДМ с 2015 по 2022 годы, среди них 78 (72,9%) - мальчиков и 29 (27,1%) - девочек. ДМ встречался во всех возрастных группах: до 1 месяца (7,5%), до 1 года (8,4%), от 1 до 3 лет (21,5%), от 4 до 6 лет (16,8%), от 7 до 10 лет (21,5%), старше 10 лет (24,3%). Средний возраст пациентов составил $6 \pm 4,6$ лет ($M + \sigma$).

Неосложненный ДМ не имеет клинической симптоматики, однако его наличие предрасполагает к возникновению целого ряда осложнений. Зарубежные авторы связывают возникновение осложнений с анатомическими особенностями строения стенки дивертикула, а также нередким обнаружением эктопированной ткани в его стенке. Патология ДМ была обнаружена у 69 (64,5%) пациентов, у 32 удалили не измененный ДМ. У 6 пациентов ДМ не удаляли. В нашей выборке 101 резецированный дивертикул

был отправлен на морфологическое исследование, согласно которому, изменения выявлены в 39 (38,6%) случаях. Из них при гистологическом исследовании стенки ДМ в 27 срезах были обнаружены участки эктопированной слизистой желудка, в 2 – участки поджелудочной железы.

Одним из наиболее частых осложнений, вызываемых ДМ, является дивертикулит, при котором возможна также его перфорация. В некоторых источниках указано, что узость шейки дивертикула и застой в нем содержимого могут предрасполагать к развитию данных осложнений. Сочетание этих двух осложнений приводит к развитию симптоматики, характерной для острого аппендицита. Из 69 пациентов с измененным ДМ дивертикулит наблюдался в 33 случаях (47,8%), перфорация – в 11 (16%). При этом, согласно данным морфологического исследования, флегмонозный дивертикулит был обнаружен в 13 случаях (69,7%), гангренозный – в 7 (21,2%), катаральный – в 3 (9,1%). Из них у 7 пациентов из 23 флегмонозный и у 6 из 7 гангренозный дивертикулит осложнился перфорацией и перитонитом.

Помимо этого, ДМ часто является причиной кишечной непроходимости, чаще всего инвагинации кишечника. В нашем исследовании ДМ явился причиной кишечная непроходимость у 14 (20,2%) пациентов.

Проведенные ранее другими авторами исследования показали, что при наличии в дивертикуле эктопированной слизистой оболочки желудка могут образовываться язвы, которые часто осложняются профузными кишечными кровотечениями. Среди наших пациентов ДМ осложнился кровотечением в 11 случаях (16%). При этом эктопированная ткань слизистой желудка и поджелудочной железы обнаружена при гистологическом исследовании стенки 29 дивертикулов.

При наличии у пациента ДМ нередко можно обнаружить сочетание патологии. У 2 детей мы выявили сочетание дивертикулита с кишечной непроходимостью, у 2 – дивертикулита с внутрибрюшным кровотечением, у 14 – сочетание деструктивных дивертикулита и аппендицита.

ДМ был резецирован у 101 из 107 наблюдаемых детей. В 74 случаях (73,3%) дивертикул был удален методом аппаратной резекции (в 34 из них была проведена с помощью лапароскопии), в 21 (20,8%) случае была проведена резекция кишки с анастомозом, в 6 (5,9%) – резекция дивертикула с выведением энтеростомы в условиях перитонита, в 6 – не удался. В анализируемый период с 2015 по 2022 годы мы не наблюдали послеоперационных осложнений и летальных исходов. Стоит отметить, что в РНПЦ ДХ в настоящий момент методом выбора является лапароскопическая аппаратная резекция ДМ.

Нами был проведен сравнительный анализ случаев осложнения ДМ у детей и его оперативного лечения за два периода: с 1970 по 2014 гг. и с 2015 по 2022 гг. В обоих периодах дивертикулит остается наиболее часто встречаемым осложнением (первый период – 94 случая (43,9%), второй – 33 (47,8%)). В период с 2015 по 2022 гг. несколько уменьшилось число случаев

кишечной непроходимости (35,3% в 1970 – 2014 гг. против 20,2% в 2015-2022 гг., $p < 0,001$) и несколько увеличилось число перфораций дивертикула (4,7% в 1970 – 2014 гг. против 16% в 2015 – 2022 гг., $p < 0,01$). Увеличение количества случаев кровотечения (13,1% в 1970 – 2014 гг. против 16% в 2015 – 2022 гг.) и обнаружения эктопированной ткани (17,8% в 1970 – 2014 гг. против 25,3% в 2015 – 2022 гг.) статистически незначимо. В периоде с 1970 – 2014 гг. у 31 пациента были различные послеоперационные осложнения, из которых 8 умерло. В период с 2015 – 2022 гг. мы не наблюдали послеоперационных осложнений и случаев летального исхода, что мы связываем с введением во второй период в практику метода аппаратной резекции дивертикула.

Выводы.

1. Дивертикул Меккеля может привести к развитию таких осложнений, как острый дивертикулит, острая кишечная непроходимость, кишечное кровотечение, перфорация, перитонит.
2. Диагностическая лапароскопия на данный момент является наиболее точным методом постановки диагноза дивертикул Меккеля.
3. Методом выбора оперативного лечения дивертикул Меккеля является аппаратная резекция.