



© Ю.Ф.КЛИМЕНКО, А.А.ДОМАШЕВ, 2014  
УДК 616.344-007.64-07

**Клименко Ю.Ф.** (*academiclinica@yandex.ru*), **Домашев А.А.** — Дивертикулит Меккеля под клинической маской острой тонкокишечной непроходимости.

1586-й Военный клинический госпиталь, г. Подольск, Московская область

*Klimenko Yu.F. Domashev A.A. — Meckel's diverticulum masked by small bowel obstruction. Authors presented a successful case of treatment of Meckel's diverticulum masked by small bowel obstruction. It is showed that the algorithm of diagnosis and treatment should be based on clinical picture of acute surgical pathology of abdominal cavity organs.*

*К е у в о р д с: Meckel's diverticulum, diagnosis, small bowel obstruction.*

Дивертикул Меккеля является аномалией развития желточного протока (МКБ10 Q43.0). Наиболее часто болеют мужчины, около половины заболевших составляют пациенты до 10 лет, вторую половину — до 30 лет. Клиническая картина заболевания дивертикула Меккеля возникает при развитии осложнений — дивертикулита и перитонита, перфорации, изъязвления, кровотечения, кишечной непроходимости. Установить диагноз до операции крайне сложно из-за отсутствия диагностических критериев. В практической деятельности чаще встречается дивертикулит Меккеля, по клинике сходный с острым аппендицитом.

В период 2005–2013 гг. в госпитале проходили лечение 12 пациентов, у которых был во время операции выявлен дивертикул Меккеля. Возраст пациентов был от 19 до 23 лет. В 5 случаях были изменения дивертикула по типу флегмонозного воспаления, в 6 случаях дивертикул Меккеля был неизмененный и являлся находкой во время ревизии 1 метра подвздошной кишки. Дивертикул Меккеля клиновидно иссекался, или узкая его шейка перевязывалась и культя погружалась в просвет подвздошной кишки кисетным швом.

Однако в одном случае пациент и по возрасту, и по клинической картине отличался от перечисленных наблюдений.

В госпиталь в 06:40 30.11.2009 г. обратился военнослужащий 38 лет, который заболел внезапно ночью в 03:00. Возникли сильные спастические боли в верхних отделах живота, из-за которых проснулся, сухость во рту. При поступлении общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, пульс 84 уд./мин; АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, симметричный, отстает при дыхании. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в верхних отделах. Симптом Щёткина отрицательный. Перкуторно «печеночная тупость» сохранена. Кишечные шумы ослаблены. Газы отходят. Стула не было. Ректально без особенностей. При обзорной рентгенографии брюшной полости 07:00 30.11.2009 г.: свободного газа не выявлено, справа на уровне

крыла подвздошной кости на уровне тела II поясничного позвонка — уровни жидкости.

У больного заподозрена острая тонкокишечная непроходимость, назначен сульфат бария. При УЗИ органов брюшной полости: паренхиматозные органы без особенностей. В малом тазу межпетельно до 30 мл свободной жидкости. При контрольной обзорной рентгенографии брюшной полости 10:00 30.11.2009 г.: свободного газа не выявлено, на уровне XII грудного, тел I и II поясничных позвонков — сохраняются уровни жидкости. Контрастное вещество в проксимальных отделах тонкой кишки. Справа от тела III поясничного позвонка имеется треугольной формы образование, туго заполненное контрастным веществом (рис. 1). Однако этот факт врачом-рентгенологом не отмечен.

Больному проводилась инфузионная терапия со спазмолитиками. На фоне консервативной терапии интенсивность болей уменьшилась, однако появилось напряжение



Рис. 1



мышц передней брюшной стенки, симптом Щёткина положительный. В анализе крови лейкоцитоз  $18,6 \times 10^9/\text{л}$ .

В связи с развитием у больного клинически перитонита решено для уточнения диагноза выполнить экстренную лапароскопию, при которой межпетельно по правому латеральному каналу в малом тазу выявлен в небольшом количестве выпот фибринозно-гнойного характера. 30.11.2009 г. выполнена лапаротомия, резекция подвздошной кишки с флегмонозно-измененным дивертикулом Меккеля, наложен анастомоз «конец в конец», проведена санация и дренирование брюшной полости.

Следует отметить, что дивертикул был расположен на расстоянии 80 см от илеоцекального угла под брыжейкой поперечно-ободочной кишки, размерами  $13 \times 8 \times 6$  см, с умеренным расширением приводящего отдела подвздошной кишки (рис. 2). Послеоперационный период протекал без особенностей. Швы сняты на 10-е сутки. Выздоровление. Гистология: истинный дивертикул с признаками флегмонозно-гангренозного воспаления. Фибринозно-лейкоцитарный перилейт. Флегмонозный мезентерит.

При анализе этого клинического случая обращают на себя внимание несколько моментов, которые затруднили диагностику и изменили клиническую картину заболевания. Расположение дивертикула под брыжейкой поперечно-ободочной кишки эластичного его



Рис. 2

фиксировало, вероятно, привело к нарушению кровообращения в нем. Тело, дно дивертикула довольно туго были заполнены контрастным веществом, но представленное на рисунке равномерно заполненное образование треугольной формы рентгенологом не отмечено.

При экстренной лапароскопии удалось диагностировать наличие фибринозно-гнойного перитонита без визуализации источника. В повседневной практической работе необходимо исходить из аксиомы, что патогномических симптомов дивертикулита Меккеля нет. Алгоритм диагностики и лечения должен строиться исходя из наличия у больного клинической картины той или иной острой хирургической патологии органов брюшной полости, что и приведет к установлению причины заболевания.

© И.В.ЕГОРЫШЕВА, М.В.ПОДДУБНЫЙ, 2014  
УДК 616.89-008.441.13-355(063)

**Егорышева И.В.** ([egorysheva@rambler.ru](mailto:egorysheva@rambler.ru))<sup>1</sup>, **Поддубный М.В.** ([voen-med-journal@mtu-net.ru](mailto:voen-med-journal@mtu-net.ru))<sup>2</sup> — Обсуждение проблемы алкоголизма в армии на пироговских съездах.

<sup>1</sup>Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва; <sup>2</sup>Редакция «Военно-медицинского журнала», Москва

*Egorysheva I.V., Poddubny M.V. — Discussion about the problem of alcoholism in the Army on the Pirogov congresses. The article is concerned with addressing of military physicians at the end of XIX — in the beginning of XX centuries in the section of military medicine at the Pirogov Congresses. Military physicians brought up an issue about the necessity to put an end on tradition to serve out vodka during holidays, play war and combat operations. Physicians warned that drug abuse could be common condition as alcoholism.*

*Keywords: alcoholism, drug abuse, military medicine.*

Распространение алкоголизма в России и его пагубные последствия уже в конце XIX в. привлекали внимание медицинской общественности. На пироговских съездах, начиная с 1887 г., систематически рассматривались вопросы влияния алкоголя на организм человека, принципы организации борьбы с алкоголизмом и его лечения, роль врачей в борьбе с пьянством. В обсуждении этих вопросов принимали участие выдающиеся

ученые и деятели общественной медицины В.М.Бехтерев, Л.С.Минор, В.И.Яковенко, М.М.Фавр, М.М.Гран, С.Н.Игумнов, М.Я.Капустин, Д.Н.Жбанков и др.

В секции военной медицины пироговских съездов неоднократно поднимался вопрос о необходимости покончить с традицией, существовавшей в Русской армии, выдавать по праздничным дням, на маневрах и во время боевых действий порцию водки