

<https://doi.org/10.38181/2223-2427-2021-3-50-54>

УДК: 616.344-007.64

© Студенова Е.А., 2021

ДИВЕРТИКУЛИТ МЕККЕЛЯ: СЛУЧАЙ ИЗ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

СТУДЕНОВА Е.А.

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» им. Н.А. Семашко», Ставропольская ул., домовл. 23, корп. 1, 109386, Москва, Российская Федерация

Реферат:

Введение. Дивертикул Меккеля представляет собой дивертикул подвздошной кишки, образованный вследствие неполной редукции желточного протока, встречается в среднем у 2% населения. До 25% случаев данной патологии является симптоматическим или имеет осложнения (до 16%), при этом чаще манифестирует у детей до 2 лет. Деструктивный дивертикулит – не самое распространенное из осложнений дивертикула Меккеля, требующее ургентного оперативного вмешательства.

Клинический случай. В приемный покой обратился пациент 28 лет с клинической картиной острого аппендицита. Интраоперационно был выявлен деструктивный дивертикулит, распространенный фибринозно-гнойный перитонит. Произведены конверсия на лапаротомный доступ и расширение объема основного этапа операции до аппендэктомии, сегментарной резекции подвздошной кишки. Течение послеоперационного периода протекало гладко. Пациент получал комплексную консервативную терапию, был выписан на 10 сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Деструктивный дивертикулит требует от хирурга настороженности в проведении диагностического поиска при клинической картине острого аппендицита у взрослых пациентов. В случае установления верного диагноза интраоперационно, следует выбрать радикальную и наименее травматичную операцию из рационального доступа (при необходимости провести его конверсию на лапаротомный). Необходимо подчеркнуть значимость индивидуального подхода в выборе интраоперационной тактики и планировании периоперационной комплексной терапии.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, клинический случай, перитонит, конверсия, резекция тонкой кишки.

MECKEL'S DIVERTICULITIS: A CASE FROM URGENT SURGERY. CLINICAL CASE

STUDENOVA E.A.

Private Institution of Healthcare «Russian Railways Medicine Clinical Hospital N.A. Semashko», Stavropolskaya st., 23/1, 109386, Moscow, Russian Federation

Abstract:

Background. Meckel's diverticulum is an ileal diverticulum, formed as a result of incomplete reduction of the yolk duct, occurs on average in 2% of the population. Up to 25% of cases of this pathology are symptomatic or have complications (up to 16%), while more often it manifests in children under 2 years of age. Destructive diverticulitis is the least common complication of Meckel's diverticulum, requiring urgent surgical intervention.

Clinical case. A 28-year-old patient with a clinical picture of acute appendicitis came to the emergency room. Intraoperatively, destructive diverticulitis and widespread fibrinous-purulent peritonitis were identified. Conversion to a laparotomic approach and expansion of the volume of the main stage of the operation to appendectomy, segmental resection of the ileum were performed. The postoperative period was uneventful. The patient received complex conservative therapy, was discharged on the 10th day in a satisfactory condition.

Conclusion. Destructive diverticulitis requires the surgeon to be vigilant in conducting a diagnostic search in the clinical picture of acute appendicitis in adult patients. If a correct intraoperative diagnosis is established, a radical and least traumatic operation should be selected from a rational approach (if necessary, it should be converted to a laparotomic one). It is necessary to emphasize the importance of an individual approach in choosing intraoperative tactics and planning perioperative complex therapy.

Keywords: Meckel's diverticulum, clinical case, peritonitis, conversion, small bowel resection.

Введение

Дивертикул Меккеля (ДМ) – это локальное мешковидное выпячивание стенки подвздошной кишки, встречающееся чаще по противобрыжечному краю, образованное вследствие неполного зарращения желточного протока на расстоянии 7-250 см от илеоцекального угла, содержащее в 80% случаев эктопированный эпителий (поджелудочной железы, слизистой оболочки желудка) [1; 2; 3]. ДМ является часто встречающейся врожденной патологией ЖКТ, несмотря на невысокий процент распространенности среди населения. Во время оперативного вмешательства ДМ выявляется у 0,06-2% пациентов, на аутопсии – у 2,9% [3; 4]. До 25% случаев ДМ является симптоматическим или имеет осложнения (до 16%), при этом чаще манифестирует у детей до 2 лет [2; 4; 5].

Представленный клинический случай сочетает в себе сложности в диагностике, выборе интраоперационной тактики и подборе периоперационной схемы консервативной терапии при гнойно-деструктивном дивертикулите Меккеля у взрослого пациента.

Описание клинического случая

В приемный покой обратился пациент 28 лет с жалобами на постоянные острые боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, гипертермию до 38°C. Из анамнеза заболевания известно, что болевой синдром длится 19 часов, интенсивность его нарастала постепенно, боли возникли в правой подвздошной области и через 6 часов распространились на гипогастральную область, на высоте гипертермии в 38 °С была однократная рвота. После приема парацетамола болевой синдром не купировался, температура тела снизилась до 37,5°C. Физиологические отправления нарушены не были. Сопутствующей патологии пациент не имел, абдоминальный болевой синдром ранее не отмечал. При физикальном осмотре состояние средней тяжести, ЧСС 91 удар в минуту, АД 125/70 мм.рт.ст., температура 37,5°C. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при пальпации напряжен, болезненный в правой подвздошной и гипогастральной области. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга в гипогастрии и правой подвздошной области, Раздольского, Воскресенского, Ситковского. При лабораторном исследовании выявлено: лейкоцитурия 3-4, лейкоцитоз 15,1, СРБ 15. Инструментальные исследования не проводились в связи с отсутствием технической возможности. На основании данных характера и развития болевого синдрома, физикального осмотра, лабораторных иссле-

дований, с диагнозом острый аппендицит пациент госпитализирован в хирургическое отделение для экстренного оперативного лечения.

После проведения стандартной предоперационной подготовки через 2 часа после поступления в стационар под СМА разрезом по Волковичу-Дьяконову послойно вскрыта брюшная полость. Выделился мутноватый выпот с хлопьями фибрина, при ревизии выявлен интактные купол слепой кишки и червеобразный отросток. При ревизии подвздошной кишки на 40см от илеоцекального угла обнаружен дивертикул Меккеля булавовидной формы, ригидный, длиной 12 см, диаметром 4-5 см, на широком основании 4 см, багрового цвета, с зеленовато-черными налетами фибрина. Выполнена конверсия на ниже-срединную лапаротомию под ЭТН. При дальнейшей ревизии выявлено: петли тонкой кишки до дивертикула Меккеля поддуты до 3-4 см, перистальтика умеренная, у основания дивертикула Меккеля по противобрыжечному краю тонкой кишки участок некротизированной стенки подвздошной кишки протяженностью до 2 см, с налетами фибрина, видимой перфорации в зоне интереса не выявлено, что хорошо демонстрирует интраоперационная фотография (рис. 1).

Проведены: аппендэктомия с погружением культи червеобразного отростка в кисетный и Z-швы, резекция участка тонкой кишки с воспаленным дивертикулом в пределах здоровых тканей, наложение энтеро-энтероанастомоза бок в бок, санация, дренирование брюшной полости. В операционной пациент экстубирован, 2 часа провел под наблюдением в ОРИТ, затем был переведен в палату хирургического отделения.

В послеоперационном периоде пациент получал интенсивную комплексную консервативную терапию – антибактериальную, противовоспалительную, анальгетическую, инфузионную терапию, витаминотерапию, проведено 5 сеансов внутривенного лазерного облучения крови. Послеоперационный период протекал гладко: перистальтика кишечника восстановилась на 2 сутки, дренажи удалены на 3 сутки (по дренажам сохранялось скудное сукровичное отделяемое первые двое суток), швы сняты на 10 сутки, заживление послеоперационной раны первичным натяжением.

Патогистологическое заключение: гнойное расплавление стенки и некроз слизистой оболочки дивертикула, катаральный аппендицит.

Пациент в удовлетворительном состоянии выписан на 10 сутки под наблюдение хирурга поликлиники с за-

ключительным диагнозом: Острый гнойно-деструктивный дивертикулит Меккеля. Острый катаральный аппендицит. Распространенный фибринозно-гнойный перитонит.

Обсуждение

Отличительной чертой осложненного ДМ является полиморфизм клинической картины, и как следствие – ошибки в дооперационном диагнозе и изменение интраоперационной тактики, что ярко иллюстрирует вышеописанный клинический случай. Ургентный хирург сталкивается с ДМ в виде острой кишечной непроходимости (инвагинационной, странгуляционной), кровотечения из эктопированного эпителия ДМ, воспаления

и перфорации (в том числе при пролежнях инородными телами, каловыми камнями), озлокачествления, ущемления в грыжевых воротах (грыжа Литтре) [2; 6; 7]. Лидерами по встречаемости среди осложнений являются тонкокишечная непроходимость и кровотечение, реже возникает деструктивный дивертикулит, особенно у пациентов старше 2 лет [2; 5]. Важным практическим постулатом является включение ДМ в дифференциально-диагностический ряд при болях в правой подвздошной области у взрослых [1; 3].

При выявлении ДМ рациональной тактикой является радикальное хирургическое лечение вне зависимости от того, является ли ДМ вовлеченным в



Рис. 1. Интраоперационная картина: дивертикул Меккеля булавовидно утолщен, с налетами фибрина, зона деструкции захватывает стенку подвздошной кишки
Fig. 1. Intraoperative picture: Meckel's diverticulum is clavate thickened, with fibrin deposits, the destruction zone captures the wall of the ileum

патологический процесс или же интактным, что связано с превалированием риска развития осложнений ДМ над риском осложнений после дивертикулэктомии [2; 3; 5]. Операция выбора должна быть радикальной, малотравматичной, с минимальным риском периоперационных осложнений и рецидива. В настоящее время рекомендуется пользоваться следующими подходами: дивертикулэктомия показана при узком основании (до 20мм) дивертикула, выполняется аналогично аппендэктомии; клиновидная резекция дивертикула показана при полной уверенности отсутствия эктопированной слизистой оболочки желудка на основании дивертикула и слизистой оболочки подвздошной кишки; резекция участка подвздошной кишки с дивертикулом выполняется при кровотечении, кишечной непроходимости и перфорации [1; 2; 4]. Доступы выбирают как открытые, так и лапароскопические (предпочтительнее), в зависимости от объема операции, наличия осложнений, характера симультанных этапов операции, мануальных навыков хирурга и оснащённости операционной. [8; 9] При технических сложностях проведения операции из имеющегося доступа, следует оптимизировать его путем конверсии. При наличии абдоминальной боли многие авторы рекомендуют производить дивертикулэктомию и аппендэктомию [3; 4]. В нашем учреждении придерживаются данной тактики, особенно при доступе по Волковичу-Дьяконову.

Необходимо подчеркнуть важность индивидуального подхода в ургентной хирургии, как на этапе формирования диагноза, так и при подборе оптимального объема операции и комплексной консервативной терапии.

Заключение

Деструктивный дивертикулит Меккеля является редкой причиной ургентных оперативных вмешательств. Диагностика дивертикулита Меккеля сложна, требует от клинициста настороженности в дифференциальной диагностике у взрослого населения. ДМ, выявленный интраоперационно, ставит хирурга перед выбором необходимого объема операции, который зависит от многих критериев. Операция выбора должна быть радикальной, малотравматичной, с минимальным риском периоперационных осложнений и рецидива, выполнена лапароскопическим методом. Благоприятный исход заболевания определяет индивидуальный подбор интраоперационной тактики и комплексной периоперационной консервативной терапии.

Список литературы/References

1. Тимербулатов М. В., Тимербулатов Ш. В., Сахаутдинов В. Г. Дивертикул Меккеля у взрослых и детей. *Эндоскопическая хирургия*. 2017;23(2):61-66. [Timerbulatov MV, Timerbulatov ShV, Sakhautdinov VG. Meckel's diverticulum in adults and children. *Endoscopic surgery*. 2017;23(2):61-66. (In Russ.).] <https://doi.org/10.17116/endoskop201723261-66>
2. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med*. 2006 Oct;99(10):501-5. <https://doi.org/10.1258/jrsm.99.10.501>
3. Пименов И. А. Дивертикул Меккеля: краткий обзор современной литературы. Электронное научное издание Альманах Пространство и Время. 2018;3-4. Ссылка активна на 24.07.2021. [Pimenov IA. Meckel's diverticulum: a brief overview of modern literature. Electronic scientific publication Almanac Space and Time. 2018; 3-4. Accessed July 24, 2021. (In Russ.).] <https://cyberleninka.ru/article/n/divertikul-mekkeya-kratkiy-obzor-sovremennoy-literatury>
4. Faizi TQ, Ahmed H, Jafferi S, Dawani S, Rafique A. Meckel's diverticulitis leading to the volvulus and ileal perforation in an adolescent cerebral palsy patient. *J Surg Pakistan*. 2019;24(3):161-63. <https://doi.org/10.21699/jsp.24.3.13>
5. Sokolova, A. and Brown, I., 2019. 33. Characteristics of meckel diverticulum, a review of 75 cases. *Pathology*, 2019(suppl 1):158. <https://doi.org/10.1016/j.pathol.2018.09.032>
6. Camelo R, Santos P, Mateus Marques R. Perforated Meckel's Diverticulum in an Adult. *GE Port J Gastroenterol*. 2019 Jul;26(4):285-289. <https://doi.org/10.1159/000493439>
7. Farah RH, Avala P, Khaiz D, Bensardi F, Elhattabi K, Lefriyekh R, Berrada S, Fadil A, Zerouali NO. Spontaneous perforation of Meckel's diverticulum: a case report and review of literature. *Pan Afr Med J*. 2015 Apr 1;20:319. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.20.319.5980>
8. Юсупов Ш.А., Атакулов Ж.О., Мухаммадиев А.А. Дивертикул Меккеля: диагностические и хирургические критерии. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2020(Приложение): 10. [Yusupov ShA, Atakulov ZhO, Mukhammadiev AA. Meckel's diverticulum: diagnosis and surgery criteria. *Russian Bulletin of Pediatric Surgery, Anesthesiology and Resuscitation*. 2020 (Suppl): 10. (In Russ.).]
9. Ezekian B, Leraas HJ, Englum BR, Gilmore BF, Reed C, Fitzgerald TN, Rice HE, Tracy ET. Outcomes of laparoscopic resection of Meckel's diverticulum are equivalent to

open laparotomy. *J Pediatr Surg.* 2019 Mar;54(3):507-510.
<https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.03.010>

Информация об авторах

Студенова Елена Алексеевна – поликлиническое отделение ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» им. Н.А. Семашко», Москва, Российская Федерация; sychelena.a.93@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0003-2375-7076>

Для корреспонденции

Студенова Елена Алексеевна – поликлиническое отделение ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» им. Н.А. Семашко», Москва, Российская Федерация; +7-977-170-53-06; sychelena.a.93@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0003-2375-7076>

Information about authors

Elena A. Studenova – Outpatient department of the Russian Railways Medicine Clinical Hospital N.A. Semashko, Moscow, Russian Federation; sychelena.a.93@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0003-2375-7076>

For correspondence

Elena A. Studenova – Outpatient department of the Russian Railways Medicine Clinical Hospital N.A. Semashko, Moscow, Russian Federation; +7-977-170-53-06; sychelena.a.93@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0003-2375-7076>

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.