

ях проведена резекция инвагината кишечника с наложением анастомоза «конец в конец».

У 4 детей причиной инвагинации кишечника являлся дивертикул Меккеля, в 3 случаях опухоль подвздошной кишки, в 2 случаях врожденное нарушение фиксации кишечника, в 2 случаях мезаденит, в 1 случае органической патологии не выявлено. У 1 пациента в макропрепарате (резецированный участок подвздошной кишки с инвагинатом) в головке инвагината в просвете кишки на слизистой выявлено образование на широком основании. Но в связи с некрозом тканей верифицировать образование не удалось. В дальнейшем ребенок консультирован онкологом, выполнялся забор крови на альфа-фетопротеин. Онкозаболевания не выявлено.

10 пациентов выписаны домой с выздоровлением. Средняя продолжительность лечения 12 дней. 3 детей с диагностированной опухолью кишки на 8–14 сутки были переведены в РНПЦ ДОГиИ для дальнейшего дообследования и лечения.

Выводы. Консервативное лечение инвагинации кишечника эффективно в подавляющем большинстве случаев (90,6%).

При безуспешности гидростатической дезинвагинации имеет место органическая причина (дивертикул Меккеля, новообразования брюшной полости и т. д), требующая оперативного лечения.

Литература:

1. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия: национальное руководство. Москва, 2009г.
2. Катько В.А. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей. Минск, 2010г.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ, ПО ДАННЫМ ДХО ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

**Дмитриев Ю.В., Шайдулин С.В., Баровский А.Н.,
Ачинович Н.В.**

Гомельская областная клиническая больница, Гомель

Цель исследования – представить наш опыт диагностики и лечения дивертикула Меккеля у детей по данным ДХО ГОКБ.

Материал и методы исследования. По данным ДХО, за 2004-2014 гг. пролечены 54 ребенка по поводу дивертикула Меккеля. Мальчиков 31, девочек 23. Возраст от 6 дней до 15 лет.

Результаты и их обсуждение. Лапароскопически оперированы 35 пациентов. 32 пациентам выполнена лапароскопическая резекция дивертикула, 3 выполнена лапароскопически ассистированная резекция дивертикула Меккеля. 19 пациентам выполнена резекция дивертикула открытым способом.

У 48 пациентов дивертикул Меккеля явился причиной острой патологии органов брюшной полости, у 6 был неизменным, обнаружен при ревизии тонкой кишки. У 6 пациентов дивертикул удалён в плановом порядке, был диагностирован на предыдущих операциях по поводу перитонита, непроходимости, травм брюшной полости.

Выявлена следующая острая патология дивертикула Меккеля: флегмонозное или гангренозное воспаление – 13, кровотечение из дивертикула – 16, кишечная непроходимость – 6, неполный пупочный свищ и дивертикул – 2, инвагинация кишечника – 9, эмбриональная грыжа и дивертикул – 2.

В 4 случаях при выявлении дивертикула Меккеля на лапароскопии выполнялась лапаротомия по Волковичу-Дьяконову [1] или лапароскопически ассистированная мини-лапаротомия через старый рубец [2], выполнялась открытая резекция участка кишки с дивертикулом.

Лапароскопическая диагностика и резекция дивертикула Меккеля при острой патологии и в плановом порядке сокращает время операции (24.0 ± 7 минуты при лапароскопической, при открытой 58 ± 12 минут), позволяет провести резекцию с наложением надежного механического шва, контролируемого гемостаза.

В послеоперационном периоде у пациентов с лапароскопическим методом лечения отмечалось комфортное течение послеоперационного периода, отсутствие выраженного болевого синдрома, ранняя активизация пациентов, раннее восстановление функций кишечника.

Осложнений не отмечалось.

Выводы. Для диагностики и лечения дивертикула Меккеля целесообразно использование современных методик лечения – лапароскопическая диагностика и резекция дивертикула с применением сшивающих аппаратов и современных методов гемостаза. При невозможности выполнения лапароскопической операции показана лапароскопически ассистированная мини-лапаротомия, резекция тонкой кишки с дивертикулом Меккеля.

При состоявшихся кишечных кровотечениях, в условиях стабилизации состояния, компенсации кровопотери, после проведения неинвазивных методов диагностики показана ранняя диагностическая лапароскопия – 2–3 сутки для определения причины кровотечения и определения оптимальной хирургической тактики.

Литература:

1. Земляной А. Г. Дивертикулы желудка-кишечного тракта. Л. Медицина, 1980 г., с. 238.
2. When to resect and not to resect an asymptomatic Meckels diverticulum. Department of Pediatric Surgery /21289/ Diyarbakir, Turkey.