

направленных на развитие у студентов навыков понимания и контроля собственного эмоционального состояния, а также эмоционального состояния партнеров по общению.

Полынский А.А., Цилиндзь И.Т.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЩЕЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Актуальность. Дивертикулы тощей кишки достаточно редкая патология, встречающаяся в 0,5% случаев и обычно протекающая бессимптомно. Однако в ряде ситуаций они проявляются признаками воспаления и осложняются кровотечением, перфорацией и непроходимостью – состояниями, требующими неотложных оперативных вмешательств.

Цель. Продемонстрировать сложный клинический случай диагностики дивертикулеза тощей 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 больной 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. Перитониальные симптомы отрицательные. При ректальном исследовании изменений не выявлено.

Температура тела 36,6 °С. 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. Пациентка госпитализирована с диагнозом: «острый аппендицит?».

На следующие сутки, утром, боли усилились и сместились в правую подвздошную область. Температура 37,1 °С. Появились положительные симптомы раздражения брюшины. Выставлен диагноз «острый аппендицит», больная в экстренном порядке взята в операционную.

При проведении лапароскопии червеобразный отросток не изменен, в брюшной полости до 150 мл серозной жидкости, больше в малом тазу. При ревизии тощей кишки найден участок, пораженный дивертикулезом. Выполнена средне-срединная лапаротомия. При дальнейшей ревизии в 30 см от связки Трейтца на протяжении 70 см выявлено 4 воспаленных дивертикула до 5 см в диаметре и один дивертикул 8 см в диаметре в инфильтрате с большим сальником серого цвета, пропитанным серозно-гнойным отделяемым, покрытый фибрином. На данном участке множество неизмененных мелких дивертикулов до 1 см. 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 и резецирована единым блоком с большим сальником, вовлеченным в инфильтрат. Наложена тонко-тонкокишечный анастомоз бок в бок двухрядным швом.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана из стационара на 11-е сутки.

Дивертикулы тонкой кишки достаточно редкая патология, имеющая сходную клиническую картину с другими острыми хирургическими заболеваниями.
