

УДК: 616.345.007.64-06-08

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Головня П.Ф., Андриенко И.Б., Свиридов Н.И., Мартюшев Е.Е.

Дорожная клиническая больница на ст. Донецк.

Донецкий государственный медицинский институт им. М.Горького.

Дивертикулёз ободочной кишки, по данным литературы, является редким заболеванием, чаще встречается у пожилых, частота его составляет от 1 до 10 %. Прогноз при дивертикулёзе ободочной кишки благоприятен, но осложнения его могут быть угрожающими для жизни. Наиболее частыми осложнениями дивертикулёза являются: дивертикулит, перфорация, кровотечения, кишечная непроходимость, внутренние или наружные свищи [2, 3].

Материал и методы исследования.

С 1995 по 2005 гг. в хирургические отделения кафедры хирургических болезней № 2 ФПО Донецкого медицинского университета было госпитализировано 26380 больных с экстренной патологией, из них по поводу осложнений дивертикулёза — 47, что составляет 0,17%. Анализ поступлений больных по годам свидетельствует об отсутствии возрастания частоты заболевания.

Все больные находились на стационарном лечении. Женщин было — 29, мужчин — 18, возраст — от 50 до 86 лет. Все больные были доставлены бригадой скорой помощи с различными диагнозами: острый аппендицит — 14 (29, 8%), перитонит неясной этиологии — 12 (25,5%), острый панкреатит — 9 (19,1%), острая кишечная непроходимость — 7 (14,9%), острый холецистит — 5 (10,7%). Правильный диагноз ни у кого установлен не был.

Из осложнений, послуживших поводом для госпитализации, наиболее часто встречались больные с обострением хронического дивертикулита — 17 (36,2%), с перфорацией дивертикула — 16 (34%), с острым дивертикулитом — 8 (17%), с образованием воспалительного инфильтрата 6 (12,8%).

При наличии осложнений клиническая картина зависит от локализации дивертикула, вида осложнения и его выраженности.

Наиболее частым осложнением является дивертикулит, который характеризуется внезапным появлением сильной боли — у 23 больных (92%), в 20 случаях (80%) боль

локализовалась в левой половине живота, в 16 случаях (64%) заболевание с самого начала сопровождалось задержкой стула, у 21 больного (84%) отмечалось повышение температуры тела, у 19 больных (76%) отмечалась тахикардия. При пальпации живота в 15 случаях (60%) имело место напряжение мышц передней брюшной стенки в левой половине живота, у 5 больных (20%) напряжение мышц отмечено в мезогастральной области.

У 6 больных наряду с перечисленными симптомами отмечалось образование инфильтрата (по нашим данным у всех 6 в левой подвздошной области). Размеры инфильтрата колебались от незначительных, с трудом определяемых при пальпации, до обширных 18x20см, занимающих всю левую половину живота.

По поводу перфорации дивертикула находилось на лечении 16 больных. У 4 больных в анамнезе имело место указание на периодически возникающие боли в животе, чаще в левой половине, у 3 из них боль вызывалась приёмом пищи. У всех 4 больных после акта дефекации боль уменьшалась. Длительное время эти больные страдали запорами. У 12 больных заболевание началось внезапно на фоне бессимптомного течения дивертикулёза.

Перфорация в свободную брюшную полость быстро приводила к развитию прогрессирующего перитонита, клинические проявления которого не отличались от таковых при других формах острого воспаления брюшины. По нашим данным таких больных было 9 (56%). У 5 больных (31%) перитонит имел ограниченный характер и локализовался в нижнем этаже брюшной полости. 2 больных (13%) находились на лечении по поводу сформировавшегося параколического абсцесса, причиной была поздняя обращаемость больных.

Симптомы перечисленных осложнений, хотя и довольно яркие, однако не носят специфического характера. В связи с этим, оп-

ределить причину их возникновения очень часто бывает весьма трудно. Выявление дивертикулёза возможно только с помощью рентгенологического исследования ободочной кишки. При ирригоскопии дивертикулы выявляются в виде округлой формы депо бария, либо в виде остроконечных выступов, напоминающих зубья пилы. Мы проводим ирригоскопию в ургентном порядке всем больным, поступающим с подозрением на дивертикулёз и его осложнения, за исключением больных с перитонитом. Во всех случаях с помощью этого метода нам удалось поставить истинный диагноз. Ни одного осложнения во время этого исследования мы не наблюдали. Следовательно, мнение об опасности проведения ирригоскопии в остром периоде следует считать мало обоснованным. Основным условием профилактики осложнений является щадящее выполнение этой манипуляции.

К признакам дивертикулита относятся: нечёткая структура дивертикула, длительная задержка в нём контрастного вещества, выраженное местное раздражение кишки, проявляющееся её спазмом и беспорядочным расположением гаустр, грубые, широкие, отёчные складки слизистой. Это отмечено у 21 больного. Развитие параколического инфильтрата проявляется в ригидности кишечной стенки и сужении её просвета. При проведении дифференциального диагноза с опухолью ободочной кишки следует учитывать, что при дивертикулите сужение кишки чаще носит эксцентрический характер, контуры её, хотя и ригидные, но чёткие, а складки слизистой расширены и расположены беспорядочно, но не разрушены. Это наблюдалось у 4 из 6 больных с параколическим инфильтратом.

В случае перфорации дивертикула в свободную брюшную полость, когда наличие перитонита вызывает сомнения, нами в экстренном порядке производилась лапароскопия. Таких больных было 4. Следует отметить, что наличие перитонита было подтверждено, а фактический диагноз установлен не был. В связи с этим мы считаем, что лапароскопия при данной патологии не является достаточно информативным исследованием для установления источника перитонита.

Больным с дивертикулитом мы проводим комплексное консервативное лечение: постельный режим, приём жидкой пищи, инфузионную терапию, антибиотики четвертого поколения, спазмолитики и противовоспалительные средства, препараты, регулирую-

щие акт дефекации.

У больных с параколическим инфильтратом проводили консервативную терапию при постоянном динамическом наблюдении. В случае абсцедирования - показано вскрытие гнояника с обязательным отведением кишечного содержимого с помощью илеоили трансверзостомы, что было произведено 2 больным, остальные 4 были излечены консервативным путем.

Больные с перфорацией дивертикула в свободную брюшную полость подлежат оперативному лечению в экстренном порядке. Таких больных было 16. Все они, поступили в клинику с перитонитом, развившимся в результате перфорации дивертикула, оперированы в первые 2 часа от момента поступления. После проведения кратковременной предоперационной подготовки, все больные оперированы с диагнозом перитонит, наиболее вероятным источником которого считали перфорацию опухоли левой половины ободочной кишки. Это диктовалось онкологической настороженностью и недоучетом возможности других, более редко встречающихся заболеваний, в том числе и перфорации дивертикула, тем более, что речь шла о больных пожилого и старческого возраста.

Во время операции у всех 16 больных был выявлен перитонит различной распространенности: местный - у 4 (давность заболевания 4-6 часов), диффузный - у 10, разлитой - у 2. перфорация дивертикула, расположенного по свободному краю кишки, произошла у 6 больных, по брыжеечному - у 5, в жировой подвесок - у 5. Поражение сигмовидной кишки отмечено у 14 больных, ректосигмоидного отдела - у 2.

До настоящего времени, в литературе, нет единого мнения по вопросу лечения больных с перфорацией дивертикула в свободную брюшную полость. Большинство авторов [1,4,5,] предлагают производить ушивание перфоративного отверстия с наложением проксимальной колостомы, либо выполнение резекции с формированием концевых колостом, или выводить внебрюшинно участок перфорации с формированием двустольной колостомы или же - операция типа Гартмана, т.е во всех случаях производится многоэтапное лечение.

В 14 случаях нами применена разработанная в клинике методика экстраперитонизации участка кишки с перфорацией (Удостоверение на рационализаторское предложение № 3615 от 5.03.97г, выданное Донецким медицинским университетом). Суть его

закljučается в следующем: через косой разрез в левой подвздошной области мы вывели пораженный участок кишки в подкожную клетчатку, со стороны брюшной полости листки париетальной брюшины фиксировали к серозной оболочке выведенной петли, полностью изолируя ее от свободной брюшной полости. У 10 из этих больных свищи закрылись самостоятельно, а у 4 пришлось прибегнуть к повторному оперативному вмешательству. Описанная оперативная техника проста и может быть выполнена хирургом любой квалификации.

При локализации дивертикулов в ректосигмоидном отделе у 2 больных мы прибегли к широкому дренированию с применением отграничивающих тампонов при обязательном отключении пораженного участка путем наложения разгрузочного свища. В обоих случаях сформировались наружные толстокишечные свищи, которые в последующем были закрыты оперативным путем.

В послеоперационном периоде имели место следующие осложнения: флегмона в ране - 3, пневмония - 2, тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии - 1. Умерших после оперативных вмешательств не было.

На основании сказанного выше, считаем возможным сделать следующие выводы:

1. Осложнения дивертикулеза ободочной кишки являются довольно редкой патологией и составляют 0,17% по отношению ко всем urgentным больным.

2. Диагноз заболевания и его осложнений должен строиться на строгом учете данных анамнеза, клинических проявлений с обязательным использованием рентгенологического метода в остром периоде.

3. При перфорации дивертикула операцией выбора является экстраперитонизация участка ободочной кишки. При технической невозможности ее выполнения - широкое дренирование брюшной полости с обязательным отключением пораженного участка ободочной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Ачкасов С.И. и др. Клиническое значение дискоординации двигательной активности ободочной кишки при дивертикулярной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2000. - №4. - С.77 - 83.
2. Герман С.В. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: мифы и реальность // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2000. -

№1. - С.66 - 73.

3. Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Меньшиков А.М. и др. Лечебная тактика при дивертикулярной болезни толстой кишки // Хирургия. - 2000. - №9. - С.48 - 51.
4. Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Загидуллин Ш.З. и др. Опыт лечения дивертикулярной болезни толстой кишки // Казанский медицинский журнал. - 2000. - №2. - С.125 - 128.
5. Stollman N.H., Raskin J.B. Диагностика і лікування дивертикулярної хвороби товстої кишки // Медицина світу. - 2002. - Т.13, №3. - С.119-131.

Summary

PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF COLON DIVERTICULOSIS COMPLICATIONS IN THE PRACTICE OF URGENT SURGERY

Antonuk S.M., Akhrameev V.B., Golovnya P.F., Sviridov N.V., Andrienko I.B., Martyshev E.E.

The results of the treatment of 47 patients with colon diverticulosis complications have been analyzed. All the patients had been under treatment in the clinic of surgery of the road hospital (Donetsk, Ukraine) from 1995 to 2005. There were 29 female patients and 18 male ones, they aged from 50 to 86 years old. There were the patients with aggravated chronic diverticulit (36,2%), with diverticule perforation - 34%, with an acute diverticule - 17%, with formation of inflammatory infiltration - 12,8%. With the aim to specify the diagnosis all the patients had been undergone irrigoscopy. The authors had offered an original technique of surgical intervention at the pathology under study. The tactics used allowed to avoid fatalities.

Проведен анализ результатов лечения 47 больных с осложненным течением дивертикулеза толстой кишки, которые находились на лечении в клинике хирургических болезней с 1995 по 2005 годы. Женщин было 29, мужчин - 18, возраст - от 50 до 86 лет. Наиболее часто встречались больные с обострением хронического дивертикулита - 36,2%, с перфорацией дивертикула - 34%, с острым дивертикулитом - 17%, с образованием воспалительного инфильтрата - 12,8%. Всем больным для уточнения диагноза в urgentном порядке выполняется ирригоскопия. Авторами предложена оригинальная методика оперативного вмешательства. Избранная тактика позволила избежать летальных исходов.