

тивного лечения решался также с использованием 10-часового критерия выделения крови из ануса.

В 130 случаях рецидивные инвагинации были успешно расправлены консервативно. 6 детей с рецидивом инвагинации были оперированы из-за неудавшегося консервативного расправления. У 2 детей причиной рецидива был механический фактор.

Принимая за 100% количество попыток консервативного расправления илеоцекальных инвагинаций (956 попыток) с учетом рецидивов и «недорасправленных» внедрений, общий процент успешных пневматических дезинвагинаций составил 91,1%.

В 79 (8,7%) случаях, несмотря на срок выделения крови из ануса менее 10 часов, консервативная терапия была безуспешной. Дети были оперированы. Среди этих пациентов 72 (91,1%) были в возрасте до 1 года, 7 (8,9%) – в возрасте старше года. У 74 пациентов оперативное лечение ограничилось дезинвагинацией, у 3 детей выполнена резекция некротизированного участка кишки с наложением анастомоза, у 2 – удаление дивертикула Меккеля. Важно отметить, что в этой группе в ходе оперативного вмешательства в 65 (82,2%) случаях была диагностирована подвздошно-ободочная инвагинация, которая, как известно, отличается выраженным ущемлением инвагината в баугиниевой заслонке.

По первичным показаниям (срок с момента выделения крови из ануса более 10 часов) были оперированы 96 детей (10,6%). Среди них в возрасте до 1 года были 48 (50%), столько же в возрасте старше 1 года. Средний срок начала заболевания составил 48,5 часа, срок от момента выделения крови – 24,5 часа. Интраоперационно у 88 (91,6%) пациентов диагностирована слепоободочная инвагинация, у 8 (8,4%) – подвздошно-ободочная. Вмешательство ограничилось дезинвагинацией у 57 больных. Необходимость резекции некротизированного участка кишки возникла у 38 пациентов. Резекция некротизированного участка подвздошной кишки с наложением анастомоза была выполнена у 29 детей, резекция илеоцекального угла с наложением анастомоза конец в бок – у 6, энтеростомия – в 3 случаях. У 7 человек причиной внедрения являлся дивертикул Меккеля, у одного ребенка обнаружен полип слепой кишки. В одном случае были обнаружены лишь следы существовавшей инвагинации.

Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что применяемая схема обследования и лечения больных с илеоцекальной инвагинацией кишечника, во-первых, позволила практически полно-

стью отказаться от R-логического обследования, а во-вторых, в большинстве случаев (91,1%) добиться консервативного расправления илеоцекальной инвагинации. Ни в одном случае пневматическая дезинвагинация не сопровождалась осложнениями.

В тех случаях, когда попытка консервативного лечения оказывалась безуспешной, речь чаще всего шла о «жестком» подвздошно-ободочном внедрении, что доказано интраоперационными находками. Так, у детей, оперативное лечение которых было продиктовано безуспешностью консервативной терапии, подвздошно-ободочный тип внедрения отмечался в 8 раз чаще, чем у детей, оперированных по первичным показаниям.

Применяемый нами 10-часовой критерий выделения крови из ануса был использован нами у детей в возрасте старше года, что дало положительный результат при проведении пневматической дезинвагинации в 71,5% случаев. При сроке заболевания, превышающем 24 часа, поступил 231 ребенок, из них у 138 (59,7%) была успешно выполнена дезинвагинация воздухом.

Анализ свидетельствовал о том, что у больных с рецидивом инвагинации кишечника процент органической патологии был низок (4,1%), что дало нам возможность использовать пневматическую дезинвагинацию у этих пациентов, добившись успешного расправления внедрения при его рецидиве в 95,5 % случаев.

Умерли 3 больных (общая летальность составила 0,33%, послеоперационная – 1,7%). Причинами смерти являлись полиорганное перинатальное поражение у 1 ребенка в возрасте 2 суток, сопутствующая кишечная инфекция – у 1, перитонит вследствие несостоятельности анастомоза – у 1 пациента.

Таким образом, применение 1-часового критерия выделения крови из ануса дало нам возможность определить пневматическую дезинвагинацию как приоритетный метод лечения илеоцекальной инвагинации у детей. В целом из 1052 наблюдений инвагинации консервативное лечение оказалось возможным в 90,8% случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григович И.Н., Пятотоев Ю.Г., Савчук О.Б. // Дет. хир. 1998. – №1. – С 18 – 20.
2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей: Руководство. – М., 1988.
3. Подкаменев В.В., Урусов В.А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей. – Иркутск, 1986.
4. Старовойтова Г.А. Выбор метода лечения илеоцекальных инвагинаций у детей: Автореф. дис. канд.мед.наук. – М., 1982.

УДК 618.341-007.22-053.31]-07-089

ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛТОЧНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**Ю.В. Филиппов, В.Б. Турковский, С.А. Карпов, В.Г. Масевкин,
А.В. Николаев, В.Е. Юлаев**

Саратовский государственный медицинский университет

В данной статье представлен 30 летний (1976–2006 гг.) опыт лечения 103 детей с различной патологией желчного протока (мальчиков – 74%, девочек – 26%), находившихся в клинике детской хирургии СГМУ. Проведен анализ всех аспектов клиники, диагностической тактики и способов лечения.

In this report presented 30 years expieriens of treated 103 children with different pathology of ductus omfalicus (boys – 74%, girls – 26%) in pediatric surgery department of SSMU. The clinico-diagnostical regiment and methods of treatment were analyzed.

Актуальность проблемы обусловлена сложностью диагностики, связанной с многообразием анатомических вариантов врожденного порока и возможностью остро возникающих и смертельно опасных осложнений. Частота пороков развития желточного протока – около 2 % популяции\$ клинические проявления возникают у четверти из них [8,9]. Диагностика осложняется отсутствием характерных симптомов, позволяющих вовремя поставить диагноз. В литературе описано много врачебных ошибок, приведших к смерти больных и связанных с несвоевременной диагностикой порока.

За последние 30 лет (1976–2006гг.) в клинике детской хирургии СГМУ находились на лечении 103 ребенка с различной патологией желточного протока (мальчиков – 74%, девочек – 26%). Проведен анализ всех аспектов клиники, диагностической тактики и способов лечения. Сводная характеристика больных представлена в таблице 1. Из анализа исключены больные с незаращением дистальной части желточного протока – варианта, не вызывающего диагностических и лечебных вопросов.

Полное незаращение желточного протока встречается относительно редко. По литературным данным, ведущие клиники детской хирургии мира наблюдают таких больных 1 раз в 3–4 года. В большинстве случаев полные незаращения легко диагностируются в период новорожденности по выделению мекония из пупочной ранки сразу после отпадения пуповины. Однако четверо наших больных поступили в клинику в возрасте от 1 месяца до 3.

Отсрочка операции по разным причинам (сопутствующая патология, тяжелое состояние больного и т.п.) может завершиться серьезным осложнением – эвагинацией желточного протока с подвздошной кишкой с ущемлением последней и развитием непроходимости кишечника. Подобное осложнение развилось у 6 из 13 наших больных. 5 детей были успешно излечены, 1 ребенка спасти не удалось. Из оставшихся 7 больных умерли двое. У одного ребенка с множественными пороками развития желточный проток находился в эмбриональной грыже с разорвавшимися оболочками; второй погиб от внутрибрюшного кровотечения, возникшего в результате повреждения протока.

У 1 больного было сочетание пупочно-кишечного свища с атрезией тонкой кишки у места впадения протока, что является очень редкой патологией. Произведена резекция тонкой кишки. Больной выздоровел. Из этой группы больных были успешно излечены 2 детей, у которых проток находился в эмбриональной грыже.

У 2 больных проток был не осложнен. Они были прооперированы и выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Энтерокиста – редко встречающаяся патология, возникающая при заращении проксимальной и дистальной частей протока [1]. В наших наблюдениях она встретилась у 2 детей. У одного больного в возрасте 1 года энтерокиста осложнилась перфорацией и перитонитом. Оба больных выздоровели.

Дивертикул Меккеля – самая частая патология желточного протока [1,4]. По нашим данным, эта аномалия составила 88% от всей патологии желточного протока. В большинстве случаев дивертикул располагался на стороне кишки, противоположной брыжейке (80), но у 8 больных он был найден на брыжеечной стороне кишки. Согласно данным большинства авторов (Исаков Ю.Ф., 1983), расстояние дивертикула от баугиниевой заслонки не превышает 70 см. В наших наблюдениях у 3 больных это расстояние достигало 80 см. Некоторые авторы отмечают зависимость расстояния дивертикула от илеоцекального угла от возраста больных. Наши данные не подтверждают это: у детей в возрасте до 1 года отмечались случаи нахождения дивертикула на расстоянии 60 см от илеоцекального угла, а у детей в возрасте 10–14 лет это расстояние иногда не превышало 30 см. Длина дивертикула Меккеля в наших наблюдениях достигала 12 см, а ширина – 6 см, что не противоречит данным большинства авторов.

Дивертикул стал причиной различных заболеваний. Распределенные по возрасту, они представлены в таблице 2. Как видно из таблицы, заболевания, связанные с дивертикулом Меккеля, встречаются в любом возрасте, но чаще у детей от 6 до 10 лет. Данные литературы [4] подтверждают это. Характер заболеваний неодинаков в разных возрастных группах. У 70 больных дивертикул стал причиной острой патологии, в 2 – хронической (образование инфильтрата с клиникой кишечной непроходимости). Данные литературы [3] свидетельствуют о том, что среди острых заболеваний, связанных с дивертикулом Меккеля, чаще всего встречается кишечная непроходимость. В наших наблюдениях преобладали пациенты с дивертикулитом. Острый дивертикулит – заболевание относительно редкое. К.Е. Одинцов (1961) за 9 лет описал 5 случаев, а Е. Weinstein с соавт. за 55 лет – 29 случаев острого дивертикулита. В нашей клинике находились 32 ребенка с острым дивертикулитом.

Катаральный дивертикулит во всех случаях сочетался с флегмонозным или гангренозным аппендицитом. В этих случаях изменения в дивертикуле были вторичные, но в случае необнаружения дивертикула эти изменения могли бы стать причиной внутрибрюшной катастрофы. Опасен и неизмененный дивертикул, оставленный в брюшной полости. Приводим выписку из истории болезни.

Больной, 9 лет, поступил через 2 часа от начала заболевания с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, однократную рвоту. Объективно: клиника острого деструктивного аппендицита. На операции обнаружен флегмонозно измененный аппендикс. Произведена типичная аппендэктомия. Послеоперационное течение – гладкое. Через 3 месяца больной вновь поступает в клинику с жалобами на схваткообразные боли в животе и многократную рвоту. Клиника острого живота: живот поддут, болезненный во всех отделах. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – горизонтальные уровни в кишечнике. Диагноз:

спаечная кишечная непроходимость. Выполнена срединная лапаротомия. В тазу обнаружен инфильтрат, образованный сигмой, сальником и подвздошной кишкой. При выделении тонкой кишки на расстоянии 50 см от баугиниевой заслонки обнаружен дивертикул Меккеля размерами 8 на 6 см, темного цвета, напряженный, покрытый сальником. В основании дивертикула имелся дефект диаметром 1 см, через который виден каловый камень, заполняющий полость дивертикула и просвет подвздошной кишки и обуславливающий полную обтурационную кишечную непроходимость. Произведена резекция кишки, несущей дивертикул. Выписан на 19-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Флегмонозный дивертикулит во всех наблюдениях сочетался с аппендицитом (катаральным – 5 и флегмонозным – 13). В случаях с катаральным аппендицитом диагностика дивертикулита не представляла сложностей: в ходе операции обнаруживалось несоответствие клинической картины аппендицита с изменениями в аппендиксе; производилась ревизия тонкой кишки, при которой обнаруживался дивертикул с флегмонозным воспалением. При обнаружении флегмонозно измененного аппендикса риск оставить незамеченным в брюшной полости дивертикул с флегмонозным воспалением в таких ситуациях очень велик.

В наших наблюдениях во всех случаях дивертикулит был вовремя диагностирован. Гангренозный дивертикулит у 6 больных из 9 осложнился перфорацией и перитонитом. У 3 больных наблюдались вторичные изменения в аппендиксе. Дооперационная диагностика острого дивертикулита осуществлялась в единичных случаях. Большинство больных оперировались с диагнозом: острый аппендицит. Все больные поправились.

В развитии **непроходимости кишечника** определенное значение имела форма дивертикула: длинный и тонкий дивертикул обычно был причиной странгуляции, короткий с широким отверстием – вызывал инвагинацию.

Инвагинация встречалась во всех возрастных группах. Клиника была типичной. Попытки расправить инвагинат консервативными методами не увенчались успехом ни у одного больного. На операции в инвагинате тонкой кишки был обнаружен измененный дивертикул у 5 больных: у 3 – некротизированный вместе с кишкой, у одного – с флегмонозным воспалением, у одного – с перфорацией. У 13-летнего мальчика обнаружена изолированная инвагинация дивертикула.

Различные виды **странгуляционной непроходимости** встретились у 8 больных. В двух случаях верхушка дивертикула была соединена с пупком фиброзным тяжем (остатком желточного протока); у 6 больных фиброзный тяж соединял верхушку с брыжейкой (остаток омфаломезентериальных сосудов). Эти патологические образования и послужили причиной странгуляции. Заболевание начиналось внезапно с интенсивных болей в животе. Отмечались клинические и рентгенологические признаки кишечной непроходимости. Странгуляция сочеталась с дивертикулитом у 2 больных; при этом в клинической картине были симптомы кишечной непроходимости и воспаления. Изолированный перекут дивертикула в одном случае осложнился кишечной непроходимостью, в одном – некрозом дивертикула.

По данным большинства авторов [1], пептическая язва дивертикула Меккеля чаще наблюдается у детей раннего возраста, однако в наших наблюдениях эта патология одинаково часто встречалась у детей раннего и старшего возрастов. Пептическая язва осложнилась кровотечением (13) и перфорацией (6). Ведущий симптом кровоточащей язвы дивертикула Меккеля – выделения значительного количества темно-вишневого цвета крови из ануса. В анамнезе у этих больных были схваткообразные боли в животе. При осмотре слизистой дивертикула во время операции обнаруживались язвы размерами до 1 см. У одного больного кишечное кровотечение сочеталось с частичной кишечной непроходимостью. Во всех случаях была произведена резекция подвздошной кишки, несущей дивертикул. Объем операции обусловлен возможностью кровотечения из язвы, расположенной на обратной от дивертикула стороне кишки.

Перфорация пептической язвы дивертикула лишь у 2 больных была прикрытой, у остальных перфорация привела к перитониту. На операциях обнаруживались перфоративные отверстия в дивертикуле размерами до 1 см.

В литературе описаны единичные случаи нахождения дивертикула Меккеля в грыже (Геник С.Н., 1963; Петухов И.А., 1963). Чаще дивертикул находится в правосторонней паховой грыже, в большинстве случаев в ущемленной [1]. Нам встретился 1 больной в возрасте 1 года 1 мес., у которого дивертикул с воспалением находился в левосторонней ущемленной пахово-мошоночной грыже. Была произведена операция грыжесечения с клиновидной резекцией дивертикула. Больной выздоровел.

У новорожденных дивертикул Меккеля был обнаружен в 5 наблюдениях. У 2 детей дивертикул стал причиной странгуляционной кишечной непроходимости, которая проявилась рвотой с примесью желчи, отсутствием нормального стула. До операции найти причину непроходимости не удалось. Обоим больным была произведена резекция кишки с дивертикулом. В 3 наблюдениях дивертикул был не изменен и найден в грыже пупочного кольца (1), а также в ходе операции по поводу непроходимости по иной причине (2). Дивертикул у этих детей был удален.

Неизмененный дивертикул обнаруживался в ходе операций по поводу острого аппендицита (6), илеоцекальной инвагинации (3), заворота подвздошной кишки (2), удвоения тонкой кишки (1) и криптогенного перитонита (1).

Объем оперативного вмешательства при различных осложнениях дивертикула Меккеля зависел от изменений в дивертикуле, анатомических особенностей его, а также степени вовлечения в патологический процесс стенки кишки. Неизмененный дивертикул был оставлен у 2 детей. Родители этих детей были предупреждены о возможном развитии осложнений. В остальных случаях были произведены 38 резекций кишки, несущей дивертикул, 36 клиновидных резекций дивертикула, 9 дивертикулэктомий кишетным способом и 3 открытые резекции дивертикула. Аппендикс в большинстве случаев удаляли. В послеоперационном периоде осложнения были у 3 больных: у 2 – спаечная непроходимость, у 1 – на почве карциноида. Всем 3 больным потребовалась резекция тонкой кишки.

Таким образом, желточный проток, не завершивший своего развития, становится причиной многих острых и хронических заболеваний органов брюшной полости, приносящих страдания детям всех возрастов и требующих от врача немедленных действий. Симптоматика этих заболеваний очень разнообразна, и уточнение диагноза чаще возможно лишь во время операции. Во избежание оставления в брюшной полости воспаленного дивертикула хирургу необходимо тщательно оценивать изменения в аппендиксе и в брюшной полости и при

необходимости производить ревизию нижнего отдела тонкого кишечника на протяжении не менее 80 см. Вопрос об объеме оперативного вмешательства решается интраоперационно и зависит от характера изменений и наличия осложнений. Хорошие результаты лечения этой сложной патологии, минимальная общая летальность, отсутствие летальности в старшей возрастной группе свидетельствуют о высоком уровне работы коллектива клиники детской хирургии Саратовского государственного медицинского университета.

Таблица 1

Варианты пороков развития желточного протока.

Вид патологии	Возраст					Итого	Умерли
	Нов.	До 1	1–5	6–10	11–14		
Полное незаращение протока	9	4	-	-	-	13 (12,5%)	3 (23%)
Энтерокиста	1	1	-	-	-	2 (1,9%)	-
Дивертикул Меккеля	4	16	28	32	8	88 (85,6%)	-
Всего	14	21	28	32	8	103	3 (2,9%)

Таблица 2

Осложнения дивертикула Меккеля

Осложнение	Возраст в годах				Итого
	До 1	1–5	6–10	11–14	
Дивертикулит (34):					
катаральный	2	3	2	-	7
флегмонозный	-	4	8	4	17
гангренозный	-	4	5	-	9
Непроходимость кишечника (19) (причины):					
инвагинация	2	2	1	1	6
страггуляция	-	5	2	1	8
заворот дивертикула	1	1	-	-	2
грыжа Лигтре	-	1	-	-	1
воспалительный инфильтрат	-	1	1	-	2
Пептическая язва дивертикула:					
кровоотечение	4	2	5	2	13
перфорация	2	1	3	-	6
Неизмененный дивертикул	4	4	5	-	13
Всего	15	28	32	8	84

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабаян А.Б., Соснина Т.П. Аномалии развития и заболевания органов, связанных с пупочным кольцом. – Ташкент: Медицина, 1967.
2. Мишарев О.С., Закревский Г.И. Врожденные кишечные свищи пупка у детей // Вестник хирургии им. Грекова. – 1971. – № 7. – С. 89–91.
3. Баиров Г.А., Ситковский Н.Б., Топузов В.С. Непроходимость кишечника у детей. – Киев: Здоровье, 1977.

4. Ковальков В.Ф., Залогин К.А., Гаглоев В.М. и др. Диагностика и лечение дивертикула Меккеля у детей // Вестник хирургии им. Грекова. 1994. – № 3–4. – С. 44–47.
5. Тихонов Ю.А., Мешков М.В., Садовников В.И. и др. Тактика лечения детей с дивертикулумом Меккеля // Клини. хир. – 1989. – № 6. – С. 42 – 45.
6. Ситковский Н.Б., Топузов В.С. Хирургия аномалий желточного протока у детей. – Киев: Здоровье, 1989–90.
7. Астахов Г.И., Баянов Н.И. и др. Осложнение дивертикула Меккеля // Хирургия. – 1998. – № 11. – С. 69–70.

