

DOI: <http://doi.org/10.3978/SU2018-4-62>

УДК 616.34-007.64/089.87



О. М. Шатило, Б. І. Шевчук, В. Г. Шкляєв, А. А. Годованюк
КУ «Центральна міська лікарня № 1», Житомир

ПЕРФОРАЦІЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ СТОРОННІМ ТІЛОМ

Дивертикул Меккеля — вроджена аномалія шлунково-кишкового тракту, яка трапляється у 2—4 % осіб у загальній популяції. За частотою виявлення гендерної різниці не виявлено, хоча частота ускладнень серед чоловіків вища в 3—4 рази. З ускладнень найчастіше трапляються кровотечі, інвагінації, кишкова непрохідність, перфорації, дуже рідко — везикуло-дивертикулярні нориці та пухлини. Наведено клінічний випадок перфорації дивертикула Меккеля дерев'яною тріскою, який імітував клініку гострого апендициту.

■
Ключові слова: стороннє тіло, дивертикул Меккеля, гострий апендицит.

Дивертикул Меккеля (J. F. Meckel Jr., німецький анатом) — локальне мішкоподібне випинання стінки клубової кишки, утворене внаслідок неповного зрощення жовчної протоки, яка бере участь у харчуванні зародка. Розташований зазвичай на відстані 10—100 см від ілеоцекального кута [2, 3]. Це найчастіша вроджена аномалія шлунково-кишкового тракту [1, 2]. В американській літературі щодо дивертикула Меккеля є «правило двох»: 2 дюйма завдовжки, 2 фути від ілеоцекального кута, 2 % у популяції, клініка найчастіше виявляється протягом перших двох років життя, 2-й тип ектопічної тканини (шлунка і підшлункової залози), вдвічі частіше трапляється в осіб чоловічої статі [3, 6].

В клініці найчастіше трапляються такі симптоми: біль у животі, кишкова кровотеча, кишкова непрохідність. Золотим стандартом у діагностиці дивертикула Меккеля в дитячому віці є сканування з ^{99m}Tc , у дорослих діагностична цінність цього методу набагато нижча (специфічність — 90 %, чутливість — 62 %, точність — 46 %) [5].

За даними літератури, структура ускладнень дивертикула є такою: кровотечі — 20—30 %, кишкова непрохідність — 20—25 %, дивертикуліт — 10—20 %, аномалії пуповини — менш 10 %, новоутворення — 0,5—2,0 % [5, 7]. Перфорація дивертикула найчастіше може виникнути внаслідок потраплення в нього сторонніх тіл (риб'ячих або курячих кісток, насіння, овочів, фруктів) [6, 7].

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Хворий Х., 1969 року народження, госпіталізований у 1-ше хірургічне відділення Центральної міської лікарні № 1 м. Житомира в ургентному порядку 25.09.2018 у 2:20 зі скаргами на болі в нижніх відділах живота, більше — справа, підвищення температури тіла до 37,5 °С, загальну слабкість.

Зі слів пацієнта, хворіє 2 доби, коли відзначив дискомфорт у верхніх відділах живота, нудоту, одноразову блювоту 24.09.2018, появу незначних тягнучих болів унизу живота з посиленням справа.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня тяжкості. Шкіра та видимі слизові блідо-рожеві, температура тіла — 37,8 °С, підшкірна жирова клітковина розвинена надмірно. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Дихання в легенях везикулярне з частотою 18 за 1 хв. Тони серця ритмічні, дещо приглушені. Артеріальний тиск — 130/80 мм рт.ст. Пульс — 96 за 1 хв, задовільних характеристик. Живіт симетричний, нездутий, при пальпації м'який, болючий у правій здухвинній ділянці. Позитивні симптоми Ровзинга, Сітковського, Бартом'є — Міхельсона, Щоткіна — Блюмберга, Воскресенського. Перистальтика ослаблена на всьому протязі. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

Ректально: тонус сфінктера збережений, на висоті пальця патологічних утворень не виявлено, кал на рукавичці коричневого кольору.



Рис. 1. Сегмент тонкої кишки з мікроперфораціями

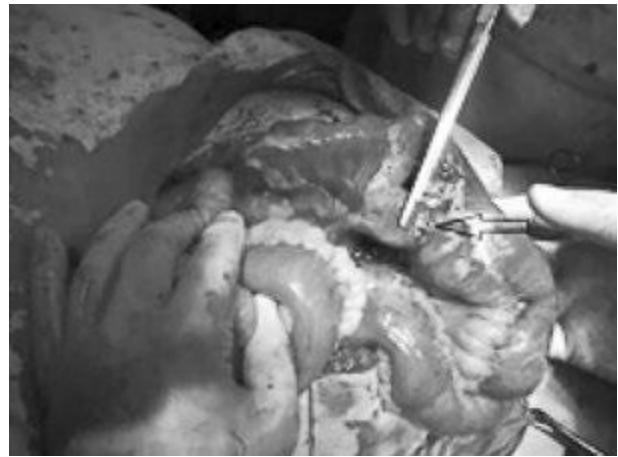


Рис. 2. Дивертикул Меккеля з стороннім тілом

При госпіталізації виконано загальний аналіз крові: гемоглобін — 140 г/л, еритроцити — $4,8 \cdot 10^{12}$, кп — 1,0, тромбоцити — $175 \cdot 10^9$; лейкоцити — $12,2 \cdot 10^9$, паличкоядерні — 21, сегментоядерні — 62, еозинофіли — 1, лімфоцити — 12, моноцити — 4.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок — 70 г/л, загальний білірубін — 17,7 мкмоль/л, прямий — 3 мкмоль/л, креатинін — 117 мкмоль/л, сечовина — 6,4 ммоль/л, аланінамінотрансфераза — 20 ОД, аспартатамінотрансфераза — 27 ОД (нормативні значення лабораторії — до 42 і 37 ОД відповідно).

Загальний аналіз сечі: прозорість — повна, питома вага — 1020, лейкоцити — 1 у полі зору, еритроцити — 1 у полі зору, білок, глюкоза, кетонні тіла — негативні результати.

ПТТ—88 %, фібрин у плазмі — 4 г/л.

Хворому встановлено діагноз: гострий деструктивний апендицит, апендикулярний абсцес (?), перитоніт.

Після доопераційної підготовки доставлений в операційну. Інтраопераційно в черевній порожнині до 100 мл фібринозно-гнійного випоту. При ревізії органів черевної порожнини виявлено конгломерат до 10,0 см у діаметрі, стінками якого були сліпа кишка, великий сальник, петля тонкої кишки з дивертикулом Меккеля (рис. 1). При розділенні конгломерату отримано до 50 мл гнійного випоту. Апендикулярний відросток — вторинні зміни. Видалено. На верхівці дивертикула — перфоративний отвір до 0,3 см у діаметрі, з якого виділявся тонкокишковий вміст і виступало стороннє тіло до 1,5 см, яке нагадувало дерев'яну тріску (рис. 2). Сегмент тонкої кишки, який прилягав до абсцесу, роздутий, без перистальтики, пульсація артерії на брижі не прощупується, темно-червоного кольору з ділянками некрозу та мікроперфораціями, з яких



Рис. 3. Препарат з дивертикулом Меккеля, перфорованим дерев'яною тріскою

виділявся тонкокишковий вміст. З огляду на інтраопераційну ситуацію виконано резекцію сегмента тонкої кишки з дивертикулом Меккеля (рис. 3). Сформовано кінцеву ілеостому. Черевну порожнину сановано, дренажно малий таз.

Післяопераційний період перебігав без особливостей. Стома функціонувала. Хворого виписано зі стаціонару в задовільному стані. Рекомендовано провести реконструктивний етап операції через 2 міс.

З огляду на те, що гострий апендицит — найчастіша ургентна хірургічна патологія, при диференціації діагнозу не слід забувати про наявність дивертикула Меккеля, оскільки пізня госпіталізація та встановлення діагнозу інтраопераційно значно ускладнюють оперативне втручання та видужування пацієнта.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція та дизайн дослідження, редагування — О. Ш., Б. Ш., В. Ш.; збір та опрацювання матеріалу — О. Ш., Б. Ш., В. Ш., А. Г.; написання тексту — О. Ш., А. Г.

Література

1. Бебуришвили А. Г., Мандриков В. В., Акинчиц А. Н. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: Учеб. — метод. пособие. — Волгоград: ВолГМУ, 2007. — С. 5—19.
2. Маев И. В., Дичева Д. Т., Андреев Д. Н. Дивертикулы желудочно-кишечного тракта: Учеб. — метод. пособие для врачей. — М.: Прима Принт, 2015. — 60 с.
3. Тимербулатов М. В., Тимербулатов Ш. В., Сахаутдинов В. Г. Дивертикул Меккеля у взрослых и детей // Эндоскоп. Хирургия. — 2017. — № 2. — С. 61—65.
4. Dimitriou I., Evaggelou N., Tavaki E., Chatzitheoklytos E. Perforation of Meckel's diverticulum by a fish bone presenting as acute appendicitis: A case report // Hong Kong Journal of Emergency Medicine. — 2017. — Vol. 24, N 2. — P. 96—99. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-7-231>.
5. Johnston A. O., Moore T. Complications of Meckel's diverticulum // British Journal of Surgery Society. — 1976. — Vol. 63 (6). — P. 453—454.
6. Sagar J., Kumar V., Shah D. K. Meckel's diverticulum: a systematic review // J. R. Soc. Med. — 2006. — Vol. 99 (10). — P. 501—505.
7. Rosswick R. P. Perforation of Meckel's diverticulum by foreign bodies // Postgrad. Med. J. — 1965. — Vol. 41 (472). — P. 105—107.

А. М. Шатило, Б. И. Шевчук, В. Г. Шкляев, А. А. Годованюк

КУ «Центральная городская больница № 1», Житомир

ПЕРФОРАЦИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

Дивертикул Меккеля — врожденная аномалия желудочно-кишечного тракта, которая встречается у 2—4 % лиц в общей популяции. По частоте выявления гендерная разница не выявлена, хотя частота осложнений среди мужчин выше в 3—4 раза. Из осложнений чаще всего встречаются кровотечения, инвагинации, кишечная непроходимость, перфорации, очень редко — везико-дивертикулярные свищи и опухоли. Приведен клинический случай перфорации дивертикула Меккеля деревянной щепкой, имитирующий клинику острого аппендицита.

Ключевые слова: инородное тело, дивертикул Меккеля, острый аппендицит.

O. M. Shatilo, B. I. Shevchuk, V. G. Shklyayev, A. A. Hodovaniuk

Central City Hospital № 1, Zhytomyr

PERFORATION OF MECKEL'S DIVERTICULUM BY FOREIGN BODY. CASE STUDY

Meckel's diverticulum is a congenital anomaly of the gastrointestinal tract, which occurs in 2 to 4 % of the individuals in the general population. There is no gender difference in the frequency of detection, although the incidence of complications among males is 3 to 4 times higher. Of the complications, the most common are bleeding, invagination, intestinal obstruction, perforation, very rarely — bladder — diverticular fistulas and tumors. The clinical case of Meckel's diverticulum perforation by a wooden chip imitating the acute appendicitis clinic is presented.

Key words: foreign body, Meckel diverticulum, acute appendicitis.