

И. А. Петухов, Ю. Б. Мартов, В. В. Аничкин и А. П. Шмаков

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ В ХИРУРГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра госпитальной хирургии (зав.—проф. И. А. Петухов) и общей хирургии (зав.—засл. деят. науки БССР проф. В. М. Величенко)
Витебского медицинского института

Дивертикул (от латинского *diverticulum* — дорога в сторону) — мешковидное выпячивание стенки трубчатого или полого органа. Дивертикул может быть врожденной аномалией или развиваться под влиянием тех или иных причин. Чаще встречаются врожденные дивертикулы пищевода, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки, мочевого пузыря.

Дивертикул Меккеля — врожденный дивертикул подвздошной кишки. Он является остатком эмбрионального желточно-кишечного протока (*ductus omphalo-entericus*). До 12-й недели утробной жизни брюшные внутренности лежат вне брюшной полости, которая широко сообщается с желточным мешком. При нормальном развитии плода к концу 2-го месяца печень и петли кишок оказываются в брюшной полости, желточный и мочевой протоки облитерируются, а брюшная стенка в начале 3-го месяца замыкается, остается лишь пупочное отверстие. Если желточный проток не облитерируется, он может быть источником ряда врожденных аномалий. В зависимости от того, в какой степени сохранился *ductus omphalo-entericus* аномалии бывают различные: свищи пупка — полные и неполные, энтерокиста, Меккелев дивертикул.

Если желточный проток остается открытым на всем протяжении, то в пупке имеется свищ, из которого выпячивается слизистая ярко-красного цвета. В зависимости от размера свища, из него вытекает бесцветное слизистое отделяемое или жидкий кал. При натуживании через пупок наружу может выпадать отрезок тонкой кишки, который при этом выворачивается. Чаще незаросшей остается часть желточного протока; если она находится в брюшной полости и соединяется с кишкой, то образуется дивертикул кишки, который назван по имени впервые описавшего его в 1809 г. Меккеля — Меккелевым дивертикулом.

По данным литературы, дивертикул встречается в 2—3 %, чаще у мужчин. Меккелев дивертикул отходит от подвздошной кишки под разным углом со стороны, противоположной месту прикрепления брыжейки, на расстоянии 25 см и больше от слепой кишки; чаще он располагается в нижнем отделе тонкой кишки, на петле, имеющей самую длинную брыжейку, в том числе, где оканчивается главный ствол верхней брыжеечной артерии. В зависимости от обратного развития периферической части протока форма дивертикула может быть различной.

При полном обратном развитии периферической, прилежащей к брюшной стенке, части протока дивертикул Меккеля лежит свободно в брюшной полости. Он может быть конической, цилиндрической или менее правильной формы с различным основанием. Иногда дивертикул имеет собственную брыжейку. Если периферическая часть протока облитерируется, но сохраняется в виде фиброзного тяжа (*lig. terminale*), то дивертикул этим тяжем соединяется с пупком. В отдельных случаях этот тяж отделяется от пупка и свободным концом бывает припаян к петле кишки, к брыжейке ее у основания дивертикула, или к любому органу брюшной полости.

Как показали микроскопические исследования, стенка дивертикула состоит из тех же слоев, что и тонкая кишка (истинный дивертикул) или только из слизистой и серозной оболочек, а мышечный слой отсутствует (ложный дивертикул). В слизистой оболочке иногда обнаруживаются включения, имеющие строение слизистой желудка и поджелудочной железы. Такие включения находили иногда в стенке свищей, открывающихся в пупок. Наличием в Меккелевом дивертикуле слизистой желудка можно объяснить пептическую язву дивертикула, которая иногда осложняется кровотечением, перфорацией и перитонитом.

Меккелев дивертикул иногда ничем себя не проявляет и обнаруживается случайно при операции. В других случаях дивертикул может быть причиной возникновения острых заболеваний: пептическая язва дивертикула, дивертикулит, кишечная непроходимость странгуляционного типа, перитонит на почве прободения язвы дивертикула или дивертикулита, ущемление дивертикула в паховой или бедренной грыже и др. Некоторые из этих заболеваний (свищи пупка, пептическая язва дивертикула) встречаются, главным образом, в детском возрасте, а другие — как у детей, так и у взрослых.

Пептическая язва является наиболее частым заболеванием Меккелева дивертикула и встречается, главным образом, у мальчиков. Основным и наиболее выраженным симптомом этого заболевания являются кишечные кровотечения и боли в животе.

Кровотечение может быть однократным и повторным, незаметным и профузным, мгновенным и продолжительным (целый день и даже несколько дней). В одних случаях кровотечение не отражается на общем состоянии больного, в других — вызывает острое малокровие. В испражнениях обнаруживается кровь красного или черного цвета (иногда одновременно и та, и другая). Кровотечение может наступить без всяких предварительных признаков, внезапно среди полного здоровья. При сообщении Меккелева дивертикула с пупком, последний может кровоточить.

Боли при пептической язве дивертикула Меккеля у юношей и взрослых бывают чаще, чем у детей. Они появляются приступообразно, через неопределенный промежуток времени, без повышения температуры и не имеют характерной локализации. Они появляются то в околопупочной области, то в правом нижнем квадранте живота с иррадиацией в пупок или около пупка. Интенсивность болей различна: от слабых до очень сильных. Характерны боли в виде кризов, приступов. Они очень сходны с приступами болей при язвенной болезни желудка. Болям часто предшествует кровотечение, однако обязательной связи между болевым приступом и кровотечением не существует.

При дифференциальном диагнозе следует учитывать, что кишечное кровотечение и боли в животе встречаются часто, особенно у детей, также при инвагинации и геморрагической пурпуре Геноха. Однако при кишечных инвагинациях кровотечение не бывает обильным, кровь оказывается смешанной со слизью и появляется через несколько часов после возникновения болей в животе и явлений непроходимости кишок. Кроме того, при язве дивертикула Меккеля в испражнениях больше

крови, а при инвагинации больше слизи. При геморрагической пурпуре, одновременно с кишечным кровотечением и болями в животе, имеется пурпура на коже, припухлость и боли в суставах, нередко геморрагический нефрит и характерные изменения крови. К другим признакам пептической язвы дивертикула Меккеля относится чередование поносов и запоров. Живот при этом бывает мягкий.

Язва дивертикула Меккеля по своему происхождению является пептической и может проникать в соседние органы, перфорировать и вызывать перитонит. Перфорация может быть первым и единственным симптомом язвы дивертикула. Нередко перфорация наступает в разгаре или вслед за кишечным кровотечением.

В дивертикуле, как и в червеобразном отростке, может возникать воспалительный процесс. В этом случае развивается дивертикулит. Острый дивертикулит вызывается, по-видимому, теми же причинами, что и острый аппендицит, но дивертикул воспаляется реже, поскольку имеет менее развитую лимфоидную ткань. Дивертикулит протекает часто как острый аппендицит, боли локализуются одновременно в правой подвздошной области и около пупка, но более интенсивные, чем при аппендиците.

Кровотечение при дивертикулите наступает внезапно, среди полного здоровья. Дивертикулит может быть причиной перфорации и перитонита. Часто он сопутствует пептической язве Меккелева дивертикула, каловым камням и инородным телам дивертикула. Последние могут прощупываться в виде «опухолей» и рентгенологически определяются в нижнем отделе живота, большей частью по средней линии и в правой подвздошной области. Каловые камни и инородные тела могут вызывать пролежни, перфорации, перитонит. Перфорация при дивертикуле вызывает гнойный перитонит, который обычно у детей принимается за острый аппендицит. Отличить эти заболевания почти невозможно, так как в том и другом случае явления локализуются в правой подвздошной области.

Перитонит при перфорации дивертикула, как правило, бывает диффузный, реже перфорация бывает прикрытой и перитонит ограниченный. Никакими особенностями перитонит при перфорации не отличается. Локализуются наиболее сильные боли при перитоните нередко по средней линии живота между пупком и лобком.

Перфорация дивертикула Меккеля может быть не только в результате воспалительного процесса или пептической язвы. В литературе описаны единичные случаи прободения дивертикула Меккеля рыбьей костью, аскаридами.

Меккелев дивертикул может быть причиной всех форм кишечной непроходимости. Он оказывается то ущемляющей петлей, то ущемленным органом; может и сам заворачиваться и быть причиной заворота кишок. Ничего типичного для Меккелева дивертикула при этом не отмечается. Только при фиксации дивертикула к пупку последний иногда представляется болезненным и втянутым. При сообщении дивертикула с пупком через отверстие в последнем может выделяться слизь и жидкий кал.

Непроходимость кишечника, связанная с дивертикулом Меккеля, является наиболее частым осложнением и связана с анатомическими особенностями дивертикула. В случаях сохранения тяжа, которым дивертикул припаян к пупку или другому месту, петли кишки могут ущемляться и заворачиваться в образованных отверстиях. Такое ущемление происходит неожиданно, и при картине странгуляционной непроходимости у детей всегда надо помнить о дивертикуле Меккеля. Имеется ряд наблюдений, когда во время операции по поводу инвагинации во внедренном участке кишки находили дивертикул Меккеля. В некоторых случаях непроходимость, вызванная дивертикулом, сопровождается

одновременным перекручиванием отдельных петель или всей тонкой кишки. Одновременно с непроходимостью наблюдали иногда флегмонозный или гангренозный дивертикулит.

Дивертикул Меккеля и развивающиеся в связи с ним патологические состояния обычно проявляются в первые 15 лет жизни. Диагностика крайне трудна.

Нами оперировано 52 больных с дивертикулом Меккеля. У 23 из них были острые хирургические заболевания брюшной полости, связанные с дивертикулом Меккеля. Из этого числа больных 10 оперированы по поводу острой кишечной непроходимости, связанной с наличием дивертикула Меккеля. У 9 больных было воспаление дивертикула, у 2 — перфорация дивертикула рыбьей костью, у 1 больного — ущемление дивертикула в паховой грыже и у 1 — ущемление в бедренной грыже.

Следует отметить, что 2 больных с непроходимостью кишечника ранее перенесли ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (3 и 8 лет назад); один оперирован 12 лет назад по поводу болезни Фавали—Гиршпрунга. При детальном анализе состояния больных после первой операции и клинической картины при поступлении каких-либо специфических для дивертикула признаков обнаружить не удалось. Все больные оперированы с подозрением на спаечную кишечную непроходимость. Наличие в анамнезе оперативного вмешательства на органах брюшной полости, стертость клинической картины непроходимости, отсутствие признаков нарушения мезентериального кровообращения, впечатление об улучшении состояния больных после проведенных консервативных мероприятий (купирование болевого синдрома, периодическое отхождение газов, стул после клизмы) приводили к неоправданной потере времени и операция производилась уже в неблагоприятных условиях (на фоне выраженных водно-электролитных нарушений и значительных изменений со стороны кишечника) на 3—5-е сутки от начала заболевания, что не могло не отразиться на объеме вмешательства и его исходе. Из 23 больных, оперированных по поводу «осложненного» дивертикула, 21 выздоровел, 2 погибли (от тромбоза мезентериальных сосудов и гангрены кишечника).

У 26 больных дивертикул оказался случайной находкой во время операции по поводу острого аппендицита, у остальных — во время операции по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хронического калькулезного холецистита. У этих больных дивертикул был клиновидно иссечен с наложением двухрядных швов. У 28 больных послеоперационный период протекал гладко, осложнений, связанных с операцией по поводу основного заболевания и удаления дивертикула, не отмечено. У одного больного (55 лет), оперированного по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хронического калькулезного холецистита, была произведена двусторонняя поддиафрагмальная стволовая ваготомия, антрумрезекция с гастродуоденоанастомозом, холецистэктомия и клиновидное иссечение обнаруженного неизмененного дивертикула Меккеля. В послеоперационном периоде развился перитонит при держащих швах в зоне дивертикула (механической несостоятельности швов не выявлено), потребовавший повторного вмешательства. Больной погиб на 11-е сутки после первой операции от эмболии основного ствола легочной артерии.

Таким образом, дивертикул Меккеля является источником многих тяжелых заболеваний и осложнений, которые могут привести к состоянию, угрожающим жизни и требующим неотложных решений и экстренных оперативных вмешательств. Поэтому тактика хирурга при развивающихся осложнениях решается однозначно — больные подлежат оперативному лечению, направленному на удаление дивертикула [2, 3, 5 и др.]. В то же время вопрос об отношении к «случайно» обнаруженному дивертикулу Меккеля при операции по поводу другого заболева-

ния нельзя считать окончательно решенным. А. Г. Земляной (1970) считает, что «обнаруженный во время операции дивертикул Меккеля, независимо от того, является ли он причиной заболевания или случайной находкой, должен быть удален». Благодаря развитию анестезиологии и интенсивной терапии симультанные операции при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости перестали быть казуистикой и признаются целесообразными [4, 6 и др.]. Однако некоторые хирурги не разделяют этой точки зрения и считают «попутное» удаление дивертикула опасным и ошибочным [8]. Мы считаем, что дивертикул Меккеля подлежит удалению не только при острой кишечной непроходимости, его перфорации, кровотечении, ущемлении и других вызванных им болезненных состояниях, но и при операциях, производимых по другому поводу, в частности при аппендэктомии. Что же касается «случайного» обнаружения дивертикула при операциях по поводу хронических заболеваний, которые производятся в плановом порядке, то здесь решения должны приниматься индивидуально.

В ы в о д ы

1. Удаление неизмененного дивертикула Меккеля, обнаруженного во время операции по поводу другого заболевания органов брюшной полости, является обоснованным и необходимым как единственно возможным вариант профилактики развития жизненно опасных осложнений, если общее состояние пациента, характер основного заболевания и операции не служат ограничением объема вмешательства.

2. При «попутном» удалении дивертикула Меккеля должны строго соблюдаться все требования по обеспечению операций на органах брюшной полости.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрикосов А. И. Руководство по патологической анатомии. М., 1957. Т. 4, кн. 2, с. 96—97.
2. Голосов Б. М. Редкий случай ущемления дивертикула Меккеля в бедренной грыже.— Хирургия, 1959, № 3, с. 103—104.
3. Земляной А. Г. Аппендицит и Меккелев дивертикул.— Хирургия, 1959, № 12, с. 64—66.
4. Земляной А. Г. Дивертикул. Л., 1970, 205 с.
5. Долецкий С. Я., Исаков Ю. Ф. Детская хирургия, М., 1970.
6. Дееничин П. Одномоментное проведение нескольких операций.— Хирургия, 1975, № 7, с. 44—46.
7. Петухов И. А. Острый аппендицит и дивертикул Меккеля в ущемленной пахово-мошоночной грыже у ребенка.— Здравоохр. Белорус., 1963, № 7, с. 81.
8. Поташев Л. В., Изов В. И. Сочетанные хирургические вмешательства.— Хирургия, 1979, № 8, с. 61—65.

Поступила в редакцию 08.01.82 г.