

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

© Ляховський В. І., Дудченко М. О., Городова-Андрєєва Т. В., Сидоренко А. В., Савчук П. В.

УДК: 617.55-007.43-06:616.341-007.64

DOI <https://doi.org/10.31718/mep.2022.26.3-4.06>

### ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ГРИЖІ ЛІТТРЕ

Ляховський В. І.<sup>1</sup>, Дудченко М. О.<sup>2</sup>, Городова-Андрєєва Т. В.<sup>1</sup>, Сидоренко А. В.<sup>1</sup>, Савчук П. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Полтавський державний медичний університет МОЗ України, м. Полтава

<sup>2</sup>Комунальне підприємство «Друга міська клінічна лікарня Полтавської міської ради», м. Полтава

Матеріали даної статті є частиною науково-дослідної роботи "Розробка сучасних науково обґрунтованих принципів стратифікації, моніторингу і прогнозування перебігу хірургічних захворювань та травм" (№ держреєстрації 0120U101176).

*Among the complications of Meckel's diverticulum, which are rare, it is necessary to note Littre's hernia – the strangulation in the external abdominal hernia and its location in the hernia's sac. Meckel's diverticulum is a protrusion of the wall of the ileum, which is formed as a result of incomplete obliteration of the bile duct, which is involved in embryotrophy. It occurs most often in inguinal and femoral hernias. This pathology is rarely observed in clinical practice, therefore, we present the clinical case of Littre's hernia. The aim of this research is to describe the features of the clinical course, diagnosis, and treatment of Littre's hernia, as well as to draw attention to the existence of such a disease. Clinical case. Patient V., born in 1960, was urgently admitted to the surgical department on January 19, 2022, with a diagnosis of "Strangulation of the left inguinal hernia". On admission, he complained of acute pain in the protrusive area of the left inguinal zone. From the anamnesis: he had felt acute symptoms about two hours before admission. He had been noticing a bulge in the left inguinal area for 20 years. The patient was examined at the department and urgently operated on under spinal anesthesia. We conducted the resection of Meckel's diverticulum with allohernioplasty by Lichtenstein on the left. Postoperative diagnosis: strangulated left-sided inguinal hernia with strangulation of Meckel's diverticulum of the small intestine (Littre's hernia). The course of the postoperative period was uneventful. He was discharged from the hospital on the 7th day in satisfactory condition. At the time of discharge, the postoperative wound healed with primary tension. The patient was examined after 2 months: there were complaints of minor pain in the area of the postoperative wound during physical activity. The postoperative scar is in satisfactory condition. Thus, Littre's hernia is a rare surgical disease and is subject to urgent surgical treatment. At the same time, the scope of surgical treatment is determined during the operation and assessment of the condition of the intestine and diverticulum.*

**Key words:** Meckel's diverticulum, strangulation, Littre's hernia, clinical course, diagnosis, treatment.

*Серед ускладнень дивертикулу Меккеля, які рідко зустрічаються необхідно відмітити грижу Літтре – защемлення у зовнішній черевній грижі та знаходження його у грижовому мішку. Дивертикул Меккеля є випинанням стінки клубової кишки, який утворюється внаслідок неповної облітерації жовчної протоки, що бере участь в живленні ембріону. Найчастіше відбувається в пахвинних і стегнових грижах. Ця патологія рідко зустрічається у практиці, тому наводимо особливості перебігу, діагностики та лікування пацієнта з грижою Літтре. Мета роботи: описати особливості клінічного перебігу грижі Літтре у хворого та звернути увагу на існування такого захворювання. Клінічний випадок. Хворий В., 1960 року народження надійшов до хірургічного відділення у терміновому порядку 19 січня 2022 року з діагнозом «Защемлення лівосторонньої пахової грижі». При надходженні мав скарги на різку біль в ділянці випинання лівої пахової області. Із анамнезу – захворів гостро близько двох годин тому, випинання у лівій паховій ділянці відмічає протягом 20 років. У відділенні обстежений. У терміновому порядку оперований під спинномозковою анестезією. Виконане втручання – резекція дивертикулу Меккеля з аллогерніопластиком за Ліхтенштейном зліва. Післяопераційний діагноз: защемлена лівостороння пахова грижа із защемленням дивертикула Меккеля тонкої кишки (грижа Літтре). Перебіг післяопераційного періоду без особливостей. Виписаний із стаціонару на 7 добу у задовільному стані. На момент виписки післяопераційна рана загоїлася первинним натягом. Хворий оглянутий через 2 місяці – скарги на незначні болі в ділянці післяопераційної рани при виконанні фізичного*

\*Цитування при атестації кадрів: Ляховський В. І., Дудченко М. О., Городова-Андрєєва Т. В., Сидоренко А. В., Савчук П. В. Особливості клінічного перебігу, діагностики і лікування грижі Літтре // Проблеми екології і медицини. – 2022. – Т. 26, № 3-4. – С. 40-43.

навантаження. Післяопераційний рубець знаходиться у задовільному стані. Висновок: грижа Літтре є рідкісним хірургічним захворюванням та підлягає терміновому оперативному лікуванню. При цьому об'єм оперативного лікування вирішується під час операції і оцінки стану кишки та дивертикулу.

**Ключові слова:** дивертикул Меккеля, защемлення, грижа Літтре, перебіг, діагностика, лікування.

### Вступ

Дивертикул Меккеля (J. Meckel) є локальним випинанням стінки клубової кишки, який утворюється внаслідок неповної облітерації жовчної протоки, що бере участь в живленні ембріону [1]. Жовчна протока являє собою ембріональну зв'язку між жовчним мішком і кишкою, яка розвивається. До кінця десятого тижня вагітності дана зв'язка стає тонкою волокнистою смужкою. Однак її неповна облітерація приводить до розвитку різних патологічних станів, характер яких залежить від вираження такої аномалії [12].

Дивертикул Меккеля відноситься до справжніх дивертикулів, так як його стінка містить усі шари, які виявляються у нормальній кишці [6]. Деякі автори вказують, що дивертикул у 15-62% містить гетеротопічну тканину [7, 16, 18]. Однак, при безсимптомному перебігу дивертикула гетеротопічна тканина у його стінці міститься значно рідше – від 0% до 18,2% [9]. Гетеротопічна тканина, яка зустрічається у стінці дивертикулу Меккеля представляє собою тканину слизової оболонки шлунку (60%) і підшлункової залози (6%) [4, 10]. За даними інших авторів слизова оболонка шлунку зустрічається у 62-85% пацієнтів з гетеротопічною тканиною в дивертикулі, а тканина підшлункової залози виявляється у 0-12% [1, 8, 9, 18].

Розміщення дивертикулу Меккеля по ходу тонкої кишки є доволі різноманітним. Більшість авторів вказують, що він найчастіше (у 95,8% пацієнтів) локалізується на відстані 20-100 см від ілеоцекального з'єднання [3, 7, 15, 17, 19].

Хоча, у науковій літературі зустрічаються думки, що знаходження дивертикулу Меккеля залежить від віку пацієнтів. Так, у дорослих людей він може розташовуватися у клубовій кишці на відстані 60-100 см до ілеоцекального кута а у дітей він, зазвичай, знаходиться на відстані 30-60 см [11].

Дивертикул Меккеля в більшості випадків (38-54%) має конусовидну, однак, також може мати циліндричну (41%) і грушеподібну (4%) форми. Ширина його основи також не постійна величина, а може змінюватися від 0,5 до 5 см, хоча у середньому становить 1,9 см. Верхівка дивертикулу Меккеля у більшості пацієнтів (73,3%) розміщується вільно, але в 9,8% випадків вона буває фіксованою до передньої черевної стінки або до кореня брижі тонкої кишки (16,9%) [1, 8, 17].

Дивертикул Меккеля є найбільш поширеною вродженою аномалією шлунково-кишкового тракту. Ця патологія зустрічається у 2% від усієї кількості населення. У чоловіків і у жінок неускладнений дивертикул зустрічається однаково часто, однак ускладнення, що виникають при його клінічному перебігу, переважають у чоловіків, у яких він діагностується в 3-4 рази частіше, ніж у жінок [8, 14]. Його часто випадково виявляють при виконанні лапаротомії і він нерідко є причиною смерті у хірургічних хворих.

Неускладнений дивертикул Меккеля у більшості випадків (95-98%) немає клінічних проявів, але при його наявності часто можуть виникати різноманітні ускладнення, які, як правило, проявляються ознаками,

характерними для гострих захворювань органів черевної порожнини [13].

Ускладнення дивертикулу можуть проявлятися болем у животі, шлунково-кишковими кровотечами, які, викликані пептичною виразкою, симптомами кишкової непрохідності [5, 12], а також можуть виникати: дивертикуліти, залізодефіцитна анемія, перфорація стінки, інвагінація, грижа Літтре, злоякісні переродження. До дивертикулу Меккеля можуть потрапити сторонні тіла, які рухаючись по травному каналу, стають причиною його перфорації. Це риб'ячі кістки; у поодиноких випадках – металеві голки та предмети рослинного чи тваринного походження [2, 6].

Серед ускладнень дивертикулу Меккеля, які доволі рідко зустрічаються слід відмітити грижу Літтре – защемлення у черевній грижі та знаходження його у грижовому мішку при пахвинній грижі. Ще у 1700 році А. Літтре описав защемлення дивертикулу Меккеля у пахвинній грижі. Згідно даних літературних джерел грижа Літтре може зустрічатися до 0,5% від загальної кількості ущемлених гриж і їх можна порівняти із защемленням ділянки стінки кишки, з однією лиш відмінністю, що у зв'язку з гіршими умовами кровопостачання защемлений дивертикул швидше зазнає некрозу, ніж звичайна стінка кишки. Найчастіше защемлення дивертикулу Меккеля відбувається в пахвинних і стегнових грижах. При цьому спостерігаються типові ознаки защемлення грижі: різкий біль, не вправлення грижі, напруження грижового випинання, негативний симптом «кашльового поштовху». При встановленні діагнозу защемленої грижі Літтре дивертикул Меккеля необхідно видалити у будь-якому випадку, незалежно від того, відновлена його життєздатність чи ні. Необхідність видалення дивертикулу викликана тим, що цей рудимент позбавлений, власної брижі і погано кровопостачається. У зв'язку з цим навіть короткочасне защемлення дивертикулу Меккеля пов'язане з небезпекою виникнення некрозу. Для видалення дивертикулу використовують лігатурно-кисетний спосіб, або виконують клиноподібну резекцію кишки, включаючи основу дивертикула, а іноді навіть проводять блокрезекцію дивертикулу з частиною тонкої кишки з накладенням анастомозу.

Таким чином, враховуючи те, що дана патологія доволі рідко зустрічається у хірургічній практиці, хоча б навести особливості перебігу, діагностики та оперативного та консервативного лікування пацієнта з грижою Літтре.

Мета роботи. Описати особливості клінічного перебігу грижі Літтре у хворого та звернути увагу хірургів про існування такого захворювання.

Наводимо клінічний випадок. Хворий В., 1960 року народження надійшов до хірургічного відділення комунального підприємства «2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» у терміновому порядку за направленням сімейного лікаря 19 січня 2022 року з діагнозом «Защемлення лівосторонньої пахової грижі». При надходженні мав скарги на різку біль в ділянці випинання, яке знаходилося у лівій паховій області.

Із анамнезу захворювання відомо, що випинання у лівій паховій ділянці відмічає протягом останніх 20 років. Дане випинання з часом поступово збільшувалося. Дві години тому, після важкої праці у пацієнта з'явилися: різка біль у ділянці випинання, яка не вщухала, що змусило звернутися до сімейного лікаря, яка направила його до хірургічного стаціонару. При вивченні анамнезу життя встановлено, що він у дитинстві прооперований з приводу правосторонньої пахової грижі, виконана герніопластика.

Хворий у відділенні обстежений. Загальний аналіз крові від 19.01.2022 року: еритроцити –  $4,97 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін – 164 г/л, гематокрит – 49,1%, лейкоцити –  $7,98 \times 10^9/л$ , тромбоцити –  $227 \times 10^9/л$ , ШОЕ – 5 мм/год. Біохімія крові від 19.01.2022 року: загальний білок – 75,1 г/л, сечовина – 3,84 ммоль/л, АЛТ – 21,9, АСТ – 17,6, креатинін – 78,5 ммоль/л, загальний білірубін – 9,15 мкмоль/л, прямих білірубін – 3,33 мкмоль/л, непрямий білірубін – 5,82 мкмоль/л. Реакція мікропреципітації від 19.01.2022 року – негативна. Глюкоза крові від 19.01.2022 року – 4,0 ммоль/л. Коагулограма від 19.01.2022 року: фібриноген – 3,77 г/л, протромбінний індекс – 82%, активований частковий тромбoplastичний час – 36 сек. Загальний аналіз сечі від 19.01.2022 року – без патологічних змін.

Пацієнт 19.01.2022 року оглянутий черговим терапевтом, встановлений діагноз: Ішемічна хвороба серця, дифузний кардіосклероз, серцева недостатність І ст., функціональний клас І ст. У цей же день хворому при надходженні у приймальню відділенні виконане ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та за очеревинного простору. Висновок: хронічний холецистопанкреатит, сольовий діатез, пахова грижа ліворуч.

Пацієнт у терміновому порядку з приводу защемленої лівосторонньої пахової грижі взятий в операційну. Під спинномозковою анестезією виконане оперативне втручання – резекція дивертикулу Меккеля з аллогерніопластиком за Ліхтенштейном зліва. Тривалість операції – 2 години. Хід операції: пошаровим доступом на 2 см вище та паралельно лівій паховій складці розсічені тканини до передньої стінки пахового каналу, виділений грижовий мішок, який розсічений та проведена ревізія його вмісту. Встановлено, що в його порожнині знаходиться дивертикул Меккеля розмірами біля основи 7,0x3,5x2,5 см із странгуляційною борозною без видимих патологічних змін. Проведено видалення дивертикулу Меккеля з ушиванням тонкої кишки. Проведена ревізія тонкої кишки, іншої патології не виявлено. Грижовий вміст вправлений у черевну порожнину. Грижовий мішок прошитий, перев'язаний біля шийки, видалений. Проведена пластика задньої стінки пахового каналу з накладанням та фіксацією поліпропіленової сітки розміром 9,0x5,0 см. Апоневроз ушитий безперервним швом. Пошарове зашивання операційної рани. Накладання асептичної пов'язки.

Післяопераційний діагноз: защемлена лівостороння пахова грижа із защемленням дивертикула Меккеля тонкої кишки (грижа Літтре).

У післяопераційному періоді пацієнт отримував знеболюючі препарати, антибіотикопрофілактику, вводилися профілактичні дози низькомолекулярного гепарину. Перебіг післяопераційного періоду був без особливостей. Шви зняті на 7 добу. 26.01.2022 року пацієнт у задовільному стані виписаний із відділення під спостережен-

ня сімейного лікаря та хірурга за місцем проживання. На момент виписки післяопераційна рана без ознак запалення, загоїлася первинним натягом.

Хворий оглянутий через 2 місяці. Скарги на незначні болі в ділянці післяопераційної рани при виконанні фізичного навантаження. Післяопераційний рубець знаходиться у задовільному стані. Інших скарг пацієнт не має, працює, займається господарством.

## Висновки

Грижа Літтре є рідкісним хірургічним захворюванням органів черевної порожнини, яка підлягає терміновому оперативному лікуванню. При цьому об'єм оперативного лікування вирішується під час виконання оперативного втручання і оцінки стану кишки та дивертикулу Меккеля.

## Література

1. Noskov A. A., Lazarev S. M., Efyimov A. L., Ersho-va N. B., y soavt. Redkoe nabludeniye hyhantskoho dy-vertykula Mekkelia. Vestnyk khyrurhyu ym. Y. Y. Hrekova 2016;1:104-105.
2. Al-Lami A, Alam M, Nagy A, et al. A Microscopically Calcified Meckel's Diverticulum: A Histopathological Perspective of a Case of Both Gastric and Pancreatic Mucosae. BMJ Case Rep 2013;2013:bcr2012008289.
3. Bailon-Cuadrado M, Rodriguez-Lopez M, Blanco-Alvarez JI, et al. Incarcerated Umbilical Littre's Hernia at the Trocar Site of a Previous Laparoscopic Surgical Procedure. Ann R Coll Surg Engl 2016;98(5):e82-e83.
4. Dimitriou I, Evangelou N, Tavaki E, et al. Perforation of Meckel's Diverticulum by a Fish Bone Presenting as Acute Appendicitis: A Case Report. BMJ Case Rep 2013;7(1):1-4.
5. Ding Y, Zhou Y, Ji Z, et al. Laparoscopic Management of Perforated Meckel's Diverticulum in Adults. Int J Med Sci 2012;9(3):243-247.
6. Farah RH, Avala P, Khaiz D, et al. Spontaneous perforation of Meckel's diverticulum: a case report and review of literature. Pan Afr Med J 2015;20:319.
7. Frooghi M, Bahador A, Golchini A, et al. Perforated Meckel's Diverticulum in a 3-day-old Neonate; A Case Report. Middle East J Dig Dis 2016;8(4): 323-326.
8. Gonçalves A, Almeida M, Malheiro L, et al. Meckel's Diverticulum Perforation by a Fish Bone: A Case Report. Int J Surg Case Rep 2016;28:237-240.
9. Hansen CC, Søreide K. Systematic Review of Epidemiology, Presentation, and Management of Meckel's Diverticulum in the 21st Century. Medicine 2018;97(35):e12154.
10. Kilius A, Samalavicius NE, Danys D, et al. Asymptomatic Heterotopic Pancreas in Meckel's Diverticulum: A Case Report and Review of the Literature. BMJ Case Rep 2015;9:108.
11. López-Lizárraga CR, Sánchez-Muñoz MP, Juárez-López GE, et al. A Rare Case of a Strangulated Littre's Hernia with Meckel's Diverticulum Duplication. Case Report and Literature Review. Int J Surg Case Rep 2017;(33):58-61.
12. Matsumoto T, Nagai M, Koike D, et al. Laparoscopic Surgery for Small-bowel Obstruction Caused by Meckel's Diverticulum. World J Gastrointest Surg 2016;8(2):169-172.
13. Modi S, Kanapathy Pillai S, DeClercq S. Perforated Meckel's Diverticulum in an Adult due to Faecolith: A Case Report and Review of Literature. Int J Surg Case Rep 2015;15: 143-145.
14. Novoa RA, Shaffer K. Meckel's Diverticulitis Presenting with Abdominal Pain and Angina. Radiol Case Rep 2008;3(3):166.
15. Pandey S, Fan M, Xu Z, et al. Unusual Presentation of Obscure Meckel Diverticulum Treated with Robot-assisted Diverticulectomy. Medicine 2016;95(41):e5159.
16. Parvanescu A, Bruzzi M, Voron T, et al. Complicated Meckel's Diverticulum: Presentation Modes in Adults. Medicine 2018;97(38):e12457.

17. Raimkhanov AD, Aimagambetov MZ, Omarov NB, et al. Modified Tension-free Mesh Repair Used in Rare Case of Littre's Hernia. *Int J Surg Case Rep* 2015;(12):81-83.
18. Riccardo G, Bucci V, Carbonaro G, 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;11(4):354-358.
19. Takagaki K, Osawa S, Ito T, et al. Inverted Meckel's Diverticulum Preoperatively Diagnosed Using Double-balloon Enteroscopy. *World J Gastroenterol* 2016;22(17):4416-4420.

*Матеріал надійшов до редакції 01.06.2022 р.*