

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Приведенный клинический случай демонстрирует малую частоту встречаемости дивертикулов тонкой кишки, сложность их дооперационной диагностики. Ведущим хирургическим методом диагностики является диагностическая лапароскопия и лапаротомия.

У данной пациентки в течение года параумбиликальная грыжа была вправимой, но попадание в грыжевые ворота петли тонкой кишки с Меккелевским дивертикулом, вероятнее всего, привело к ущемлению грыжи. Неполноценная ревизия органов брюшной полости во время первой операции не позволила диагностировать аномалию развития кишечника у пациентки. Однако до сегодняшних дней вопрос о необходимости удаления случайно найденного дивертикула Меккеля остается открытым. Отсутствуют данные об осложнениях резекций случайно выявленных дивертикулов Меккеля. Более целесообразным представляется индивидуальный подход к выбору тактики при таких дивертикулах, который, прежде всего, определяется тяжестью состояния пациента и характером основного заболевания.

### **Выводы**

Дивертикулы тонкой кишки отличаются скудной клинической симптоматикой и вызывают угрожающие жизни осложнения, требующие экстренного оперативного лечения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Савичева, Е. Н. Рентгенологические исследования в диагностике дивертикулов пищеварительного тракта / Е. Н. Савичева, А. А. Шабарова, А. Г. Булгучев // Bulletin of Medical Internet Conferences. — 2014. — Т. 4, № 4. — С. 290.
2. Здзитовецкий, Д. Э. Дивертикулярная болезнь тонкой кишки с перфорацией и развитием распространенного гнойного перитонита / Д. Э. Здзитовецкий, А. А. Белобородов, Е. П. Данилина // Сибирское медицинское обозрение. — 2013. — № 6. — С. 76–78.

**УДК 616.346.2-002**

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

*Козлова Ю. И.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Среди всех неотложных абдоминальных операций на долю аппендэктомии по поводу острого аппендицита приходится до 26–29 %. Прослежена зависимость частоты осложнений от срока госпитализации пациентов: при госпитализации позже 24 ч их риск в 5–10 раз выше, чем среди пациентов, поступивших в более ранние сроки [1, 2].

### **Цель**

Оценить нозологическую структуру заболеваний у лиц, поступающих с подозрением на острый аппендицит и изучить результаты его хирургического лечения.

### **Материал и методы исследования**

Методом сплошной выборки изучены результаты хирургического лечения 160 пациентов, находившихся с подозрением на острый аппендицит на базе хирургического отделения № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» в период с 01.01.2018 по 31.12.2018 гг.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди поступивших пациентов с предварительным диагнозом острый аппендицит было 94 (58,8 %) женщины и 66 (41,2 %) мужчин. Возраст пациентов находился в пределах от 16 до 83 лет, среднее значение составило  $36,8 \pm 1,4$  лет.

В сроки до 6 ч доставлено 11 (6,9 %) пациентов, от 6 до 12 ч — 23 (14,4 %) пациента. В 14 (8,8 %) случаях госпитализация произведена в течение 12–24 ч, а в 112 (70 %) случаях — позднее 24 ч.

При поступлении в стационар все пациенты предъявляли жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту отметили 39 (24,4 %) человек.

При объективном обследовании пациентов симптомы Ситковского и Ровзинга в 22 (13,8 %) случаях были положительными, в 129 (80,6 %) — сомнительными. В 26 (16,3 %) случаях отмечен положительный симптом Кохера-Волковича, у 3 (1,9 %) поступивших указанный симптом отмечен, как сомнительный. Лишь у 8 (5 %) пациентов при поступлении были выявлены локальное напряжение мышц и положительные симптомы Щёткина-Блюмберга и Воскресенского.

Повышение температуры тела свыше  $37^\circ\text{C}$  зафиксировано у 26 (16,3 %) пациентов (в среднем  $37,3 \pm 0,1^\circ\text{C}$ ).

При анализе лабораторных показателей пациентов с подозрением на острый аппендицит, было выявлено повышение числа лейкоцитов в первые сутки заболевания в среднем до  $12,4 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$ . При выписке пациентов из стационара число лейкоцитов составляло в среднем  $7,2 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ . Изменения других показателей общего анализа крови выявлено не было. В то же время, уровень лейкоцитов в первые сутки у пациентов с исключенным острым аппендицитом составил  $12,2 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$ . Достоверной разницы в уровне лейкоцитоза при остром аппендиците и при симулирующих его заболеваниях не выявлено.

У пациентов с неясным диагнозом проводилось динамическое наблюдение, контроль лейкоцитоза, по показаниям применялись инструментальные методы обследования.

Следует отметить, что на ультразвуковом исследовании при поступлении лишь у одного пациента было отмечено увеличение червеобразного отростка в размерах и свободная жидкость в правой подвздошной ямке. Впоследствии при операции у этого пациента был диагностирован острый гангренозный аппендицит с периаппендикулярным абсцессом.

Динамическое наблюдение и дообследование позволило исключить острый аппендицит у 67 (41,9 %) пациентов.

Пациентам с установленным диагнозом острого аппендицита было проведено 23 (14,4 %) аппендэктомии доступом по Волковичу-Дьяконову (средняя продолжительность составила  $58,5 \pm 3,47$  минут).

Неясность диагноза в процессе динамического наблюдения потребовала проведения диагностической лапароскопии в 70 (43,8 %) случаях.

В процессе выполнения диагностической лапароскопии острый аппендицит был исключен в 25 (35,7 %) случаях. Средняя продолжительность вмешательства при этом составила  $20,9 \pm 1,2$  минут.

В 45 (64,3 %) случаях диагностической лапароскопии острый аппендицит был подтвержден. Лапароскопическая аппендэктомия была произведена 9 пациентам (средняя продолжительность составила  $61,4 \pm 9,6$  минут), 36 пациентам выполнена традиционная аппендэктомия (средней продолжительностью  $57,7 \pm 3,6$  минут).

Таким образом, острый аппендицит диагностирован у 68 (42,5 %) пациентов. Из них острый флегмонозный аппендицит выявлен в 53 (77,9 %) случаях, острый гангренозный аппендицит в 15 (22,1 %) случаях, в том числе перфоративный у 3 (4,4 %) пациентов.

Среди пациентов, у которых в процессе обследования и динамического наблюдения острый аппендицит был исключен ( $n = 99$ ), установлен диагноз кишечной колики в

29 (31,5 %) случаях, острого мезаденита — в 29 (31,5 %) случаях, хронического гастрита — в 8 (8,7 %) случаях, люмбалгии — в 6 (6,5 %) случаях, апоплексии правого яичника — в 5 (4,4 %) случаях. По 2 (по 3,3 %) случая каждой нозологии диагностированы острая спаечная кишечная непроходимость и спастический колит. По 3 (по 2,2 %) случая приходилось на альгодисменорею, дивертикулит сигмовидной кишки, острый двусторонний сальпингит. На такие заболевания как торакалгия, острый панкреатит, перекрут жирового привеска сигмовидной кишки пришлось по 1 случаю.

Послеоперационные осложнения развились в 3 (4,4 %) случаях. Это были серомы послеоперационной раны у двух пациентов и абсцесс послеоперационной раны у третьего. Все указанные осложнения купированы перевязками, пациенты выписаны с зажившими ранами. Летальных исходов не было.

Среднее число дней пребывания пациентов на стационарной койке в случае острого аппендицита составило  $8,0 \pm 0,3$  дней. Для пациентов, у которых диагноз острого аппендицита был исключен, средний койко-день был  $4,2 \pm 0,2$  дней.

### **Выводы**

По данным хирургического отделения № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» большинство пациентов с подозрением на острый аппендицит (70 %) доставляются в стационар позднее 24 ч. С ясной, не вызывающей сомнений клинической картиной, сопровождающейся перитонеальными симптомами, поступают только около 5 % пациентов. В структуре госпитализированных с подозрением на острый аппендицит большая часть (57,5 %) приходится на заболевания, симулирующие острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Применение диагностической лапароскопии позволяет исключить «напрасные» аппендэктомии. Таким образом, несмотря на высокий уровень развития современной клинической медицины, проблема острого аппендицита в настоящее время сохраняет свою актуальность и остается одной из наиболее распространенных в экстренной абдоминальной хирургии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Савельев, В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В. С. Савельев; под ред. В. С. Савельева. — М.: Триада-Х, 2005. — 640 с.
2. Эффективность лапароскопии в диагностике острого аппендицита / Ю. Г. Шапкин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2008. — № 1. — С. 15–18.

УДК [616.38:616.428]-071/-074

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО МЕЗАДЕНИТА**

*Козлова Ю. И., Веремеюк К. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Острый мезаденит (мезентериальный лимфаденит) является воспалением лимфатических узлов брыжейки подвздошной кишки. Микроскопически в лимфатических узлах при этом обнаруживается неспецифическая гиперплазия, в редких случаях — некроз и нагноение. Согласно литературным данным, наиболее частой причиной острого мезаденита являются неспецифические возбудители (различные бактерии, адено- и энтеровирусы) [1]. Среди всех заболеваний, симулирующих острый аппендицит, острый мезаденит является наиболее сложным для дифференциальной диагностики [2, 3].