КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОНКОЙ КИШКИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

A CLINICAL CASE OF DIVERTICULAR DISEASE OF THE SMALL INTESTINE ON THE EXAMPLE OF A CLINICAL CASE

УДК 616.34-007.64

Стяжкина Светлана Николаевна, д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Андреева Анастасия Эриковна, студент ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Иванова Лилия Александровна, студент ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Styazhkina S. N. sstazkina064@gmail.com

Andreeva A. E. fcdgbb7@gmail.com

Ivanova L.A. lilya.iv15@yandex.ru

Аннотация

Дивертикулярная болезнь - это хроническое заболевание, которое возникает из-за образования в стенке кишечника мешкообразного выпячивания (дивертикула), и, как следствие, застойного процесса и развития воспаления. Иногда имеется одиночный дивертикул, но, как правило, чаще всего у людей возникают множественные выпячивания в одном из отделов кишечника. В данной статье кратко представлены общие сведения дивертикулярной болезни и представлен клинический случай, где рассмотрены клинические проявления, методы обследования и медикаментозное лечение при данной патологии [3].

Annotation

Diverticular disease is a chronic disease that occurs due to the formation of a sac-like protrusion (diverticulum) in the intestinal wall, and, as a result, a stagnant process and the development of inflammation. Sometimes there is a single diverticulum, but, as a rule, people most often have multiple protrusions in one part of the intestine. This article briefly presents the general information on diverticular disease and presents a clinical case, which discusses the clinical manifestations, methods of examination and drug treatment for this pathology [3].

Ключевые слова: дивертикулы, тонкая кишка, абсцесс, перитонит, воспалительный процесс.

Key words: diverticula, small intestine, abscess, peritonitis, inflammatory process.

Введение.

Дивертикулы кишечника – это мешковидные выпячивания стенки толстой, реже тонкой кишки врожденного либо приобретенного характера. Заболевание часто протекает бессимптомно. Явные клинические формы патологии проявляются неопределенными болями в животе, диспепсическими явлениями, кровотечениями. Для диагностики используют ирригографию, колоноскопию, ректороманоскопию, УЗИ и КТ органов брюшной полости [2]. Специфическая терапия включает в себя применение диеты с повышенным содержанием клетчатки, назначение спазмолитиков, прокинетиков, антибактериальных препаратов, лактулозы. При осложненном течении заболевания требуется хирургическое лечение [1].

Клинический случай: Пациентка П., 44 лет, поступила в дежурную хирургию БУЗ УР «Первая клиническая республиканская больница МЗ УР» 29 февраля 2019 года. Жалобы при поступлении: умеренные боли в правой подвздошной области, гипогастрии. Тошноты, рвоты не было.

Развитие болезни: заболела остро 07.02.2019, когда появились боли в животе, был жидкий стул, тошнота. Температура тела нормальная. В связи с постоянным болевым синдромом в гипогастрии обратилась в дежурную хирургию Первой РКБ. Такое состояние наблюдала у себя впервые.

Общее состояние: удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, конституция нормостеническая, состояние питания нормальное. Кожные покровы бледной, физиологической влажности, нормальной температуры. Имеются узкие бледные стрии. Отеков нет.

Исследование системы дыхания: при сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочной звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, шум трения плевры не выслушивается.

Исследование системы кровообращения: при аускультации тоны сердца ритмичные ясные, побочные шумы отсутствуют. Выслушивание сосудов – нарушений нет. ЧСС 62 уд/мин, АД 140/80 мм рт.ст.

Исследование пищеварительной и мочевыделительной систем: живот обычной формы, увеличен в объеме. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в гипогастрии, правой подвздошной области, несколько в околопупочной области. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

Заключение общего анализа крови: уровень гемоглобина снижен, остальные показатели в норме – подозрение на апластическую анемию. СОЭ повышена – признак воспалительного процесса.

Заключение биохимического анализа крови: холестерин незначительно повышен, что может являться признаком начинающейся гипертонии, неправильного питания, заболеваний поджелудочной железы и др. Белки крови и СРБ повышены – воспалительные процессы. Альфа-амилаза крови повышена – признак перитонита, панкреатита, воспаления в брюшной полости [4].

В анализах крови прослеживаются явные признаки воспаления в ЖКТ.

Биохимический анализ мочи: уробилиноген находится на высшей границы нормы, кетонурия, лейкоцитурия, уровень аскорбиновой кислоты повышен.

Микробиологическое исследование мочи: выявлена klebsiela pneumonia 10^7. Ампициллин-сульбактам – чув., цефалоспорины – чув., аминогликозиды – чув., карбапенемы – чув.

УЗИ органов брюшной полости: выявлены УЗИ-признаки умеренных диффузных изменений печени, деформаций желчного пузыря, косвенные признаки патологии желудка.

На основании анамнеза, физикального обследования и данных лабораторных и инструментальных исследований поставлен следующий клинический диагноз: Дивертикулярная болезнь тонкой кишки с прободением и абсцессом. Осложнения: кишечная непроходимость, скопление выпота в брюшной полости, образование очагов абсцесса, местный перитонит с образованием спаек, распространение воспаления на мочеполовую систему – цистит, уретрит + бактериальное обсеменение, анемия.

Лечение.

Режим стационарный, диета: голод первые 4 дня, далее – стол №4, консервативная инфузионная терапия.

Медикаментозно: дротаверин 2% 2мл №5, внутримышечно 2 раза в день; цефтриаксон 1,0 №10 внутримышечно каждые 12 часов; Дюфалак 5% 15-45 мл/сутки (в 2-3 приема); тегасерод 6 мг №10 по 1 таблетке 2 раза/сутки; Линекс №32 по 1 капсуле 3 раза/сутки; Фестал №50 по 1 драже 3р/день сразу после еды; раствор Рингера 10% - 400 мл внутривенно по 60 мл капельно.

Эпикриз.

Больная П., находилась на стационарном лечении в колопроктологическом отделении Первой РКБ с 09.02.2019 по 22.02.2019 г. Жалобы при поступлении: умеренные боли в правой подвздошной области, гипогастрии, тошноты, рвоты не было. Диагноз: Дивертикулярная болезнь тонкой кишки с прободением и абсцессом. Осложнения: кишечная непроходимость, скопление выпота в брюшной полости, образование очагов абсцесса, местный перитонит с образованием спаек, распространение воспаления на мочеполовую систему – цистит, уретрит + бактериальное обсеменение, анемия. За время лечения в

стационаре отмечалась положительная динамика, состояние стабильно хорошее.

Выводы: Прогноз при наличии дивертикулов кишечника обычно благоприятный, однако иногда это заболевание может привести к развитию угрожающих жизни осложнений. Дивертикулит возникает примерно у четверти больных. Профилактики врожденных дивертикулов кишечника не существует [5]. Предупредить развитие приобретенных дивертикулов можно путем нормализации режима и рациона питания, употребления достаточного количества клетчатки и жидкости, использования умеренных физических нагрузок.

Литература

1. Парфенов А.И., Крумс Л.М., Павлов М.В. Дивертикулы тонкой кишки // Терапевтический архив, 91 (2), 4-8, 2019
2. Здзитовецкий, Д.Э., Белобородов, А.А., Данилина, Е.П., Борисов, Р.Н., Тяпкин, С.И. Дивертикулярная болезнь тонкой кишки с перфорацией и развитием распространенного гнойного перитонита // Сибирское медицинское обозрение, (6 (84)), 76-78, 2013
3. Крадинов А.И., Черноротов В.А., Крадинова Е.А., Черноротова Е.В., Воронин А.А. Диагностика и лечение дивертикулярной болезни желудочно-кишечного тракта // Таврический медико-биологический вестник, 22 (1), 153-163, 2019
4. Мяконький Р.В., Каплунов К.О. Случай дивертикулярной болезни тонкой кишки, осложнившейся перфорацией дивертикула с образованием межкишечного абсцесса и развитием острой кишечной непроходимости // Волгоградский научно-медицинский журнал, (4 (52)), 55-59, 2016
5. Шило Р.С., Могилевец Э.В., Белюк К.С., Карпович В.Е., Дешук А.Н., Коваленя П.А., Кордецкий А.К. Осложнения дивертикулов тонкой кишки, случаи из практики // Журнал Гродненского государственного медицинского университета, 17 (2), 219-223, 2019

Literature

1. Parfenov A.I., Krums L.M., Pavlov M.V. Diverticula of the small intestine // Therapeutic archive, 91 (2), 4-8, 2019
2. Zdzitovetsky, D.E., Beloborodov, A.A., Danilina, E.P., Borisov, R.N., Tyapkin, S.I. Diverticular disease of the small intestine with perforation and the development of widespread purulent peritonitis // Siberian Medical Review, (6 (84)), 76-78, 2013
3. Kradinov A.I., Chernorotov V.A., Kradinova E.A., Chernorotova E.V., Voronin A.A. Diagnostics and treatment of diverticular disease of the gastrointestinal tract // Tavrichesky medico-biological bulletin, 22 (1), 153-163, 2019
4. Myakonkiy R.V., Kaplunov K.O. A case of diverticular disease of the small intestine, complicated by perforation of the diverticulum with the formation of an interintestinal abscess and the development of acute intestinal obstruction // Volgograd Journal of Medical Scientific Research, (4 (52)), 55-59, 2016
5. Shilo RS, Mogilevets E.V., Belyuk K.S., Karpovich V.E., Deshuk A.N., Kovalenya P.A., Kordetsky A.K. Complications of small intestine diverticula, cases from practice // Journal of Grodno State Medical University, 17 (2), 219-223, 2019