

УДК 616.344–007.64–053.2

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2018.1.95–96

Редкий случай инвагинации дивертикула Меккеля у ребенка

А.А. Череватенко¹, А.Н. Шапкина², И.С. Седых², А.С. Шевчук²¹ Краевая детская клиническая больница № 1 (690091, г. Владивосток, пр-т Острякова, 27),² Тихоокеанский государственный медицинский университет, (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Описано наблюдение одновременно возникшего острого флегмонозного аппендицита и инвагинации дивертикула Меккеля с эктопированной поджелудочной железой и тонко-тонкокишечной инвагинации у мальчика 12 лет. Авторы полагают, что данный случай доказывает необходимость ревизии подвздошной кишки при аппендэктомии даже при наличии не вызывающих сомнений изменений червеобразного отростка.

Ключевые слова: дивертикул подвздошной кишки, аппендицит, тонко-тонкокишечная инвагинация

В 1809 г. Johann Friedrich Meckel в работе *Beitrag zur vergleichenden Anatomie* описал дивертикул, который с тех пор носит его имя. Дивертикул Меккеля (ДМ) – непостоянно встречающееся выпячивание нижней трети подвздошной кишки, остаток не полностью редуцированного желточного стебля. Это истинный дивертикул, образованный всеми слоями стенки подвздошной кишки. Обычно он располагается на противобрыжечном крае кишки, примерно в 60–100 см [7]. Соотношение между мальчиками и девочками 2–3:1 [2, 4, 7]. Обычно клинически ДМ проявляется на 3–5-м году жизни [6, 8].

Слизистая оболочка, которой выстлан дивертикул, не всегда идентична выстилке подвздошной кишки. Там часто встречаются островки слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной и толстой кишок и ткань поджелудочной железы [4, 6, 8]. Симптомы ДМ по сути – признаки осложнений: кровотечения, кишечной непроходимости, воспаления, опухоли. Этот дивертикул может стать причиной различных видов непроходимости, в частности, вследствие тонко-тонкокишечной инвагинации [4, 6]. Эктопия ткани поджелудочной железы, встречающаяся здесь в 2–37% случаев – предрасполагающий фактор для возникновения этого осложнения [3–5, 9]. Также описаны случаи сочетания дивертикулита и аппендицита [1, 10, 11], но мы не нашли в специальной литературе описаний сочетания аппендицита и инвагинации ДМ.

Пациент З., 12 лет, госпитализирован в 1-е экстренное хирургическое отделение КДКБ № 1 8 декабря 2017 г. в 20:10 с жалобами на боли постоянного характера в правой подвздошной области. Боли в животе без четкой локализации появились за 12 часов до поступления в стационар, была однократная рвота и однократно – разжиженный стул. Спустя 4–5 часов боль локализовалась в правой подвздошной области. Родители давали таблетированные препараты (кетонал, но-шпу) – без эффекта.

Объективный статус без особенностей. Локально: положительными аппендикулярными симптомами Ровзинга, Образцова, Бартомье–Михельсона, Кохера и перитонеальные симптомы Воскресенского и Щеткина–Блумберга (симптом Раздольского сомнительный). В клиническом анализе крови уровень лейкоцитов ($8,6 \times 10^9/\text{л}$) и другие показатели без особенностей.

Шапкина Анна Николаевна – канд. мед. наук, доцент Института хирургии ТГМУ; e-mail: pedsurg2005@mail.ru

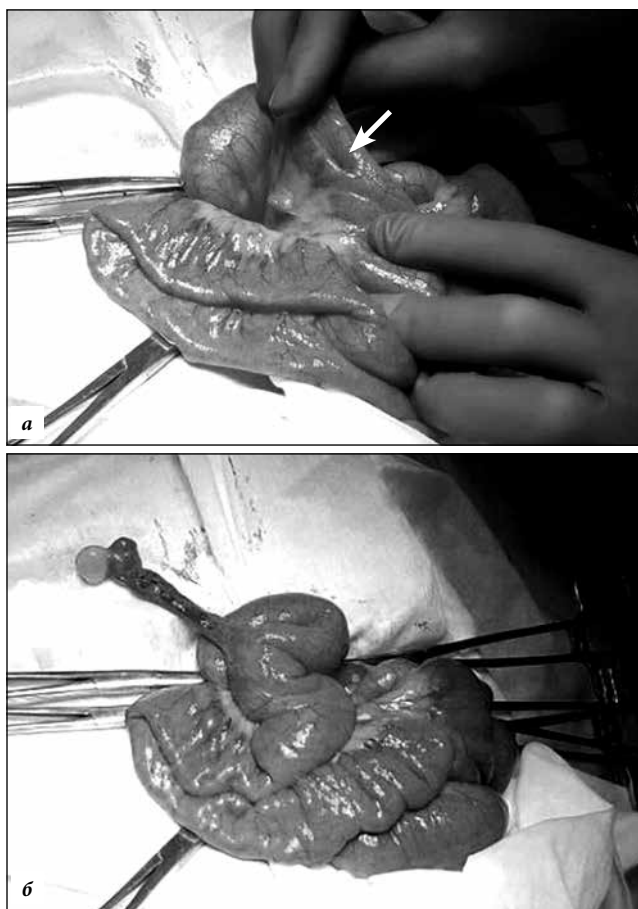


Рис. Интраоперационная фотосъемка:

а – место инвагинации ДМ (стрелка); б – ДМ с опухолевидным образованием на верхушке.

Общий анализ мочи – без особенностей. В процессе динамического наблюдения диагноз острого аппендицита не вызывал сомнений несмотря на отсутствие лейкоцитоза. Доступом Мак-Бурнея выполнена лапаротомия. В рану выведен купол слепой кишки с типично расположенным червеобразным отростком длиной 7,5 см. Последний был резко напряжен, гиперемирован, с инъецированными сосудами, покрыт фибрином. Выполнена аппендэктомия лигатурно-погружным методом. При ревизии брюшной полости на расстоянии 70 см от илеоцекального угла обнаружена тонко-тонкокишечная инвагинация, при расправлении которой выявлено втяжение стенки до 0,5 см в диаметре (рис., а). Здесь пальпировался полностью инвагинированный

ДМ. Произведено выправление последнего методом «выдаивания», дивертикул у основания шириной 2 см, длиной 9,5 см, с инъецированными сосудами с точечными кровоизлияниями. На верхушке дивертикула обнаружено мягко-эластичное округлое опухолевидное образование желтого цвета, размером диаметром до 1,5 см (рис., б). Проведена резекция дивертикула с наложением двухрядного шва нитью Polisorb. У основания дивертикула на брыжейке имелся неизмененный лимфоузел диаметром до 0,7 см (взят для гистологического исследования). В малом тазу – серозный выпот в объеме 20–25 мл (взят на бактериологическое исследование).

Послеоперационный диагноз: «Острый флегмонозный аппендицит. Дивертикул Меккеля с опухолевидным образованием (эктопия поджелудочной железы?), осложненный острой тонкокишечной инвагинацией. Местный серозный перитонит». При гистологическом исследовании подтвержден флегмонозный аппендицит, в ДМ – ткань эктопированной поджелудочной железы обычного строения.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Ребенок в течение двух суток находился в отделении реанимации. Проведена антибактериальная терапия: цефалоспорины III поколения 7 дней. Выписан на 8-е сутки.

Данный случай доказывает необходимость тщательной ревизии подвздошной кишки при аппендэктомии у детей даже при наличии не вызывающих сомнений изменений червеобразного отростка.

Литература / References

1. Ярополов В.И., Кобец И.С. Два случая воспаления дивертикула Меккеля в сочетании с острым аппендицитом // Вестник хирургии им. Грекова. 1972. Т. 108, № 5. С. 123–124. Yaroplov V.I., Kobets I.S. Two cases of Meckel's diverticulitis and acute appendicitis // Vestnik Khirurgii im. Grekova. 1972. Vol. 108, No. 5. P. 123–124.
2. Alemayehu H., Hall M., Desai A.A. [et al.]. Demographic disparities of children presenting with symptomatic Meckel's diverticulum in children's hospitals // *Pediatr. Surg. Int.* 2014. Vol. 30, No. 6. P. 649–653.
3. Al-Lami A., Alam M., Nagy A., Khan A.R. A microscopically calcified Meckel's diverticulum: a histopathological perspective of a case of both gastric and pancreatic mucosae // *BMJ Case Rep.* 2013. Vol. 25. doi: 10.1136/bcr-2012-008289.
4. Huang C.C., Lai M.W., Hwang F.M. [et al.]. Diverse presentations in pediatric Meckel's diverticulum: a review of 100 cases // *Pediatr. Neonatol.* 2014. Vol. 55, No. 5. P. 369–375.
5. Kim K.H., Kang K.A., Lim J.H. [et al.]. Inverted Meckel diverticulum as a lead point of small bowel intussusception: misinterpreting case as a lipoma // *Clin. Imaging.* 2016. Vol. 40, No. 5. P. 840–842.
6. Lin X.K., Huang X.Z., Bao X.Z. [et al.]. Clinical characteristics of Meckel diverticulum in children: A retrospective review of a 15-year single-center experience // *Medicine (Baltimore).* 2017. Vol. 96, No. 32. P. e7760.
7. Pietrzak J., Obuchowicz A., Majda D., Kiedos A. Meckel's diverticulum – a congenital defect of the gastrointestinal tract underestimated in differential diagnostics: Own experience // *Dev. Period. Med.* 2017. Vol. 21, No. 1. P. 38–42.
8. Rattan K.N., Singh J., Dalal P., Rattan A. Meckel's diverticulum in children: Our 12-year experience // *Afr. J. Paediatr. Surg.* 2016. Vol. 13, No. 4. P. 170–174.
9. Riccardo G., Valeria B., Giulia C. [et al.]. Heterotopic pancreas in Meckel's diverticulum in a 7-year-old child with intussusception and recurrent gastrointestinal bleeding: case report and literature review focusing on diagnostic controversies // *Afr. J. Paediatr. Surg.* 2014. Vol. 11, No. 4. P. 354–358.
10. Senocak R., Ince M., Kaymak S. [et al.]. Coexistence of acute appendicitis and perforated Meckel's diverticulitis: A rare presentation in older adults // *J. Clin. Gastroenterol. Treat.* 2016. Vol. 2, No. 1. P. 017.
11. Smith E.B. Acute appendicitis associated with Meckel's diverticulum // *J. Natl. Med. Assoc.* 1960. Vol. 52, No. 1. P. 51.

Поступила в редакцию 02.02.2018.

A RARE CASE OF INVAGINATION OF MECKEL'S DIVERTICULUM IN A CHILD
A.A. Cherevatenko¹, A.N. Shapkina², I.S. Sedykh², A.S. Shevchuk²
¹ Regional Children's Clinical Hospital No. 1, (27 Ostryakova Ave. Vladivostok 690091 Russian Federation), ² Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690002 Russian Federation)

Summary. The observation of concomitant acute phlegmonous appendicitis and invagination of Meckel's diverticulum with an ectopic pancreas and a thin-intestinal invagination in a boy of 12 years is described. Authors suppose that this case shows the necessity of investigation of the ileum in appendectomy even in the presence of undoubted changes in the appendix.

Keywords: diverticulum of ileum, appendicitis, thin-intestinal invagination

Pacific Medical Journal, 2018, No. 1, p. 95–96.

УДК 618.5–089.888.61–06: 616.131–005.6/7–07–08

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2018.1.96–98

Диагностика и лечение массивной периферической тромбоземболии легочной артерии после кесарева сечения

Н.В. Протопопова^{1, 2}, Н.В. Радюкова², И.А. Каретников², В.Н. Дудакова¹

¹ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования (664079, г. Иркутск, м/р. Юбилейный, 100), ² Иркутская областная клиническая больница (664079, Иркутск, м/р. Юбилейный, 100)

Клиническое наблюдение массивной тромбоземболии ветвей легочной артерии у женщины 31 года на следующий день после кесарева сечения в сроке беременности 36–37 недель. Несмотря на высокий риск летального исхода достигнут эффект от консервативного лечения. Подчеркивается информативность мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике тромбоземболии легочной артерии.

Ключевые слова: беременность, венозные тромбоземболические осложнения, мультиспиральная компьютерная томография