

ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ СЛЕПОЙ КИШКИ

Резюме. Установлено, что топическое положение слепой кишки с червеобразным отростком зависит от типа строения тела человека: у 66 % мезоморфного типа слепая кишка находится в подвздошной ямке, у 12 % брахиморфного типа – на уровне подвздошного гребня, у 22 % долихоморфного типа – в малом тазу.

Ключевые слова: тип строения тела человека, слепая кишка, анатомия.

TOPOGRAPHIC SPECIFIC CHARACTERISTICS OF THE BLIND GUT

Abstract. It has been established that the topical position of the cecum with the vermiform process depends on the type of the human body structure: the blind gut is to be found in the iliac fossa in 66 % of the mesomorphic type, in 12 % of the brachimorphic type it is at the level of the iliac crest, in 22 % of the dolichomorphic type it is located in the small pelvis.

Key words: human body structural type, blind gut, anatomy.

Ukrainian Medical Stomatological Academy (Poltava)

Надійшла 17.02.2007 р.,
після доопрацювання – 14.04.2007 р.
Рецензент – проф. О.Г.Попов (Одеса)

© Гресько М.М.

УДК 616-007.64-089.855

ПЕРФОРАЦІЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ СТОРОННІМ ТІЛОМ

М.М.Гресько

Кафедра хірургії та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю.Полянський) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. У наведеному клінічному випадку під маскою гострого апендициту виявлено перфорацію дивертикула Меккеля риб'ячою кісткою, своєчасне видалення якої дозволило уникнути непередбачуваних ускладнень.

Ключові слова: гострий апендицит, дивертикул Меккеля, стороннє тіло.

За даними літератури [1], у значної частини хворих сторонні тіла органів травлення виходять природним шляхом. Їх затримка частіше відбувається на рівні фізіологічних звужень стравоходу, тонкої або товстої кишок, нерідко прямої кишки. Третина сторонніх тіл органів травлення призводить до ускладнень, а в 3-5 % випадків хвороба закінчується летальним наслідком. У США щороку помирає близько 1600 хворих від ускладнень, викликаних сторонніми тілами органів травлення.

Клінічну цікавість становлять сторонні тіла, які проникають у черевну порожнину. Шпи-

часті сторонні тіла майже в 50 % випадків призводять до перфорації кишкової стінки і розвитку перитоніту [2].

Наводимо наше клінічне спостереження перфорації дивертикула Меккеля стороннім тілом, яке симулювало гострий апендицит.

Хвора З., 47 років, поступила в клініку 29.06.2006 р. зі скаргами на зростаючий біль у правій боковій ділянці, нудоту, сухість у роті, підвищення температури тіла до 38°C. Хворіє 2 доби. Об'єктивно: пульс – 92 уд/хв., АТ – 125/70 мм рт. ст. Тони серця глухі, ритмічні. В легенях дихання везикулярне. Язик сухий,

Короткі повідомлення

обкладений білими нашаруваннями. Живіт бере участь в акті дихання, права половина відстає. У правій боковій ділянці живіт напружений та болючий. Позитивні симптоми подразнення парієтальної очеревини: Блюмберга-Щоткіна, Роздольського, Воскресенського.

Аналіз крові: Ер. – $3,8 \times 10^{12}/л$; гемоглобін – $113 г/л$; кольоровий показник – $0,9$; лейкоцити – $10,4 \times 10^9/л$; паличкоядерні – 8% , сегментоядерні – 67% ; еозинофіли – 2% ; лімфоцити – 19% ; моноцити – 4% ; ШЗЕ – $20 мм/год$. Запідозрено гострий апендицит.

29.06.2006 р. хворій виконано оперативне втручання. При ревізії очеревинної порожнини червоподібний відросток катарально змінений (вторинно). До тіла матки підпаяний конгломерат петель тонкої кишки, який розділений тупим шляхом. Встановлено, що до тіла матки фіксована верхівка дивертикула Меккеля, флегмонозно змінена з перфоративним отвором у центрі, з якого виступає гостре стороннє тіло

(кістка). Виконано резекцію дивертикула Меккеля із зануренням його основи трирядними швами. Проведено ревізію тіла матки. Очеревинна порожнина осушена, в порожнину малого таза встановлено дренаж. Післяопераційна рана зашита пошарово.

Макропрепарат: дивертикул Меккеля розмірами $3 \times 3,5 см$, верхівка дивертикула флегмонозно змінена з перфоративним отвором у центрі, крізь який виступає риб'яча кістка розмірами $2,5 \times 0,7 см$.

У післяопераційному періоді рана загоїлася первинним натягом. Дренажна трубка видалена на 4-ту добу. На 8-му добу хвора в задовільному стані виписана із стаціонару. Оглянута через місяць – здорова.

Дане клінічне спостереження вказує на те, що патологічно змінений дивертикул Меккеля, зокрема перфорований стороннім тілом, може симулювати картину гострого апендициту.

Література

1. Кулинич О.В., Золотанишин В.І. Ускладнені сторонні тіла черевної порожнини // Гал. лікар. вісник. – 2002. – Т. 9, № 1 – С. 103-104.
2. Полянський І.Ю., Гресько М.М., Андрієць В.В. та ін. Стороннє тіло очеревинної порожнини у хворої на гострий флегмонозний калькульозний холецистит // Клін. анат. та опер. хірургія. – 2003. – Т. 2, № 1. – С. 57-58.

ПЕРФОРАЦИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

Резюме. На приведенном клиническом примере под маской острого аппендицита обнаружена перфорация дивертикула Меккеля рыбьей костью, своевременное удаление которой позволило избежать непредвиденных осложнений.

Ключевые слова: острый аппендицит, дивертикул Меккеля, инородное тело.

FOREIGN BODY PERFORATION OF MECKEL'S DIVERTICULUM

Abstract. In a cited clinical case simulated as acute appendicitis perforation of Meckel's diverticulum with a bone fish was revealed and the removal of the foreign body made it possible to avoid unforeseen complications.

Key words: acute appendicitis, Meckel's diverticulum, foreign body.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 16.03.2007 г.

Рецензент – проф. Г.Я.Костюк (Вінниця)