

УДК 616.3

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ,
ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛОМ
МЕККЕЛЯ, У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА**

Шаронов Дмитрий Юрьевич
*МБУЗ «Кореновская центральная районная
больница», г. Кореновск, Россия*

Дзкуя Астанда Сократовна
*МБУЗ «Кореновская центральная районная
больница», г. Кореновск, Россия*

Вахрушева Анна Александровна
*МБУЗ «Кореновская центральная районная
больница», г. Кореновск, Россия*

Расторгуева Юлия Евгеньевна
*МБУЗ «Кореновская центральная районная
больница», г. Кореновск, Россия*

Рассмотрен клинический случай течения
дивертикула Меккеля, осложненного
тонкокишечной непроходимостью, у пациента 74
лет.

Ключевые слова: ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ,
КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ПОЖИЛОЙ
ПАЦИЕНТ

UDC 616.3

**A CLINIC CASE OF ILEAL OBSTRUCTION
BECAUSE OF MECKEL'S DIVERTICULUM IN
ELDER PATIENT**

Sharonov Dmitriy Yurievich
*MBIHS «Korenovsk central district hospital»,
Korenovsk, Russia*

Dzkuya Astanda Sokratovna
*MBIHS «Korenovsk central district hospital»,
Korenovsk, Russia*

Vakhrusheva Anna Alexandrovna
*MBIHS «Korenovsk central district hospital»,
Korenovsk, Russia*

Rastorgueva Yuliya Evhenievna
*MBIHS «Korenovsk central district hospital»,
Korenovsk, Russia*

A clinic case of Meckel's diverticulum complicated
with ileal obstruction in 74-old patient is presented.

Key words: MECKEL'S DIVERTICULUM, ILEAL
OBSTRUCTION, ELDER PATIENT

Дивертикул Меккеля – неполное обратное развитие желточного протока. Оно встречается у 1–3 % населения популяции. Основные клинические симптомы врожденной аномалии – боли в животе, кишечные кровотечения и кишечная непроходимость. Выраженность того или иного симптома зависит от возраста, морфо-анатомических особенностей дивертикула.

Бессимптомное носительство данной аномалии встречается в 1 % случаев и подтверждается случайными аутопсийными находками. В большинстве случаев клинические признаки дивертикула проявляются в младшем детском возрасте. Кишечная непроходимость, вызванная дивертикулом, чаще всего имеет форму острой протекающей патологии (странгуляция, заворот, обтурация). Нам удалось отследить и провести лечение пациентки возрастной группы, у которой дивертикул был осложнен медленным прогрессированием и формированием кишечной непроходимости на протяжении трех лет.

В хирургический стационар МБУЗ «Кореновская ЦРБ» в январе 2016 г. поступила пациентка М. 74 лет. На момент экстренной госпитализации она предъявляла жалобы на тошноту и рвоту, слабость, эпизоды спастических схваткообразных болей, снижение веса.

Из анамнеза: последние 3–4 года пациентка отмечала появление болей в животе без четкой локализации, сопровождающихся эпизодами рвоты и тошноты.

В 2014 г. после погрешности в диете была госпитализирована с аналогичными симптомами в Кореновскую ЦРБ. Результаты обследования: по УЗИ – признаки диффузных изменений поджелудочной железы. Биохимия крови: амилаза – 256 ед., липаза – 80 ед. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) – эрозивный гастрит. Ситуация была оценена как приступ острого панкреатита. Благодаря своевременному

проведению инфузионной терапии болевой компонент был полностью устранен. Пациентка была выписана с рекомендациями под наблюдение терапевта поликлиники. Через 2–3 мес у нее вновь возникли аналогичные боли, сопровождавшиеся рвотой. За помощью не обращалась.

На протяжении 2015 г. и большую часть 2016 г. пациентка находилась по месту постоянного жительства в г. Тамбове. За истекший период женщина стала отмечать, что интенсивность и частота появления болевых приступов стали прогрессировать. Прием пищи, особенно грубоволокнистой, вызывал особенный дискомфорт. Пациентка отказывалась от приема пищи и придерживалась блюд стола № 1, что вызывало менее мучительные боли.

В 2015 г. пациентка была госпитализирована по месту жительства. Результаты обследования: ФГДС – Поверхностный гастрит; колоноскопия – Атонический колит; УЗИ органов брюшной полости – УЗ-картина хронического панкреатита. Проведение спазмолитической терапии и соблюдение щадящей диеты способствовали положительному, но временному результату. Примерно через месяц после выписки у пациентки вернулись вышеописанные симптомы в полном объеме, что заставило ее повторно обратиться за помощью.

На момент госпитализации в январе 2017 г. пациентка потеряла в весе до 18 кг, у нее сформировался страх приема пищи.

Результаты обследования

УЗИ: диффузные изменения поджелудочной железы, неровность контуров, наличие свободной жидкости в брюшной полости (до 100 мл), петли тонкого кишечника расширены жидкостью и газом, визуализируются маятникообразные перистальтические волны.

Общеклинический анализ крови: эритроциты – 3,85, Hb –140, лейкоциты – 7,7. Биохимия крови – без нарушений.

Пациентке выполнен обзорный рентген брюшной полости, в результате был обнаружен пневматоз тонкого кишечника.

Полученные результаты обследования были оценены как острая тонкокишечная непроходимость. После предоперационной подготовки выполнена экстренная операция под эндотрахеальным наркозом.

Интраоперационно выявлено: петли тонкого кишечника на протяжении 120 см увеличены в диаметре до 5 см с утолщением стенки до 12 мм. Содержимое кишечника – жидкость и газообразный компонент. При дальнейшей ревизии в 70 см от илеоцекального угла пальпаторно обнаружено опухолевидное образование подвздошной кишки диаметром 18 мм, частично обтурирующее просвет подвздошной кишки. Стенка кишечника, дистальнее препятствия, спавшая диаметром до 1 см. Выполнена резекция участка тонкой кишки, пораженной опухолью, с формированием анастомоза «бок в бок».

При ревизии макропрепарата и рассечении стенки кишки выяснилось, что опухоль представляет собой инвагинированный в просвет подвздошной кишки дивертикул Меккеля с хроническим воспалением и рубцеванием. Рудимент сформировал своеобразный клапан, затруднявший прохождение грубоволокнистой пищи, и стал причиной хронической тонкокишечной непроходимости. Жидкостный компонент еды беспрепятственно проходил этот участок.

Гистологическое исследование операционного материала – участка стенки тонкого кишечника с хроническим воспалением. Пациентка была выписана из отделения на 9-е сутки.

Пациентка проходила осмотр через 2 месяца, жалоб не предъявляла, питание по общему столу

Заключение. Приведенное наблюдение является редким осложнением дивертикула Меккеля.

Список литературы

1. *Виткоеский С. Ф.* Острая тонкокишечная непроходимость, вызванная дивертикулом Меккеля и червеобразным отростком / С. Ф. Виткоеский, П. Д. Богданов // Хирургия. – 1988. – № 3. – С. 120–121.
2. *Климов А. Е.* Два случая дивертикула Меккеля / А. Е. Климов, Д. Е. Черепанов // Вестник Российского университета дружбы народов. Сер. Медицина. – 2003. – № 3.
3. *Поддубный И. В.* Лапароскопические операции при патологии дивертикула Меккеля / И. В. Поддубный, Е. Ю. Дьяконова, М. У. Исмаилов, В. О. Трунов, А. Р. Махаду, П. М. Ярустовский, А. С. Бекин, К. Н. Толстов // Детская хирургия. – 2015. – № 5. – С. 4–6.
4. *Баиров Г. А.* Неотложная хирургия детей / Г. А. Баиров. – М.: Медицина, 1983.