Рідкісна локалізація дивертикула Меккеля, ускладненого доброякісною пухлиною та рецидивною профузною кишковою кровотечею

С. О. Федюшкін¹, Е. Ф. Самарець², В. А. Ковтонюк¹, А. В. Вінівітін¹, О. І. Пуляєв¹

¹Криворізька міська лікарня № 16,

²Кам'янський медичний коледж

Rare localization of Meckel's diverticulum, complicated by benign tumor and recurrent profuse intestinal hemorrhage

S. O. Fedyushkin¹, E. F. Samarets², V. A. Kovtonyuk¹, A. V. Vinivitin¹, O. I. Pulyaev¹

¹Kryvyi Rig Municipal Hospital No. 16,

²Kamyanka Medical College

Дивертикул Меккеля (ДМ), лат. diverticulum ilei Meckeli, – це залишок пупково–кишкової протоки (ductus omphaloentericus), що з'єднує здухвинну кишку ембріона з пупковим кільцем [1]. У 1809 р. німецький анатом Йоган Фредерік Меккель – молодший опублікував працю «Про дивертикули кишечника», у зв'язку з цим свою назву дивертикул отримав на честь автора, який вперше його описав [1 – 3].

Зазвичай ДМ розташовується на протибрижовому краї здухвинної кишки як обмежене мішкоподібне випинання стінки кишки, може бути конічної, циліндричної або колбоподібної форми, інколи має власну брижу [4].

ДМ у новонароджених розташовується на відстані 10 – 50 см від сліпої кишки, у дорослих – на відстані 125 і навіть 200 см [3, 4]. Загальноприйнято визнавати дивертикул як дивертикул Меккеля, коли він локалізується у дистальних відділах здухвинної кишки на відстані до 200 см від сліпої кишки. Дивертикул, який локалізується вище (проксимальніше), не має спеціальної назви і, можливо, відноситься до іншої групи. Пояснення різниці між дивертикулом Меккеля та іншими поодинокими дивертикулами здухвинної і порожньої кишок, не пов'язаними з аномалією пупково–кишкової протоки, в доступній для нас літературі знайти не вдалося. У навчальному посібнику В. І. Русакова [5] вказано, що деякі поодинокі дивертикули відносять до ДМ, але, на жаль, не названо прізвища жодного автора. Зважаючи на ці обставини, ми набралися сміливості називати поодинокі дивертикули, розташовані на відстані понад 200 см від сліпої кишки і до зв'язки Трейтца, дивертикулами Меккеля.

Стінка ДМ складається з тих же шарів, що й тонка кишка (істинний дивертикул). Слизова оболонка ДМ інколи місцями має будову слизової оболонки шлунка або містить вкраплення, які мають будову підшлункової залози. Це може бути підґрунтям для утворення пептичних виразок ДМ, ускладнених кишковою кровотечею [2 – 4, 6]. В. Ф. Саєнко і співавтори [7] посилаються на повідомлення, згідно з якими однією з рідкісних причин гострої

кровотечі у травний канал можуть бути доброякісні та злоякісні пухлини ДМ.

Діагностика різних захворювань ДМ залишається однією з найбільш складних проблем абдомінальної хірургії [3, 8]. Діагностувати кровотечу з ДМ дуже нелегко. Підтікання крові із здухвинної кишки під час колоноскопії дозволяє лише запідозрити дане захворювання. Більш інформативним є рентгенологічне дослідження, але воно можливе тільки при зупиненій кровотечі [2, 7].

Для виявлення джерела кровотечі з ДМ у деяких хворих використовують метод ангиографії. Внаслідок удосконалення ендоскопічної техніки збільшується її роль у діагностиці дивертикулів тонкої кишки. В даному разі великого значення набуває відеокапсульна ендоскопія [2, 4, 8 – 11].

З 2010 по 2020 р. у центрі лікування шлунково–кишкових кровотеч Криворізької міської лікарні № 16 проліковано 3093 хворих з ознаками шлунково–кишкової кровотечі різного генезу. Лише у 1 хворої причиною кишкової кровотечі був ДМ рідкісної локалізації, ускладнений доброякісною пухлиною (фіброма) та рецидивною геморагією, що становило 0,03% від числа всіх пролікованих хворих. Тому ми визнали за потрібне поділитися досвідом діагностики та лікування даного захворювання у пацієнтки в середньому віці. Наводимо клінічне спостереження.

Хвора С., 51 рік, госпіталізована до хірургічного відділення лікарні 09.11.2020 р. зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, чорні випорожнення. За 5 год до госпіталізації виникли рідкі випорожнення чорного кольору, які ще двічі повторилися. Раніше подібних проявів захворювання не було, вважала себе здоровою.

При госпіталізації стан хворої середньої тяжкості. Шкірні покриви чисті, бліді. Будова тіла нормостенічна. Зріст 160 см, маса тіла 65 кг. Пульс 91 за 1 хв, ритмічний, задовільного наповнення, артеріальний тиск (АТ) 130/80 мм рт. ст. Величина шокowego індексу (ШІ) Альговера 0,7 вказувала на об'єм крововтрати до 1 л. Язик вологий, рожевий. Живіт не здутий, при пальпації м'який, незначно

болючий в епігастрії. Печінка, селезінка не пальпуються. Сечовиділення не порушене. При пальцевому дослідженні прямої кишки новоутворень не виявлено, на рукавичці сліди чорного калу з червоним відтінком. Проведено лабораторне обстеження. Аналіз крові: еритроцити $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін 88 г/л, кольоровий показник 0,8, лейкоцити $7,0 \times 10^9/\text{л}$, гематокрит 28%, ШОЕ 4 мм/год, нейтрофіли паличкоядерні 8%, сегментоядерні 71%, лімфоцити 18%, моноцити 3%, глюкоза крові 4,4 ммоль/л. Об'єм крововтрати, розрахований за П. Г. Брюсовим, становив 1400 мл. Загальний аналіз сечі без патології.

10.11.2020 р. фіброгастроуденоскопія (ФГДС): катаральний езофагіт, вогнищева гастроуденопатія. Джерела кровотечі не виявлено.

10.11.2020 р. ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини: дифузні зміни в печінці за типом жирової інфільтрації.

12.11.2020 р. ректосигмоколоноскопія: ободова кишка без патологічних змін. Джерела кровотечі не виявлено.

13.11.2020 р. рентгенографія органів грудної порожнини № 7663: легені і серце без особливостей.

Хворій проводилася інфузійна терапія кристалоїдними та колоїдними розчинами для відновлення об'єму циркулюючої крові (ОЦК) згідно з розробленими стандартами клінічних протоколів [12], а також гемостатична терапія розчинами геласпану, гемотрану, етамзилату, вікасолу, проксиуму, тренакса.

Після проведеного лікування самопочуття пацієнтки покращилося, гемодинаміка стабілізувалася, рецидиву кишкової кровотечі не було. У зв'язку з непередбаченими сімейними обставинами хвора у задовільному стані була виписана 16.11.2020 р. Тому рентгенологічне обстеження травного каналу не було проведено. Перебувала на лікуванні 7 ліжок–днів. При виписці в аналізі крові: еритроцити $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін 89 г/л, гематокрит 29%. Пульс 84 за 1 хв, АТ 130/80 мм рт. ст.

Рис. 1.

Операційне фото. Загальний вигляд операційного поля: чітко видно розташування дивертикула на протибрижовому краї порожньої кишки; у дистальному відділі кишки – кров.

Діагноз при виписці: вогнищева гастроуденопатія, анемія легкого ступеня нез'ясованої етіології. Рекомендовано дотримання дієти, спостереження у сімейного лікаря.

Вдруге до хірургічного відділення хвора госпіталізована 28.11.2020 р. зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, сухість у роті, серцебиття, дефекацію рідким калом чорного кольору, яка виникли 28.11.2020 р. При госпіталізації стан хворої тяжкий, свідомість ясна, шкірні покриви бліді. Пульс 112 за 1 хв, ритмічний, слабкого наповнення, АТ 90/60 мм рт. ст. Величина ШІ Альговера 1,24 свідчила про об'єм крововтрати до 1,6 л.

Язик вологий, живіт м'який, симптомів подразнення очеревини немає. При аускультатії живота – чітка перистальтика кишечника. При пальцевому дослідженні прямої кишки на рукавичці рідкий кал чорного кольору з червоним відтінком. Сечовиділення без особливостей.

Аналіз крові: еритроцити $2,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін 50 г/л, гематокрит 17%, кольоровий показник 0,7, лейкоцити $9,0 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 10 мм/год, нейтрофіли паличкоядерні 15%, сегментоядерні 67%, еозинофіли 1%, лімфоцити 16%, моноцити 1%. Глюкоза крові 4,4 ммоль/л, час згортання крові 3 хв 12 с – 3 хв 52 с. Аналіз сечі без патології.

При розрахунку інфузійно–трансфузійної терапії при гострій крововтраті за П. Г. Брюсовим визначена крововтрата 1714 мл, дефіцит ОЦК 57%, рівень кровозаміщення 4. Проводилася інтенсивна терапія крововтрати. Об'єм трансфузії 2914 мл, у тому числі 729 мл кристалоїдів, 729 мл колоїдів, 1166 мл консервованих еритроцитів, 290 мл свіжозамороженої плазми, а також гемостатична терапія. Всього в процесі лікування хворій було перелито 3316 мл еритроцитів, 2250 мл свіжозамороженої плазми, 7 доз кріопреципітату.

Незважаючи на проведення призначеного лікування, рецидиви кишкової кровотечі продовжували повторюватися. 30.11.2020 р. проведена контрольна ФГДС, джерела кровотечі не виявлено. 01.12.2020 р. терміново був зібраний консиліум за участю медичного директора з хірургічної допомоги, завідувачів I та II хірургічних відділень, проктологічного відділення для вироблення подальшої лікувально–діагностичної тактики ведення хворої. Враховуючи відсутність явної патології, яка могла б стати джерелом рецидивної профузної кровотечі, з боку стравоходу, шлунка, дванадцятипалої, ободової, сигмоподібної та прямої кишок (за даними проведених ендоскопічних обстежень 10 – 12.11.2020 р.), вирішено, що кишкову кровотечу спричинено можливою патологією тонкої кишки (нейрофіброма, лейоміома або гемангіома), яку неможливо встановити доступними методами. Було прийняте рішення про виконання екстреного оперативного втручання за життєвими показаннями з метою верифікації клінічного діагнозу та ліквідації джерела кровотечі. Хвора дала згоду на операцію.

01.12.2020 р. огляд терапевта – ішемічна хвороба серця: стенокардія напруги, II функціональний клас, серцева недостатність I ступеня.

Рис. 2.
 Операційне фото (пояснення в тексті).

01.12.2020 р. під інтубаційним наркозом виконана середньо-середина лапаротомія. Під час ревізії органів черевної порожнини на відстані 60 см від зв'язки Трейтца на протибрижовому краї порожньої кишки несподівано виявлено дивертикуло-пухлинне утворення колбоподібної форми розмірами 3×4 см, гіперваскулярне, перекриває порожнину кишки на третину її діаметра, кровить в порожнину кишки (рис. 1).

Дистальні відділи порожньої, здухвинної і товстої кишки виповнені кров'ю. Виявлене утворення щільної консистенції розцінене як кровоточива нейрофіброма, гемангіома або ліпома дивертикула порожньої кишки (рис. 2).

Регіонарні брижові лімфатичні вузли без особливості, не збільшені. При подальшому абсоральному обстеженні порожньої і здухвинної кишки патології не виявлено. При візуальній та пальпаторній ревізії дванадцятипалої кишки патології теж не виявлено. Виконана сегментарна резекція кишки з дивертикуло-пухлинним утворенням (рис. 3) та формуванням кишкового анастомоза бік у бік.

Висновок патогістологічного дослідження № 4189–91 від 12.12.2020 р.: фіброма дивертикула порожньої кишки, інтрамуральний ріст з вогнищевими крововиливами. Залишки стінки дивертикула за гістологічною будовою зберігають всі шари стінки порожньої кишки.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Проводилася терапія кровозамісна, дезінтоксикаційна, гепатотропна, антибактеріальна, на підтримку серцево-судинної системи. Рана черевної стінки зажила первинно. 11.12.2020 р. у задовільному стані хвора виписана.

Аналіз крові 09.12.2020 р.: еритроцити $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобін 121 г/л, кольоровий показник 0,9, ШОЕ 8 мм/год, лейкоцити $7,0 \times 10^9/л$, нейтрофіли паличкоядерні 3%, сегментоядерні 66%, еозинофіли 1%, лімфоцити 25%, моноцити 5%. Загальний аналіз сечі без патології. Рекомендовано дотримання дієти, спостереження у амбулаторного хірурга та сімейного лікаря. Пацієнтка оглянута через 6 міс, скарг не має. Контрольні клінічні аналізи крові та сечі в нормі. Працездатність повністю відновлена.

Рис. 3.
 Макропрепарат виявленого дивертикула з резектованим сегментом порожньої кишки.
 На розрізі пухлина (фіброма) дивертикула сірого кольору.

Висновки

ДМ не має чіткої клінічної картини незалежно від віку пацієнта до моменту виникнення його ускладнень.

Наведене клінічне спостереження вкотре підтверджує складність встановлення діагнозу ДМ на доопераційному етапі та необхідність пам'ятати про нього при диференціальній діагностиці причин гострої кровотечі в порожнину травного каналу.

Фінансування. Зовнішні джерела фінансування і підтримки були відсутні. Гонорари або інші компенсації не виплачувалися.

Внесок авторів. Всі автори зробили однаковий внесок у цю роботу.

Конфлікт інтересів. Автори, які взяли участь в цьому дослідженні, заявили, що у них немає конфлікту інтересів щодо цього рукопису.

Згода на публікацію. Всі автори прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису. Всі автори дали згоду на публікацію цього рукопису.

References

1. Ukrainian–Latin–English medical encyclopedic dictionary. Kyiv: Medicine; 2016, 968 p. ISBN: 978–617–505–334–8.
2. Parfenov AI, Krums LM, Pavlov MV. Small intestinal diverticula. Therapeutic Archive. 2019;91(2):4–8. Russian. doi: 10.26442/00403660.2019.02.000080.
3. Tomashevskiy BF, Samaretc EF, Melnichenko VV, Shvetcova IV. Surgical treatment of Meckel's diverticulum in children. Pediatric surgery. 2013; (2): 30–4. Russian.
4. Shyla RS, Mahiliavets EV, Belyuk KS, Karpovich VE, Dziashuk AN, Kovalenya PA, et al. Complications of small intestine diverticula, cases from clinical practice. Journal of the Grodno State Medical University. 2019;17(2):219–23. Russian. doi: 10.25298/2221–8785–2019–17–2–219–223.
5. Rusakov VI. Fundamentals of Private Surgery. Volume 2. Rostov University Press; 1996. 456 p. Russian.
6. Yudin VA, Kochukov VP, Melnikov AA, Melnikova IA, Mokrova AV. Surgical approaches in diagnostics and treatment of perforation jejunal diverticulosis. Surgical practice. 2017;(3):43–5. Russian.

7. Sayenko VF, Kondratenko PG, Semenyuk YuS, Veligotsky NN, Kalita NYa. Diagnostics and treatment of acute bleeding into the lumen of the alimentary canal. Rivne; 1997. 384 p. Russian.
8. Kashchenko VA, Orlova RV, Gluzman IM. An original view on a well-known problem: what should we pay attention to when discussing gastrointestinal stromal tumors? St. Petersburg State University Bulletin. Medicine. 2017;12(2), p.145–53. Russian.
9. Levchuk AL, Zubritsky VF, Kovtun AV. Modern methods of small intestine tumors diagnostics. Medical Bulletin Ministry of Internal Affairs. 2019;(2):27–34. Russian.
10. El-Haddawi F, Civil ID. Acquired jejuno-ileal diverticular disease: a diagnostic and management challenge. ANZ J Surg. 2003 Aug;73(8):584–9. doi: 10.1046/j.1445–2197.2003.02709.x. PMID: 12887523.
11. Zhang L, Shen J, Guo L, Cheng F, Fan Q, Ni K, et al. Diagnostic value of OMOM capsule endoscopy for small bowel diseases in adults. Exp Ther Med. 2018 Apr;15(4):3467–70. doi: 10.3892/etm.2018.5864. Epub 2018 Feb 13. PMID: 29545870; PMCID: PMC5841053.
12. Emergency abdominal surgery (standards of organization and professionally oriented algorithms of medical care): handbook. Kyiv: Health Library of Ukraine; 2018. – 354 p. Ukrainian.

Надійшла 28.05.2021