

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.34-007.64-06:616.346.2-002.1]-089

*В. М. Чекмарев, А. Я. Волков, В. Я. Шеншин, А. А. Назин***РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ФЛЕГМОНОЗНОГО ДИВЕРТИКУЛИТА И АППЕНДИЦИТА**

МУЗ Видновская районная клиническая больница (главный врач В. Г. Соколенко), г. Видное, Московская область

Виктор Максимович Чекмарев, д-р мед. наук, детский хирург 10-го мед. округа Московской области; che-viktor@yandex.ru

Патология дивертикула Меккеля (ДМ) может проявляться в течение жизни у 4% населения [5]. По данным О. П. Кургузова и В. М. Надарая [3], самое частое (80%) осложнение ДМ – острый дивертикулит. Комбинация дивертикулита и острого аппендицита – большая редкость [4]. Приводим наше клиническое наблюдение.

Больная М., 8 лет, поступила 03.06.11 во 2-е хирургическое отделение МУЗ Видновская районная клиническая больница в 9 ч 20 мин с жалобами на боль в животе в покое и при движении. Больна в течение 26 ч. Состояние средней тяжести. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот обычной формы. При пальпации передней брюшной стенки напряжение мышц и болезненность ниже пупка, больше справа. Там же положительные симптомы раздражения брюшины. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Пульс 96 ударов в 1 мин. Лейкоциты крови $14,8 \cdot 10^9/\text{л}$. Температура тела 37°C. Данные по остальным органам и системам без патологии. *Per rectum*: болезненность по передней стенке прямой кишки. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости аппендикулярный отросток не лоцируется, имеется умеренное количество жидкости в малом тазу и правой подвздошной области. Установили диагноз острого аппендицита. В этот же день под общей анестезией разрезом Волковича–Дьяконова справа, длина до 4 см, вскрыли брюшную полость, выделилось умеренное количество мутного выпота. Червеобразный отросток утолщен, напряжен, сосуды инъецированы, покрыт фибринозным налетом, длина до 8 см (рис. 1, см. на вклейке). Произвели типичную аппендэктомию с погружением культи отростка кисетным швом. При осмотре подвздошной кишки на расстоянии 40 см обнаружили ДМ длиной до 3 см на широком основании, верхушкой обращен и припаян к брыжеечному краю кишки, стенка которой инфильтрирована, темно-багрового цвета, покрыта фибринозно-гнойным налетом с изъязвлениями (рис. 2, см.

на вклейке). В связи с вышеизложенным клиновидная резекция кишки невозможна. Произвели резекцию участка кишки с ДМ длиной до 12 см, наложили анастомоз конец в конец однорядным викриловым швом по Пирогову–Биру [2]. Рану послойно ушили. Патогистологическое заключение: дивертикул тонкой кишки с флегмонозным воспалением стенки и перидивертикулитом; острый флегмонозно-язвенный аппендицит.

Больная получала инфузионную терапию, симптоматическое, противовоспалительное лечение, биопрепарат, физиотерапию. Послеоперационный период без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки после операции.

Таким образом, у всех оперируемых по поводу острого аппендицита необходимо делать ревизию подвздошной кишки на протяжении до 1 м от баугиниевой заслонки для исключения патологии ДМ. При резекции кишечной стенки возможно восстановление ее непрерывности однорядным адсорбирующимся (викрил) серозно-мышечно-подслизистым швом Пирогова–Бира. Это уменьшает время операции, улучшает репаративные процессы в месте анастомоза [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Варфоломеев А. Р., Саввина В. А., Николаев В. Н., Шведова А. З. // Дет. хир. – 2002. – № 3. – С. 44–45.
2. Куратовский И. Д. Кишечный шов и его теоретические основы. – М., 1964.
3. Кургузов О. П., Надарая В. М. // Хирургия. – 2009. – № 4. – С. 28–31.
4. Чепурной Г. И., Кацунеев В. Б., Беловодченко Д. Б. // Дет. хир. – 2002. – № 2. – С. 45–46.
5. Soltero M. J., Bill A. H. // Am. J. Surg. – 1976. – Vol. 132. – P. 168–173.

Поступила 21.03.12



Рис. 5. Пациентка Б., 12 лет. Рентгенограмма правого предплечья. Выполнена двойная остеотомия лучевой кости.

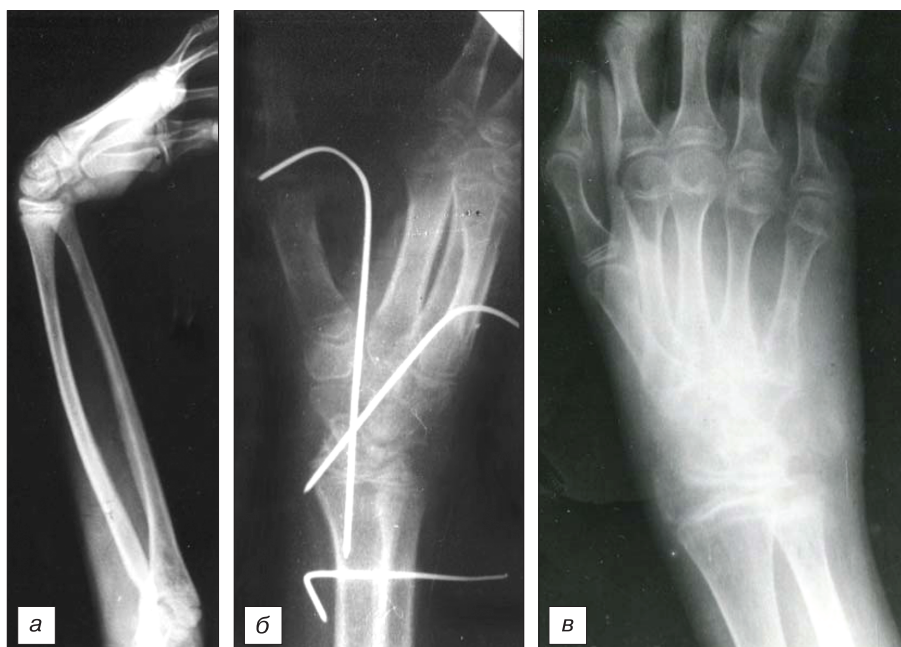


Рис. 6. Пациент М., 13 лет. Рентгенограммы правого предплечья и кисти. а – до лечения: предплечье в положении пронации, кисть в положении ладонной флексии; б – после операции: через лучезапястный сустав и предплечье проведены спицы; в – через 1,5 года после операции: кисть в среднем положении.



Рис. 1. Левосторонний гидронефроз магнитно-резонансная ангиография.



Рис. 1. Флегмонозное воспаление червеобразного отростка.

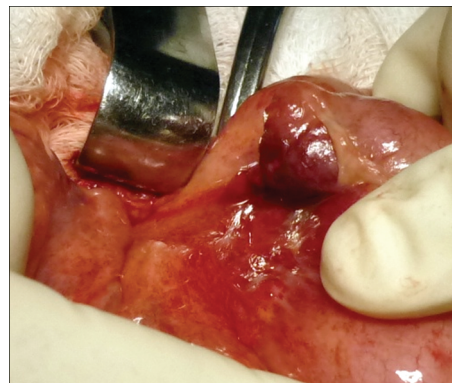


Рис. 2. Флегмонозное воспаление ДМ.

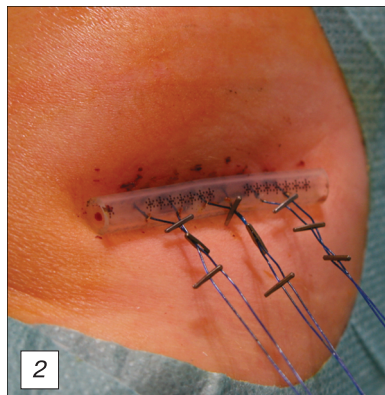


Рис. 1. Пациент с большим диафрагмальным дефектом сразу после наложения экстраторакальных тракционных швов.
Рис. 2. Тракция и фиксация трансторакальных швов диафрагмы на 5-е послеоперационные сутки.