



А. В. Капшитарь

Запорожский государственный
медицинский университет

© Капшитарь А. В.

КРОВОТОЧАЩИЙ ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ

Резюме. Проведен анализ истории болезни пациента с кровоточащим дивертикулом Меккеля (ДМ). Отмечены трудности его диагностики на всех этапах. Обращено внимание на незавершённое обследование на догоспитальном этапе при наличии болей в околопупочной области и кишечном кровотечении. Отмечена поздняя госпитализация в хирургическое отделение лишь при осложнении геморрагическим шоком. Клинико-лабораторная диагностика, ФГДС, ректороманоскопия не эффективны. «Дивертикул Меккеля с хронической пептической язвой, осложненной кишечным кровотечением» диагностирован лишь во время запоздалой лапаротомии. Экстирпация ДМ привела к выздоровлению.

Представлен обзор литературы о частоте распространённости ДМ, трудностях обнаружения, осложнениях. Изложены анатомо-физиологические особенности ДМ, ведущие к кровотечению, трудности его клинической диагностики и дополнительные методы исследования, из которых наиболее результативными является лапаротомия.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, кровотечение из хронической пептической язвы, методы диагностики, хирургическое лечение.

В 1809 году немецкий анатом J. F. Meckel впервые указал на клиническое значение дивертикула тонкого кишечника и его связь с желточным протоком [6]. В настоящее время дивертикул Меккеля (ДМ) определяют как врождённую аномалию развития, обусловленную неполной редукцией в процессе эмбриогенезе желточно-кишечного протока, и наиболее распространённую среди всех врождённых аномалий желудочно-кишечного тракта [2, 4, 5]. ДМ встречается у 1–3 % населения [3, 6, 8]. У 95–96 % больных ДМ себя ничем не проявляет и его обнаруживают «случайно» во время оперативного вмешательства или аутопсии [2, 4, 8]. Клинические же признаки заболевания появляются в случаях развития разнообразных осложнений [3, 4, 7, 8]. Среди них довольно грозным осложнением является кровотечение [2, 8, 10]. Предрасполагающие факторы к возникновению кровотечения — это анатомо-физиологические особенности ДМ [8]. Если у большинства пациентов строение стенки ДМ идентично подвздошной кишке, то у 10–20 % больных в слизистой оболочке ДМ обнаруживают включения гетеротопической слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки или экзокринной части (ацинусов) поджелудочной железы [3, 9, 10]. Гетеротопированная слизистая оболочка желудка выделяет хлористоводородную кислоту и пепсин, экзокринные панкреатоциты — протеолитические ферменты, которые разъедают эпителий, обуславливают образование пептической язвы ДМ диаметром 2–10 мм. Чаще она локализуется у основания ДМ, реже в средней части или

на верхушке [3]. Наиболее часто пептическая язва ДМ, осложняется кишечным кровотечением у детей, 10–25 % [2, 3] и достигает 5 % — у взрослых [4, 8]. Оно может быть однократным или повторным на протяжении нескольких лет [3, 4, 10].

Клиническая диагностика кровотечения из пептической язвы ДМ крайне затруднительна [4, 9]. Согласно принятому алгоритму исключают кровотечение из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ФЕГДС, аноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия). При отрицательных результатах с целью уточнения источника кровотечения используют селективную ангиографию, сцинтиграфию, КТ, МРТ, капсульную эндоскопию, эндовидеолапароскопию [1, 3, 7]. Вместе с тем, выполнение указанных дополнительных методов исследования не всегда возможно в условиях неотложной хирургии и не является абсолютно достоверным [3, 8]. В настоящее время активно обсуждается в литературе диагностическая ценность этих методов [1, 3, 7]. У большинства же больных диагноз устанавливают на операции [2, 4, 8].

Принимая во внимание значительные трудности в диагностике редкой патологии, кровотечения из пептической язвы ДМ у взрослых, представляем собственное наблюдение.

Больной С., 19 лет, курсант авиаучилища, история болезни № 7816 госпитализирован в хирургическую клинику спустя 2 суток с момента заболевания с жалобами на общую слабость, недомогание, стул чёрного цвета. В течение 6 лет беспокоили боли над пупком,



усиливающиеся после еды. Год назад выполнена рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки — патологии не выявлено. На фоне полного благополучия, после завтрака, был стул чёрного цвета. Медсестра медпункта ввела викасол, хлористый кальций, назначен холод на живот. Улучшения не было и СМП с диагнозом «Обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки? Желудочно-кишечное кровотечение» транспортирован в клинику. При поступлении общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 100 уд. в 1 мин. АД 90/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, умеренно болезненный над пупком без симптомов раздражения брюшины. Перистальтика кишечника ускорена. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется кал цвета «малинового желе». В общем анализе крови эритроциты — 3,0 Т/л, гемоглобин — 90 г/л, лейкоциты — 6,0 Г/л, палочкоядерные — 7 %, сегментоядерные — 61 %, лимфоциты — 28 %, моноциты — 4 %, СОЭ — 5 мм/час. Анизоцитоз, пойкилоцитоз. Гематокрит — 0,31. Общий анализ мочи без патологии. Диагноз «Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки? Желудочно-кишечное кровотечение». Рентгеноскопия грудной клетки — инфильтративная форма туберкулёза лёгких. Осмотрена фтизиатром «Очаговый туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе рассасывания». Проведено консервативное лечение: диета Мейленграхта, холод на живот, введены эритроцитарная масса, фибриноген, глюкоза с инсулином, аминокaproновая кислота, дицинон, хлористый кальций, викасол, коргликон, тубазид, стрептомицин, этианамид. Поставлена очистительная клизма. Периодически из заднего прохода отхождение крови в виде «малинового желе». По назогастраль-

ному зонду получено желудочное содержимое с примесью желчи.

Состояние больного ухудшилось. Снижение гемоглобина до 75 г/л, эритроцитов — 2,0 Т/л, гематокрита — 0,21. Увеличилась тахикардия (Пульс 130 уд. в 1 мин.), А/Д 95/40 мм рт. ст. ФГДС — патология исключена. Ректороманоскопия — осмотрено 15 см от аноректальной линии, выявлены следы не измененной крови и поступление из сигмовидной кишки крови в виде «малинового желе». Предположительный диагноз «Острое кишечное кровотечение неясной этиологии. Геморрагический шок III степени». На 3-и сутки после поступления неотложная лапаротомия. При ревизии на расстоянии 40 см от илеоцекального угла на противобрыжеечном крае подвздошной кишки выявлен цилиндрической формы ДМ длиной 4 см и диаметром 2 см с уплотнением на верхушке. ДМ и дистальнее него все отделы кишечника заполнены кровью. Выполнена экстирпация ДМ с ушиванием раны в тонкой кишке по методике Черни. Через контрапертуру полость малого таза дренирована. Брюшная полость ушита наглухо. Послеоперационный диагноз «Пептическая хроническая язва дивертикула Меккеля. Острое кишечное кровотечение. Геморрагический шок III степени». Макропрепарат: ДМ рассечен продольно. На его верхушке пептическая хроническая язва диаметром 6 мм с зияющим сосудом. При гистологическом исследовании дополнительно выявлена в области язвы слизистая оболочка желудка, на остальном протяжении ДМ — стенка идентичная тонкой кишке. Послеоперационное течение гладкое. Функция желудочно-кишечного тракта восстановлена на 3 сутки. Дренажи из полости малого таза удалены на 4 сутки. Швы сняты на 10 сутки. Рана зажила первичным натяжением. Выписан на 15 сутки лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ананко А. А. Новые тенденции в тонкокишечной эндоскопии / А. А. Ананко // Український медичний часопис. — 2007. — № 3. — С. 120–123.
2. Дивертикул Меккеля у дітей, ускладнений кровотеченням / Т. М. Расулов, Н. А. Акбаров, А. К. Курбанов, К. Л. Косимов // Хист. — 2008. — № 10. — С. 10–11.
3. Діагностика та лікування виразкової кровотечі дивертикула Меккеля у дітей / В. Д. Письменний, О. О. Гришин, О. М. Плотников, В. М. Хурсін // Хірургія дитячого віку. — 2006. — № 2. — С. 27–30.
4. Кургузов О. П. Осложнённые формы дивертикула Меккеля / О. П. Кургузов, В. М. Надаров // Хирургия. — 2009. — № 4. — С. 27–31.
5. Пікалюк В. С. Філо-онтогенез органів і систем людини / В. С. Пікалюк, А. Ю. Османов. — Сімферополь: Доля, 2011. — 312 с.
6. Седов В. М. Острый аппендицит / В. М. Седов. — СПб.: ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство», 2002. — 232 с.
7. Соловьев А. Е. Возможности лапароскопии при патологии органов брюшной полости у детей : матеріали XXI з'їзду хірургів України (Запоріжжя, 5–7 жовтня 2005 р.) / А. Е. Соловьев, А. Г. Запорожченко, О. В. Спахи. — Запоріжжя. — Т. 2. — С. 167–168.
8. Хірургічне лікування дивертикула Меккеля, ускладненого гострою кровотечею / В. Д. Братусь, П. Д. Фомін, Є. М. Шепетько [та ін.] // Клінічна хірургія. — 2008. — № 6. — С. 9–11.
9. Bani-Hani K. E. Meckel's diverticulum: comparison of incidental and symptomatic cases / K. E. Bani-Hani, N. S. Shatnawi // World J. Surg. — 2004. — Vol. 28, № 9. — P. 917–920.
10. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950–2002) / J. J. Park, B. G. Wolff, M. K. Tollefson [et al.] // Ann. Surg. — 2005. — Vol. 241, № 3. — P. 529–533.



КРОВОТОЧАЩИЙ ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ

О. В. Капшитар

Резюме. Проведено аналіз історії хвороби пацієнта на кровотечу з дивертикулу Меккеля (ДМ). Установлені труднощі його діагностики на всіх етапах. Звернена увага на незакінчене обстеження на до госпітального етапі за наявності болю у на-вколопупкової області, кишкової кровотечі. Відмічена пізня госпіталізація до хірургічного відділення, лише при ускладненні геморагічним шоком. Клініко-лабораторна діагностика, ФЕГДС, ректороманоскопія не ефективні. «Дивертикул Меккеля з хронічною пептичною виразкою, що ускладнилась кишечкою кровотечею» діагностований лише під час запізнілої лапаротомії. Екстирпація ДМ призвела до одужання.

Представлено огляд літератури про розповсюдженість ДМ, труднощі виявлення, ускладнення. Викладені анатомо-фізіологічні особливості ДМ, що призводять до кровотечі, труднощі його клінічної діагностики та допоміжних методів обстеження, з яких найбільш результативними є лапаротомія.

Ключові слова: *дивертикул Меккеля, кровотеча з хронічної пептичної виразки, методи діагностики, хірургічне лікування.*

MEKKEL'S BLEEDING DIVERTICULUM

A. V. Kapshitar

Suummary. The analysis of a case history of the patient with the bleeding Mekkel's diverticulum (MD) is carried out. Difficulties of its diagnostics at all stages are noted. The attention to incomplete inspection at a pre-hospital stage in the presence of pains in para-umbilical area and intestinal bleeding is paid. Late hospitalization in surgical unit is noted only at complication by hemorrhagic shock. Clinical laboratory diagnostics, EGD, a proctosigmoidoscopy aren't effective. «Mekkel's Diverticulum with the chronic round ulcer complicated by intestinal bleeding» is diagnosed only during an overdue laparotomy. The extirpation of DM led to convalescence.

The review of literature on the frequency of prevalence of DM, difficulties of detection, complications is submitted. The anatomico-physiological features of DM conducting to bleeding, difficulty of its clinical diagnostics and additional methods of research from which the most productive is the laparotomy are stated.

Key words: *Mekkel's diverticulum, bleeding from a chronic round ulcer, diagnostics methods, surgical treatment.*