

УДК 616.34-007.64-06:616-005.1

**ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ, ОСЛОЖНЕННИЙ
ПРОДОЛЖАЮЩИМСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ***А.В. Капиштарь**Запорожский государственный медицинский университет*

Дивертикул Меккеля (ДМ) является врожденной аномалией развития, обусловленной неполной редукцией в процессе эмбриогенеза желточно-кишечного протока, и наиболее распространенным среди всех врожденных аномалий желудочно-кишечного тракта [3]. Он обнаруживается у 2-3% населения [6, 8]. Патологические изменения ДМ возникают редко, и по публикациям разных авторов составляют 4-5% от всех пациентов с выявленным ДМ, значительно снижаясь с возрастом [1, 2, 9]. Одним из наиболее грозных осложнений ДМ является кровотечение [1, 4, 5, 8]. Частота кровотечения у детей довольно значительная и колеблется от 10 до 25% [4, 5, 7]. У взрослых же кровотечение из ДМ встречается очень редко и по данным некоторых авторов достигает 5% [3, 8]. Каждое из наблюдений представляет практический интерес, что и явилось мотивом для публикации нашего наблюдения.

Больная Л. 54 лет, история болезни № 6295, госпитализирована в клинику 17.04.2009 г. в 9:00 с жалобами на слабость, головокружение, рвоту с примесью крови, черный жидкий кал. 16.04.2009 г. в 18:00 внезапно возникла общая слабость, головокружение. Спустя 13 часов присоединилась рвота с примесью крови. Потеряла сознание и оправилась черным жидким калом. Доставлена бригадой «Скорой помощи» с диагнозом «Язвенная болезнь желудка? Желудочно-кишечное кровотечение». Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Пониженного питания. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Пульс – 100 ударов в 1 мин. Артериальное давление – 90/60 mmHg, частота дыхания – 18 в минуту. Язык суховат, обложенный белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. При пальцевом исследовании прямой кишки – «мелена». В общем анализе крови эритроциты – 3,0 Т/л, гемоглобин – 96 г/л, лейкоциты – 6,2 Г/л, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 5%, СОЭ – 25 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. Установлен пред-

варительный диагноз: «Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Острое желудочно-кишечное кровотечение 2 степени».

Выполнена фиброэзофагогастродуоденоскопия: пищевод проходим; в желудке жидкая кровь и сгустки. Биохимический анализ крови: белок – 61 г/л, билирубин – 11,4 мкмоль/л, тимоловая проба – 1,1 ед., креатинин – 79 мкмоль/л. Протромбиновый индекс – 98%, фибриноген – 3,1 г/л, фибриноген Б – отрицательный.

Проведена консервативная терапия, включающая холод на подложечную область, голод, введение раствора глюкозы с инсулином, раствора Рингера-Локка, витамина С, аминокaproновой кислоты, раствора соды, Дицинона, Альмагеля, Ранитидина, Викасола. По зонду из желудка удалено небольшое количество кофейной «гуши». Однако состояние ухудшилось, прогрессировал геморрагический шок. Спустя 6 часов после поступления в клинику выполнена неотложная срединная лапаротомия с ревизией брюшной полости. Поперечная гастротомия – патологии не выявлено. Рана ушита двухрядными швами. Отступя 60 см от илеоцекального угла на противобрыжечном крае тонкой кишки диагностирован пальцевидной формы дивертикул длиной 10 см и диаметром 2 см. Его стенка отекая, просвет заполнен кровью. Дистальнее дивертикула тонкий и толстый кишечник также содержат кровь, проксимальнее – изменений не выявлено. Выполнена клиновидная резекция тонкой кишки с ДМ и ушивание раны швами Черни в поперечном направлении. Полость малого таза дренирована. Брюшная полость послойно ушита наглухо. Дивертикул рассечен по длине: в области его шейки хроническая язва диаметром 5 мм, в центре которой тромбированный сосуд. Рядом эрозия слизистой оболочки. Послеоперационный диагноз «Кровотокающая хроническая язва дивертикула Меккеля. Острое кишечное кровотечение. Геморрагический шок 3 степени». Гистологическое заключение № 15409-15415: стенка дивертикула представляет собой стенку двенад-

цатиперстной кишки с обострением крупной хронической язвы и аррозией сосуда.

Послеоперационное течение гладкое. 20.04.2009 г. удален назогастральный зонд, 21.04.2009 г. – дренажи из брюшной полости. 28.04.2009 г. сняты швы, рана зажила первичным натяжением. Выписана на следующий день в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, клиническая диагностика ДМ, как источника кишечного кровотечения, сложная. Прогрессирующий геморрагический шок ограничивает использование дополнительных методов исследования, являясь показанием к неотложной лапаротомии, во время которой и установлен источник кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С. и др. – Ровно, 1997. – 384 с.
2. Дивертикул Меккеля у детей / Н.И. Юрченко, А.М. Урин, В.Ф. Рыбальченко и др. // Хірургія дитячого віку. – 2005. – № 2. – С. 75-79.
3. Кургузов О.П. Осложненные формы дивертикула Меккеля / О.П. Кургузов, В.М. Надарая // Хирургия. – 2009. – № 4. – С. 27-31.
4. Письменный В.Д. Диагностика та лікування виразкової кровотечі дивертикула Меккеля у дітей / В.Д. Письменный, О.О. Гришин, В.М. Хурсін // Хірургія дитячого віку. – 2006. – № 2. – С. 27-30.
5. Расулов Т.М. Дивертикул Меккеля у детей, осложненный кровотечением / Т.М. Расулов, Н.А. Акбаров, А.К. Курбанов, К.Л. Косимов // Хист. – 2008. – № 10. – С. 10-11.
6. Седов В.М. Аппендицит / В.М. Седов. – СПб: Элбис-СПб, 2002. – 232 с.
7. Ситковський М.Б. Хірургічна патологія дивертикула Меккеля / М.Б. Ситковський, А.Н. Плотников, А.А. Гришин // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – № 5. – С. 49-51.
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. Aarnio P. Abdominal disorders arising from 71 Meckel's diverticulum / P. Aarnio // Ann. Chirug. Gynaecol. – 2000. – Vol. 89, № 4. – P. 281-284.