



№ 4 (133) 2025

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 рази на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983ПР
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 11 від 21.07.2025 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко

Підписано до друку 29.07.2025 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 6,5.
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:

61103, м. Харків,
в'їзд Лікарський, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-39
715-33-45

Видання віддруковане
у ТОВ фірма «НТМТ»
61103, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2025

ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ

Заступники головного редактора

П. М. Замятін, док. мед. наук, професор
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор
Ю. В. Іванова, докторка мед. наук, професорка
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка
О. В. Кравцов, док. медичних наук
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор
В. В. Негодуйко, док. мед. наук, професор
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор
С. О. Савві, док. мед. наук, професор
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор
Е. М. Хорошун, кан. мед. наук

ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк — Київ, Україна),
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU
І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ — Рубіжне, Україна)
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк — Краматорськ, Україна)
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка членкіня-кор. НАМН України
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андреещев, канд. мед. наук, доцент (Київ, Україна),
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
І. Д. Дужий, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
К. Ю. Пархоменко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. І. Старіков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)



Етіопатогенетичні, анатомічні та клініко-діагностичні особливості гемотораксу 95

С. В. Курсов, С. М. Скоропліт, О. І. Скоропліт, П. М. Замятін, К. Г. Михневич

Сучасні підходи до вибору методу хірургічної корекції інволюційних змін шкіри обличчя і шиї: огляд літератури 105

Р. В. Бондарєв, В. М. Іванцок, Є. О. Логвінов, Р. О. Коваль

Закрита травма живота з масивним пошкодженням печінки (огляд літератури) 110

Р. М. Смачило, О. В. Малоштан, А. О. Неклюдов, Д. С. Козлов, М. О. Кльосова, В. Ф. Омельченко, В. Ю. Бровкін, Ю. А. Борисова

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

Діагностика та лікування первинно виявленої дифузної В-великоклітинної неходжкінської лімфому тонкої кишки з перфорацією, гострою кишковою непрохідністю та розвитком перитоніту (клінічний випадок). 119

О. А. Повч, В. М. Сидоренко

Фатальний результат лікування пацієнтки з дивертикулом Меккеля, що ускладнився тонкокишковою кровотечею 123

О. В. Капшитар, О. О. Капшитар

Etiopathogenetic, anatomical and clinical-diagnostic features of hemothorax 95

S. V. Kursov, S. M. Skoroplit, O. I. Skoroplit, P. M. Zamyatin, K. G. Mikhnevich

Modern approaches to choosing a method of surgical correction of involutional changes in the skin of the face and neck. 105

R. V. Bondariev, V. M. Ivantsok, O. Ye. Logvinov, R. O. Koval

Blunt abdominal trauma with massive liver injury (review of literature). 110

R.M. Smachylo, O. V. Maloshtan, A. O. Nekliudov, D. S. Kozlov, M. O. Klosova, V. F. Omelchenko, V. Yu. Brovkin, Yu. A. Borisova

CASE FROM PRACTICE

Diagnosis and treatment of primary-detected diffuse b-large cell non-hodjkin's lymphoma of the small intestinal with perforation, acute intestinal obstruction and development of peritonitis: a clinical case in a surgical clinic 119

O. A. Povch, V. M. Sydorenko

Fatal outcome of treatment of a patient with Meckel's diverticulum complicated with small intestinal bleeding 123

O. V. Kapshytar, O. O. Kapshytar



О. В. Капшитар,
О. О. Капшитар

Запорізький державний
медико-фармацевтичний
університет

© Капшитар О. В.,
Капшитар О. О.

ФАТАЛЬНИЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТКИ З ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ, ЩО УСКЛАДНИВСЯ ТОНКОКИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Реферат. *Мета дослідження:* встановити причини фатального результату у пацієнтки на дивертикул Меккеля, що ускладнився тонкокишковою кровотечею.

Матеріал та методи. Хвора 67 років звернулася за медичною допомогою через 2 тижні зі скаргами на слабкість та випорожнення з кров'ю. Постійно приймає еноксипарин після перенесеного інсульту.

Результати. Під час клінічного обстеження підтверджена кровотеча у кишківник, але джерело не встановлено, навіть під час ФЕГДС. Після рецидиву кишкової кровотечі з гіповолемічним шоком 3 ступеня консервативна терапія протягом 7 годин у відділенні інтенсивної терапії не мала успіху. Виконано лапаротомію. Діагностовано дивертикул Меккеля з широкою основою, що кровоточив у тонку кишку. Проведено резекцію тонкої кишки з дивертикулом Меккеля, ентероентероанастомоз бік у бік. Причина смерті — постгеморагічна анемія, поліорганна недостатність.

Висновки. Дивертикул Меккеля, що кровоточить, у дорослих є рідкісною патологією. Джерело кровотечі після клінічного обстеження та ФЕГДС не встановлено. Лише при виконанні лапаротомії виявлено дивертикул Меккеля, що кровоточить. Причинами, що привели до фатального наслідку стали досить пізнє звернення хворої за медичною допомогою, запізнїле оперативне втручання при рецидиві кишкової кровотечі, постгеморагічна анемія, шок 3 ступеня, пригнічена імунна система.

Ключові слова: дивертикул Меккеля, хронічна пептична виразка, тонкокишкова кровотеча, діагностика, хірургічне лікування, фатальний результат.

Вступ

Німецький анатом Йоганн Фредерік Меккель-молодший у 1809 році опублікував наукову працю «Про дивертикули кишківника», після чого локалізацію дивертикула у клубовій кишці, на знак поваги до автора, стали називати його іменем — дивертикул Меккеля [1, 2]. Загальновідомо, що дивертикул Меккеля (ДМ) являє собою випинання, частіше протибрижового краю клубової кишки, як результат необлітерованої проксимальної частини жовткової протоки у процесі ембріогенезу. ДМ зустрічається у 2-3% населення. Клінічна ж маніфестація проявляється лише при розвитку ускладнень у 4-6,4% від усіх випадків (гостре запалення, кровотеча, перфорація, інвагінація та ін.) [2-10].

Шари стінки ДМ у більшості людей ідентичні шарам стінки тонкої кишки. Втім у 20-30% в слизовій оболонці ДМ знаходять включення гетеротопічної слизової оболонки шлунку або екзокринної частини підшлункової залози [3-5]. Гетеротопічна слизова оболонка шлунку

виділяє хлористоводневу кислоту та пепсин, ацинуси підшлункової залози — протеолітичні ферменти, які роз'їдають епітелій і зумовлюють утворення пептичної виразки діаметром 2-10 мм та кровотечу. У дорослих ДМ, що ускладнюється кровотечею, зустрічається вкрай рідко [3, 5, 7]. За даними В.Д. Братуся та співавт. (2008) у дорослих кишкова кровотеча виявлена у 5% з ДМ [5]. Клінічна діагностика ДМ, що ускладнився кровотечею, практично не можлива [3, 6]. При активному пошуку джерела кровотечі використовують ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну томографію (КТ), магніторезонансну томографію (МРТ), капсульну ендоскопію, сцинтиграфію, ангіографію, фіброезофагогастроуденоскопію (ФЕГДС), ректороманоскопію, колоноскопію [3, 5, 7, 9, 10]. Втім, вказані методи мають межі своїх діагностичних можливостей. Тому нерідко лише лапаротомія лишається остаточною технологією у постановці діагнозу [3, 4]. Деякі дослідники основним методом діагностики патології ДМ вважають лапароскопію [10].

Мета досліджень

Установити причини фатального результату у пацієнтки на дивертикул Меккеля, що ускладнився тонкокишковою кровотечею.

Матеріали і методи досліджень

Пацієнтка С., 59 років, № історії хвороби 13885, 03.09.2023 року о 23:48 шпиталізована у відділення хірургії з Центром шлунково-кишкових кровотеч (60 ліжок) КНП „Міської лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги” Запорізької міської ради, що є одним з баз кафедри загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.

Скаржилась на слабкість, випорожнення з кров'ю. Зі слів родичів, протягом 2 тижнів мала рідке випорожнення коричневого кольору. За кілька днів зблідла. 03.09.2023 р. о 19:00 мала випорожнення чорно-коричневого кольору з домішками темної крові. Стан погіршився. Зросла слабкість. Не лікувалася. Машиною швидкої медичної допомоги транспортована до лікарні з діагнозом: гостра шлункова кровотеча, церебросклероз. При надходженні пульс 100 уд./хв. АТ 120/70 мм рт. ст., температурі тіла 36,6 °C, шоківий індекс Альговера 0,8 свідчив про крововтрату більше 0,8 л. Внутрішньовенно введено Sangersa 5,0 та 200,0 фізіологічного розчину.

Anamnesis vitae. Після перенесеного інсульту у 2020 році контакту не доступна, малорухлива та постійно приймає еноксипарин 60 мг/добу.

Status praesens communis. Загальний стан важкий. Бліда. Зниженого харчування. Пульс 72 уд./хв, ритмічний АТ 140/80 мм рт. ст., ЧДР 18 за хв. Дихання везикулярне.

Status localis. Язик сухий. Передня черевна стінка приймає участь у акті дихання. При пальпації живіт м'який, безболісний. Симптом Щоткіна-Блумберга негативний. Перистальтика кишечника прискорена. Пальцеве обстеження прямої кишки: новоутворень не встановлено, кал темно-коричневого кольору з геморагічним компонентом.

Еритроцити $2,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін 68 г/л, лейкоцити $10,6 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарна формула: паличкоядерні нейтрофіли 2%, сегментоядерні 60%, лімфоцити 36%, моноцити 2%. ШЗЕ 10 мм/год. Загальний аналіз сечі: білок 0,212‰, лейкоцити 3-5 у полі зору, еритроцити: свіжі 18-20, змінені 2-3, циліндри гіалінові 1-3. Кетонові тіла +++. Діагноз при надходженні: товстокишкова кровотеча? гостра постгеморагічна анемія.

ФЕГДС: еритематозна гастродуоденопатія, дивертикул низхідного відділу дванадцятипалої кишки по латеральному контуру 4×3 см. Загальний білок крові 59 г/л, білірубін 16

мкмоль/л, креатинін 70 мкмоль/л, амілаза 22 од/л, глюкоза 11,0 ммоль/л. Протромбіновий індекс 58%, фібриноген 3,33 г/л, фібриноген Б +. Оглянута гінекологом — патологію виключено.

Розпочато інтенсивну консервативну терапію згідно до стандартів клінічних протоколів, включаючи переливання еритроцитарної маси, кріопреципиту, свіжозамороженої плазми, розчинів гемостатичних препаратів (вікасол, етамзилат, проксіум, тренакса, геласпан). Проведена консервативна терапія була ефективною, рецидиву кровотечі не було.

04.09.2023 р. на 6:00 еритроцити $2,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін 69 г/л, лейкоцити $13,6 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарна формула: метамієлоцити 1%, паличкоядерні нейтрофіли 17%, сегментоядерні 76%, лімфоцити 5%, моноцити 1%. У подальшому, 04.09.2023 р. о 10:40 стан різко погіршився і став важким. Шкіра, слизові оболонки сухі, бліді. Гемодинаміка з тенденцією до гіпотонії (пульс 92 уд./хв., АТ 74/43 мм рт. ст., сатурація 93%). Шоківий індекс Альговера 1,2. З сечового міхура по катетеру за термін лікування отримано 0,3 л сечі. Оглянута завідувачем хірургічним відділенням, діагноз: рецидив товстокишкової кровотечі, гостра постгеморагічна анемія, гіповолемічний шок 3 ступеня. Переведена до відділення інтенсивної терапії з подальшою консервативною терапією.

Втім, незважаючи на інтенсивну багатокomпонентну консервативну терапію, в тому числі на медикаментозну підтримку вазопресорами (норадреналін 8 мг), стан різко погіршився після 2-разової мелени, а гемодинаміка лишалась нестабільною. О 14:56 на консилиумі лікарів діагностовано рецидив товстокишкової кровотечі, гостра постгеморагічна анемія, геморагічний шок III ст. та неефективність консервативної терапії. Встановлені показання до невідкладної операції.

04.09.2023 р. у 17:35 виконано операцію: середина лапаротомія, ревзія, резекція тонкої кишки з дивертикулом Меккеля, ентеро-ентероанастомоз бік-у-бік дворядними вузловими швами за Черні, дренажування порожнини малого таза. Під час ревізії черевної порожнини на відстані 30 см від ілеоцекального кута на протибрижовій стороні клубової кишки діагностовано дивертикул Меккеля циліндричної форми, завдовжки 10 см та у діаметрі 1,4 см з потовщеною стінкою, без брижі. Дистальніше від ДМ у тонкій кишці темний вміст (кров), проксимальніше — тонка кишка без патологічних змін. Діаметр ободової кишки розширений до 8 см. В процесі операції в/в переливали кристаліди, колоїди, 900,0 мл еритроцитарної маси. Патогістологічне заключення № 321388-39-40-41: фрагмент тонкої кишки розкритий. Його сли-



зова оболонка складчаста, світло-сірого кольору. Дивертикул тонкої кишки з виразкою діаметром 4 мм, що розташована у його основі, у дні — арозивна судина, кров. Стінка дивертикулу та тонкої кишки ідентичні. Втім, у ділянці виразки ектопована слизова оболонка шлунку. Висновок: дивертикулярна хвороба, дивертикул Меккеля з загостренням, пептична виразка у основі з арозією судини та кровотечею.

Діагноз після операції: Кровоточивий дивертикул Меккеля. Рецидив профузної тонкокишкової кровотечі. Гостра постгеморагічна анемія. Геморагічний шок III ст.

По закінченню операції еритроцитів $1,85 \times 10^{12}/л$, гемоглобін 58 г/л, тромбоцити $280 \times 10^9/л$. Загальний білок крові 50 г/л, білірубін 16 мкмоль/л, тимолова проба 0,2 од., креатинін 100 мкмоль/л, амілаза 18 од/л, АлТ 0,75 ммоль/л, АсТ 0,4 ммоль/л, калій 2,9 ммоль/л, Na 129 ммоль/л, CL 105 ммоль/л, глюкоза 8,5 ммоль/л, протромбіновий індекс 70%, фібриноген 1,9 г/л, фібриноген В ++.

Перебіг післяопераційного періоду важкий. Розвинулася поліорганна недостатність.

05.09.2025 р. АТ 115/75 мм рт. ст., пульс 86 уд/хв. Щодобовий діурез не перевищував 0,7 л сечі. Збільшилася кількість еритроцитів до $2,85 \times 10^{12}/л$ та гемоглобіну до 71 г/л, АлТ 0,8 ммоль/л, АсТ 1,4 ммоль/л, глюкози 10,6 ммоль/л. Навпаки, зменшилась кількість тромбоцитів до $132 \times 10^9/л$, загального білка крові до 46 г/л, фібриногену до 1,55 г/л. Оглянута кардіологом: патологію виключено.

Незважаючи на проведенне лікування пацієнтка померла 09.09.2023 р. о 06:35. Після розтину встановили повне співпадіння клінічного та патологоанатомічного діагнозів. Причина смерті гостра — постгеморагічна анемія в умовах поліорганної недостатності.

Результати досліджень та їх обговорення

Наш багаторічний досвід діагностики причин шлунково-кишкових кровотеч у дорослих пацієнтів свідчить, що серед них ДМ є досить рідкісною патологією і корелює з даними інших дослідників [4, 5]. У нашої хворої когнітивні порушення після перенесеного інсульту у 2020 році сприяли занадто пізньому зверненню за медичною допомогою. При первинному клінічному обстеженні під час шпиталізації сам факт кровотечі через пряму кишку встановлений та виникла підозра на джерело кровотечі у товстій кишці. Це підтверджує висновки інших авторів про неможливість діагностики кровотечі саме з ДМ лише за клінічними даними [3, 4, 5].

Загальноновизнаним є те, що низькі показники еритроцитів та гемоглобіну підтверджували

наявність анемії. Сучасні клінічні протоколи засвідчують про необхідність використання додаткових методів дослідження (УЗД, КТ, МРТ, капсульна ендоскопія, скінтиграфія, ангіографія, ФЕГДС, ректороманоскопія, колоноскопія) [3, 5, 7, 9, 10].

З наведених додаткових методів дослідження нашої пацієнтці виконано лише ФЕГДС, результати якої виключили патологію. На жаль подальшого активного пошуку джерела кровотечі не було проведено. Продовжено консервативну терапію з тимчасовим ефектом. Різко зменшилися відсотки лімфоцитів та моноцитів, що свідчило про пригнічену імунну систему. Далі перебіг хвороби розвивався стрімко. Через 10 годин 42 хв. після шпиталізації виникає за даними хірургів рецидив товстокишкової кровотечі, гіповолемічний шок 3 ступеня, що свідчить про значну крововтрату.

На цьому етапі хвору треба було прооперувати з метою механічної зупинки кровотечі на фоні реанімаційно-анестезіологічного забезпечення. Втім, її переводять у відділення інтенсивної терапії, де при неефективності консервативної терапії та висновку консилиуму виконують лапаротомію через 6 годин 55 хвилин після настання рецидиву кровотечі.

На операції діагностують ДМ завдовжки 10 см з широкою основою — 1,4 см, що кровоточить у просвіт тонкої кишки. Об'єм операції: резекція тонкої кишки з дивертикулом Меккеля за наявності широкої основи, ентеро-ентероанастомоз бік-у-бік дворядними вузловими швами за Черні, дренажування порожнини малого тазу адекватне та співпадає з рекомендаціями інших авторів [4, 5, 7]. Встановлена причина смерті: гостра постгеморагічна анемія в умовах поліорганної недостатності.

Висновки

Виявити джерело кровотечі з ДМ лише за клінічними даними виявилось не можливо.

Неповний обсяг використання додаткових методів дослідження та рецидив кишкової кровотечі, ускладнений гіповолемічним шоком 3 ступеня через 10 годин 40 хвилин після шпиталізації не дозволили провести остаточний та активний пошук джерела кровотечі.

Безпосередньою причиною смерті стала гостра постгеморагічна анемія в умовах поліорганної недостатності. Причинами ж, що привели до фатального наслідку стали досить пізні звернення хворої за медичною допомогою завдяки когнітивним порушенням після перенесеного інсульту, запізниле оперативне утручання на шпитальному етапі при рецидиві кишкової кровотечі, постгеморагічна анемія, шок 3 ступеня, пригнічена імунна система.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Українсько-латинсько-англійський енциклопедичний словник. Київ: Медицина, 2016: 968 с. ISBN: 1978-617-505-334-8.
2. Пронін ВА, Бойко ВВ. Патологія червоподібного відростка та аппендектомія. Харків: СІМ, 2007. 271 с.
3. Капшитар ОВ. Кровотоочаший дивертикул Меккеля. Харківська хірургічна школа. 2015;3:141-3.
4. Федюшкін СО, Самарець ЕФ, Ковтонюк ВА, Вінівітін АВ, Пуляев ОІ. Рідкісна локалізація дивертикула Меккеля, ускладненого доброякісною пухлиною та рецидивною профузною кишковою кровотечею. Клінічна хірургія. 2021;7-8:97-100. DOI: 10.26779/2522-1396.2021.7-8.97.
5. Братусь ВД, Фомін ПД, Шепетько ЄМ, Сидоренко ВМ, Копецька АМ, Біляков-Бельський ОБ, Ліссов ОІ. Хірургічне лікування дивертикула Меккеля, ускладненого гострою кровотечею. Клінічна хірургія. 2008;6:9-11.
6. Завгородній СМ, Дідковський ІВ. Випадок перфорації дивертикула Меккеля риб'ячою кісткою. Медична наука-2023: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених (Полтава, 1 грудня 2023 р.). Полтава, 2023:50-1.
7. Арсенюк ВВ, Мінчєков ЮВ, Войтенко ВВ, Арсенюк ТЛ. Рецидивна кровотеча з дивертикула Меккеля. Клінічна хірургія. 2015;4:76.
8. Ксьонз ІВ, Гриценко ЄМ, Гриценко МІ, Овчар ОВ, Пилипюк ЄВ. Непрохідність, викликана дивертикула Меккеля в дітей. Хірургія дитячого віку. 2021;2(71):72-6. DOI: 10.15574/PS.2021.71.72.
9. Русак ПС. Проблема гострого живота у педіатрії. Монографія. Розділ 6. Дивертикул клубової кишки (Дивертикул Меккеля). Житомир: Полісся, 2015. 91-5.
10. Дженалаєв БК, Досмагамбетов СП, Котлобовський ВІ, Кенжаліна РА, Саміголла АС. Патологія дивертикула Меккеля в дітей та питання хірургічного лікування. Медичний журнал Західного Казахстану. 2017;1:50-5.

REFERENCES

1. Ukrainsko-latynsko-anhliiskyi entsyklopedychnyi slovyk. Kyiv: Medysyna, 2016: 968 s. ISBN: 1978-617-505-334-8.
2. Pronin VA, Boiko VV. Patolohiia chervopodibnoho vidrostka ta appendektomiia. Kharkiv: SIM, 2007. 271 s.
3. Kapshytar OV. Krovotochashchyi dyvertikul Mekkelia. Kharkivska khirurhichna shkola. 2015;3:141-3.
4. Fediushkin SO, Samarets EF, Kovtoniuk VA, Vinivitin AV, Puliaiev OI. Ridkiska lokalizatsiia dyvertykula Mekkelia, uskladnenoho dobroiakisnoiu pukhlynoiu ta retsydyvnoiu profuznoiu kyshkovoiu krovotecheiu. Klinichna khirurhiia. 2021;7-8:97-100. DOI: 10.26779/2522-1396.2021.7-8.97.
5. Bratus VD, Fomin PD, Shepetko YeM, Sydorenko VM, Kopetska AM, Biliakov-Belskyi OB, Lissov OI. Khirurhichne likuvannia dyvertykula Mekkelia, uskladnenoho hostroi krovotecheiu. Klinichna khirurhiia. 2008;6:9-11.
6. Zavhorodnii SM, Didkovskiy IV. Vypadok perforatsii dyvertykula Mekkelia rybiachoiu kistkoiu. Medychna nauka-2023: Materialy Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii molodykh vchenykh (Poltava, 1 hrudnia 2023 r.). Poltava, 2023:50-1.
7. Arseniuk VV, Minchekov YuV, Voitenko VV, Arseniuk TL. Retsydyvna krovotecha z dyvertykula Mekkelia. Klinichna khirurhiia. 2015;4:76.
8. Ksonz IV, Hrytsenko YeM, Hrytsenko MI, Ovchar OV, Pylypiuk YeV. Neprokhidnist, vyklykana dyvertykula Mekkelia v ditei. Khirurhiia dytiachoho viku. 2021;2(71):72-6. DOI: 10.15574/PS.2021.71.72.
9. Rusak PS. Problema hostroho zhyvota u pediatrii. Monohrafiia. Rozdil 6. Dyvertikul klubovoi kyshky (Dyvertikul Mekkelia). Zhytomyr: Polissia, 2015. 91-5.
10. Dzhenalaiiev BK, Dosmahambetov SP, Kotlobovskiy VI, Kenzhalina RA, Samiholla AS. Patolohiia dyvertykula Mekkelia v ditei ta pytannia khirurhichnoho likuvannia. Medychnyi zhurnal Zakhidnoho Kazakhstanu. 2017;1:50-5.