

## Клінічний випадок хірургічного лікування гострої кишкової непрохідності за одного з варіантів облітерації жовчної протоки



**Г.В. Радченко, А.П. Олійник,  
Р.Б. Мокрий**

Львівська міська клінічна дитяча лікарня

Описано випадок хірургічного лікування дитини із гострою странгуляційною кишковою непрохідністю, гангренозним дивертикулітом, флегмонозним апендицитом, оментитом. Проведено усунення непрохідності, резекцію дивертикулу Меккеля, апендектомію, резекцію пасма сальника. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Дитину виписано на 10 добу в задовільному стані.

*Ключові слова:* кишкова непрохідність, апендицит, дивертикул Меккеля, оментит.

Актуальними проблемами ургентної дитячої хірургії залишаються діагностика, лікування і профілактика гострої кишкової непрохідності (КН) на тлі дивертикулу Меккеля (ДМ) у зв'язку труднощами виявлення дивертикулу на доопераційному етапі та можливими операційними знахідками. Справжня причина КН на тлі ДМ, її вид, обсяг хірургічного втручання практично завжди визначаються інтраопераційно.

ДМ — найпоширеніша вада розвитку тонкої кишки у дітей, яка може бути причиною тяжких ускладнень у хірургії дитячого віку. Проблема ускладнюється через труднощі діагностики дивертикулу на догоспітальному етапі, і навіть на передопераційному, в умовах хірургічного стаціонару [3, 5, 7]. Його описують як «хворобу двійок». Залишок пупково-брижової протоки або ДМ трапляється у 2 % населення у співвідношенні між чоловіками та жінками 2 : 1, може містити два типи тканини (шлункова і панкреатична), має довжину 2 дюйми (5,1 см), класично розміщений у межах 2 футів (60 см) від ілеоцекального з'єднання і викликає симптоматику лише у 2 % осіб, які його мають [10]. У 1809 році німецький анатом J.F. Meckel уперше у друкованій праці «Про дивертикул кишечника» описав дивертикул тонкої кишки і знайшов зв'язок між його виникненням і

Стаття надійшла до редакції 8 лютого 2013 р.

**Олійник Анна Петрівна**, дитячий хірург хірургічного відділення  
79037, м. Львів, вул. П. Орлика, 4  
Тел. (032) 293-97-01  
E-mail: olinikpetr@mail.ru

зворотним розвитком жовчної протоки (ЖП), яка функціонує у перші тижні внутрішньоутробного життя. Найзвичніше положення ДМ — це вільне звисання в черевну порожнину.

ДМ — залишок проксимального відділу ЖП, тому він завжди локалізується у термінальних відділах клубової кишки. Він також може бути фіксованим до пупка або до іншого відділу черевної стінки. У літературі описано випадки, коли ДМ фіксувався до іншого відділу кишечника і до сечового міхура [6]. Анатомічно це мішкоподібний утвір кишкової стінки. На 5—7 тижні ембріонального розвитку ЖП зазвичай облітерується, потім повністю атрофується. Відомо, що неповний зворотний розвиток ЖП зумовлює різноманітні аномалії, які можуть тривалий час залишатись непоміченими і не турбувати дитину. Однак у літературі описано численні випадки гострих хірургічних захворювань, пов'язаних із неповним зворотним розвитком ЖП. Залежно від того, у якому місці і в якому ступені збереглась необлітерована ЖП, розрізняють різні вади: неповні і повні фістули пупка, кісти та тяжі ЖП, ДМ [8]. Найчастіше ускладнення виникають у дітей віком від 3 до 10 років [1]. У науковій літературі описано численні захворювання, зумовлені ДМ: дивертикуліти, КН, тонкокишкові кровотечі, виразки, пухлини та ін. [3].

Варіанти облітерації ЖП можуть спричинювати КН декількома шляхами. Найчастіші механізми КН — інвагінація на тлі ДМ та странгуляційна КН на тлі ембріональних тяжів, утворених облітерацією ЖП. Діагноз ДМ рідко визначається передопераційно як причина КН, оскільки при КН, зумовленій ДМ, як правило, уражається здухвинна кишка. Загальновідомо, що діагностика КН на рівні середньої кишки найскладніша [3].

Хірургічна патологія кишечника, котра супроводжується порушенням його прохідності, відрізняється важким клінічним перебігом та складає до 25—30 % хворих дітей у хірургічних відділеннях. Причини проведення резекцій кишечника в дітей — це вроджені вади розвитку (вроджена КН — 10—15 %; агангліоз товстого кишечника; ДМ — 5—17 %) та набуті захворювання (злукова непрохідність — 0,1—17 %; інвагінація кишечника — 15,4—21,2 %; травматичні пошкодження кишечника — 3,8—16,3 %) [9]. У більшості випадків ДМ безсимптомний і виявляється як випадкова знахідка під час різноманітних оперативних втручань на органах черевної порожнини. Як супутню патологію його виявляють у 0,1—0,3 % випадків. Імовірність клінічних виявів ДМ сягає 4,2 % та значно знижується з віком. Ускладнення ДМ становлять від 25 до 40 % від загальної кількості випадків цієї патології [2, 4].

### Клінічне спостереження

Дитину А. 17 років госпіталізовано в перше хірургічне відділення Львівської міської клінічної дитячої лікарні в ургентному порядку з діагнозом

«гострий апендицит». Зі слів дитини, на момент надходження хворіє вже 26 год. Скаржиться на біль у животі, підвищення температури тіла до 37,3 °С. Була одноразова блювота.

З анамнезу відомо, що дитина народилась від першої неускладненої вагітності, перших пологів. Маса тіла при народженні — 3,600 кг, зріст — 51 см. Природне вигодовування — до 2 міс. Хворіла на ГРВІ, вітряну віспу. Астигматизм, амбліопія. На момент надходження: ЧСС — 94/хв; ЧД — 24/хв; АТ — 120/70 мм рт. ст. Шкіра і видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Дихальна і серцево-судинна системи без помітних патологій. Язик сухий, покритий білим нальотом. Живіт помірно піддутий, симетричний, доступний для пальпації в усіх відділах, різко болючий під час пальпації у правій клубовій ділянці, помічено виражений *defans musculorum*. Симптоми подразнення очеревини. У загальному аналізі крові: лейкоцитоз ( $13,8 \times 10^9/\text{л}$ ) із зсувом лейкоцитарної формули вліво. У загальному аналізі сечі патологічних змін не виявлено.

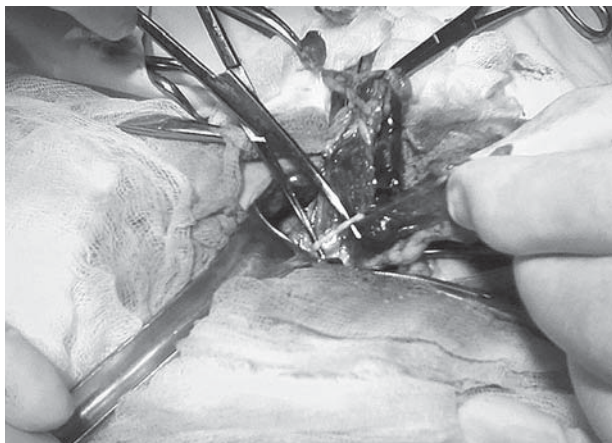
Після передопераційної підготовки в ургентному порядку під загальною анестезією дитині проведено оперативне втручання: усунення КН, резекція ДМ, апендектомія, резекція пасма сальника.

Виконано лапаротомію за Волковичем до 8 см. У рану виведено купол сліпої кишки із червоподібним відростком. Останній довжиною до 11 см, напружений, із каловим каменем у верхній третині, флегмонозно змінений. Проведено апендектомію із зануренням кукси відростка у кисетний та Z-подібний шви. У черевній порожнині виявлено запальний конгломерат, утворений тонкою кишкою, некротизованим ДМ (на відстані 10—12 см від ілеоцекального кута) та сальником (рис. 1).

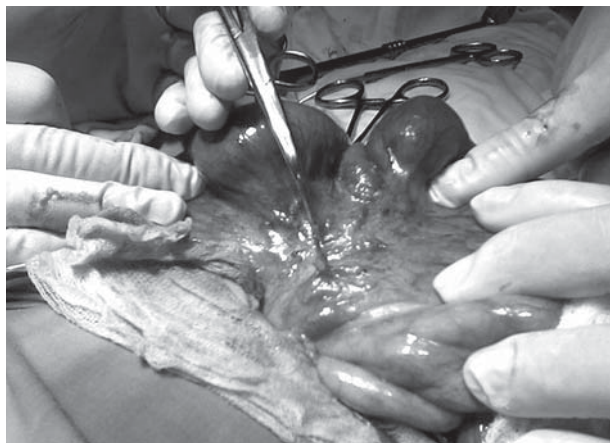
Тонку кишку нижче конгломерату перетягнуто вузлом ембріонального тяжа (рис. 2), фіксованого в корені брижі тонкої кишки, та другим кінцем у дні сечового міхура (рис. 3). Ембріональний тяж розсічено, перев'язано. Тонка кишка з незначним венозним стазом, повністю життєздатна. Перистальтика відновила. Здійснено резекцію зміненого пасма сальника.

Проведено резекцію некротизованого дивертикулу (рис. 4) на вузькій основі, закрученого навколо своєї осі на декілька обертів, висотою до 5 см і шириною до 2 см. Виконано кисетний шов навколо основи дивертикулу, другим шаром накладено серо-серозні шви. Черевну порожнину осушено від бурого серозного випоту до 200 мл. Промито 0,9 % розчином NaCl. Контроль гемостазу. Пошарово накладено шви на рану. Асептична пов'язка. Післяопераційний діагноз: гостра странгуляційна КН, гангренозний дивертикуліт, флегмонозний апендицит, оментит.

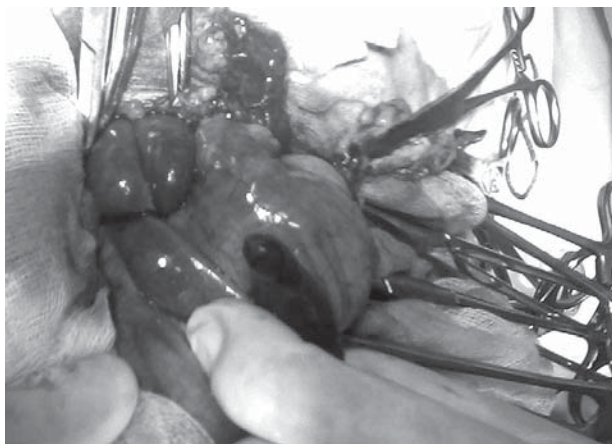
Дитина перебувала на стаціонарному лікуванні протягом 10 днів, отримувала призначене лікування: антибіотикотерапію (цефтріаксон по 2,0 г 2 рази на добу внутрішньом'язово), фізіотерапевтичне лікування (ультрависокочастотна терапія



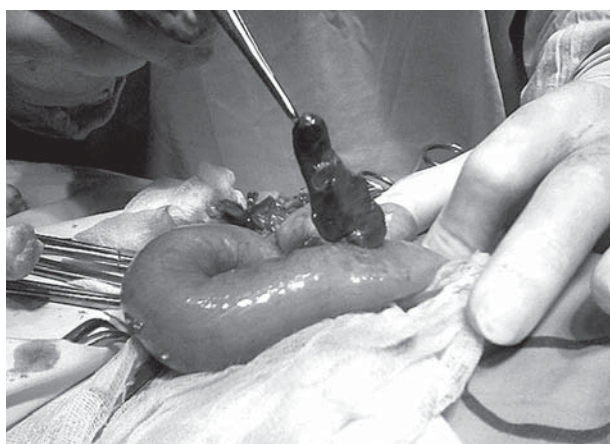
■ **Рис. 1.** Запальний конгломерат, утворений ДМ, тонкою кишкою і сальником



■ **Рис. 3.** Ембріональний тяж, фіксований у корені брижі тонкої кишки



■ **Рис. 2.** Тонка кишка, перетягнута ембріональним тяжем



■ **Рис. 4.** Гангренозно змінений ДМ

на ділянку післяопераційної рани). Виписано додому в задовільному стані, дано рекомендації.

Описаний клінічний випадок свідчить про необхідність проведення у дітей ревізії термінального відділу здухвинної кишки для визначення наявності ДМ при ургентному оперативному втручанні з приводу абдомінальної патології незалежно від віку пацієнта. Симптоми ДМ найчастіше клінічно виявляються у пацієнтів віком до 3 років і спричинюються наявністю гетеротопічної слизової оболонки дивертикулу, а внаслідок цього — кишковою кровотечею або запальним процесом

тканин навколо дивертикулу. У цьому випадку клінічна картина у пацієнта віком 17 років виглядала типовою для гострого апендициту, хоча в дитини одночасно виявлено флегмонозно змінений червоподібний відросток і некротично змінений ДМ. Особлива і фіксація утвореного внаслідок облітерації ЖП ембріонального тяжа — від кореня брижі тонкої кишки до дна сечового міхура. Своєчасне виявлення у дітей патології, спричиненої неповним зворотним розвитком ЖП, і правильна хірургічна тактика забезпечать профілактику можливих післяопераційних ускладнень.

## Література

1. Баиров Г.А. Неотложная хирургия детей: Руководство для врачей.— Л.: Медицина, 1983.— 408 с.
2. Боднар О.Б., Кривченя Д.Ю., Варварюк О.П. та ін. Лікування дивертикулу Меккеля в дітей // Здоров'я ребенка. — 2009.— № 6.— С. 120—123.
3. Горбатюк О.М., Димо С.М., Гончар В.В. та ін. Діагностика і лікування кишкової непрохідності при дивертикулі Меккеля у дітей // Здоров'я ребенка.— 2010.— № 1 (22).— С. 78—84.
4. Гриценко Є.М., Гриценко М.І. Дивертикул Меккеля та його ускладнення в хірургії дитячого віку // Хірургія дитячого віку.— 2006.— № 2 (11). — С. 60—64.
5. Дерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника.— М.: Медицина, 1971.— 272 с.
6. Дробни Ш. Хирургия кишечника / Пер. с венгер.— Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1983.— С. 110—114.
7. Исаков Ю.Ф., Бурков И.В., Ситковский Н.Б. Ошибки и опасности в хирургии пищевого канала у детей. — К.: Здоровье, 1980.— 198 с.
8. Кривченя Д.Ю., Лисак С.В., Плотников О.М. Хірургічні захворювання у дітей: Навчальний посібник.— Вінниця: Нова книга, 2008.— 256 с.
9. Рибальченко В.Ф. Непрохідність кишечника у дітей: діагностика та лікування: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.09 / В.Ф. Рибальченко.— К., 2008.— 36 с.
10. Pollack E.S. Pediatric abdominal surgical emergencies // Pediatric Annals. — 1996.— N 25.— P. 448—457.

## Клинический случай хирургического лечения острой кишечной непроходимости при одном из вариантов облитерации желчного протока

Г.В. Радченко, А.П. Олийник, Р.Б. Мокрый

Описан случай хирургического лечения ребенка с острой странгуляционной кишечной непроходимостью, гангренозным дивертикулитом, флегмонозным аппендицитом, оментитом. Проведено устранение непроходимости, резекцию дивертикула Меккеля, аппендэктомию, резекцию пасама сальника. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок выписан на 10 сутки в удовлетворительном состоянии.

**Ключевые слова:** кишечная непроходимость, аппендицит, дивертикул Меккеля, оментит.

## Surgical treatment of acute intestinal obstruction with one type of vitelline duct obliteration: case report

H.V. Radchenko, A.P. Oliynyk, R.B. Mokryi

A case of surgical treatment in child with acute strangulative intestinal obstruction, gangrenous diverticulitis, phlegmonous appendicitis, omentitis was described in the article. Surgery for intestinal obstruction elimination were performed with Meckel diverticulum resection, appendectomy and omentum strand resection. The postoperative period was uncomplicated. The child was discharged on 10 th day in satisfactory condition.

**Key words:** intestinal obstruction, appendicitis, Meckel diverticulum, omentitis.