

пневмониями отмечался более высокий уровень прокальцитонина в сравнении с пациентами из группы с COVID- ассоциированной пневмонией. В БАК у детей в обеих группах отмечалось повышение уровня ЛДГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Comparison of clinical characteristics among COVID-19 and non-COVID-19 pediatric pneumonias: a multicenter cross-sectional study/ Zhongwei Jia, Xiangyu Yan [et al.] // Front Cell Infect Microbiol.– 2021. – Vol.11(663884). – P.1-10.
2. SARS-CoV-2 pneumonia and bacterial pneumonia patients differ in a second hit immune response model/ Dominique Moser, Matthias Feurecker [et al.]// Clin Infect Dis. – 2022. – Vol. 12 (1). – P.1–9.

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА ТОЩЕЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Яковчик Д. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Полинский А. А.

Актуальность. Дивертикулы тощей кишки встречаются редко (в 0,5% [1] случаев) и обычно протекают бессимптомно. Однако они могут проявляться признаками воспаления и осложняться кровотечением, кишечной непроходимостью и перфорацией, которые требуют хирургического вмешательства.

Цель. Продемонстрировать клинический случай, методы диагностики и лечения дивертикулов тонкой кишки.

Методы исследования. В статье представлено клиническое наблюдение пациентки с дивертикулярной болезнью тонкой кишки, дивертикулитом, гнойным оментитом, осложненным местным неотграниченным перитонитом.

Результаты и их обсуждение. Пациентка К., 60 лет, доставлена в ГУЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» по экстренным показаниям с диагнозом: «Острый аппендицит?». При поступлении предъявляла жалобы на постоянные ноющие боли в околопупочной области, больше справа, слабость, тошноту. Считает себя болеющей около суток.

При осмотре в приемном покое: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, пульс 78 ударов в минуту, АД 125/80 мм. рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания, симметричный, болезненный в околопупочной области, больше справа. Перистальтика выслушивается. Симптомы

Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Ситковского, Ровзинга отрицательные. При ректальном исследовании изменений не выявлено. Температура тела 36,6°C. В общем анализе крови: эритроциты $4,63 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 136 г/л, лейкоциты $15,5 \times 10^9/л$. Биохимический анализ крови в пределах нормы. Проведено УЗИ органов брюшной полости и почек: патологии не выявлено. Пациент госпитализирован с диагнозом «Острый аппендицит?».

На следующие сутки утром боли усилились и сместились в правую подвздошную область. Температура 37,1°C. Живот при пальпации мягкий во всех отделах, отмечается слабовыраженное локальное мышечное напряжение и болезненность в правой подвздошной области. Положительные симптомы Ситковского, Воскресенского, Раздольского. Учитывая появившуюся клиническую картину острого аппендицита, пациентке показано оперативное лечение в экстренном порядке.

При проведении лапароскопии червеобразный отросток не изменен, в брюшной полости до 150 мл серозной жидкости, больше в малом тазу. При ревизии тонкого кишечника найден участок кишки, содержащий несколько гиперемированных дивертикулов. Выполнена средне-срединная лапаротомия. При дальнейшей ревизии выявлено, что участок кишки, пораженный дивертикулезом, начинается в 30 см от связки Трейтца и имеет длину 70 см. На данном участке 4 дивертикула до 5 см в диаметре, гиперемированных, еще один дивертикул до 8 см в диаметре в инфильтрате с большим сальником покрыт фибрином. Участок большого сальника серого цвета пропитан серозно-гнойным отделяемым. Также на данном участке кишки множество мелких дивертикулов до 1 см, не измененных. На остальном протяжении тонкая кишка не изменена. В малом тазу выраженный спаечный процесс. Петли тонкой кишки не раздуты, проходимы. Другой патологии со стороны органов брюшной полости не выявлено.

Выполнена мобилизация участка тощей кишки, несущей дивертикулы, протяженностью 70 см на расстоянии от 30 см от связки Трейтца. Резецирован единым блоком с участком большого сальника, вовлеченным в инфильтрат. Наложена тонко-тонкокишечный анастомоз бок в бок двухрядным швом на атравматичной игле.

В течение 3 суток после операции пациентка находилась в отделении АиР, после чего был переведен в хирургическое отделение. Рана зажила первичным натяжением. На 11-е сутки после операции пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Дивертикулы тонкой кишки достаточно редкая патология, имеющая сходную клиническую картину с другими острыми хирургическими заболеваниями. Диагностика заболевания затруднительна, часто постановка верного диагноза возможна лишь при проведении лапароскопии или лапаротомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Butler, J.S. Perforated jejunal diverticula: a case report / J.S Butler, C. G. Collins, G.P. McEntee // J Med Case Reports. – 2010 Jun 7.–№ 4. – P. 172.