

РЕЦИДИВНА КРОВОТЕЧА З ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

В. В. Арсенюк, Ю. В. Мінчєков, О. В. Гринів, Д. С. Васильянов, І. І. Войтенко,
Т. Л. Арсенюк

Кам'янець—Подільська міська лікарня № 1, Хмельницька обл.

RECURRENT HEMORRHAGE FROM MECKEL'S DIVERTICULUM

V. V. Arsenyuk, Yu. V. Minchekov, O. V. Gryniv, D. S. Vasylyanov, I. I. Voytenko,
T. L. Arsenyuk

Наводимо спостереження рідкісної причини виникнення кровотечі з дивертикула Меккеля.

Хворий 18 років, вперше госпіталізований у хірургічне відділення з ознаками шлунково—кишкової кровотечі у 2000 р. Скаржився на загальну слабкість, запаморочення, випорожнення чорного забарвлення. Захворювання почалося раптово, виник колапс.

Хворий астенічний, шкіра бліда, волога, запаморочення. Пульс 110 за 1 хв, слабого наповнення та напруження. АТ 12,0/8,0 кПа (90/60 мм рт. ст.). Тони серця приглушені, ритмічні. В легенях везикулярне дихання. Язик сухий. Живіт правильної форми, м'який, помірно болісний у нижніх відділах. Симптомів подразнення очеревини немає. Перистальтика кишечника посилена. Тричі були випорожнення рідкі, чорного забарвлення. Діурез адекватний. За даними ректального дослідження на пальці рідкий кал чорного забарвлення.

Аналіз крові: ер. $2,0 \times 10^{12}$ в 1 л, Нв 84 г/л, л. $10,2 \times 10^9$ в 1 л, ШОЕ 18 мм/год, глюкоза 4,8 моль/л. Загальний аналіз сечі без патологічних змін. Біохімічні показники крові в межах норми. За даними ЕКГ синусова тахікардія, порушення процесів реполяризації.

Вставлений діагноз: шлунково—кишкова кровотеча.

За даними езофагогастродуоденофіброскопії (ЕГДФС) джерело кровотечі у стравоході, шлунку, дванадцятипалій кишці не виявлене. УЗД органів черевної порожнини — без патологічних змін.

Призначена інфузійна інтенсивна гемостатична терапія (еритроцитна маса, криоплазма, етамзилат, амінокапронова кислота). Стан поступово покращився, випорожнення звичайного забарвлення, вміст Нв збільшився до 115 г/л.

На 9—ту добу у задовільному стані пацієнт виписаний для амбулаторного лікування. Рекомендовано дієту, повторну ЕГДФС через 1 міс. Проте, через 2 тиж хворий госпіталізований з такими самими симптомами. Повторно проведений курс гемостатичної терапії, стан покращився, на 8—му добу виписаний для амбулаторного лікування, рекомендовано дієту, іригографію. В амбулаторних умовах проведена іригографія, патологічні зміни не виявлені. З аналогічними симптомами хворий поступав у стаціонар ще 5 разів.

22.03.13 р. хворий госпіталізований зі скаргами на біль в животі, нудоту, блювання, випорожнення чорного

забарвлення. Захворів раптово, біля 1 год тому, виник інтенсивний біль у животі. Бригадою швидкої допомоги доставлений в лікарню з ознаками гострого перитоніту.

Стан хворого тяжкий. Хворий астенічний, блідий. Пульс 120 за 1 хв. АТ 13,3 / 9,3 кПа (100/70 мм рт. ст.), тони серця приглушені. В легенях везикулярне дихання. Язик сухий, обкладений білим нашаруванням. Живіт помірно здутий, обмежено бере участь у диханні, болісний у усіх відділах, більше у нижніх праворуч.

Симптоми подразнення очеревини позитивні справа. Перистальтика кишечника млява, випорожнення відсутнє протягом 3 діб. Діурез зменшений. Встановлений діагноз: перитоніт нез'ясованого генезу. За даними ректального дослідження, болючість, нависання заднього склепіння. На перчатці рідкий кал чорного забарвлення. ЕКГ: гіпоксія міокарда, порушення процесів реполяризації.

Після короткочасової передопераційної підготовки під ендотрахеальним наркозом здійснена середня середина лапаротомія. В черевній порожнині виявлено до 400 мл гнійного випоту з фібрином, петлі тонкої кишки роздуті. Черевна порожнина промита розчином декасану, осушена. Під час ревізії на відстані 90 см від ілеоцекального клапана виявлений дивертикул Меккеля довжиною до 10 см, з широкою основою, на верхівці якого пронизний отвір, з якого виділяється вміст кишечника. Виконано резекцію дивертикула Меккеля, прохідність тонкої кишки відновлена шляхом формування анастомозу кінець у кінець. Під час огляду дивертикула Меккеля біля пронизного отвору виявлена тромбована судина діаметром до 4 мм, з червоним тромбом. Черевна порожнина санована, дренажена двома трубками, інші патологічні зміни у черевній порожнині не виявлені. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень, операційна рана загоїлася первинним натягом, на 9—ту добу у задовільному стані пацієнт виписаний для амбулаторного лікування.

Спостереження цікаве тим, що хворого неодноразово госпіталізували з ознаками кишкової кровотечі, проте, джерело за доступними методами дослідження (ЕГДФС, іригографія, колонофіброскопія тощо) не виявлене. Тому, слід мати на увазі можливість виникнення кровотечі з дивертикула Меккеля.