

фильтрация наблюдается в промежуточных формах и фиброзном раке, то есть в опухолях с выраженным стромогенезом. У скirrosных опухолей констатирован самый высокий уровень инфильтрации лимфоидными элементами. При этом разрастание в опухоли соединительной ткани в некоторых случаях становится исходом иммунного воспаления, которое само по себе может угнетать рост опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев А. К. Арх. патол., 1974, 6.—2. Несветов А. М., Жданов А. С. Вopr. онкол., 1981, 7.—3. Струков А. И. Арх. патол., 1981, 1.—4. Уманский Ю. А. Иммунологическая реактивность при раке. Киев, Здоров'я, 1974.—5. Ioachim H. L., J. Natl. Canc. Inst., 1976, 3, 465.—6. Sala O., Ferlito A. Acta Otolaringol., 1976, 81, 353.—7. Southam C. M. Eur. Cancer, 1965, 1, 173.—8. Vose B. M., Moore M. Immunolog. Lett., 1981, 3, 237.

Поступила 9 сентября 1983 г.

УДК 616.34—007—64—073.75

ДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

В. Г. Сахаутдинов, И. Х. Хидиятов, В. М. Тимербулатов

*Кафедра общей хирургии (зав.—проф. В. Г. Сахаутдинов) Башкирского
медицинского института им. XV-летия ВЛКСМ*

Дивертикулез относится к числу нередких заболеваний ободочной кишки. Частота его увеличивается с возрастом, более половины людей старше 60 лет страдают этим заболеванием [2, 6].

Диагностика дивертикулеза ободочной кишки представляет определенные трудности, поскольку и при других патологических состояниях толстой кишки встречаются сходные симптомы и синдромы кишечных расстройств [1, 3—5]. Наибольшие затруднения возникают при дифференциации дивертикулеза с неспецифическими колитами, особенно с болезнью Крона, синдромом раздраженной толстой кишки, злокачественными опухолями, что подтверждают направительные диагнозы больных при поступлении в клинику. Так, 42 (23,9%) из 176 больных были направлены с неспецифическим колитом, 43 (24,4%) — с синдромом раздраженной кишки, 11 (6,2%) — с раком толстой кишки. Правильный диагноз на догоспитальном этапе был установлен только у 20 (11,4%) больных, в основном у тех лиц, которые были направлены проктологами поликлиник.

Диагностика дивертикулеза ободочной кишки особенно трудна при возникновении кровотечения, дивертикулита, перфоративного дивертикулита, внутренних свищей. Перечисленные осложнения обнаружены у 109 (61,9%) больных. Наиболее часто (у 65 лиц) встречались воспалительные осложнения, среди них острый дивертикулит был диагностирован у 32 больных, хронический — у 33. Кишечное кровотечение выявлено у 25 (14,2%), стеноз толстой кишки с хронической кишечной непроходимостью — у 14 (7,9%), острая кишечная непроходимость — у 3 (1,7%), свищ между мочевым пузырем и сигмовидной кишкой — у 1 (0,6%), малигнизация — у 1 больного. У 14 пациентов отмечалось одновременное сочетание двух осложнений.

34% больных было госпитализировано в экстренном порядке по поводу острых осложнений. Таким образом, каждый третий больной с осложненным дивертикулезом ободочной кишки нуждался в экстренной или срочной хирургической помощи.

Клиническая диагностика дивертикулеза и его осложнений трудна также ввиду высокой частоты сопутствующих заболеваний, особенно хронического калькулезного холецистита, хронического гастрита, сахарного диабета и заболеваний сердца. У одного больного было выявлено в среднем не менее 2 сопутствующих заболеваний. Они усложняли клиническую картину дивертикулеза и требовали дополнительного исследования других органов и систем.

Клиническая картина дивертикулеза характеризовалась множеством кишечных и общих симптомов и во многом определялась формой заболевания и наличием осложнений. Наиболее частыми симптомами являлись боли в левой половине живота (65%), чаще в левой подвздошной области (40,3%), запоры (69%), метеоризм

(53,4%), патологические примеси в кале. Клиника неосложненного дивертикулеза мало чем отличалась от симптомов, свойственных синдрому раздражения толстой кишки.

Особенностями хронического дивертикулита являлись более выраженный и постоянный болевой синдром, упорные нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, более частые кишечные кровотечения. У больных нередко определялись увеличение СОЭ, субфебрилитет.

При стенозе толстой кишки в клинической картине доминировали симптомы хронической кишечной непроходимости, выраженность которых зависела от степени компенсации функций толстой кишки. Для дивертикулезного кровотечения было характерно однократное обильное выделение чаще неизменной крови, повторные кишечные кровотечения встречались реже.

При остром дивертикулите появлению внезапных резких болей предшествовали усиление вздутия живота, задержка газов. В 72% случаев боли локализовались в левой подвздошной области и в левой половине живота и чаще были постоянными, реже схваткообразными, периодически повторялись. Характерным являлось повышение температуры тела (у 15 из 32 больных — более 38°). Высокая температура чаще всего отмечалась при перидивертикулярном абсцессе, перитоните. Кроме того, у больных наблюдалась тахикардия, язык был сухим и обложенным.

При обследовании живота определялась болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки в левой подвздошной, мезогастральной областях, при перитоните симптомы раздражения брюшины были положительными. При остром дивертикулите выявлялся пальпаторный симптом, заключающийся в появлении или усилении болей в левой подвздошной или мезогастральной областях при пальпации правой половины живота.

У 7 больных отчетливо пальпировались перидивертикулярные инфильтраты. У 22 человек отмечен лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ оказалась увеличенной у 30 из 32 обследованных.

Окончательный диагноз дивертикулеза и его осложнений устанавливается, как правило, в результате дополнительных исследований, среди которых наиболее информативны рентгенологические (ирригоскопия) и эндоскопические (колоноскопия) методы. При рентгенологическом исследовании во время пассажа контрастной взвеси по толстой кишке дивертикулы были выявлены только у 10 из 176 больных. При этом необходимыми условиями контрастирования были большие размеры дивертикулов, наличие широкой шейки, отсутствие воспаления. Данный метод можно использовать при неосложненном дивертикулезе и преимущественном поражении правого фланга ободочной кишки. Ирригоскопия контрастной клизмой широко применялась нами и при острых осложнениях дивертикулеза (за исключением перитонита и профузного кровотечения). При рентгенологическом исследовании в стадии острых осложнений дивертикулы выявляются не всегда, и поэтому через 2—3 мес после купирования острого дивертикулита целесообразна повторная ирригоскопия. Она позволяет судить как о распространенности дивертикулеза по ободочной кишке (84% дивертикулов локализовались слева), так и о наличии осложнений. При воспалении дивертикулы приобретают неправильную форму с неровными контурами, шейка и тело четко не дифференцируются, плохо опорожняются и могут контрастироваться даже через несколько недель после исследования.

При кишечном кровотечении рентгенологическим методом исследования можно установить предположительный его источник, исключив такие наиболее частые причины кровотечения, как полипоз, злокачественные новообразования, неспецифический язвенный колит, что помогает еще до операции определить объем резекции.

Ведущим эндоскопическим приемом исследования при дивертикулезе является колоноскопия. Ректороманоскопическим методом только у одного больного достоверно был установлен диагноз дивертикулеза (обнаружение устья дивертикула). Учитывая риск колоноскопии при осложненных формах, данный метод исследования, как правило, применяли после стабилизации состояния больных и купирования острых явлений. Однако в тех случаях, когда точно дифференцировать острый дивертикулит и острые хирургические заболевания органов брюшной полости не удавалось, колоноскопию выполняли в экстренном или срочном порядке (у 10 больных). Осложнений не наблюдалось.

Использование указанного объема исследований в большинстве случаев позволяет установить диагноз дивертикулеза. Но при осложнениях заболевания, особенно в экстренной хирургии, приходится применять дополнительные методы. У 10 больных с осложненным острым дивертикулитом (перидивертикулярный инфильтрат, перитонит) с помощью экстренной лапароскопии были уточнены локализация и распро-

странность воспалительного процесса и исключены другие острые хирургические заболевания органов брюшной полости. У 12 больных с хроническим дивертикулитом лапароскопию проводили в основном для исключения рака толстой кишки. При выраженном спаечном процессе вокруг ободочной кишки лапароскопия связана с определенными техническими трудностями. Поэтому в ряде случаев лапароскоп в брюшную полость больным вводили после рассечения брюшины под контролем зрения.

При остром дивертикулите дополнительными методами топической и дифференциальной диагностики являются электротермометрия и жидкокристаллическая термография кожи живота. Выраженная термоасимметрия кожи была выявлена в основном в точках Кюммелля, Мак-Бернея, Ланца и зависела от характера воспалительного процесса: при перидивертикулярном инфильтрате — в среднем $0,85^{\circ}$, перидивертикулярном абсцессе — $1,1^{\circ}$, перитоните — $1,2^{\circ}$ и более (см. рис.).

С помощью данного метода можно определить как интенсивность и локализацию, так и распространенность воспалительного процесса. Анализ результатов исследования и их сопоставление с характером воспалительного процесса в брюшной полости позволили выделить 4 типа термограмм. Для 1-го типа было характерно наличие «горячей» зоны в ограниченном участке левой подвздошной или мезогастральной области, что соответствовало неосложненному острому дивертикулиту. При 2-м типе термограмм «горячие» зоны локализовались в пределах указанных областей, при этом у больных диагностировался перидивертикулярный абсцесс. При 3-м типе термограмм «горячие» зоны выходили за пределы левой подвздошной или мезогастральной областей и были характерными для местного неотграниченного перитонита. 4-й тип термограмм выявлялся при разлитом перитоните: зоны повышенной температуры распространялись на другие области передней брюшной стенки.

Следует также отметить диагностические возможности регистрации внутрикишечного давления открытыми катетерами. Нами было использовано устройство для измерения давления одновременно на трех уровнях ободочной кишки. Исследование позволило выявить довольно типичную для дивертикулеза форму волн с высокой амплитудой, которая в 2,5—3 раза превышала амплитуду волны у здоровых. Кроме того, даже в соседних сегментах ободочной кишки отмечался высокий градиент давления, хотя регистрирующие концы катетеров находились в 5 см друг от друга.

ВЫВОДЫ

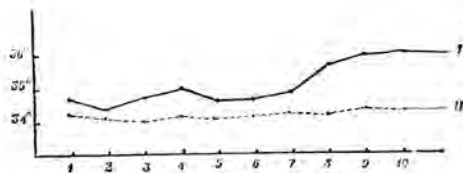
1. Клиническая картина дивертикулеза толстой кишки определяется наличием, видом и степенью тяжести его осложнений. У 62% пациентов заболевание имеет осложненное течение.

2. Диагностика дивертикулеза основывается на комплексной оценке результатов клинических, рентгенологических и эндоскопических методов исследования. Дополнительными методами диагностики являются электротермометрия, жидкокристаллическая термография кожи живота и прямая регистрация внутрикишечного давления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А. М., Волкова Л. Н. В кн.: Новое в хирургии. Тбилиси, 1972.
2. Газетов Б. М. Дивертикулез толстой кишки (клинико-диагностические проблемы). Автореф. докт. дисс., М., 1976.
3. Газетов Б. М., Жерихова И. Д. Хирургия, 1972, 5.
4. Левитан М. Х., Сидоров В. С. и др. В кн.: О болезнях прямой и ободочной кишок. Сб. научных трудов. М., 1978, вып. 10.
5. Bergardi R. S., Si-goosroug D. Am. J. Proctol., 1976, 27, 2.
6. Berndt H. Zbl. Chir., 1976, 101, 403.

Поступила 6 ноября 1983 г.



Термограммы больного с дивертикулитом сигмовидной кишки (I) и здорового (II). На оси абсцисс — точки измерения температуры в градусах. 1 — точка Мейо — Робсона, 2 — точка Керра, 3 — точка Кюммелля, 4 — точка Мак-Бернея, 5 — точка Ланца, 6, 7, 8, 9, 10 — точки в левой половине передней брюшной стенки.