

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 I. 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—913.
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. Осипов, А. В. Карпеев

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 то же 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. Вихитилу [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 илеоцекального угла была различной и зависела, по всей вероятности, от возраста. У одного больного дивертикул находился в 20 см от илеоцекального 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 илеоцекального угла до 2 м [3].

У всех больных дивертикулы располагались по противобрыжечному краю кишки и были вытянутой или конусовидной 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 рыбьей костью. Все больные были прооперированы.

По клинической картине острый ди-

вертикулит и острый аппендицит в нашей практике особо не различались. Некоторые исследователи на основе изучения послеоперационных материалов [4, 5] указывают на некоторые характерные симптомы острого воспаления дивертикула Меккеля: более медленное развитие симптоматики, более высокую температуру, большую интоксикацию, болезненность в области пупка и т. д. Однако эти симптомы столь неспецифичны, что могут наблюдаться и при любом другом остром хирургическом заболевании органов брюшной полости и, следовательно, на их основе нельзя поставить точный диагноз. В наших наблюдениях в 6 случаях острый дивертикулит сочетался с острым аппендицитом, поэтому до операции он тем более не был выявлен. Все оперативные вмешательства были предприняты с предварительным диагнозом острого аппендицита. У 4 больных была обнаружена странгуляционная кишечная непроходимость вследствие ущемления петли тонкой кишки фиксированным дивертикулом или тяжем, соединяющим пупок с дивертикулом Меккеля. У одного больного дивертикул был причиной инвагинации кишечника. Таким образом, у всех у них была типичная картина кишечной непроходимости, и наличие дивертикула Меккеля ни в одном случае не было заподозрено.

Ущемление дивертикула в грыже в 1700 г. было описано Литтре задолго до Меккеля, когда даже не было термина «дивертикул». Сам Литтре считал это образование приобретенным, возникающим в результате вытягивания и ущемления кишечной стенки в грыжевых воротах [3]. Нами были прооперированы трое больных с грыжей Литтре — один ребенок 4 лет и двое взрослых. Еще реже, вероятно, встречаются перфорации дивертикула Меккеля инородными телами. Данное осложнение протекает так же, как острый аппендицит, или имеет картину прободения полого органа. В нашей практике был один такой случай.

П., 4 лет, поступил в хирургическое отделение 01.04.71 г. через 6 ч после появления болей в правой подвздошной области, которые вскоре распространились по всему животу. Беспокоила тошнота. Температура — 37,8°, пульс — 100 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения. Язык обложен серым налетом, влажный. Живот вздут, слабо участвует в акте дыхания, при пальпации определяется болезненность во всех отделах, боль-

ше в правой подвздошной области, где имеет место резко положительный симптом Щеткина—Блюмберга. С диагнозом острого аппендицита больной был взят на операцию.

В брюшной полости обнаружено умеренное количество мутной жидкости. Червеобразный отросток слегка гиперемирован. В рану извлечена петля кишки с дивертикулом Меккеля (3,5 × 2,5 см). У основания дивертикул был перфорирован рыбьей костью длиной около 4 см, вокруг имелись фибриновые наложения. Произведены резекция тонкой кишки с дивертикулом на участке 4 см и аппендэктомия. Ребенок выздоровел и в настоящее время чувствует себя хорошо.

У 14 из 33 пациентов дивертикул Меккеля был найден как операционная находка, причем ни у одного из них он не был изменен, тем не менее у 8 больных он был удален. У 6 пациентов дивертикул был оставлен, из них у 4 — с острым аппендицитом, при котором имелись явные деструктивные изменения в червеобразном отростке (у 2 был гангренозно-перфоративный аппендицит с явлениями перитонита), у 2 — с острым калькулезным холециститом и тромбозом мезентериальных сосудов. У всех этих больных дивертикулэктомия при неизменном дивертикуле была бы неоправданным усложнением основной патологии и проведенной по ее поводу операции.

Кроме упомянутых выше острых хирургических заболеваний брюшной полости, в литературе приводятся описания язв дивертикула, острых кровотечениях на почве этих язв и различных неопластических процессов [2, 3, 6]. Мы в своей практике этих заболеваний не встречали.

Техника оперативного вмешательства при дивертикуле Меккеля в литературе хорошо освещена. Методом выбора является клиновидное иссечение дивертикула с последующим ушиванием дефекта в поперечном направлении двумя рядами швов. Подобная операция нами была произведена 21 больному. При широком основании дивертикула и деструктивных изменениях в нем, переходящих на стенку кишки (у 4) производили резекцию кишки формированием межкишечного анастомоза. При узком основании дивертикула (у одного) ограничились операцией типа аппендэктомии — погружением перевязочной культи в кисетный шов.

От перитонита мы потеряли 2 больных, прооперированных по поводу острого гангренозно-перфоративного дивертикулита и непроходимости кишеч-

ника: оба поступили в поздней стадии заболевания. Еще одна пациентка, 66 лет, умерла от тромбоза мезентеральных сосудов. Дивертикул Меккеля оказался у нее случайной находкой, он не был изменен, поэтому его не удаляли.

В заключение хотелось бы остановиться на следующем. За 32 года нами было проведено 24 413 оперативных вмешательств, и только у 33 (0,13%) больных за это время была выявлена эта врожденная аномалия. У 19 пациентов дивертикул Меккеля был причиной острой хирургической патологии брюшной полости. Казалось бы, не так уж много случаев, но они чреваты всякими неприятными последствиями. Поэтому хирурги должны быть особенно, внимательными в тех случаях, когда имеются неудовлетворительные результаты после аппендэктомии. В таких случаях — это прямое показание к ревизии терминальных отделов тонкой кишки на предмет наличия дивертикула.

ВЫВОДЫ

1. Дивертикул Меккеля может быть причиной различных острых хирургических заболеваний брюшной полости, однако из-за отсутствия специфических симптомов истинная причина этой па-

тологии устанавливается только после лапаротомии.

2. Случайно обнаруженный дивертикул следует удалить при условии, если дивертикулэктомия не утяжелит основное заболевание и не осложнит основную операцию.

3. Отсутствие соответствия клинической картины и операционной находки при вмешательстве, предпринятом по поводу острого аппендицита, является показанием к ревизии терминальных отделов тонкой кишки до 1,5 м.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А., Сулейманов А. С., Бахромов Ш. Б., Расулаев С. Р. // Вестн. хир.— 1983.— № 11.— С. 101—104.
2. Блохина Л. Н., Проходцев И. И., Ефимов Н. Г. // Вестн. хир.— 1982.— № 2.— С. 74—75.
3. Земляной А. Г. // Дивертикулы.— Л., Медицина, 1970.
4. Мешков М. В., Сидорова Г. А. // Хирургия.— 1987.— № 8.— С. 41—43.
5. Русанов А. А. // Дивертикул Меккеля.— Многоотомное руководство по хирургии.— Л., Медгиз, 1960.
6. Тошовский В., Вихитил О. // Острые процессы в брюшной полости при врожденных аномалиях у детей. // Перев. с чешского.— М., Медгиз, 1957.
7. Чухриенко Д. П. // Непроходимость кишечника.— Киев, 1958.

Поступила 05.05.89.

УДК 611.146.3+611.146.6+611.146.7

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ ЛЕВЫХ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ И ЯИЧКОВОЙ (ЯИЧНИКОВОЙ) ВЕН

И. А. Ибатуллин, С. И. Белых, В. К. Ларин, О. А. Лобкарев

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав.— проф. И. А. Ибатуллин), кафедра урологии (зав.— доц. С. И. Белых) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Р е ф е р а т. Выявлены три варианта впадения центральной вены надпочечника по отношению к яичковой вене. При нефрэктомии слева без селективной перевязки почечных сосудов установлено снижение уровня корковых гормонов надпочечника (альдостерон, кортизол) в первые 10 дней после вмешательства. Рекомендуется целенаправленное лигирование левой почечной вены дистальнее устья яичковых вен, что важно для профилактики надпочечниковой недостаточности в раннем послеоперационном периоде.

К л ю ч е в ы е с л о в а: левые надпочечниковые и яичковые вены, анатомия.

1 иллюстрация. Библиография: 10 названий.

Изучение вариантной анатомии левой почечной вены и ее притоков является весьма актуальным в ангиологии и урологии, так как без этих знаний невоз-

можно объективно оценивать результаты селективной флебографии почек в клинике [6, 7], а также осуществлять целенаправленное лигирование почечной вены при левосторонней нефрэктомии в целях профилактики выключения надпочечниковой вены [3].

Почечные вены представляют собой наиболее вариабельный отдел системы нижней полой вены [5]. Притоки ее — надпочечниковая вена и яичковая (яичниковая) вена — имеют сложное эмбриологическое развитие и определяют особенности вариантной анатомии строения венозной системы левой почечной вены. Это, как правило, обуслов-