

УДК: 616.329-056,812

Дивертикулярная болезнь как проявление дивертикулеза толстой кишки

Н.Н. Волобуев, А.В. Козлов, Самир Рабах Закут, Д.С. Астафьев, Р.А. Берберов, И.М. Воробец

Клиника госпитальной хирургии №1 Крымского государственного медицинского университета им. С.И.Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстой кишки, дивертикул, лечение

Дивертикулы (diverticulum – «развилка», «дорога в сторону») довольно редкое заболевание, и опыт отдельных лечебных учреждений ограничивается, как правило, небольшим количеством наблюдений. Наша клиника, не будучи специализированной, тем не менее, располагает довольно обширной казуистикой данного заболевания с локализацией процесса: в пищеводе - 96 наблюдений, в желудке - 8, в двенадцатиперстной кишке - 12, в желчном пузыре - 2, во внутрипеченочных ходах (синдром Карролли) - 3, в Вирсунговом протоке - 2, в перикарде - 4, в мочевом пузыре - 2. Полностью не учтено количество случаев с локализацией дивертикулов в тонком и в толстом кишечнике. Персональные и сводные статистические данные свидетельствуют о том, что дивертикулы толстой кишки представляют их наиболее «излюбленную» локализацию.

Чуть первого описания ди-

вертикулов данной локализации принадлежит Morgani и относится к 1700 году [1], а патоморфологические изменения при этом заболевании J Cruveilhier в публикации за 1849 год [3]

Внедрение в арсенал клинических исследований рентгенологических, фиброэндоскопических и тонких патоморфологических методов позволили сделать это заболевание визуальным и разрешить многие вопросы этиологии, патофизиологии, патоморфогенеза и порегиональной эндемии.

Так, например, Дексон на основании обобщения результатов рентгеноконтрастных исследований, проведенных в клинике Мейо [1], дивертикулы толстой кишки обнаружил у 1231 (5%) из 24620 обследованных. Manobsos O. с соавт. [5] при рентгеноконтрастных исследованиях толстой кишки выявили наличие дивертикулеза у 33% обследованных жителей Оксфорда в возрасте старше 60 лет, и лишь у 78 (2,8%) из 2700 у жи-

телей Греции аналогичной возрастной группе и, как редкую казуистику, у аборигенов Африки.

При анализе показателей частоты возникновения осложнений в зависимости от локализации дивертикулов установлено, что первое место в этом отношении должно быть отведено сигмовидной кишке: у 85-95% - дивертикулит при его сочетаниях у 25% - с кровотечением, у 25% - с расстройствами моторно-эвакуаторной функции кишечника вплоть до его непроходимости, у 20% - с околокишечными гнойниками, у 18% - с перфорацией дивертикулов и у 8% - с формированием толстокишечно-мочепузырных свищей [2,6,7].

Обсуждение клинического материала

В хирургических и проктологическом отделениях нашей клиники за последние 20 лет на обсле-

довании и лечении находилось 55 больных с дивертикулезом, осложнившимся дивертикулярной болезнью (ДБ) толстой кишки в возрасте от 42 до 77 лет; из них мужчин — 23 (42%) и женщин — 32 (58%). В качестве общепринятых методов клинического обследования применялись остающиеся «золотым стандартом» рентгеноконтрастные и эндоскопические методы исследования, дополнявшиеся, при необходимости, биопсией «зон интереса».

В течении ДБ толстой кишки (как, впрочем, и дивертикулов других локализаций) целесообразно условно выделить три стадии [4,7]. Мы подчеркиваем — «**услвно**», поскольку понятие стадийности предусматривает обязательность последовательного перехода одной из них в другую, чего при данном заболевании может и не наступать.

В первой стадии сформировавшиеся дивертикулы толстой кишки могут не вызывать каких-либо существенных расстройств моторно-эвакуаторной функции кишечника, или изредка проявляться коликами за счет спастических сокращений кишки при задержке дериватов каловых масс в просвете дивертикулов.

Больные в первой стадии ДБ должны опекаться гастроэнтерологами или домашними врачами, и, получив соответствующую ситуационную помощь и инструктаж, могут успешно заниматься самолечением в амбулаторных условиях с соблюдением диетического режима, обеспечением нормального кишечного пассажа, использованием современного арсенала слабительных средств, очистительных клизм, комплекса лечебной физкультуры и санаторно-курортных факторов. Оперативное лечение в первой стадии, как правило, не показано. Таких больных в анализируемой группе было 16.

Клинические проявления ДБ во второй («дивертикулитной») стадии заболевания определяются

развитием воспалительного процесса (катарального и инфильтративного) в стенке дивертикулов, но без деструкции его слизистой.

Обычно, больные при этом испытывают чувство дискомфорта в животе, различные по интенсивности болевые ощущения, отмечают моторно-эвакуаторные расстройства в виде запоров или послаблений. Боль при пальпации преимущественно определяется в левой подвздошной области, подобно той, что бывает при аппендиците. В каловых массах может определяться слизь, а иногда и кровянистые выделения. При первом обращении такого пациента за медицинской помощью, обычно выставляется диагноз колита или иного заболевания толстой кишки.

С этой стадией заболевания в нашей группе наблюдалось и оперировалось 28 человек. Консервативное лечение при этом должно рассматриваться лишь как мера общей и специальной подготовки больного к оперативному вмешательству, или же у больных с наличием общеклинических противопоказаний к достаточно серьезному оперативному вмешательству.

Во всех случаях выполнялись резекции пораженных дивертикулезом сегментов кишки с иссечением сигморектального перехода. Послеоперационные осложнения наблюдались у 4 (14%) оперированных: желудочные кровотечения из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки — у 2; воспалительный инфильтрат в брюшной полости, по-видимому, как следствие не реализовавшейся несостоятельности швов межкишечного соустья — у 1, которые были купированы консервативными мерами и расхождение кожно-апоневротических швов с неполной эвентрацией, (1) устраненной вторичной ульнорафией без летальных исходов.

Третья стадия ДБ характеризовалась возникновением ос-

ложнений, угрожавших жизни больного или бесперспективностью консервативной терапии, которые наблюдалась у 11 человек: перфорация стенки дивертикула с развитием калового перитонита (2), внутрибрюшными абсцессами (2), флегмоной сигмовидной кишки (1), толстокишечной непроходимостью (1), обусловленной образованием воспалительного инфильтрата с включением в него пораженной дивертикулезом сигмовидной кишки (1), внутрикишечными кровотечениями вследствие арозии сосудов стенки дивертикула (3), трансформацией воспалительного процесса в раковый (1), формирование толстокишечно-мочепузырного свища (1).

Все больные были оперированы; из них в первых 6 случаях — в экстренном порядке, и остальные пятеро — после уточнения диагнозов и соответствующей подготовки. У всех оперированных выбор методов оперативных вмешательств и последовательность этапов их выполнения определялись конкретными клиническими и оперативно-техническими ситуациями и завершились благоприятными исходами.

Считаем целесообразным, поделить последнее наблюдение, экзвивитным в нашей практике.

Больной И-Чун-Ик, 75 лет, (Ист б-ни № 18020) поступил в проктологическое отделение 01.10.04 г с жалобами на общую слабость, тупую, периодически усиливающую, боль в мезо- и гипогастральной областях и в прямой кишке, запоры и выделения жидкого кала и газов при мочеиспускании.

История заболевания. Считал себя больным в течение месяца, когда появилась боль в прямой кишке и в животе, а затем отметил выделения при мочеиспускании разбавленного мочой кала и зловонных газов. Начало заболевания ни с чем не связывал. В связи с ухудшением состояния

обратился за медицинской помощью, был обследован в амбулаторных условиях с последующей госпитализацией в проктологическое отделение.

В анамнезе операция по поводу гиперплазии предстательной железы в 1998г. и клинические проявления, характерные для гастродуоденита или язвенной болезни.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Вид соответствует возрасту и этническим особенностям. Пульс - 80 уд. в мин, удовлетворительных качеств, АД - 140/90 мм рт. ст., сердечная и легочная системы — возрастные особенности. Язык влажный обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в дыхании; при пальпации мягкий, умеренно болезненный в подвздошно-паховых областях слева и по ходу нисходящей кишки. Опухолей и симптомов острой внутрибрюшной патологии не определялось. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания без задержек, иногда с резами и выделением с мочой небольшого количества каловых масс и зловонных газов. Акт дефекации со склонностью к запорам, временами с примесью в каловых массах слизи и крови. В области anus, a - гипертрофированные анальные бахромки. При ректоскопии на задней стенке прямой кишки полип до 0,8 см в диаметре, покрытый неизменной слизистой. При лабораторных исследованиях — лейкоцитурия до 40-60 лейкоцитов в п/зр.

При ирригоисследовании обнаружен дивертикулез сигмовидной и дистальной порции нисходящей ободочной кишки с поступлением небольшого количества взвеси сульфата бария в мочевой пузырь. При цистоскопии — гиперемия слизистой: поступления каловых масс в полость мочевого пузыря не выявлено. Ректосигмоскопия до глубины 25 см — на стенке кишки большое количество слизи, в прямой кишке на ее задней стен-

ке, раннее описанный полип; на глубине 18-20 см - обнаружено отверстие свищевого хода диаметром 1,2 см с вывернутыми краями слизистой. При попытке биопсии наступило обильное выделение каловых масс, прекратившее дальнейшее исследование.

Диагноз: дивертикулез сигмовидной и нисходящей кишок (третья стадия дивертикулярной болезни), толстокишечно-мочепузырный свищ, проктоколит, цистит, коронарокардиосклероз, стенокардия напряжения, H_1

После пятидневной подготовки 12.10.04г. под ЭТН из нижней срединной лапаротомии больному произведено разделение ранее описанного межорганного свища с ушиванием дефекта в мочевом пузыре и резекцией нисходящей и сигмовидной кишок, дренирование полости малого таза, декомпрессия мочевого пузыря с установкой катетера Фоллея, назначение поликомпонентной инфузионной терапии. 15.10.04г. из брюшной полости через контрольный дренаж отмечено выделение крови объемом до 150 мл, обширная параульнарная гематома, тахикардия до 105 уд. в мин., умеренно выраженные симптомы раздражения брюшины, которые потребовали выполнения релапаротомии. При этом было обнаружено небольшое количество жидкой крови без сгустков, интактный межкишечный анастомоз и настоятельные швы мочевого пузыря. Операция ограничилась туалетом брюшной полости с оставлением ирригатора для антибиотикотерапии. До 20.10.04г. послеоперационный период протекал без осложнений, а затем возникли рецидивные желудочно-кишечные кровотечения из острых язв желудка и трех трещин в области кардии (синдром Меллори-Вейса), которые удалось купировать проведением «квадротерапии» экзальцаций в сочетании гемотрансфузиями. 03.11.04г. больной выписан для реабилитационного лечения по месту жительства, Выздоров-

ление с нормализацией физиологических функций.

Таким образом, наш относительно небольшой опыт свидетельствует о настоятельной необходимости активного выявления и планового оздоровления больных с дивертикулярной болезнью до наступления тяжелых и опасных осложнений дивертикулеза толстой кишки.

Литература

1. Дейнека И.Я. Повреждения и заболевания толстой кишки. В кн «Многотомное руководство по хирургии», Медгиз, 1960, т. 7. с 470-529
2. Дробни Ш. Хирургия кишечника. Изд Академии наук Венгрии, Будапешт, 1983г, с. 592
3. Cruveilhier J. Traite d. Anatomie Pathologique Generale Paris. Bailliere. 1849. V. 1. p. 492
4. Ellis H., Colonic diverticula. Pathology and natural history. Brit. Med.J. 1970, 3, 565
5. Manousos O.h., Doxiadis Th., Arnoutis P Diverticulosis of colon in Greece InRecent Progreses in Study of Disorders of cdanmidrectum
6. G. Ponca J.L. Emergensy surgical operations for diverticular diseases. dis. Colon.Rect, 1970, 13, 235
7. Sawyer K.C., Sawyer RB Waggeiter H.U The pathogenesis of diverticulosis coli Dis colon Rect., 1969, 12.49

Закамаркова хвороба як прояв закамарку богутня

М.М. Волобуєв, О.В. Козлов, Самір Рабах Закут,
Д.С. Астаф'єв, Р.А. Берберов, І.М. Воробець

Обстежувалось та лікувалось 55 хворих з закамарковою хворобою богутня у віці від 42 до 77 років: з першою стадією – 16, з другою – 28, з третьою – 11. Хворим в першій стадії проводилась консервативна терапія, в другій методом вибору з'явилися втручання резекції уражених сегментів богутня; в третій – ви часу та і способу оперативного втручання визначався характером виниклих ускладнень та станом хворих.

Ключові слова: закамаркова хворобою богутня, закамарка, лікування.

Diverticular disease as a manifestation of diverticulosis of colon

N.N. Volobuev, A.V. Kozlov, Samir Rabah Zacut, D.C.
Astafev, R.A.Berberov, I.M. Vorobets

55 patient examined and treated with diverticular disease of colon at the age of 42 to 77 year 16-with the I-st stage, 28-with the II-nd stage, 11 with the III-rd stage patients with I-st stage treated conservatively: in the second stage the treatment of choice was surgical resection of the defective segment of the colon. In the third stage in the third stage – selection of method and time of operative manipulation has been evaluated according to the character of the complication and the condition of the patient.

Key words: diverticulosis of the colon, diverticular disease.