

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ КАК ИСТОЧНИК РЕЦИДИВИРУЮЩИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Малахова О. С.¹, Ильяшенко М. Г.¹, Е. В. Иванова Е. В.², Толстопятов С. В.³

¹ Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинико-диагностический «Здоровье» города Ростова-на-Дону», г. Ростов-на-Дону, Россия

² Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет имени Н. И. Пирогова: кафедра госпитальной хирургии и НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии. Медицинский центр Петровские Ворота, г. Москва, Россия

³ Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница», г. Ростов-на-Дону, Россия

O.S. Malakhova¹, M.G. Ilyashenko¹, E.V.Ivanova², S.V.Tolstopyatov³

¹ Municipal budgetary institution of public health «Clinical and diagnostic» Health «of the city of Rostov-on-Don», Rostov-on-Don, Russia

² Russian National Research Medical University named after N. I. Pirogov: Department of Hospital Surgery with the Research Laboratory of Surgical Gastroenterology and Endoscopy. MC Petrovskie Vorota, Moscow, Russia

³ State budgetary institution of the Rostov region «Rostov Regional Clinical Hospital», Rostov-on-Don, Russia

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена актуальной проблеме диагностики дивертикула Меккеля. Продемонстрировано собственное клиническое наблюдение пациента с рецидивирующими кровотечениями из неустановленного источника. Описаны основные этапы диагностического поиска, представлены результаты видеокапсульной энтероскопии.

Summary: the article is devoted to the urgent problem of diagnosing Meckel's diverticulum. Demonstrated own clinical observation of a patient with recurrent bleeding from an unknown source. The main stages of the diagnostic search are described, the results of video capsule enteroscopy are presented.

Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений по-прежнему остается актуальной клинической проблемой. По имеющимся сводным данным, кровотечения из верхних и нижних отделов пищеварительного тракта составляют 50% и 40% всех ЖКК, соответственно [1]. Особую сложность представляет определение источника кровотечения, неустановленного в результате применения рутинных эндоскопических исследований. Такие кровотечения составляют 5% от всех случаев ЖКК и чаще всего являются тонкокишечными [2]. Источниками кровотечения в тонкой кишке могут быть ангиоэктазии в 25–80% всех случаев ТКК [3]. На втором месте (8–10%) – это опухоли тонкой кишки [4.] Эрозивно-язвенные поражения слизистой тонкой кишки, в том числе при болезни Крона, составляют около 10%; к редким причинам можно отнести дивертикул Меккеля, который является причиной тонкокишечного кро-

вотечения (ТКК) с частотой не более 5% от всех случаев [5].

Дивертикулы тонкой кишки в большинстве случаев проявляются осложнениями (чаще всего, кровотечением) и диагностируются в большинстве случаев уже интраоперационно. Их выявление всегда представляет собой сложную задачу. С появлением таких методов исследования, как видеокапсульная эндоскопия, одно- и двухбаллонная энтероскопия визуализация «средних» отделов желудочно-кишечного тракта стала доступнее. Однако сохраняются трудности диагностики, связанные с интерпретацией полученных данных, а также с не столь распространенным применением этих методов диагностики и их высокой стоимостью.

Таким образом, мы представляем клиническое наблюдение из нашей практики, случай пациента Л., 32 лет с дивертикулом Меккеля, осложненным рецидивирующими кровотечениями.

В октябре 2019 года пациент обратился в отдел эндоскопии МБУЗ КДЦ «Здоровье» (г. Ростов-на-Дону) для выполнения видеокапсульной энтероскопии. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 10 лет пациент страдает рецидивирующими желудочно-кишечными кровотечениями из неустановленного источника.

Первый эпизод кровотечения имел место в 2009 году. Пациент предъявлял жалобы на слабость, наличие темной крови в стуле. В экстренном порядке он был госпитализирован в хирургический стационар по месту жительства. При гастроскопии выявлен



Фото 2. Щелевидные эрозии тонкой кишки.
Ворсины отечны, сглажены



Фото 1. Пролабирование слизистой
в просвет тонкой кишки

эрозивный гастрит. Колоноскопия не выполнялась. Назначена антихеликобактерная и противоязвенная терапия. Выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. На протяжении дальнейших 9 лет жизни подобных жалоб не возникало.

В 2018 году пациент обратился к гастроэнтерологу по месту жительства с жалобами на слабость, головокружение, жидкий стул до 5–7 раз в день. При обследовании гемоглобин 105 г/л, анализ кала на скрытую кровь положительный. Госпитализирован в отделение гастроэнтерологии. При видеоэзофагогастродуоденоскопии был выявлен эрозивный гастрит. Выполнена тотальная колоноскопия с интубацией терминального отдела тонкой кишки – патологии выявлено не было. Без соответствующих эндоскопических и морфологических проявлений, был поставлен диагноз болезни Крона. Назначено лечение: Пентаса 4 г/сутки, затем снижение дозы до 2 г/сутки. Однако на фоне приема препарата пациент отметил ухудшение состояния, появились тошнота, рвота, сыпь, что послужило причиной самостоятельного прекращения лечения.

В сентябре 2019 года, во время отпуска, у пациента произошел рецидив кровотечения, сопровождающийся профузной диареей с примесью крови, слабостью и головокружением. При экстренной госпитализации в больницу г. Сочи уровень гемоглобина составлял 40 г/л. Выполненная срочная колоноскопия оказалась неинформативной, в связи с наличием крови в просвете толстой кишки. При ЭГДС были выявлены острые эрозии антрального отдела желудка. Проводилась антибактериальная, противоязвенная терапия, гемотрансфузии Эр-массы. Пациент был выписан на 7 сутки (от дальнейшего нахождения в стационаре отказался в связи с необходимостью возвращаться домой). Диагноз при выписке следующий: Основной диагноз: острый эрозивный гастрит. Осложнение: состоявшееся желудочное кровотечение. Сопутствующий диагноз: постгеморрагическая анемия 3 степени тяжести. При контрольном общем анализе крови уровень гемоглобина составлял 108 г/л. Пациенту были даны рекомендации по режиму питания и необходимости наблюдения у гастроэнтеролога по месту жительства. Гастроэнтерологом назначена терапия – нольпаза 40 мг 2 раза в сутки длительно, контрольная гастроскопия – через 1 месяц.

Через 2 недели после выписки из стационара пациент самостоятельно обратился в МБУЗ КДЦ «Здоровье» для выполнения видеокапсульной энтероскопии. При общем осмотре пациент худощавого телосложения, кожные покровы и слизистые бледные. Пациенту была разъяснена подготовка к исследованию: в течение 3 дней до исследования назначен режим питания, исключая растительную пищу и продукты содержащие злаки. Накануне исследования разрешен завтрак, затем употребление прозрачных жидкостей. Прием ПЭГ 4000 в объеме 2х литров был назначен в период 20:00–22:00, в последний стакан препарата рекомендовано добавить 15 мл симетикона. В день исследования рано утром 03:00–05:00 назначена вторая доза ПЭГ в объеме 2х литров, в 07.00 – прием 15 мл симетикона. Через 3 часа от выхода капсулы в 12-перстную кишку пациенту было рекомендовано выпить пикосульфат натрия – 10 мг растворенный на 250 мл воды и дополнительно употребить 5 стаканов воды в течение 1,5 часов.

Для исследования применялась капсульная система и видеокапсула производства ОМОН (Китай). По данным проведенного капсульного исследования тонкой кишки: общее время транзита капсулы составило 6 часов 57 минут. Через 18 мин от начала исследования было зафиксировано поступление



Фото 3. Макропрепарат:
отсеченный дивертикул Меккеля

капсулы в 12-перстную кишку. Через 2 часа 50 мин от выхода капсулы в 12-перстную кишку на высоте перистальтики визуализируется пролабирование слизистой в просвет тонкой кишки (фото 1 и 2). Слизистая разрыхлена, гиперемирована, с щелевидными и точечными эрозиями, покрытыми гематином. Ворсинки кишки утолщены, резко отечны, сглажены. Через 3 часа – зарегистрировано наличие язвенного дефект слизистой оболочки с налетом гематина. До конца работы капсулы отмечались изображения с очагами измененной слизистой по типу метаплазированного желудочного эпителия, с «истончением» слизистой оболочки и нехарактерным для слизистой тонкой кишки рисунком поверхности. До конца работы батареи аккумулятора выхода капсулы в неизменный сегмент тонкой кишки зарегистрировано не было.

Со слов пациента, через 2 дня после исследования, им был зафиксирован выход капсулы естественным путем, при этом капсула была деформирована.

Полученные данные капсульной эндоскопии не позволяли исключить лимфопролиферативное заболевание, повлекшее стеноз подвздошной кишки.

В связи с затруднением интерпретации полученных данных сотрудниками отдела эндоскопии МБУЗ КДЦ «Здоровье», данный случай был консультирован с д. м. н. Е. В. Ивановой. Высказано предположение о наличии дивертикула Меккеля, в плане дообследования рекомендованы беззондовая энтероколонография с двойным контрастированием, баллонно-ассистированная колоноилеоскопия. В случае отсутствия возможности проведения этих исследований, с учетом пола и возраста пациента, анамнеза и клинического течения заболевания, сле-

дующим этапом рекомендовалось выполнение диагностической лапароскопии. Также были высказаны сомнения о возможности выхода капсулы из зоны патологических изменений по данным записи капсульной эндоскопии. Следующим этапом была выполнена обзорная рентгеноскопия для уточнения наличия или отсутствия капсулы в кишке, которая выявила наличие капсулы в левой мезогастральной области.

От рекомендованного дообследования пациент отказался и самостоятельно обратился в Ростовскую областную клиническую больницу № 1. Перед госпитализацией пациенту выполнена компьютерная томография с контрастированием для подтверждения наличия капсулы в тонкой кишке и по полученным данным, видеокapsулы в кишке не оказалось. Однако учитывая рецидивы кровотечения, снижение гемоглобина до 98 г/л на момент госпитализации, принято решение о выполнении диагностической лапароскопии.

При диагностической лапароскопии в 120 см от илеоцекального клапана на противобрыжечном крае подвздошной кишки обнаружен дивертикул Меккеля, длиной 5 см, диаметром 1,7 см, расположенный под прямым углом к продольной оси кишки. Выполнена резекция дивертикула Меккеля путем наложения аппаратного шва (использована кассета с высотой скрепок 3,5 мм) и пересечения его с помощью ножа эндо-степлера. Дивертикул удален через рану в левой мезогастральной области, макропрепарат подготовлен и отправлен в лабораторию для гистологического исследования.

Морфологическое описание макропрепарата (фото 3): отсеченный дивертикул Меккеля 5,0x1,7 см, серозная оболочка его не изменена. После рассечения дивертикула: нижняя 1/2 дивертикула – слизистая тонкой кишки. В средней трети в поперечном направлении – опухолевидные образования, расположенные циркулярно, высотой 5 мм, суживающие просвет до 7 мм. В апикальной трети слизистая дивертикула изменена по типу «булыжной мостовой».

По данным гистологического исследования операционного материала: измененный участок представлен слизистой морфологически сходной со слизистой антрального отдела желудка с обилием фундальных желез и перестройкой поверхностных участков по кишечному типу, собственная пластинка сохранена. В подслизистом слое имеются варикозно-расширенные вены без нарушения целостности стенки, мышечный слой гипоплазирован. Неизменный участок

представлен тонкой кишкой типичного строения. Край резекции 1: слизистая антрального отдела желудка с гипоплазированным мышечным слоем. Край резекции 2: тонкая кишка типичного строения.

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан на 10 сутки в удовлетворительном состоянии. В контрольных общих анализах крови, выполненных в поликлинике по месту жительства через 1 и 2 месяца после оперативного лечения, гемоглобин 130–135 г/л, анализ кала на скрытую кровь отрицательный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дивертикул Меккеля – аномалия развития кишечника, которая может не проявляться на протяжении всей жизни или же стать причиной осложнений, как в клиническом случае, представленном в данной статье. Сложность в постановке диагноза объясняется низкой информативностью рутинных методов обследования. Появление и развитие современных методов энтероскопии способствуют оптимизации диагностического поиска у пациентов с заболеваниями тонкой кишки, и в первую очередь – с тонкокишечными кровотечениями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Savides TJ and Jensen DM. Gastrointestinal Bleeding. In: Feldman M, Friece S and Brandt L (eds), Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9th Edition. Elsevier Medicine
2. Neugut AI, Jacobson JS, Suh S et al. The epidemiology of cancer of the small bowel. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 1999. 7: 243–251
3. Rockey D.C. Occult gastrointestinal bleeding. New Engl. Journal of Medicine. – 1999. – № 1, Vol.341 – P. 38–46
4. Lewis B.S., Kornbluth A., Wayne J.D. Small bowel tumors: yield of enteroscopy. Gut. – 1991. – Vol.32. – P. 763–765
5. Zuckerman GR, Prakash C, Askin MP, et al. AGA technical review on the evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. Gastroenterology. – 2000. – 118 – P. 201–221

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ильяшенко Мария Георгиевна, кандидат медицинских наук, заведующий отделом эндоскопии МБУЗ КДЦ «Здоровье»

Место работы: Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинико-диагностический «Здоровье» города Ростова-на-Дону».

Почтовый адрес организации: Россия, 344011 г. Ростов-на-Дону, переулок Долмановский 70/3

Иванова Екатерина Викторовна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, заведующий отделением эндоскопии медицинского центра Петровские Ворота

Место работы: Медицинский центр Петровские Ворота

Почтовый адрес организации: Россия, 127051, г. Москва, 1й Колобовский переулок, д. 4

Малахова Ольга Сергеевна, врач-эндоскопист Городского Эндоскопического центра – отдела эндоскопии МБУЗ КДЦ «Здоровье»

Место работы: Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинико-диагностический «Здоровье» города Ростова-на-Дону».

Почтовый адрес организации: Россия, 344011 г. Ростов-на-Дону, переулок Долмановский 70/3

Толстомятов Сергей Владимирович, заведующий хирургического отделения № 2 ГБУ РО «РОКБ»

Место работы: Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница»

Почтовый адрес организации: Россия, 344015 г. Ростов-на-Дону, улица Благодатная 170

Для контактов: Малахова Ольга Сергеевна: olga_malakhova_02@mail.ru