



## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛИТА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Б.Хамидов

Ф.М. Хуррамов

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра госпитальной детской хирургии

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.10035891>

### ARTICLE INFO

Received: 16<sup>th</sup> Oktober 2023

Accepted: 23<sup>th</sup> Oktober 2023

Online: 24<sup>th</sup> Oktober 2023

### KEY WORDS

### ABSTRACT

**Актуальность:** Неполное обратное развитие желточного протока ведет к образованию различных аномалий, которые могут длительно оставаться бессимптомно, то есть не беспокоить ребенка.

Дивертикул Меккеля встречается с частотой примерно 2%. Некоторые авторы утверждают, что клинические проявления дивертикула, равно как и осложнения, возникают довольно часто – в 25% случаев (1,2).

По данным авторов (3,4) имеются многочисленные сообщения об острых хирургических заболеваниях, связанных с неполным обратным развитием желточного протока. При наличии других врождённых пороков дивертикул встречается чаще, особенно при грыжах пупочного канатика, аномалиях пищеварительного тракта. Неполное обратное развитие кишечной части желточного протока ведет к образованию дивертикула тонкой кишки, который носит имя автора, впервые его описавшего (Меккель Ж. 1812).

Острый флегмонозный, гангренозный и гангренозно-перфоративный дивертикулит является осложнением воспаления дивертикула Меккеля и развивается вследствие деструктивного процесса в стенке последнего. При гангренозном дивертикулите сравнительно быстро из-за некроза стенки его наступает перфорация и перитонит.

**Цель работы:** Улучшить диагностику оптимизировать комплексного лечения осложнённых форм дивертикулита у детей.

**Материал и методы:** В работе представлен анализ результатов лечения 28 детей с осложненными формами (флегмонозным, гангренозным, гангренозно-перфоративным) оперированных в 2ДХКБ №2 с 2018 по 2023 года. В возрасте до года было 6 (21,4%) детей, до 3 лет – 14 (50%), 3-7 лет – 8 (28,6%). Из них было 16 (57,2%) мальчиков и 12 (42,8%) девочек. Гангренозно- перфоративный с сочетанием разлитым перитонитом наблюдался у 5 больных, 3 из них раннего возраста. Всем поступившим проведены комплексное обследование: клиничко-биохимический анализ крови, общий



анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости. По показаниям назначали МСКТ, МРТ. При гистологическом исследовании удаленного дивертикула выявлено флегмонозное воспаление у 15 больных, гангренозное – у 13 (из них с перфорацией – у 5 детей).

**Обсуждение результатов:** Нами изучено 28 историй болезни детей, прооперированных в возрасте от 6-месяцев до 7 лет. Впервые 8 часов от начала заболевания поступило 3 детей, до 12 часов - 5, до 24 часов – 7, свыше 24 часов – 13. 11 – детей доставлены в клинику родителями, 17-детей поступило с направлением участковых педиатров или врачей скорой помощи. У 28 больных были боли в животе, у 21 трёхкратная рвота, у 23 повышение температуры 38° С – 39 ° С, у 13 жидкий стул. Сильные боли в животе, которые вскоре локализовались в области пупка или несколько ниже и правее. В начале заболевания у 17-больных отмечены рвота (съеденной пищей или желчно), у 15 наблюдающих детей стул нормальный или задержкой. У 3 ребенка был сочетано с явлениями кишечной непроходимости. Это возникает в связи с быстрым развитием спаечного процесса вокруг воспаленного дивертикула или при его частичном завороте. На обзорной рентгенограмме видны множественные горизонтальные уровни в петлях кишечника. В крови выявляется лейкоцитоз со сдвигом в формуле влево. Живот участвует в акте дыхания. Пальпация болезненная у пупка или в правой подвздошной области. Отчетливо определяется напряжение прямых мышц живота, положительный симптом Щеткина- Блюмберга. Явления перитонита нарастают относительно быстро. Общее состояние через несколько часов от начала заболевания обычно расценивается как средней тяжести или тяжелое. В первые 3 часа от момента поступления прооперировано 17 больных, до 6 часов – 7, до 12 часов – 4. Отмечено, что до операции 11 больных находились под наблюдением врачей более 3-х часов.

Дифференциальная диагностика, которую приходится проводить с острым аппендицитом, крайне сложно. Это было связано с диагностическими трудностями и особенностью предоперационной подготовки. Последняя заключалась опорожнение желудка с помощью зонда, премедикация, катетеризация магистральных вен для инфузии.

При осложненном дивертикулите (перитоните), помимо общих мероприятий, дооперационная подготовка направлена на борьбу с интоксикацией, эксикозом, гипертермией. Проведении детоксикационную жидкостную терапию. Назначение антигистаминных препаратов (супрастин, нипольфен, димедрол, диазолин), направлено на снижение токсического воздействия микроорганизмов и продуктов белкового распада.

Применение трасилола способствует инаktivации протеолитических ферментов, уменьшая токсикоз и устраняя сосудистые нарушения.

Коррекции нарушения гемодинамики, терморегуляции, кислотно-щелочного состояния. При ясном диагнозе антибактериальную терапию начали в этом периоде путём введения антибиотиков широкого спектра действия.

Основными критериями операбельности больных явились улучшения показателей гемодинамики, снижение температуры тела ниже 38°С, увеличение диуреза.



Во время операции у 18 детей диагностировано дивертикулит на узком основании им проведен как аппендэктомия с погружением культи в кисетный шов. У 5 детей на широком основании всем целесообразна проведена клиновидная резекция с последующим двухрядным поперечным швом на стенку кишки.

У 2 детей был разлитой гнойный перитонит, у 3-местный перитонит. У 2 детей с разлитым гнойным перитонитом для доступа в брюшную полость был использован параректальный разрез справа, у остальных косым разрезом в правой подвздошной области по Волковичу – Дьяконову.

Промывание брюшной полости стерильным раствором проведено в 17 случаев. У 14 больных в брюшной полости оставлено ниппельный микроирригатор выведенный через отдельный прокол передней брюшной стенки для введения антибиотиков в послеоперационном периоде, который удалялся на 3-4 сутки после операции, у остальных больных рана была ушита наглухо.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия широкого действия, вводимые внутривенно и в брюшную полость через микроирригатор. В брюшную полость антибиотики вводили 2 раза в день в 0,25 % растворе новокаина в количестве 5-10 мл. Курс лечения длился 3-5 дней. Затем, если ребенок нуждается в продолжении антибактериальной терапии, назначали антибиотик, к которому чувствительны микроорганизмы, выделенные при посеве из брюшной полости. Для профилактики кандидоза ребенку назначены флуцис, витамины, препараты кальция. Инфузия жидкостей по показаниям. Всем больным со 2-го дня после операции назначили физиотерапию: электрическое поле УВЧ 2 раза в день на область чревного сплетения и в рану (5-7 дней), а также диадинамические токи на брюшную стенку с целью стимуляции перистальтики кишечника (3-5 дней). Ежедневно проводили перевязку и туалет послеоперационной раны. Подведенный к брюшине выпускник подтягивали через 24 ч и извлекли на 3-4 й день. Швы с операционной раны снимали на 6-7 сутки. Динамическое УЗИ исследование позволило у 5 детей снять диагноз непроходимость кишечника, что дало возможность провести консервативное лечение.

Вследствие такого лечения у 15 детей с флегмонозным дивертикулитом и у 8 детей гангренозным и у 5-их больных гангренозно-перффативными формами дивертикулита после операционный период протекал гладко.

Отдаленные результаты изучены у 14 оперированных детей от одного до 10 лет. Физическое развитие пациентов соответствует возрасту. Нарушение функции желудочно-кишечного тракта не отмечено.

### **Выводы.**

1. Выяснилось, что способ резекции определяется формой дивертикула. Прёт широком его основании целесообразна клиновидная резекция, а при узком основании удаление дивертикула можно провести как аппендэктомию.

2. Мы полагаем, что при достаточно интенсивном и целенаправленном лечении детей, больных острым дивертикулитом, даже при осложнении его перитонитом и у маленьких детей осложнении практически должно отсутствовать.



**References:**

1. Абдоминальна хирургия у детей. Руководство для врачей. Ю.Ф. Исаков, Э.А.Степанов, Т.В. Красовская. Москва – М.1988
2. Срочна Хирургия детей. Г.А. Баиров. Санкт-Петербург. Питер 1997
3. Детская хирургия. М.М. Алиев, А.Ю. Разумовский. Ташкент 2018
4. Национальное руководство по детской хирургии. Под.ред. Ю.Ф. Исакова. М. 2010.