

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.344-007.64-06:616.34-007.272

© Ш.С. Ишимов, Н.В. Раянов, М.Л. Бикташев, А.З. Кузнецова, А.А. Гумеров, 2011

Ш.С. Ишимов, Н.В. Раянов, М.Л. Бикташев, А.З. Кузнецова, А.А. Гумеров  
**СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ МЕККЕЛЯ,  
 ОСЛОЖНЕННОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**  
*Нефтекамская городская больница Республики Башкортостан*

Неполное обратное развитие желточного протока в дистальном отделе подвздошной кишки ведет к образованию дивертикула Меккеля, который встречается у 2% населения.

В большинстве случаев дивертикул свободно располагается в брюшной полости и протекает бессимптомно. Чаще всего его обнаруживают случайно при лапаротомии по поводу других острых заболеваний органов брюшной полости. Среди острых заболеваний, вызванных дивертикулом Меккеля, наиболее часто встречаются острая кишечная непроходимость (25,3%). Острую кишечную непроходимость, вызванную дивертикулом, крайне сложно своевременно диагностировать.

**Ключевые слова:** дивертикул Меккеля, кишечная непроходимость.

Sh.S. Ishimov, N.V. Rayanov, M.L. Bictashev, A.Z. Kuznetsova, A.A. Gumerov  
**SUCCESSFUL SURGICAL EXPERIENCE IN MECKEL'S DIVERTICULUM  
 PATIENTS WITH INTESTINAL OBSTRUCTION**

An incomplete atrophy of the omphalomesenteric *duct* in the distal ileum results in Meckel's diverticulum formation occurring in 2% of the population.

In majority of cases a diverticulum is freely located in the abdomen and is asymptomatic. It comes into medical attention predominantly by accident in the course of laparotomic procedures for other acute abdominal cavity organ conditions. Acute intestinal obstruction (25.3%) is of the highest incidence among the acute conditions caused by Meckel's diverticulum and extremely difficult to be timely diagnosed.

**Key words:** Meckel's diverticulum, intestinal obstruction.

Неполное обратное развитие желточного протока в дистальном отделе подвздошной кишки ведет к образованию дивертикула Меккеля. Дивертикул, который располагается в брюшной полости свободно, обычно клинически ничем не проявляется, но в ряде случаев может вызвать острую кишечную непроходимость. Диагностировать своевременно острую кишечную непроходимость, вызванную дивертикулом Меккеля, иногда бывает сложно и затруднительно, и поэтому допускаются диагностические ошибки как на догоспитальном этапе, так и в процессе диагностического наблюдения в стационаре.

Мы наблюдали случай дивертикула Меккеля, осложненного кишечной непроходимостью, у ребенка. В инфекционное отделение Нефтекамской центральной городской больницы 14.06.2010 года в 10 часов утра доставлен ребенок 3-х лет 8 месяцев через 12 часов с момента заболевания с жалобами на вздутие живота и жидкий стул. Из анамнеза удалось выяснить, что ребенок заболел накануне вечером 13.06.2010 года в 22 часа после приема молока и огурцов. У ребенка появились многократная рвота, боли в животе, был однократный жидкий стул. Мать ребенка вызвала «Скорую», ребенок осмотрен фельдшером, сделаны в/м инъекции церукала 1,0 и но-

шпы 2% 1,0. Однако оказанная помощь не дала эффекта. Через 8 часов у ребенка вновь появились приступообразные боли в животе, рвота. 14.06.2010 г. утром машиной скорой помощи ребенок доставлен в инфекционное отделение с предварительным диагнозом: коли-энтерит. Состояние ребенка при поступлении средней тяжести. В связи с ухудшением состояния через 2 часа больной переведен в детское реанимационное отделение, где далее осмотрен дежурным детским хирургом. В момент осмотра ребенка беспокоили боли в животе, вздутие живота, не отходили газы, отказывался от еды. Состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы бледной окраски. Дыхание проводится с обеих сторон, выраженная одышка, ЧД до 42 в минуту. Сердечные тоны ясные, ЧСС 146 в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, особенно в верхних отделах, мягкий при пальпации, болезненный. Патологические образования не определяются, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Со слов матери, стула нет с утра 14.06.2010 года. После осмотра ребенка выставлен предварительный диагноз: динамическая непроходимость кишечника. Установлен зонд в желудок, сделана очистительная клизма (в небольшом количестве отошли газ и кал), назначены инфузионная

терапия и спазмолитики. Несмотря на лечение, состояние ребенка оставалось тяжелым, беспокоили приступообразные боли в животе. Кожные покровы бледные, холодный липкий пот, временами ребенок адинамичен. При осмотре живот резко вздут, отстает в акте дыхания, пальпаторно определяется болезненность по всему животу. Стула нет, газы не отходят. В экстренном порядке 14.06.2010 года произведена обзорная рентгенография органов брюшной полости. На рентгенограмме обнаружены множественные чаши Клойбера. Учитывая общее тяжелое состояние ребенка, безуспешность консервативной терапии и данных рентгенологического обследования, ребенок с диагнозом острая кишечная непроходимость неясной этиологии взят на операцию под общим наркозом 14.06.2010 года – через 12 часов с момента поступления в отделение.

При вскрытии брюшной полости выделился в большом количестве серозно-геморрагический выпот. При ревизии обнаружена некротизированная петля подвздошной кишки на протяжении 40 см отходя от баугиниевой заслонки. При дальнейшем исследовании органов брюшной полости выявлен дивертикул Меккеля на расстоянии 30 см от илеоцекального угла (см. рисунок). От его верхушки идет тяж к брыжейке соседней петли, где произошел перекрут петли кишечника с дивертикулом. Определена граница некротизированной части подвздошной кишки, и после мобилизации произведена резекция в пределах здоровой ткани с анастомозом «конец в бок» между подвздошной и слепой кишками трехрядными швами. Резецированный участок подвздошной кишки составляет 50 см.

Через нос у ребенка установлен зонд в кишечнике для отсасывания кишечного содержимого. Операционная рана передней

брюшной стенки ушита послойно. В послеоперационном периоде ребенок в течение 4-х суток находился в реанимационном отделении, где получил интенсивную инфузионную терапию, антибактериальное лечение и обезболивающие средства. Состояние ребенка постепенно стабилизировалось, и по рекомендации РКЦ через 3 дня для дальнейшего лечения ребенок переведен в РДКБ, где продолжалась интенсивная консервативная терапия. Повторного операционного вмешательства не требовалось. Наступило выздоровление. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.



Рис. Дивертикул Меккеля

Осмотрен через 5 месяцев – состояние удовлетворительное, болей в животе нет, стул регулярный, временами жидкий без примесей.

#### Выводы

1. Приведенное выше наблюдение показывает, что дооперационный диагноз кишечной непроходимости, обусловленной дивертикулом Меккеля, очень труден и могут допускаться диагностические ошибки.

2. Этот случай показывает, что технически и правильно произведенная резекция части подвздошной кишки с созданием анастомоза «конец в бок» с последующим дренированием кишечника позволила избежать повторной операции.

#### Сведения об авторах статьи:

**Ишимов Шарифьян Сагидуллович** – к.м.н., доцент кафедры детской хирургии ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава»

**Раянов Наиль Вакилович** – к.м.н., детский хирург Нефтекамской городской больницы, ул.Парковая, 31. Раб. тел. 8 34783 53138, e-mail: ncrbomo@mail.ru;

**Бикташев Марис Лутфиевич** – заведующий хирургическим отделением Нефтекамской городской больницы, ул.Парковая, 31. Раб. тел. 8 34783 58381, e-mail: ncrbomo@mail.ru;

**Кузнецова Альбина Зуфаровна** – главный врач Нефтекамской городской больницы, ул.Парковая, 31. Раб. тел. 8 34783 53138, e-mail: ncrbomo@mail.ru;

**Гумеров Аитбай Ахметович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии ортопедии и анестезиологии ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава»

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А. «Неотложная хирургия детей»; Медицина, 1983.
2. Вербицкий Д.А. Дивертикул Меккеля» Детская хирургия. 2003.