

О ДИВЕРТИКУЛИТАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Доцент Е. О. НЕПОКОЙЧИЦКИЙ, А. П. ШМАКОВ

Клиника госпитальной хирургии (заведующий — профессор И. А. Петухов)
Витебского медицинского института

Дивертикулы желудочно-кишечного тракта не являются редкостью. По данным А. Я. Попова (1954), они встречаются около 1,5% от всех заболеваний желудочно-кишечного тракта. Рентгенологи находят дивертикулы в 0,2—32% рентгенологических исследований, а патологоанатомы — в 5—22% произведенных вскрытий.

Анализ наблюдений свидетельствует о том, что неосложненные дивертикулы клинически себя ничем не проявляют и могут быть обнаружены случайно при рентгенологическом исследовании или операции по поводу других заболеваний органов брюшной полости. Дивертикулит также не дает характерной клинической картины.

Наиболее часты дивертикулы толстой кишки. Widenheimer et al. (1974) утверждают, что почти у 50% людей старше 50 лет имеются дивертикулы в толстой кишке и почти у 10% больных рентгенологически обнаруживаются их признаки. Из всех отделов толстой кишки чаще других поражается сигмовидная. Второе место (до 22%) занимают дивертикулы 12-перстной кишки, с преимущественной локализацией в средней трети нисходящей ветви. Дивертикулы пищевода составляют лишь 3—6% названной патологии (А. Г. Земляной, 1970). Дивертикулы Меккеля, как наиболее простая аномалия развития желудочно-кишечного тракта, встречаются в 2—3% от общего числа дивертикулов желудочно-кишечного тракта.

Диагностика дивертикулитов представляет серьезные трудности в связи с отсутствием характерных симптомов заболевания. Во всех случаях ведущим симптомом является боль, локализация и характер которой свойственны тем или иным острым заболеваниям органов брюшной полости. Дивертикулит верхней горизонтальной ветви 12-перстной кишки, например, может имитировать острый гастрит, язвенную болезнь желудка, дуоденит. Неопределенную клиническую картину дают дивертикулиты тонкой кишки, напоминая по течению острый аппендицит, кровотечение, кишечную непроходимость. В то же время дивертикулит восходящей части толстой кишки имитирует острый аппендицит, тифлит, острый холецистит; нисходящей части — язвенный и спастический колиты, заворот сигмовидной кишки.

Наиболее достоверным диагностическим методом является рентгенологический. 12-перстная кишка, кроме того, может быть исследована в условиях искусственной гипотонии.

Основную роль в лечении играет консервативная терапия, хотя в последнее время отдельные хирурги (L. Williams et al, 1959) приводят данные о хороших исходах после хирургических вмешательств.

Серьезные разногласия возникают у хирургов в выборе лечения при дивертикулитах пищевода, 12-перстной и толстой кишок в «холодном» периоде или при вялотекущем воспалительном процессе.

Нами изучены истории болезни 22 больных, лечившихся в последние 10 лет в хирургических отделениях областной и 2-й городской клинических больниц г. Витебска. Дивертикулит Меккеля диагностирован у 12 больных, сигмовидной кишки — у 5, поперечно-ободочной кишки — у 2, 12-перстной кишки — у 2, пищевода — у 1 больного.

Возраст больных: 20—70 лет. Мужчин было 15, женщин — 7.

Таким образом, наиболее часто встречаются дивертикулы Меккеля и дивертикулы толстой кишки. Дивертикулы же пищевода и 12-перстной кишки встречаются реже. Характерно, что дивертикулит Меккеля не был диагностирован до операции ни у одного больного, а был обнаружен лишь во время операций по поводу острого аппендицита. Объем оперативного вмешательства при данной патологии может быть самым различным: от ушивания дивертикула гофрирующими швами до резекции участка кишки вместе с дивертикулом.

Лечебная тактика при дивертикулитах у изученных нами больных была индивидуальной, учитывалась локализация дивертикула, клиническая картина, частота обострений, наличие сопутствующих заболеваний. Больные с дивертикулами Меккеля, как правило, подвергались операции — резекции с наложением двухрядных швов на тонкую кишку. У 2 больных, у которых воспалительные изменения были слабо выражены, дивертикулы были погружены гофрирующими швами в тонкую кишку. Послеоперационный период в основном соответствовал таковому после аппендэктомии. Все больные выздоровели. Средняя длительность пребывания больного на койке в послеоперационном периоде составила 11,8 дней. Больные с дивертикулитами пищевода, 12-перстной и толстой кишок лечились консервативно. На 3—6-й день исключалось энтеральное питание. Капельно внутривенно вводились кровь, белковые препараты, 150—200 мл 0,25%-ного

раствора новокаина, 5%-ный раствор глюкозы, кровезаменители и электролиты. На фоне внутримышечного введения антибиотиков широкого спектра действия назначали левомицетин по 0,5 г 4 раза в сутки, что усиливало антибактериальную терапию и оказывало непосредственное действие на очаг воспаления. Комплексную терапию дополняли назначением витаминов: *B*₁, *B*₆, *B*₁₂ и *C*.

Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения Меккелева дивертикулита хорошие. 2 больных с дивертикулами сигмовидной кишки и один больной с дивертикулум пищевода после консервативного лечения (1—2 раза в год) отмечают периодические обострения. В условиях стационара они получают повторные курсы лечения. Остальные 7 больных в течение последних 3 лет за медицинской помощью не обращались.

ЛИТЕРАТУРА

Земляной А. Г. Дивертикулы. М., 1970.—Попов А. Я. Тезисы докл. обществ. конф. ГИДУВ, Л., 1954, с. 53.—Widenheimer M., Corman M., Collier J. *Geriatr.*, 1974, 29, 10, 77.—Williams L., Hughes C., Bowers W. *Arch. Surg.*, 1959, 78, 4, 538.

Поступила 24/II 1977 г.