

© Власов В.В., Бабій І.В., Ніколайчук М.М., 2012

УДК 616.344-007.64-089.8

УСКЛАДНЕННЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

В.В.Власов, І.В.Бабій, М.М.Ніколайчук

Кафедра хірургії ФПО (зав. – проф. А.І.Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, Хмельницька обласна лікарня

Резюме. Відсутність типової клінічної картини при ускладненнях дивертикула Меккеля часто призводить до діагностичних помилок. Наведено два клінічні спостереження ускладнень дивертикула Меккеля.

Ключові слова: дивертикул Меккеля, тонкокишкова непрохідність, дивертикуліт.

Дивертикул Меккеля (ДМ), який відноситься до специфічних видів дивертикулів, виявляється у 2-5% людей (співвідношення чоловіки/жінки становить як 3/2). Розташований він на клубовій кишці (КК) на відстані 10-150 см (в середньому – на 40 см у дітей, на 50 см – в дорослих) від ілеоцекального кута, має діаметр 0,5-2,0 см, довжину – 1-26 см (частіше 3-5 см) [1, 2]. Стінка ДМ має таку ж будову, як і стінка КК, але у 20-30% хворих трапляються ізольовані або поєднані острівці слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки, тканини підшлункової залози або стінки товстої кишки. У більшості хворих ДМ клінічно не проявляється. Однак за наявності острівців гетеротопії в ДМ 15-20% хворих можуть виникати ускладнення: 1) пептичні – гетеротопічна тканина слизової оболонки шлунка виділяє соляну кислоту та пепсин, що призводить до утворення виразок на межі зі слизовою оболонкою тонкої кишки (ТК); 2) запальні (флегмонозний, гангренозний, перфоративний дивертикуліт); 3) кишкова непрохідність, яка виникає через заворот, інвагінацію, спайковий перивісцерит; 4) пухлинні. Установлено, що в чоловіків ускладнення ДМ виникають частіше, ніж у жінок [3]. Наводимо два клінічних спостереження ускладнень ДМ з власної практики.

1. Хворий Л., 25 років, госпіталізований 04.01.11 з діагнозом: апендикулярний абсцес? Скаржить на біль у правій пахвинній ділянці, підвищення температури тіла до 38°C, загальну слабкість, нудоту. Вважає себе хворим з 25.11.10. Відомо, що з 26.12.10 по 04.01.11 лікувався в ЦРЛ з приводу набрякової форми гострого панкреатиту. Об'єктивно: Т° тіла – 37,6°C, АТ – 140/90 мм. рт. ст., пульс – 76 уд./хв. Живіт симетричний, при пальпації м'який, децю на-

пружений у правій пахвинній ділянці, де пальпується болючий інфільтрат (до 10 см у діаметрі). УЗД ОЧП: Заочеревинно справа (під правою бічною стінкою сечового міхура) визначається кістозне утворення розмірами 100x60 мм, з перетинкою. Васкуляризація помірна, можливо – тератома (рис. 1). КТ ОЧП: між петлями кишечнику є цільне утворення розмірами 120x55 мм, яке визначається у правій половині черевної порожнини (ЧП), опускається над сечовим міхуром у порожнину таза (рис. 2). Висновок: об'ємний процес ЧП та порожнини таза (можливо кіста). Загальний аналіз крові: Нв – 125 г/л, ер. – 4,2 Т/л, КП – 0,9, лейкоц. – 7,0 Г/л, ШОЕ – 3 мм/год. Аналіз сечі: п. в. – 1029, рН – 5,0, білок – 0,003 г/л, лейкоц. – 10-15 у п. з, еритроцити не змінені – 1-2 в п. з., змінені – 4-6 у п. з.

Від запропонованої операції хворий відмовився.



Рис. 1. Утворення (дивертикул Меккеля) під бічною стінкою сечового міхура справа у хворого Л. Ультрасонограма.

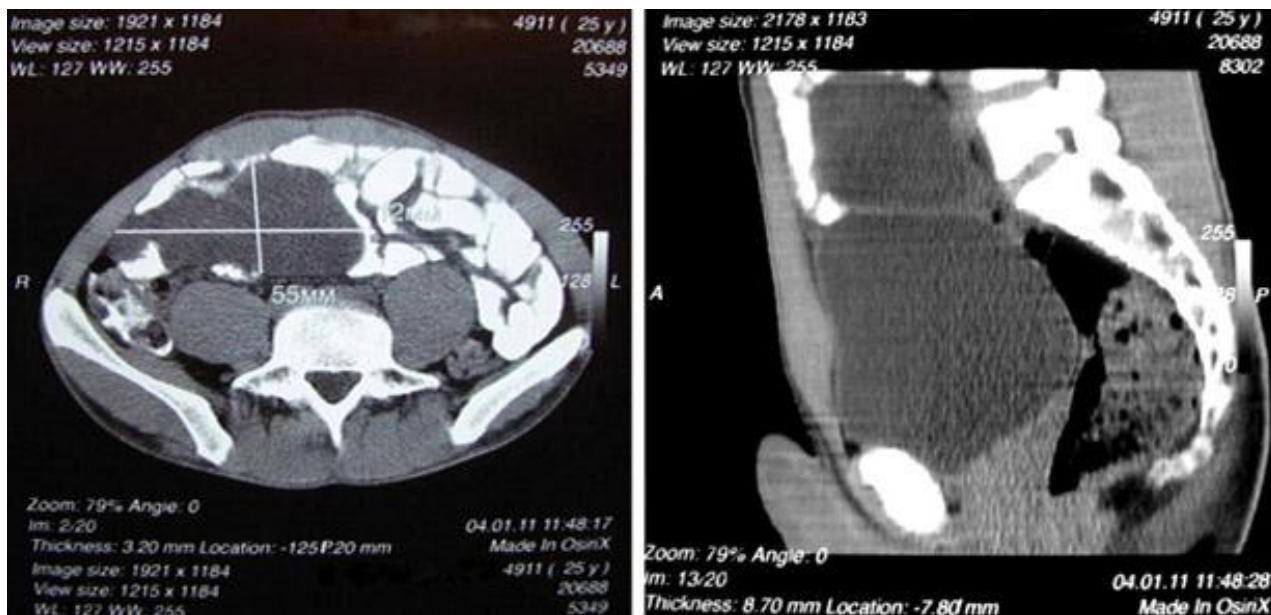


Рис. 2. Щільне утворення (дивертикул Меккеля) між кишковими петлями у хворого Л.
Комп'ютерна томограма.

Консервативна терапія ефекту не дала, тому 14.01.11 під ендотрахеальним наркозом виконано хірургічне втручання: лапаротомія, резекція ТК з ДМ. Під час ревізії ЧП виявлено ДМ діаметром до 5 см на відстані близько 1 м від ілеоцекального кута (рис. 3). У брижі КК навпроти ДМ є збільшені до 2 см лімфатичні вузли. Виконано резекцію ТК та ДМ з клиноподібною резекцією її брижі. Сформовано ентероентероанастомоз кінець у кінець дворядним швом. Патогістологічний висновок: у ДМ ділянки некрозу, інфільтрація гранулоцитами, місцями розростання грануляційної тканини. Перебіг післяопераційного періоду сприятливий. На 7-му добу пацієнт виписаний у задовільному стані з діагнозом: ДМ з виразкуванням. Хворого оглянуто через рік – стан задовільний.

2. Хворий А., 17 років, госпіталізований 20.03.10 зі скаргами на розлитий біль у животі, нудоту, періодичне блювання, загальну слабкість. Хворіє три доби. Неодноразово упродовж кількох років лікувався в ЦРЛ з приводу хронічного панкреатиту. Загальний стан хворого середньої тяжкості, АТ – 110/60 мм. рт. ст., пульс – 78 уд./хв., T° тіла – 36,7 $^{\circ}$ C. Живіт правильної форми, здутий, пальпаторно помірно напружений, болючий у всіх ділянках. Визначається сумнівний симптом шуму „плюскоту”. Оглядова рентгенографія ОЧП: поодинокі чаші Клойбера. Загальний аналіз крові: Hb – 110 г/л, ер. – 3,6 Т/л, КП – 0,92, лейкоц. – 6,6 Г/л, ШОЕ – 13 мм/год. Аналіз сечі: п. в. – 1012, рН – 5,0, білок – 0,022 г/л, лейкоц. – 2-4 в п. з., ер. – 1-2 в п. з. Діагноз: часткова тонкокишкова непрохідність.

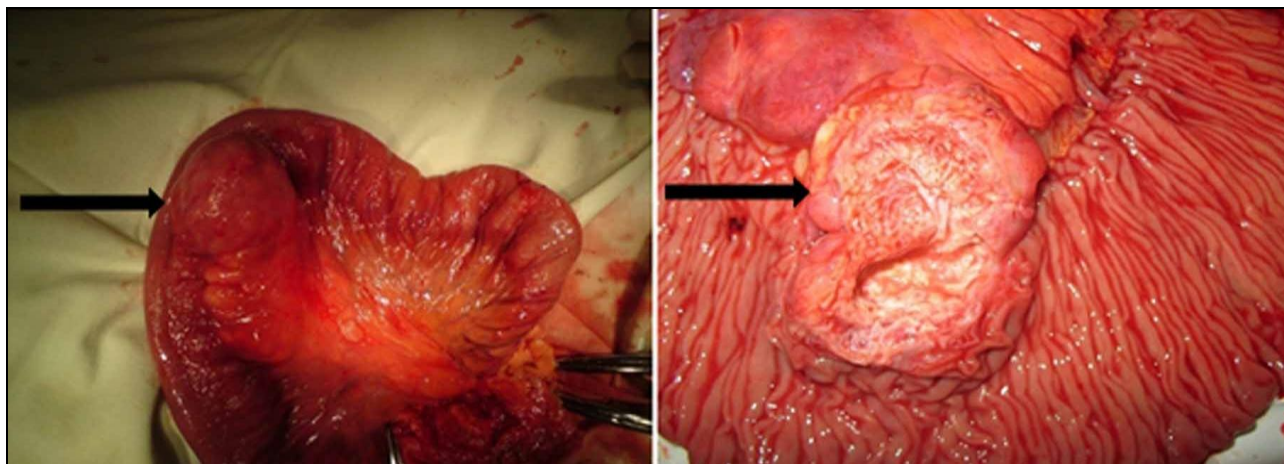


Рис. 3. Виразкування (стрілки) дивертикула Меккеля у хворого Л.

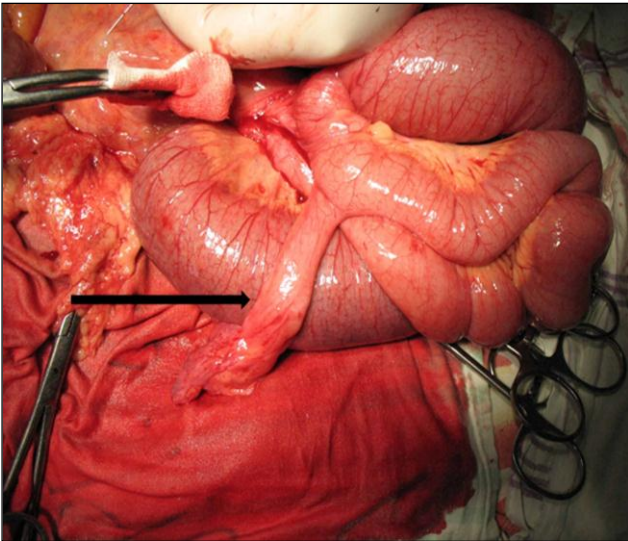


Рис. 4. Дивертикул Меккеля (стрілка) відокремлений від пупкового кільця у хворого А.

Проведена інфузійна та знеболювальна терапія. Через назогастральний зонд виділення відсутні. Наступного дня стан хворого погіршився. Обґрунтовано діагноз: гостра тонкокишкова непрохідність.

В ургентному порядку 21.03.10 під ендотрахеальним наркозом виконано операцію: лапаротомія, деторзія кишечнику, резекція ДМ, обхідний ентероентероанастомоз. Під час ревізії ЧП

виявлено ДМ, який з'єднується з пупковим кільцем (рис. 4). ДМ довжиною 8-10 см, розміщений на 30 см від ілеоцекального кута. Виявлено заворот КК на 180°, що й спричинило кишкову непрохідність. Кишкові петлі значно розширені, містять рідину та повітря. ДМ від'єднано від передньої черевної стінки, заворот усунуто. Через ДМ виконано декомпресію КК з наступною резекцією ДМ. Через наявність зрощень між петлями КК і великою імовірністю їх пошкодження при роз'єднанні чи рецидиві завороту сформовано обхідний ентероентероанастомоз бік у бік дворядним швом. Патогістологічний висновок: у ДМ вогнищева запальноклітинна інфільтрація з лімфоцитів, плазматичних клітин, гранулоцитів; виражене повнокров'я судин. Перебіг післяопераційного періоду сприятливий. У задовільному стані пацієнт виписаний на 9-ту добу з клінічним діагнозом: ДМ, з'єднаний з пупковим кільцем, гостра тонкокишкова непрохідність (заворот на 180°). Хворого оглянуто через рік – стан задовільний.

Отже, наведені клінічні спостереження свідчать, що при наявності ДМ відсутня типова клінічна картина, тому ця вада діагностується як інтраопераційна знахідка. Клінічні прояви ДМ можуть мати рецидивний перебіг і маскуватися під інші захворювання.

Література

1. Кузин М.И. Хирургические болезни. – М.: Медицина, 2002. – 784 с.
2. Dumper J. Complication of Meckel's diverticula in adults / J.Dumper, S.Mackenzie, P.Mitchell // *Canad. J. of Surg.* – 2006. – Vol. 49, № 5. – P. 353-357.
3. Malik A. Meckel's diverticulum – Revisited / A.A.Malik, K.A.Wani // *Saudi J. of Gastroenterol.* – 2010. – Vol. 16, № 1. – P. 3-7.

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

Резюме. Отсутствие типичной клинической картины при осложнениях дивертикула Меккеля часто приводит к диагностическим ошибкам. Приведены два клинических наблюдения осложненного дивертикула Меккеля.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, тонкокишечная непроходимость, дивертикулит.

COMPLICATIONS OF MECKEL'S DIVERTICULUM

Abstract. The absence of a typical clinical presentation in case of complications of Meckel's diverticulum weryoften lead to diagnostic pitfalls. Two clinical observations of complications of Meckel's diverticulum are presented.

Key words: Meckel's diverticulum, small bowel obstruction, diverticulitis.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnitsia),
Regional Hospital (Khmeln'nyts'kyi)

Надійшла 22.08.2012 р.