

язве, иногда с дренирующей операцией и медикаментозная ваготомия в послеоперационном периоде. 5 больным операцию не предлагали; 3 человека вначале отказались от операции, но все они были прооперированы при рецидиве кровотечения (вынужденные отсроченные операции). Ошибка прогнозирования составила непредсказанный рецидив кровотечения, потребовавший операции, у 5 (3%) из 163 больных.

Все летальные исходы в основной группе произошли после вынужденных экстренных (у 3) и ранних (у 2) операций.

При сравнительно однородном составе контрольной и основной групп частота предпринятых операций была практически одинаковой: вынужденная экстренная, ранняя и вынужденная отсроченная операции были произведены в контрольной группе у 29% больных, в основной — у 24%. Медикаментозное лечение было проведено соответственно у 51% и 56% больных, плановые операции — у 20% и 20%. Однако за счет

более раннего выполнения операций частота продолжения или рецидива кровотечения в стационаре уменьшилась с 31 до 10%, а средний объем перелитой крови — с $1,39 \pm 0,06$ до $0,81 \pm 0,08$ л. Общая летальность снизилась с 11 до 3%: после экстренных операций — с 23 до 13%, после плановых — с 4 до 0%, при медикаментозном лечении — с 6 до 0%.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о рациональности примененного подхода.

ЛИТЕРАТУРА

- Горбашко А. И. // Вестн. хир.— 1987.— № 10.— С. 3—9.
- Петров В. П., Ерюхин И. А., Шемякин И. С. // Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта.— М., Медицина.— 1987.
- Поташов Л. В., Алиев М. А., Седов В. М., Нурмаков А. Ж. // Кровотечения из острых и хронических гастроуденальных язв.— Алма-Ата, Казахстан.— 1982.
- Хай Г. А. // Теория игр в хирургии.— Л., Медицина, 1978.
- Штейн Л. Б. // Опыт прогнозирования в медицине с помощью ЭВМ.— Л., Изд-во ЛГУ, 1987.

Поступила 01.11.89

УДК 616.348—007.64—005.1—089.8

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

В. Г. Сахаутдинов, Д. И. Мехдиев, В. М. Тимербулатов

Кафедра хирургии (зав.— доц. В. М. Тимербулатов) факультета усовершенствования врачей Башкирского медицинского института имени 15-летия ВЛКСМ

Р е ф е р а т. Из 526 больных дивертикулезом ободочной кишки выраженные кровотечения были у 80 (15,2%) человек, в основном у лиц пожилого возраста. Экстренные оперативные вмешательства потребовались у 13,8% больных. Описана хирургическая тактика в зависимости от распространенности дивертикулеза и интенсивности кровотечения.

К л ю ч е в ы е с л о в а: ободочная кишка, дивертикулез, кровотечение, лечение.

Библиография: 7 названий.

Одним из грозных осложнений дивертикулеза толстой кишки является кровотечение. При этой патологии оно возникает, по данным ряда авторов [2, 7], в 0,2—48,5% случаев. Кровь может изливаться из любого дивертикула независимо от его локализации в толстой кишке, однако наиболее часто при генерализованном дивертикулезе [3, 4].

Кровотечение из дивертикулов толстой кишки, как правило, останавливает-

ся спонтанно или после консервативного лечения (у 81%); рецидивы были отмечены у 22—40% человек больных [5, 6]. 54% пациентов с кровотечением из дивертикулов толстой кишки поступили в стационар в состоянии геморрагического шока, 38% — без явлений шока, но с низкими показателями гемоглобина [4].

Наш клинический опыт свидетельствует, что кровотечение в основном возникает в пожилом возрасте и в большинстве случаев — из проксимального отдела толстой кишки. Довольно трудно обнаружить местонахождение кровоточащего дивертикула, особенно при тяжелом состоянии больных и поражении проксимальных отделов толстой кишки. Общепринятые и наиболее информативные методы обследования (ирригоскопия, колоноскопия), как правило, труд-

но выполнимы на высоте кровотечения. Поэтому лечение и обследование проводили последовательно с учетом состояния больных и анализов крови. В таких случаях необходимо также исключить кровотечение из тонкой кишки и другие частые его причины: полип, полипоз, рак, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.

Кишечное кровотечение при раке толстой кишки является одним из частых его симптомов (до 41—90%) и несколько реже наблюдается при дивертикулезе. Профузные кровотечения при раке встречаются редко при дивертикулезе же — чаще; как правило, они массивны, однократны, редко повторяются, кровь при этом не изменяется. Рак прямой кишки можно определить при пальцевом и ректороманоскопическом исследовании, а при высоких локализациях — рентгеноконтрастным способом. После улучшения состояния точный диагноз устанавливали по результатам лапароскопии, колоноскопии, ирригоскопии.

Мы располагаем опытом лечения 326 больных (мужчин — 31%, женщин 69%) дивертикулезом толстой кишки. 78% больных были старше 55 лет. Кровотечения различной выраженности были отмечены у 80 (15,2%) больных. У 175 больных кровотечение было единственным симптомом дивертикулеза. Обычно при дивертикулярной болезни возникало массивное кровотечение, которое в 80% случаев было однократным. У 20% больных ранее были повторные кровотечения на протяжении 3—5 лет. Общая продолжительность заболевания среди больных с дивертикулярным кровотечением, как правило, превышала 6—8 лет. 75% больных беспокоили боли, запоры; периодически в стуле имели место примеси крови. Уровень гемоглобина колебался от 1,2 до 0,6 ммоль/л, то есть у большинства пациентов была выраженная постгеморрагическая анемия. У 50% больных были выявлены сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания: атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца.

На высоте кровотечения специальное обследование больным не проводилось из-за тяжелого состояния и опасности рецидива. Как уже отмечалось, наиболее информативные методы исследования (ирригоскопия, колоноскопия) труд-

но выполнимы на высоте кровотечения; кроме того, очень сложно подготовить толстую кишку. Лечение проводили последовательно с учетом состояния больных и динамики состава крови, эффективности консервативного лечения, возможностей коррекции постгеморрагической анемии. Всем больным назначали интенсивную заместительную, гемостатическую терапию, местную гипотермию, постельный режим. В зависимости от выраженности кровотечения больным в среднем переливали 500—1000 мл крови, кровезаменителей. После выведения больных из состояния постгеморрагического шока в прямую кишку вводили смесь по Б. В. Огневу, что стимулирует сокращение кишечной стенки и уменьшает внутрикишечное давление. У 11 (13,7%) больных консервативные мероприятия оказались неэффективными, у некоторых из них возникло повторное кровотечение и для его окончательной остановки потребовались оперативные вмешательства.

Обнаружить во время операции источник кровотечения и выбрать оптимальный объем резекции — довольно трудная задача. В тех случаях, когда это было невозможно, выполняли субтотальную колэктомию, такой тактики придерживаются и другие авторы [11]. Сигмэктомия была произведена 3 больным, левосторонняя гемоколэктомия — 5, субтотальная колэктомия — 3. Рецидивы кровотечения в течение 3—5 лет после операции наблюдались у 2 больных, ранее оно у них было остановлено консервативными методами лечения. С учетом возможных рецидивов кровотечений мы применяем в последнее время интраоперационную колоноскопию оставшихся отделов толстой кишки. Такой метод позволяет более точно определять распространенность дивертикулов в толстой кишке.

ВЫВОДЫ

1. Кровотечения при дивертикулезе ободочной кишки выявляются у 15,2% больных; чаще всего они массивные, однократные и в основном встречаются у лиц пожилого возраста.

2. Лечебная тактика должна быть активно-выжидательной, с учетом состояния больных, показателей крови и эффективности консервативного лечения.

3. У 13,8% больных наряду с интенсивной гемостатической терапией методом окончательного гемостаза является оперативное лечение.

4. Объем оперативного вмешательства зависит от локализации дивертикулов, распространенности дивертикулеза.

5. Интраоперационная колоноскопия способствует уточнению распространенности дивертикулов и объема оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Albo R. I., Grimes O. F., Dunphy J. E.// Amer J. Surg.—1966.—Vol. 112.—P. 264—272.
2. De La Vega J. M., Lucas C. E.//Arch. Surg.—1976.—Vol. 25.—P. 111—193.
3. Havia T.//Acta chir. scand.—1971.—Suppl. 415.—P. 1—29.
4. Mc Guire H. H., Haunes B. W.//Ann. Surg.—1972.—Vol. 175.—P. 847—855.
5. Ponka J. L.//Dis. Colon Rect.—1970.—Vol. 13.—P. 235—242.
6. Romanath H. K., Hinshaw J. R.//Arch. Surg.—1971.—Vol. 103.—P. 311—314.
7. Thamas M., Mathien P., Schmitt J. C. et al.//Chirurgie.—1975.—Vol. 10.—P. 884—851.

Поступила 12.02.90.

УДК 616.344.—007.64—002—089.8

ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

А. П. Осицов, А. В. Карпееев

г. Кирово-Чепецк

Периодически в литературе появляются подробные материалы, посвященные дивертикулу Меккеля. Кроме этого, в хирургических журналах нередко публикуются сообщения об единичных и казуистических наблюдениях патологических состояний, вызванных этим врожденным пороком. В этих материалах достаточно хорошо освещаются вопросы истории и эмбриогенеза, клиники патологических состояний и их лечения; приводятся примеры различных сочетаний дивертикула Меккеля с другими заболеваниями, его осложнений и т. д. В тоже время авторы отмечают трудности, особенно диагностические: до операции дивертикул Меккеля выявляют в редких случаях [1], летальность же достигает 16,6—24% [1, 7]. Все эти диагностические просчеты, вероятно, связаны с тем, что дивертикул Меккеля встречается довольно редко. По А. А. Русанову [5] при вскрытии трупов его находят приблизительно в 2% случаев, а по В. Тошовскому и О. Вихитилю [6] — в 0,3—2,3%. В практической хирургии каждая операционная находка этой патологии вызывает живое обсуждение, поэтому все сообщения о дивертикуле Меккеля являются весьма интересными.

С 1955 г., то есть более чем за 30 лет, нами были прооперированы 33 пациента (мужчин — 21, женщин — 12), у которых был выявлен дивертикул Меккеля. В литературе также отмечается, что данная врожденная патология встречается чаще у мужчин. 27 пациентов бы-

ли моложе 30 лет, в их числе было 13 детей. Остальные 6 больных были более старшего возраста (до 69 лет).

Размеры дивертикула, как правило, варьировали в пределах 10×2—3 см, самый большой дивертикул имел размеры 12×8 см. Локализация дивертикула относительно ileocecalного угла была различной и зависела, по всей вероятности, от возраста. У одного больного дивертикул находился в 20 см от ileocecalного угла, у 6 — в 40—50 см, у 23, то есть у подавляющего большинства, — в 60—80 см, у 2 — в 90 см, у одного — на расстоянии одного метра. Имеются сообщения о длине дивертикулов до 96—104 см и их удалении от ileocecalного угла до 2 м [3].

У всех больных дивертикулы располагались по противобрыжеевому краю кишки и были вытянутой или конусо-видной формы. У 11 больных дивертикул имел собственную брыжейку. Знание анатомических особенностей места нахождения и кровоснабжения данного образования способствует правильному выбору оперативного вмешательства.

У 19 больных дивертикул Меккеля был причиной острого хирургического заболевания брюшной полости: 10 больных доставили с острым дивертикулитом, 5 — с непроходимостью кишечника, 3 — с грыжей Литтре, и у одного наблюдали перфорацию дивертикула рывьей костью. Все больные были прооперированы.

По клинической картине острый ди-