

# Aklosios žarnos divertikulitas – reta, kliniškai imituojanti ūminį apendicitą liga

## Diverticulitis of the cecum – a rare disease, clinically imitating acute appendicitis

Rolandas Burkauskas, Vincas Abalikšta

*Šiaulių ligoninės II chirurgijos skyrius, V. Kudirkos g. 99, LT-5400 Šiauliai*  
*El. paštas: brolka@one.lt*

---

### Įvadas / tikslas

Storosios žarnos divertikuliozė gana dažna virškinamojo trakto liga. Dažniausiai pasitaiko kairės pusės storosios žarnos divertikuliozė, kuri neretai komplikuojasi divertikulitu. Aklosios žarnos divertikulitą, imituojančių ūminį apendicitą, pasitaiko retai. Mūsų tikslas – pateikti du klininius aklosios žarnos divertikulito atvejus.

### Ligoniai ir metodai

1995–2003 metais Šiaulių ligoninės II chirurgijos skyriuje gydyti ir operuoti du ligoniai, sirgę aklosios žarnos ūminiu divertikulitu. Atlikta retrospektyvi šių ligonių ligos istorijų analizė.

### Rezultatai

Per pastaruosius aštuonerius metus operuoti du ligoniai, sirgę aklosios žarnos nekrozinio divertikulitu ir lokaliu peritonitu. Tai buvo 55 ir 67 metų amžiaus vyrai. Hospitalizuoti praėjus 18–36 valandoms nuo ligos pradžios, konstatavus tipinio apendicito kliniką. Skubios operacijos metu rastas nekrozės apimtas aklosios žarnos divertikulas ir lokalus peritonitas. Atlikta apendektomija ir divertikulektomija. Pooperacinis laikotarpis be komplikacijų. Patohistologinio tyrimo atsakymas – nekrozinis perforacinis divertikulitas.

### Išvados

Retais klininiais atvejais aklosios žarnos ūminis divertikulitas imituoja ūminio apendicito kliniką. Todėl operacijos metu aptikus nepakitusią kirmėlinę ataugą, būtina apžiūrėti ne tik galinę klubinės žarnos dalį, vidines genitalijas, bet ir akląją bei kylančiąją storosios žarnos dalį. Aptikus aklosios žarnos divertikulitą, vienmomentiškai reikia pašalinti prakiurusį divertikulą ir kirmėlinę ataugą.

**Prasminiai žodžiai:** divertikuliozė, divertikulitas, patohistologinis tyrimas

---

## Background / Objective

Acquired diverticula in the arched large intestine can be found for 40–45% of patients, in descending – for 13%, in transverse – for 7%, in ascending – for 6% of patients, in the cecum – 1–3% of total number of cases of diverticulosis in the large intestine. Diverticulitis happens for 10–25% of patients with diverticulosis. The clinical image of rarely observed diverticulitis of the ascending colon, cecum or of the vermiform appendix reminds the clinic of acute appendicitis. After diverticulitis has developed once, this process tends to repeat. The prognosis of recurrent diverticulitis is worse. However, even the first episode of diverticulitis is complicated for a quarter of patients and requires surgical treatment. Therefore, two histories of patients with cecum diverticulitis are described.

## Clinical cases

In the course of the last 8 years in our department we had to treat and to make surgeries for two patients with necrotic diverticulitis and local peritonitis. They were 55 and 67 years of age, arrived as in-patients within 18–36 hours after getting sick. The clinic was that of typical appendicitis. Urgent surgeries were made. During surgery, necrotic diverticula of the cecum with local peritonitis were found. The diverticula and vermiform appendices were removed simultaneously. The post-surgical periods were without complications. The pathistological testing proved the surgical diagnoses. Later the patients did not apply to us.

## Conclusions

During surgery aimed to perform appendectomy it is necessary to inspect not only the tail part of the ileum, internal genitals, but also the cecum and the ascending part of large intestine. Also, in the case of existence of local or somehow dispersed peritonitis, during surgery for acute appendicitis and finding diverticulitis of the cecum, it is necessary to remove the leaking diverticulum and the vermiform appendix at the same time.

**Keywords:** diverticulosis, diverticulitis, pathistological testing

---

## Įvadas

Pirmą kartą storosios žarnos divertikulozę aprašė Morgagni 1700 metais. 1915 metais Case apibūdino kliniškinius divertikulozės ir divertikulito skirtumus. Tik pavienės specializuotos klinikos turi didesnę šių ligų chirurginio gydymo patirtį. Gaubtinės žarnos divertikulozės paplitimas vertinamas pagal žarnyno tyrimų rentgenų ir autopsijų duomenis.

Išskiriami įgimti (tikrieji) ir įgyti (netikrieji) divertikulai [1]. Įgimti divertikulai turi visus žarnos sienelės sluoksnius, o įgyti – serozinį, pogleivinį ir gleivinės sluoksnius (išskyrus raumeninį). Įgyti divertikulai susidaro padidėjus vidiniam žarnų slėgiui ir atsiradus silpnų vietų raumeniniame žarnos sluoksnyje [1–5]. Šios vietos ten, kur kraujagyslės, ypač venos, limfagyslės eina per raumeninį žarnos sluoksnį. Įgimti storosios žarnos divertikulai dažniausiai esti pavieniai, didesni ir yra dešinėje storosios žarnos pusėje, o pačioje žarnoje – priešingoje žarnos pasaito pusėje. Įgyti storosios žarnos di-

vertikulai – dauginiai, nedideli ir išsidėstę dviem eilėmis arčiau žarnos pasaito [1, 3, 5, 7, 8]. Dažnai divertikulai atsiveria į žarnos riebalines ataugėles, dėl to operuojant kartais juos sunku pastebėti.

Beveik 80% ligonių būdingi dauginiai divertikulai. Apie 70% divertikulų yra kairėje storosios žarnos pusėje, 14% – dešinėje, 16% – abiejose [9]. Storosios žarnos riestinės dalies divertikulai sudaro apie 40–45%, nusileidžiančiosios – 13%, skersinės – 7%, kylančiosios – 6% [7], aklosios – 1–3% [7, 10] visų storosios žarnos divertikulozės atvejų. Iš visų virškinimo sistemos divertikulų rečiau yra kirmėlinės ataugos [9]. Jie taip pat būna įgimti ir įgyti. Įgimti divertikulai yra kirmėlinės ataugos viršūnėje ir priešingoje pasaito pusėje. Įgyti divertikulai yra dauginiai ir yra prie pasaito [9].

Viena iš dažniausių divertikulo komplikacijų yra divertikulitas. Įvairių autorių duomenimis, ši komplikacija pasireiškia 10–25% ligonių, sergančių storosios žarnos divertikuloze [1, 4, 7, 8]. Kylančiosios, aklosios

storosios žarnos dalies ar kirmėlinės ataugos divertikulito klinikinis vaizdas primena ūminį apendicitą. Jei uždegimas aprimsta ir ligonis pasveiksta, šių ligų priežastis dažniausiai lieka neaiški. Vieną kartą pasireiškęs divertikulo uždegimas linkęs pasikartoti [4, 8]. Kartotinių divertikulitų prognozė blogesnė: 60% ligonių būna divertikulito komplikacijų, iki 5–10% atvejų padvigubėja mirštamumas, beveik visus vargina liekamieji reiškiniai [4]. Po pirmo nekomplikuoto divertikulito epizodo trečdalis ligonių visai pasveiksta, trečdaliui lieka nepastovus skausminis sindromas, trečdaliui divertikulitas kartojasi [4]. Tačiau jau per pirmąjį divertikulito epizodą maždaug ketvirtadaliui ligonių jis komplikuojasi ir tenka gydyti chirurgiškai [4]. Po chirurginio gydymo divertikulų gali atsirasti likusioje žarnos dalyje, nuo jų komplikacijų dalį ligonių tenka operuoti antrą kartą [4].

### Klinikiniai atvejai

Per pastaruosius aštuonerius metus mūsų skyriuje teko gydyti ir operuoti du ligonius, sirgusius aklosios žarnos nekroziniu divertikulitu ir lokaliu peritonitu. Šie ligoniai buvo pradėti gydyti ir operuoti kaip nuo ūminio apendicito.

Pirmasis, 55 metų ligonis 1996 m. balandžio 3 d. atvyko į Chirurgijos skyrių. Sirgo 18 valandų. Skundėsi skausmu dešinėje pilvo pusėje, pykinimu, vėmimu, vienkartinio viduriavimu. Apžiūros duomenys: ryškus skausmingumas dešinėje klubinėje srityje, lokalus raumenų įsitempimas, pilvaplovės dirginimo požymiai. Kraujo tyrimas rodė leukocitozę. Įtarus ūminį apendicitą, skubiai operuotas. Apžiūrint pilvo organus, ties aklosios žarnos kupolu rastas taukinės infiltratas; jis buku būdu išdalytas. Rastas apie 1,5 cm skersmens, pilkos spalvos, nekrozės apimtas divertikulas. Jis pašalintas, kultė invaginuota dviejų aukštų kisetine ir pavienėmis siūlėmis. Kirmėlinė atauga – be didesnių pokyčių. Atlikta tipinė apendektomija. Ties akląja žarna įkištas drenas. Po operacijos ligoniui skirta metronidazolio, gentamicino. Pooperacinis laikotarpis sklandus. Po 7 parų išleistas į namus. Storosios žarnos rentgenologinis tyrimas neatliktas. Patohistologinis atsakymas: kirmėlinė atauga nepakitusi, gangreniniai divertikulo pokyčiai.

Antrasis, 67 metų ligonis 1999 m. spalio 14 d. į chirurgijos stacionarą atvyko praėjus trims paroms nuo susirgimo pradžios. Skundėsi pilvo skausmu. Apžiūros duomenys: pilvas nedaug pasipūtęs, skausmingas, įsitempęs dešinėje klubinėje srityje, silpni pilvaplovės dirginimo reiškiniai. Kraujo tyrimas rodė leukocitozę. Skubiai operuotas. Operacijos metu rasti keli aklosios žarnos divertikulai (0,5–1 cm), kurių vienas prakiuręs, ant riniu būdu paraudusi kirmėlinė atauga. Prakiuręs divertikulas rezekuotas, kultė invaginuota dviem aukštais, atlikta tipinė apendektomija. Pilvas išplautas, išsausintas, įkištas drenas ties akląja žarna, užsiūtas. Po operacijos ligoniui skirta metronidazolio, gentamicino, zinacefo. Žaizdai sugijus pirminiu būdu, po 9 parų išleistas į namus. Patohistologinis atsakymas: kirmėlinėje ataugoje minimalūs serozito požymiai, divertikulo sienelė gangrenavusi su leukocitine infiltracija. Po 1 mėnesio atliktas retrogradinis storosios žarnos tyrimas ir nustatyti dauginiai storosios žarnos divertikulai. Paskui ligonis į mus nesikreipė.

### Diskusija

Pastaruojų metu pasaulyje daugėja komplikuotos storosios žarnos divertikuliozės atvejų [8]. Šios ligos chirurginis gydymas susijęs su gana nemaža pooperacinių komplikacijų rizika. Be to, divertikulioze dažniausiai serga senyvi ligoniai, kuriems yra sunki gretutinė patologija. Įvairiose šalyse sergamumas divertikulioze sudaro iki 30% storosios žarnos ligų, o vyresniems kaip 50 metų ligoniams – iki 50%. Ypač didelis šis rodiklis ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse. Sergamumo didėjimas aiškinamas gyvenimo trukmės vidurkio ilgėjimu, mitybos pokyčiais, susijusiais su mažesniu maisto skaidulų vartojimu, medicinos diagnostikos priemonių tobulėjimu ir kita. Mūsų atlikta dviejų klinikinių atvejų apžvalga rodo, kad diagnozuojant ir operuojant ūminį, ypač katarinį, apendicitą, reikėtų būti itin budriems ir įtarti gana retą ligą – aklosios žarnos divertikulitą.

Ūminiu apendicitu dažniau serga jaunesni asmenų. Diferencijuojant šias ligas vadovaujamasi apendicitui būdingais apčiuopos simptomais. Tačiau atipinį, o kartais ir tipinį ūminį apendicitą bei divertikulitą ne visada įmanoma atskirti, ypač pasireiškus jų komplikacijoms – prakiurimui, pūliniui, peritonitui. Diagnozė dažniausiai paaiškėja tik operacijos metu.

Įvairūs autoriai aprašo keletą aklosios žarnos divertikulito chirurginio gydymo metodų. Tai:

- išilginė kolotomija iki gleivinės, divertikulo pagrin-do perrišimas, vieno aukšto siūlė;
- įprastinis kirmėlinės ataugos pašalinimas;
- ligatūrinis kirmėlinės ataugos pašalinimas;
- dešinės pusės storosios žarnos pašalinimas, atliekant klubinės ir skersinės storosios žarnos jungtį;
- cekostoma.

#### LITERATŪRA

1. Юхтин ВИ. Хирургия ободочной кишки. Москва: Медицина, 1988; с. 158–185.
2. Heltz J. Normalisierung der Darmfunktion bei Reizdarm, Divertikelkrankheit und chronischer Obstipation. Freiburg: Dr. Falk Pharma GmbH, 1995; p. 102–105.
3. Zykas V, Pavalkis D. Storosios žarnos chirurginės ligos. Kaunas: Naujasis lankas, 1999; p. 151–166.
4. Irnius A, Kupčinskis L. ir kt. Klinikinė gastroenterologija. Vilnius: UAB „Vaistų žinios“, 2002; p. 187–196.
5. Заремба АА. Оперативная проктология. Рига: Звайгзде, 1987; с. 268–270.

*Gauta: 2004 01 12*

*Priimta spaudai: 2004 02 03*

#### Išvados

Kartais chirurgai, operuodami ūminį apendicitą, pašalina vizualiai mažai pakitusią ar nepakitusią kirmėlinę ataugą. Mes manome, kad šiais atvejais operuojant būtina apžiūrėti ne tik galinę klubinės žarnos dalį, vidines genitalijas, bet ir akląją bei kylančiąją storosios žarnos dalį. Esame tos nuomonės, kad jeigu pilvaplovės uždegimas lokalus ar kiek išplitęs ir jeigu operuojant ūminį apendicitą randamas gangreninis aklosios žarnos divertikulitas, vienmomentiškai reikia šalinti prakiurusį divertikulą ir kirmėlinę ataugą.

6. Виноградов АВ. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Москва: Медицина, 1987; с. 167–168.
7. Шалимов АА, Саенко ВФ. Хирургия пищеварительного тракта. Киев: Здоровья, 1987; с. 458–461.
8. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute Diverticulitis. N Engl J Med 1998: 1523.
9. Nicholls J, Glass R. Koloproktologie. Diagnose und ambulante Therapie. Berlin et al.: Springer-Verlag, 1986; p. 58–59.
10. Крылов АА. и др. Неотложная гастроэнтерология. Ленинград: Медицина, 1987; с. 167–168.