

Симультанная операция у беременной в III триместре по поводу воспаления дивертикула Меккеля

М. Д. Дибиров¹, Ю. Д. Вученович², М. И. Васильченко², Т. Ю. Сыч¹, А. Л. Тихомиров¹, А. Н. Крижановская²

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

² Городская клиническая больница № 68 Департамента здравоохранения г. Москвы

Описан клинический случай выполнения симультанной операции у беременной на сроке гестации 37 недель с воспалением дивертикула Меккеля. Беременная М., 45 лет, поступила с жалобами на периодические ноющие боли в мезогастрии, тошноту, повышение температуры до 37,8° С, слабость. Несмотря на проводимое консервативное лечение, ее состояние не улучшалось, и было принято решение об оперативном родоразрешении и ревизии брюшной полости. Пациентке произвели лапаротомию, кесарево сечение по Джоэл-Козну. При дальнейшей ревизии обнаружен воспаленный дивертикул Меккеля, выполнена его клиновидная резекция.

Диагностика дивертикулита чрезвычайно сложна, особенно у беременных — в связи с изменениями топографии внутренних органов, ответной реакцией организма беременной женщины на воспаление, со значительной вариабельностью и стертостью клинических признаков острых хирургических заболеваний. Данный клинический пример показывает, что дивертикул Меккеля диагностируется на стадии осложнений.

Ключевые слова: дивертикул тонкой кишки, меккелев дивертикул, резекция дивертикула, беременность.

Simultaneous Operation for Inflamed Meckel's Diverticulum During Third Trimester of Pregnancy

M. D. Dibirov¹, Yu. D. Vuchenovich², M. I. Vasilchenko², T. Yu. Sych¹, A. L. Tikhomirov¹, A. N. Krizhanovskaya²

¹ A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

² City Clinical Hospital No. 68, Moscow Department of Healthcare

This paper describes a clinical case of a simultaneous operation performed at week 37 of gestation in a pregnant female patient with an inflamed Meckel's diverticulum. Pregnant patient M., 45 years old, presented with periodic aching pain in the infrahepatic abdomen, nausea, fever up to 37.8° C, and weakness. Conservative treatment did not lead to any improvement, and a decision was made to proceed with operative delivery and exploration of the abdominal cavity. Laparotomy was performed followed by cesarean section using the Joel-Cohen incision. Further exploration revealed an inflamed Meckel's diverticulum, which was excised by performing a wedge resection.

The diagnosis of diverticulitis is extremely challenging, especially in pregnant women. It's explained by changes in the anatomic relationships between internal organs, inflammatory response during pregnancy, and significant variability and subtleness of clinical signs of surgical emergencies. This clinical case shows that a Meckel's diverticulum can be detected when it is already complicated.

Keywords: small-intestine diverticulum, Meckel's diverticulum, resection of diverticulum, pregnancy.

Дивертикул тонкой кишки (Меккелев дивертикул) является врожденной аномалией развития кишечника и представляет собой остаток желточного протока, который соединяет среднюю кишку эмбриона с желточным пузырем, в норме он подвергается редукции к 3-му месяцу внутриутробного развития. Дивертикул Меккеля относят к группе истинных дивертикулов, это наиболее распространенный порок развития ЖКТ (0,5–5%) [4], по данным разных авторов, его обнаруживают у 2–5% людей [2, 3] (частота встречаемости — 1 : 1250), причем у 95% из них он клинически ничем не проявляется, имеет бессимптомное течение и выявляется лишь при аутопсии [1]. Одно из самых частых осложнений — дивертикулит, который возникает примерно у 20% пациентов, имеющих дивертикул Меккеля.

Среди острых хирургических заболеваний брюшной полости у беременных женщин воспаление дивертикула тонкой кишки встречается крайне редко. В отечественной и зарубежной литературе авторы не нашли описаний случаев острой хирургической патологии у беременных, причиной которой стало острое воспаление дивертикула Меккеля. В данной статье мы попытались восполнить этот пробел.

Сложности диагностики и лечения дивертикулита у беременных связаны с изменениями топографии внутренних органов, ответной реакцией организма беременной женщины на воспаление, со значительной вариабельностью и стертостью клинических признаков острых хирургических заболеваний. Симптомы острого дивертикулита (боль в животе, тошнота, повышение температуры тела, озноб, симптомы раздражения брюшины) являются неспецифическими, несут

Васильченко Михаил Иванович — д. м. н., профессор, заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «ГКБ № 68 ДЗМ». 109263, г. Москва, ул. Шкулева, д. 4. E-mail: Vasilhenko@mail.ru

Вученович Юлия Дмитриевна — к. м. н., заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ «ГКБ № 68 ДЗМ». 109263, г. Москва, ул. Шкулева, д. 4. E-mail: Vuchrd15@mail.ru

Дибиров Магомед Дибирович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и клинической ангиологии стоматологического факультета ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20/1. E-mail: m.dibirov@yandex.ru

Крижановская Анна Николаевна — к. м. н., заведующая отделением патологии ГБУЗ «ГКБ № 68 ДЗМ». 109263, г. Москва, ул. Шкулева, д. 4. E-mail: krizhanovskaya_a@mail.ru

Сыч Тимофей Юрьевич — аспирант кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии стоматологического факультета ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20/1. E-mail: doctorsport89@yandex.ru

Тихомиров Александр Леонидович — профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, д. м. н., профессор. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20/1. E-mail: redaktor@rusmg.ru

неопределенный характер и имеют мигрирующую локализацию в связи со смещением органов брюшной полости во время беременности. Именно нечеткость клинической симптоматики, особенно в III триместре, затрудняет диагностику дивертикулита.

Особенность клинического случая, описанного в данной статье, — выполнение симультанной операции в III триместре беременности у женщины на 37-й неделе (головное предлежание плода). Произведена одномоментная операция в объеме лапаротомии, кесарева сечения по Джоэл-Коэну в нижнем маточном сегменте, резекции дивертикула Меккеля.

Беременная М., 45 лет, была доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение родильного дома при ГБУЗ «Городская клиническая больница № 68 ДЗМ» 05.07.2015 с жалобами на периодические ноющие боли в мезогастрии, тошноту, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, слабость. При сборе анамнеза выяснено, что с 27-й недели беременности (III триместр) пациентка отмечает возникновение периодических ноющих болей в мезогастральной области справа от пупка, периодический субфебрилитет до $37,2^{\circ}\text{C}$, тошноту. Наблюдалась амбулаторно в женской консультации: I и II триместры — без особенностей, в III триместре выявлена умеренная преэклампсия.

Ухудшение состояния началось с 04.07.2015 (за сутки до поступления), когда у больной повысилась температура тела (до $37,8^{\circ}\text{C}$), усилились и стали постоянными боли в мезогастральной области, появились слабость, тошнота, рвота. Озноба, дизурических явлений не было.

За медицинской помощью беременная не обращалась. Из перенесенных соматических заболеваний отмечает ОРВИ. Имеет отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: настоящая беременность вторая, при первой беременности (1993) — гипотоническое кровотечение в родах, острая гипоксия плода, кефалогематома, гибель плода.

На учете в женской консультации по поводу беременности состоит с 8 недель. До момента данного заболевания все клинико-лабораторные показатели и результаты дополнительных обследований были в пределах нормы. В приемно-диагностическом отделении пациентку осмотрели уролог, терапевт, акушер-гинеколог.

При объективном исследовании состояние средней тяжести. Беременная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела — $37,6^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледно-розового цвета, умеренной влажности, без видимых патологических высыпаний. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимых патологических изменений. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД — 18 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, патологических шумов нет. Пульс — 88 в минуту, удовлетворительных характеристик. АД — 150/90 мм рт. ст. Живот не вздут, увеличен в объеме за счет беременной матки, мягкой, умеренно болезненный в правой мезогастральной области, правой параумбиликальной области при глубокой пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не увеличена, не пальпируется. Матка увеличена до размеров, соответствующих 37-й неделе гестации, в нормотонусе, безболезненна. Сердечные тоны плода при аускультации ясные, ритмичные. Дизурических явлений нет.

В развернутом анализе крови от 05.07.2015 патологии не выявлено, содержание гемоглобина — 124 г/л, лейкоцитоза нет ($10,9 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ — 11 мм/ч. Значимых изменений в биохимическом анализе крови и общем анализе мочи не обнаружено. По данным УЗИ почек — без патологии. Согласно УЗИ

матки, размеры плода соответствуют 37–38 неделям, головное предлежание, многоводие, данных за гипоксию плода нет.

Больную консультировал хирург и данных, свидетельствующих об остром хирургическом заболевании, не выявил.

С учетом болевого синдрома и повышения температуры тела беременная оставалась под динамическим наблюдением в диагностической палате приемного отделения, получала инфузионную, спазмолитическую, магниезальную терапию, были сделаны контрольные анализы крови, мочи.

Несмотря на проводимое лечение, состояние беременной оставалось без улучшения, сохранялись болевой синдром в правой мезогастральной, правой параумбиликальной области, субфебрильная температура тела (до $37,8^{\circ}\text{C}$), тошнота, рвота. В контрольных лабораторных анализах крови (общем и биохимическом) от 06.07.2015: лейкоцитоз ($18,4 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерных — 8%, сегментоядерных — 81%), повышение СОЭ (50 мм/ч), по результатам биохимического анализа крови, концентрация СРБ — 32,3 мг/л.

При пальпации живота наблюдаются положительные симптомы Бартомье — Михельсона, Ситковского, определяется локальное напряжение мышц передней брюшной стенки в области правого мезогастрия. При УЗИ брюшной полости от 06.07.2015 свободной жидкости в брюшной полости, в малом тазу не обнаружено. Червеобразный отросток не визуализируется. При кардиотокографии базальный ритм более 170 уд/мин, вариабельность базального ритма — менее 5 уд/мин.

Учитывая ухудшение состояния, появление признаков внутриутробной гипоксии плода, симптомов раздражения брюшины, изменения в анализах крови, было решено произвести оперативное родоразрешение, ревизию брюшной полости. 06.07.2015 пациентке выполнили лапаротомию, кесарево сечение по Джоэл-Коэну, на 5-й минуте за головку извлечена живая доношенная девочка массой 3240 г, длиной 52 см. Оценка по шкале Апгар — 8–9 баллов, задние воды светлые, послед удален потягиванием за пуповину, цел, диаметром 25×25 см, с множественными петрификатами, толщиной 3 см, массой 600 г. Рана на матке ушита непрерывным скорняжным вворачивающимся швом Шмидена.

При дальнейшей ревизии в подвздошной кишке на расстоянии 60 см от илеоцекального угла обнаружен дивертикул Меккеля размерами 5×3 см, гиперемирован, на верхушке покрыт фибрином. Выполнена клиновидная резекция дивертикула с ушиванием дефекта стенки тонкой кишки двухрядным атравматичным швом в поперечном направлении (1-й шов — непрерывный подслизистый, 2-й — отдельные узловые инвертированные серозно-мышечные швы). Интраоперационная кровопотеря — 500 мл.

В послеоперационном периоде больная сутки находилась в отделении реанимации, где ей проводили инфузионную, антибактериальную, симптоматическую терапию. На фоне лечения наблюдали положительную динамику, лейкоцитоз снизился с $18,4 \times 10^9/\text{л}$ до $9,10 \times 10^9/\text{л}$, болевой синдром купирован.

Больная была переведена в послеродовое отделение 07.07.2015, где продолжала получать инфузионную, антибактериальную и симптоматическую терапию. Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 8-е сутки, заживление состоялось первичным натяжением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ


Воспаление дивертикула Меккеля является редко встречающимся острым хирургическим заболеванием, требующим экстренного оперативного вмешательства. В описанном

клиническом случае эта хирургическая патология возникла на фоне беременности при сроке 37 недель. Диагностика заболевания и осложнений, обусловленных дивертикулумом Меккеля, чрезвычайно сложна, особенно у беременных

пациенток. К сожалению, не существует патогномичных симптомов в отношении острого дивертикулита. Данный клинический пример показывает, что дивертикул Меккеля диагностируется на стадии осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. *Детская хирургия*. Т. 2. СПб.: Пит, 1997. 392 с.
2. Дронов А. Ф., Поддубный И. В., Котловский В. И. *Видеолaparоскопические операции при патологии дивертикула Меккеля у детей* // *Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова*. 2002. № 2. С. 39–42.

3. Ишимов Ш. С., Раянов Н. В., Бикташев М. Л., Кузнецова А. З. и др. *Случай успешной операции при дивертикуле Меккеля, осложненном кишечной непроходимостью* // *Мед. вестн. Башкортостана*. 2011. № 6 (3). С. 146–147.
4. Черноусов А. Ф., Крылов Н. Н., Табаидзе Д., Кочкаев М. и др. *Стромальная опухоль (GIST) Меккелева дивертикула* // *Врач*. 2011. № 12. С. 72–74. 

Библиографическая ссылка:

Дибиров М. Д., Вученович Ю. Д., Васильченко М. И., Сыч Т. Ю. и др. Симультанная операция у беременной в III триместре по поводу воспаления дивертикула Меккеля // *Доктор.Ру*. 2016. № 8 (125) — № 9 (126). С. 44–46.