

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

ДВА СЛУЧАЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

А.Е. КЛИМОВ, Д.Е. ЧЕРЕПАНОВ

Кафедра хирургии Российского университета дружбы народов

Ул. Вавилова, д. 61, Москва, Россия, 117292

В статье приводятся краткие данные по осложнениям дивертикула Меккеля и рассматриваются два клинических случая осложнений дивертикула, сопровождающиеся странгуляционной тонкокишечной непроходимостью.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, странгуляционная тонкокишечная непроходимость.

Дивертикул Меккеля обнаруживается по данным аутопсий не так часто, (в 1 – 2% наблюдений), причем у мужчин встречается в 4 раза чаще, чем у женщин. Располагается дивертикул на 70 – 100 см от илеоцекального перехода. Объясняется это тем, что он является остатком проксимального отдела желточного протока.

Неосложненный дивертикул Меккеля в большинстве случаев ничем себя не проявляет, но его наличие часто является источником целого ряда осложнений и патологических процессов. Возникающие осложнения чаще всего связаны с анатомическими особенностями строения стенки дивертикула. Нередко в дивертикуле Меккеля обнаруживаются эктопийные островки эпителия, наличие которых может быть источником возникновения некоторых тяжелых нарушений, вплоть до развития неопластического процесса. Нередки наблюдения, когда в Меккелевом дивертикуле обнаруживалась эктопированная ткань слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной и толстой кишок, описаны случаи обнаружения в нем островков ткани поджелудочной железы.

Проблема осложненного течения дивертикула Меккеля является достаточно актуальной. По данным И.С. Белого (1985) дивертикул до операции не был распознан ни в одном случае, при этом летальность составила 11,5%.

Одним из наиболее частых осложнений, вызываемых Меккелевым дивертикулом, является инвагинация кишечника. Механизм ее образования можно представить следующим образом. Если при возникновении соответствующих условий дивертикул с широким основанием внедряется в просвет кишки, то пропульсивной силой перистальтики он вместе с кишечным химусом продвигается в дистальном направлении, увлекая за собой кишку, из которой исходит. В результате этого возникает инвагинация.

Другим частым осложнением является дивертикулит, при котором не исключено и такое опасное осложнение, как перфорация. Основными факторами, предрасполагающими к развитию этого заболевания, являются, по-видимому, некоторые анатомические особенности строения дивертикула – узость его шейки, застой содержимого в нем. Сочетание их обычно приводит к развитию гнойного дивертикулита с возникновением болезненных симптомов, аналогичных по характеру и по локализации тем, которые наблюдаются при остром аппендиците. В некоторых случаях (В.И. Аверин, 1984) можно наблюдать изолированный разрыв дивертикула Меккеля при закрытой травме живота.

При наличии в дивертикуле эктопийных островков слизистой оболочки желудка нередко образуются язвы со всеми характерными для них проявлениями. Такие язвы локализуются обычно в области дивертикула, но могут распространиться и на соседние участки и даже на подвздошную кишку. Очень часто они осложняются профузными кишечными кровотечениями, встречающимися в 14 – 22,2% наблюдений (С.А. Давыда, 1979). Наибольшую опасность при изъязвлениях дивертикула Меккеля представляют перфорации его стенки, следствием которых, как правило, является локализованный, а чаще диффузный гнойный перитонит (Л.С. Рубинштейн, 1981). Место перфорации определяется локализацией язвы, но чаще всего она возникает в области шейки дивертикула. Нередко при такой локализации перфорационного отверстия тело или дно дивертикула

прикрывают его. Макроскопически язвы дивертикула Меккеля, как правило, имеют такую же круглую форму, как типичные, с заостренными краями язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

К числу осложнений, которые может вызвать дивертикул Меккеля, относится кишечная непроходимость, развившаяся в результате сдавления просвета кишки подпаявшимся к ней дивертикулом. Иногда фиксированный к стенке живота или к брыжейке дивертикул Меккеля образует подобие кольцевидных грыжевых ворот. В результате проникновения через них кишечных петель могут возникать внутренние ущемленные грыжи. Так, С.Ф. Витковский (1988) сообщает о 2 случаях острой тонкокишечной непроходимости, вызванной дивертикулом Меккеля и червеобразным отростком. Встречаются сообщения об ущемлении дивертикула Меккеля в паховой грыже (В.В. Бельских, 1982; Я.И. Парийчук, 1982)

В хирургической клинике Российского университета дружбы народов наблюдались двое больных с серьезными осложнениями дивертикула Меккеля. Приводим клинические наблюдения.

Больной Ч., 20 лет, поступил в клинику 12.1.95 с диагнозом острый аппендицит. Болен в течение 1,5 суток. Боли появились в эпигастрии, затем переместились в правую подвздошную область. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы обычной окраски. Пульс 92 удара в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен, сухой. Живот не вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Отмечается напряжение мышц живота, положительный симптом Щеткина.

Больной оперирован в экстренном порядке, под эндотрахеальным наркозом. Выполнен аппендикулярный разрез. В брюшной полости умеренное количество мутного выпота. Выявлен флегмонозно измененный червеобразный отросток, но при его выделении обнаружено, что к месту илеоцекального перехода прилежит гангренозно измененный дивертикул Меккеля длиной

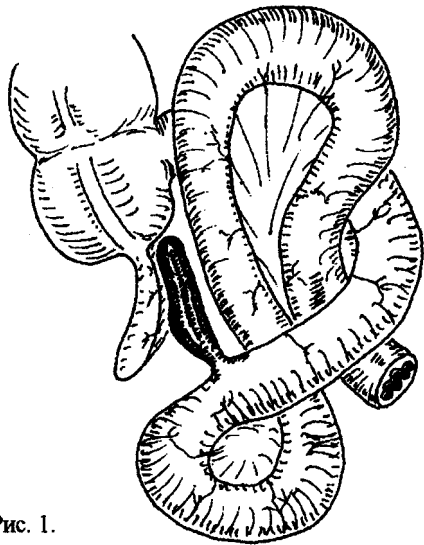


Рис. 1.

10 см, образуя петлю, в которую вошла часть тонкой кишки длиной 50 см с признаками расстройства кровообращения. В этой же области располагался абсcess у брыжейки тонкой кишки, объемом 30 мл (рис.1). Выполнена аппендэктомия, клиновидная резекция участка тонкой кишки с дивертикулом Меккеля. Петля тонкой кишки после ее освобождения, отогревания, введения в брыжейку тонкой кишки 80 мл 0.25% раствора S. Novocaini – приняла обычную окраску, появилась перистальтика и пульсация сосудов брыжейки. Операция закончена из аппендикулярного разреза, выполнено дренирование брюшной полости, рана ушита наглухо.

В послеоперационном периоде больной оперирован повторно на 6-е сутки, в связи с явлениями ранней спаечной тонкокишечной непроходимости. Выполнена срединная лапаротомия, разделение спаек и назоинтестинальная интубация тонкой кишки. Осмотрено место клиновидной резекции, швы satisfactory.

Больной выписан на 20-е сутки в удовлетворительном состоянии. Раны зажили первичным натяжением.

Больной Т., 42 года, поступил в клинику 1.3.97 с диагнозом острая тонкокишечная непроходимость. Заболел остро, в день поступления, за 9 часов до госпитализации. Заболевание началось с постоянных болей в мезогастррии, интенсивных, со схваткообразным компонентом. Была однократная рвота, однократный жидкий стул. При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы бледные, сухие. Пульс 100 ударов в минуту, АД 100/70

мм.рт.ст. Язык обложен, сухой. Живот не вздут, болезненный при пальпации во всех отделах, в области пупка создается впечатление о пальпируемом, резко болезненном образовании без четких контуров, мягко-эластической консистенции. Отмечается напряжение мышц живота во всех отделах, положительные перитонеальные симптомы. При рентгенографии органов брюшной полости в мезогастрии определяются множественные тонкокишечные уровни.

Больной оперирован в экстренном порядке с диагнозом острая тонкокишечная странгуляционная непро-

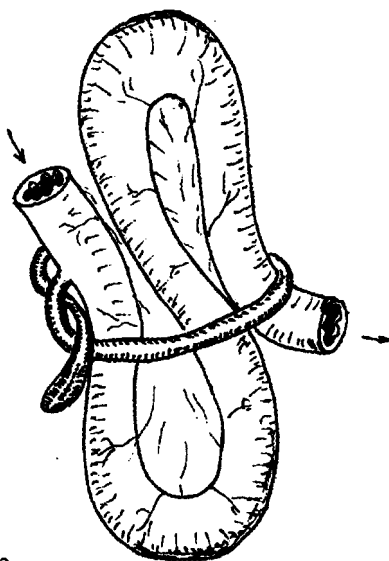


Рис. 2.

ходимость. Выполнена срединная лапаротомия, в брюшной полости 500 мл геморрагического выпота. Определяется конгломерат некротизированных тонкокишечных петель. Выполнена резекция конгломерата с формированием межкишечного анастомоза по типу конец-в-конец, дренирование брюшной полости. Длина оставшихся отделов тонкой кишки составила около 1 метра. Анастомоз сформирован в 40 см от илеоцекального перехода.

При исследовании макропрепарата (рис. 2) выявлено, что причиной некроза явился дивертикул Меккеля длиной 20 см, завернувшийся вокруг петли тонкой кишки и завязавшийся вокруг себя с образованием достаточно широкой петли, в которой ущемились две петли тонкой кишки. Общая длина резецированного участка тонкой кишки составила 1,5 метра.

Больной в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение гастроэнтеролога на 14-е сутки после операции. Рана зажила первичным натяжением.

Заключение.

Дивертикул Меккеля редко встречающееся врожденное состояние, сопровождающееся серьезными осложнениями, одно из которых странгуляционная кишечная непроходимость, требует экстренного хирургического вмешательства, так как может привести к обширной резекции тонкой кишки.

Литература

1. Аверин В.И., Супешков М.К. Изолированный разрыв дивертикула Меккеля при закрытой травме живота. // Хирургия. - 1984. - № 3. - с. 131.
2. Бельских В.В. Ущемление дивертикула Меккеля в грыже. // Хирургия. - 1982. - № 10. - с. 110 - 111.
3. Белый И.С., Малинецкий Т.Г., Козадаев В.И. Диагностика и лечение дивертикула Меккеля. // Хирургия. - 1985. - № 2. - с. 72 - 75.
4. Витковский С.Ф., Богданов П.Д. Острая тонкокишечная непроходимость, вызванная дивертикулом Меккеля и червеобразным отростком. // Хирургия. - 1988. - № 3. - с. 120 - 121.
5. Давыда С.А., Форисюк Л.Н., Квик И.И., Завадович Ю.С. Особенности дооперационной диагностики и хирургической тактики при кровоточащем дивертикуле Меккеля у детей. // Хирургия. - 1979. - № 11. - с. 35 - 37.

TWO CASES OF MECKEL'S DIVERTICULUM COMPLICATIONS

A.E. KLIMOV, D.E. CHEREPANOV

Department of general surgery PFUR
Vavilova str., 61, Moscow, Russia, 17292

The article has brief findings about complications of Meckel's diverticulum and two cases of personal observation over patients with ileus as complication of diverticulum.