

Дивертикул Меккеля як причина кишкової непрохідності

С.С. Філіп, Ю.П. Скрипинець, Р.М. Сливка, І.І. Гаджега

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра загальної хірургії, Ужгород***Реферат**

Дивертикул Меккеля (залишок жовчного стовбура – утвор, що іноді трапляється в нижній третині здухвинної кишки і є залишком не повністю редукованої судини, яка зв'язувала ембріон з жовточним мішком на ранніх стадіях розвитку), являє собою пальцеподібне випинання стінки кишки, що потребує лікування. У повідомленні описано випадок тонкокишкової непрохідності внаслідок вузлуотворення, спричиненої дивертикулом Меккеля.

Ключові слова: дивертикул Меккеля, кишкова непрохідність, хірургічне лікування.

Meckel's diverticulum as a reason of intestinal obstruction: case report

S.S. Filip, Yu.P. Skrypynets, R.M. Slyvka, I.I. Hadzheha

*Uzhhorod National University, School of Medicine, Department of general surgery, Uzhhorod***Abstract**

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 article provides a clinical case of intestinal obstruction by Meckel's diverticulum.

Key words: Meckel's diverticulum; intestinal obstruction, surgical treatment.

Дивертикул Меккеля (залишок жовчного стовбура – утвор, що іноді трапляється в нижній третині здухвинної кишки і є залишком не повністю редукованої судини, яка зв'язувала ембріон з жовточним мішком на ранніх стадіях розвитку) являє собою пальцеподібне випинання стінки кишки, що потребує лікування. Розташований зазвичай на відстані 10–100 см від ілеоцекального кута [5,7,8]. Довжина дивертикула Меккеля становить від 2 до 8 см. У дивертикулі Меккеля виділяють верхівку, тіло та шийку. Діаметр шийки становить від декількох міліметрів до діаметра клубової кишки [2,4].

Ця вроджена патологія шлунково-кишкового тракту [1, 5] є досить поширеною і трапляється приблизно в 1% людей, але її ускладнення розвиваються лише в деяких дітей. Дивертикул Меккеля не є спадковою аномалією та не залежить від генетичного дефекту. Він виникає у випадках, коли протока, що є необхідною лише протягом першого місяця розвитку плоду, зберігається протягом всього ембріонального періоду до самого народження. Іноді дивертикул Меккеля залишається прикріпленим до пупка, так, як це було до народження, утворюючи невеликий, частково рухомий тканинний місток між стінкою живота та кишечником. Він може запалюватися та кровоточити, викликати кишкову непрохідність або інвагінацію. В таких випадках необхідним є хірургічне втручання, зазвичай невідкладне, через загрозу ускладнень, пов'язаних з дивертикулом Меккеля.

У 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 %) [7]. 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 % [7].

Кишкова непрохідність за частотою посідає друге місце серед ускладнень дивертикула Меккеля. Розглядають такі механізми розвитку кишкової непрохідності внаслідок дивертикула Меккеля: 1) заворот тонкої кишки навколо фіброзного тяжу, що з'єднує дивертикул та пупок; 2) інвагінація дивертикула в просвіт клубової кишки; 3) грижа Літтре з защемленням дивертикула Меккеля; 4) вузлуотворення клубової кишки з дивертикула Меккеля; 5) защемлення тонкої кишки в мезодивертикулярній зв'язці [4,6].

З метою видалення дивертикула Меккеля виконують резекцію клубової кишки із формуванням анастомозу кінець-в-кінець, клиноподібну резекцію клубової кишки, сегментарну резекцію клубової кишки, косопоперечну дивертикулектомію, дивертикулектомію кисетним методом, субсерозну резекцію дивертикула Меккеля. Пропонують інвагінаційний метод – шляхом інвагінації дивертикула Меккеля у просвіт кишки. Дані операційні втручання можна виконувати як відкритим, так і лапароскопічним методом [3,4].

Опис клінічного випадку.

Хворий К., 1948 року народження, госпіталізований у хірургічне відділення КНП Ужгородська РКЛ Ужгородської районної ради Закарпатської області в ургентному порядку 22.10.2020 в 10:40 зі

скаргами на розлитий біль в череві, задишку, загальну слабкість. Зі слів пацієнта, хворіє 2 доби, коли з'явилися вищевказані скарги, інтенсивність яких зросла, що змусило пацієнта звернутися за допомогою в КНП Ужгородська РКЛ Ужгородської районної ради Закарпатської області.

Об'єктивно: загальний стан пацієнта важкий. Шкіра та видимі слизові блідо-рожеві, температура тіла – 37,4 °С. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Дихання в легенях жорстке, різко ослаблене зліва з частотою 17 за 1 хв. Тони серця ритмічні, дещо приглушені. Артеріальний тиск – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 120 за 1 хв. Живіт симетричний, здутий, при пальпації різкоболючий. Позитивні симптоми Ровзинга, Сітковського, Роздольського. Перистальтика ослаблена на всьому протязі. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Оформлений стілець – 20.10.20.

При госпіталізації виконано лабораторні обстеження. **Загальний аналіз крові:** гемоглобін – 123 г/л, еритроцити – $4,01 \cdot 10^{12}$, тромбоцити – $172 \cdot 10^9$; лейкоцити – $7,51 \cdot 10^9$, паличкоядерні – 46, мієлоцити – 5, метамієлоцити – 7 сегментоядерні – 25, еозинофіли – 0, лімфоцити – 13, моноцити – 6, токсична зернистість нейтрофілів+.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 76,1 г/л, загальний білірубін – 12,7 мкмоль/л, прямий – 6,6 мкмоль/л, креатинін – 315 мкмоль/л, сечовина – 21,3 ммоль/л, аланінамінотрансфераза – 29,8 ОД, аспаратамінотрансфераза – 19,2 ОД (нормативні значення лабораторії – до 40 ОД). Глюкоза – 13,1 ммоль/л, INR – 1,43, фібрин плазми – 8,2 г/л.

Загальний аналіз сечі: прозорість – мутна, питома вага – 1020, лейкоцити – 18–20 у полі зору, еритроцити – 35–40 у полі зору, білок – 0,044%, глюкоза, кетонів тіла – не виявлено. Тест ІФА на COVID 19 – від'ємний.

Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини: виявлено множинні чаші Клойбера з

горизонтальними рівнями рідини, під правим куполом діафрагми вільного газу не виявлено.

Ультразвукове обстеження органів черевної порожнини: між селезінкою та хвостом підшлункової залози рідинний утвір 15,0*8,0 см (більш вірогідно, переповнений шлунок). Петлі кишечника, переважно тонкого, значно роздуті, з рідинним вмістом, який має маятникоподібний рух, між петлями незначна кількість вільної рідини.

Хворому встановлено діагноз: гостра кишкова непрохідність.

Хворому виконано передопераційну підготовку. Під загальним знеболенням в об'ємі виконано середньо-серединну лапаротомію, ревізію. При ревізії, в черевній порожнині 200 мл серозного ексудату без запаху. Петлі тонкої кишки дилатовані, стінка гіперемована, потовщена. При ревізії тонкої кишки, виявлено дивертикул Меккеля на відстані 80 см від ілеоцекального кута, який в злуковому процесі, верхівка його спаяна з коренем брижі тонкої кишки, через який сформований заворот тонкої кишки (рис. 1). Дистально тонка кишка без патологічних змін. Конгломерат роз'єднано від злук з відновленням пасажу по кишці. Дивертикул Меккеля розміром 10*2,5 см, щільно заповнений кишковим вмістом (рис. 2). Виконано клиновидну резекцію дивертикула Меккеля з накладанням дворядного вузлового шва (рис. 3). В брижу введено 60 мл 0,25% розчину лонгокаїну. Ретельно осушено очервинну порожнину. Дренажі в порожнину малого тазу та підпечінковий простір. Пошарове зашивання рани. Асептична пов'язка.

У післяопераційному періоді без ускладнень, на третій день після операції відновлення перистальтики кишечника, шви знято на 8 добу після операції, виписаний із стаціонару в задовільному стані.



Рис. 1. Злуковий процес, зумовлений дивертикулом Меккеля.



Рис. 2. Дивертикул Меккеля після роз'єднання злук.



Рис. 3. Клубова кишка після клиновидної резекції дивертикула Меккеля.

Інформація про конфлікт інтересів. Конфлікту інтересів немає.

Інформація про фінансування. Автори гарантують, що вони не отримували жодних винагород у будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:

Філіп С.С. – розробка концепції і дизайну, аналіз отриманих даних, редагування.

Скрипинець Ю.П. – збір матеріалу, обробка даних, підготовка до написання частини тексту.

Сливка Р.М. – підготовка до написання частини тексту.

Гаджега І.І. – підготовка до написання частини тексту.

Список використаної літератури

1. Beburishvili A. G., Mandrikov V. V., Akinchits A. N. Foreign bodies of the gastrointestinal tract: Textbook. method. allowance. Volgograd: VolGMU, 2007. S. 5 – 19.[In Russian].
2. Danilov AA, Urin AM, Rybalchenko VF, [etc.]. Meckel's diverticulum in children Pediatric surgery. 2006. № 3 (12). P. 56 – 60.[In Russian].
3. Dronov AF, Poddubny IV, Kotlovovskiy VI, [and others] Video laparoscopic operations for pathology of Meckel's diverticulum in children Surgery. 2002. No. 10. P. 39 – 42.[In Russian].
4. Kryzhevsky VV, Znaevsky MI, Bilyaeva OO, Kolomoitsev AP Clinical case of complexity of diagnosis and surgical treatment of Meckel's diverticulum Hospital surgery. Kovalchuk Magazine. 2019. № 2 pp.88–90. [In Ukrainian].

5. Maev IV, Dicheva DT, Andreev DN Diverticula of the gastrointestinal tract: Textbook. method. manual for doctors. M.: Prima Print, 2015. 60 p.[In Russian].
6. Sharma R. K. Emergency surgery for Meckel's diverticulum. R. K. Sharma, V. K. Jain [etal.] World Journal of Emergency Surgery. 2008. Vol. 27, No. 3. P. 1- 8.
7. Shatilo OM, Shevchuk BI, Shklyayev VG, Godovanyuk AA Perforation of Meckel's diverticulum by a foreign body. Surgery of Ukraine. 2018. № 4. P. 62-64.[In Ukrainian].
8. Timerbulatov MV, Timerbulatov Sh. V., Sakhautdinov VG Meckel's diverticulum in adults and children Endoscope. Surgery. 2017. No. 2. P. 61 – 65.[In Russian].

Стаття надійшла до редакції: 3.09.2020 р.