

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ КАК ПРИЧИНА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Петлах В.И.¹, Коновалов А.К.², Беляева О.А.^{1,2}, Константинова И.Н.²

¹ НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

² Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

Актуальность. По данным литературы, инвагинация кишечника (ИК) находится на одном из первых мест осложненного течения дивертикула Меккеля (ДМ) у детей.

Цель: на основании результатов анализа опыта лечения детей с инвагинацией кишечника, вызванной ДМ, оценить эффективность применяемых диагностических и оперативных методов.

Материалы и методы. На протяжении последних 15 лет в клинику были госпитализированы 24 ребенка с ИК, при обследовании и оперативном лечении которых был выявлен ДМ. Возраст детей варьировал от 5 мес. до 14 лет, а наибольшую группу (50 %) составили пациенты 1–5 лет. Среди клинических проявлений заболевания наряду с болевым синдромом отмечались кровянистые выделения со стулом и наличие крови при ректальном обследовании у большинства больных (17), поступивших в сроки свыше 24 ч. В комплекс диагностики входили обзорная рентгенография и ультразвуковое исследование брюшной полости, а также пневмоирригоскопия с воздухом.

Результаты. Эхографическое исследование подтвердило диагноз ИК во всех наблюдениях, но достоверной визуализации ДМ не было. Пневмоирригоскопия с воздухом была выполнена 11 пациентам младшей возрастной группы при отсутствии выраженного болевого синдрома, установлен диагноз тонко-толстокишечной инвагинации. Попытка консервативного расправления была неэффективна. Лапароскопия, проведенная у 18 пациентов, позволила установить диагноз инвагинации, форму и протяженность инвагината. Попытка расправления его под визуальным контролем была удачна только в 3 наблюдениях тонко-толстокишечной инвагинации, еще у 5 больных была безуспешной. У остальных в связи со значительными размерами и выраженными нарушениями кровообращения кишок, входящих в инвагинат, она не проводилась. В результате последующих оперативных вмешательств у 15 пациентов диагностирована тонко-толстокишечная форма инвагинации и у 9 — тонко-тонкокишечная. В структуру инвагината во всех наблюдениях входил ДМ. Все 24 пациента с инвагинацией имели некротические изменения пораженных участков кишки, после их резекции вместе с дивертикулумом у 10 детей наложен анастомоз конец-в-конец. В 14 наблюдениях у детей, поступивших в сроки свыше 24 ч, а также имевшихся изменения в брюшной полости, характерные для перитонита, после резекции кишки были выведены двухствольные стомы. На 4–7-е сутки послеоперационного периода создавался межкишечный магнитный анастомоз с помощью пар постоянных магнитов. Повторная госпитализация для реконструктивной операции по устранению кишечного свища осуществлялась через 2–4 мес. после выписки на фоне соматического благополучия.

Заключение. Традиционные неинвазивные методы не могут с достоверностью визуализировать ДМ при ИК. Консервативное расправление инвагината с использованием пневмоирригоскопии при поздних сроках поступления оказывается неэффективным. Лапароскопия позволяет не только окончательно верифицировать диагноз, но и определить необходимый объем операции. Резекцию кишечника в условиях перитонита безопаснее заканчивать наложением двухствольной стомы по Микуличу с применением магнитного межкишечного анастомоза.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля; инвагинация кишечника; стомы; магнитный анастомоз; дети.