

616.345-036-089

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА ТОЛСТОЙ КИШКИ*Зельдин Э.Я., Шиленок В.Н., Фомин А.В.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В настоящее время отмечается тенденция к неуклонному росту частоты выявления заболеваний толстой кишки. Это обстоятельство можно объяснить не только улучшением диагностики, но и истинным ростом заболеваемости. Из колопроктологических заболеваний чаще встречается дивертикулярная болезнь, при этом с каждым годом увеличивается число осложненных форм. Среди заболеваний толстой кишки, требующих оперативного лечения, дивертикулярная болезнь занимает второе место после рака [1]. По данным О.Ю.Карпухина с соавт. дивертикулярная болезнь встречается у одного из 10 человек, достигших 40-летнего возраста, а к 70 годам у половины населения [2].

Дивертикулярная болезнь толстой кишки в настоящее время представляет собой серьезную и сложную клиническую и социально-экономическую проблему, т.к. частота заболеваемости и развития воспалительных осложнений постоянно увеличивается, достигая 50-60% и 15-20% соответственно [3].

Из осложнений дивертикулярной болезни большое значение в клинике занимают гнойно-воспалительные процессы, которые достаточно трудны для диагностики и лечения. Увеличение частоты заболеваемости, сложность диагностики и лечения осложненных форм делают эту проблему колопроктологии достаточно актуальной.

Цель. Клиническим проявлением воспалительных осложнений дивертикулярной болезни является абдоминальный болевой синдром различной интенсивности, что предполагает оказание им экстренной хирургической помощи в общехирургическом стационаре [4]. Учитывая это обстоятельство целью работы явилось изучение диагностических возможностей и тактики лечения при гнойно-воспалительных осложнениях в условиях БСМП.

Материал и методы. В хирургической клинике ВГМУ на базе городской клинической больницы СМП за 2013-2016 годы наблюдали 247 пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки, осложненной острым дивертикулитом, абсцессом в полости дивертикула, перфорацией. Среди наблюдаемых пациентов мужчин 79 (32%), женщин 168 (68%). Возраст колебался от 31 до 82 лет (медиана 56). Дивертикулит левой половины толстой кишки у 244, слепой кишки – у 3.

Группы пациентов распределяли по классификации, предложенной Всесоюзным симпозиумом по проблеме дивертикулезе толстой кишки в 1979 году. 1. Дивертикулез толстой кишки без клинических проявлений. Заболевание в этой форме рассматривается как случайная находка. 2. Дивертикулез с клиническими проявлениями. 3. Дивертикулез с осложненным течением (дивертикулярная болезнь): а) дивертикулит; б) перфорация; в) кровотечение; г) кишечная непроходимость; д) образование свищей, инфильтратов или абсцессов.

Результаты и обсуждение. При анализе клинических проявлений острого дивертикулита выявлено, что симптоматика острого дивертикулита нисходящей и сигмовидной кишки вполне укладываются в определение «левосторонний аппендицит» (А.Г.Земляной, 1970; В.И.Юхтин, 1988) [5, 6]. Возникновению болевого синдрома, как правило, предшествовали упорные запоры, иногда тяжелая физическая работа. Характерна постоянная интенсивная боль в левой мезо- либо гипогастральной областях. В большинстве пациенты поступали на 2-3 сутки от возникновения болевого синдрома. Примерно у половины пациентов пальпировался воспалительный инфильтрат. Для диагностики дивертикулита в настоящее время используется метод ультразвукового исследования [4, 7]. Мы также использовали УЗИ в диагностике дивертикулита. При наличии дивертикулита выявляются утолщение стенки

кишки, внутривентрикулярные и внекишечные инфильтративные образования, неровность наружного контура. В сомнительных случаях применяем компьютерную томографию.

При наличии перитонеальных симптомов производили обзорную рентгенографию брюшной полости, но ни в одном наблюдении свободного газа не выявлено.

При неосложненных формах дивертикулеза рекомендуем рациональное питание. При наличии клиники острого дивертикулита лечение направлено на быстрое купирование воспалительного процесса. С целью нормализации стула назначаем бесшлаковую диету, слабительные на основе лактулозы (дюфалак), пробиотики, спазмолитики (дротаверин, мебеверин). Антибиотикотерапия (метронидазол, ципрофлоксацин, аминогликозиды), проводится дезинтоксикационная терапия.

При обратном развитии воспалительного процесса в «холодном периоде» выполняем фиброколоноскопию, в ряде случаев ирригоскопию с двойным контрастированием. У 85% обследованных дивертикулы локализовались в сигмовидной кишке. После этого пациенты получали рекомендации по дальнейшему лечению. Однако следует иметь в виду, что клинические проявления дивертикулярной болезни сохраняются после острого дивертикулита в 65,8%, а после острого воспалительного паракишечного инфильтрата (ОВПИ) у 96,2% пациентов [8]. Авторы считают, что риск возникновения многократных (более 3) эпизодов воспаления составляет 68,9%, поэтому повторный эпизод острого дивертикулита или первый эпизод ОВПИ служат показанием для рекомендации пациенту планового хирургического лечения.

Показания к экстренной операции выставляли при наличии деструктивных форм дивертикулита, перитонита, острой кишечной непроходимости. Оперированы 29 (10,1%). При наличии выраженного воспалительного процесса с некрозом и перфорацией стенки кишки, распространенного перитонита выполняли резекцию сигмовидной кишки либо гемиколонэктомию с формированием одноствольной колостомы (у 15). При наличии абсцесса в зоне дивертикула и при микроперфорации (1-2 мм) в клинике разработана оперативная тактика, заключающаяся в выведении измененного отдела кишки на кожу в левой половине живота, но без вскрытия просвета кишки (экстратерриторизация воспаленного очага) [у 14].

Проводилось лечение местное (мазевые стерильные повязки на выведенную петлю) и общее. По мере ликвидации воспалительного процесса в стенке кишки последняя погружалась в брюшную полость обычно на 4-6 сутки без резекции кишки и наложения каких-либо швов. Операции экстратерриторизации кишки не сопровождались летальностью. Из осложнений отмечено нагноение операционной раны в левой половине живота у одного пациента.

После резекционных операций умерли 3 (2%).

Выводы.

1. Для острого дивертикулита нет характерных клинических симптомов, они протекают под видом различных заболеваний, что требует тщательной дифференциальной диагностики.

2. При хирургическом лечении инфильтративных форм, абсцесса и микроперфорации дивертикула может быть использован метод «экстратерриторизации» воспалительного очага с последующим погружением кишки в брюшную полость.

Литература:

1. Скобелкин, О.К. Дивертикулез толстой кишки / О.К. Скобелкин, В.М. Чагин. – Ташкент, 1986. – 96 с.
2. Осложненный дивертикулит: тактика, диагностика, лечение / О.Ю. Карпунин [и др.] // Колопроктология. – 2018. – № 2. – С. 89–92.
3. Резнецкий, П.А. Опыт лечения пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки в стационаре неотложной хирургической

- помощи / П.А. Резнецкий, П.А. Ярцев, Н.В. Шаврина // Хирургия. Журн. им. Н.И.Пирогова. – 2017. – № 8. – С. 51–57.
4. Особенности лечения воспалительных осложнений дивертикулярной болезни в общехирургическом стационаре / Б.К. Гиберт [и др.] // Колопроктология. – 2018. – № 2. – С. 54–58.
5. Земляной, А.Г. Дивертикулы желудочно-кишечного тракта / А.Г. Земляной. – Л. : Медицина, 1970. – 238 с.
6. Юхтин, В.И. Хирургия ободочной кишки. – М. : Медицина, 1988. – 320 с.
7. Комплексная ультразвуковая диагностика дивертикулярной болезни ободочной кишки и её хронических воспалительных осложнений / А.П. Орлова [и др.] // Мед. визуализация. – 2010. – № 5. – С. 64–70.
8. Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение / Г.И. Воробьев // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – №4. – С. 44–49.

УДК 612.2-058.86-089(476.5)

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Зуев Н.Н.,¹ Мисюкевич А.А.,² Заблодский А.Н.,² Шмаков А.П.,¹
Мазуренко Н.Н.,² Зуева О.С.¹

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹
УЗ «Витебский областной детский клинический центр»²

Введение. Инородные тела трахеобронхиального дерева являются частой патологией, угрожающей жизни ребенка и требующей оказания немедленной помощи. Выявляется большое количество больных с запоздалой госпитализацией (позднее 24 часов) из-за диагностических ошибок: недооценки врачами характерных данных анамнеза, выбора выжидательной тактики наблюдения и лечение детей от других, похожих по симптоматике заболеваний [1,2].

Проблемой инородных тел дыхательных путей у детей в последние десятилетия в Республике Беларусь занимаются отоларингологи, эндоскописты и детские хирурги. По мнению большинства врачей, проведение санационно-диагностических бронхоскопий необходимо при малейшем подозрении на аспирацию инородного тела в ранние или отдаленные сроки заболевания, так как риск этого оперативного вмешательства гораздо меньше возможных негативных последствий пребывания инородных тел в дыхательных путях.

Цель. Анализ организации оказания медицинской помощи детям Витебской области с инородными телами дыхательных путей.

Материал и методы. Проанализированы факты оказания медицинской помощи 48 детям с инородными телами дыхательных за 5 лет с 2011 по 2015 год, на базе Витебской детской областной клинической больницы. Основную группу составляют дети 1-3 года жизни 34 (70,8 %), до 1 года – 9 (18,8%), старше 3 лет – 5 (10,4%). Преобладающими в структуре заболевания были дети, аспирировавшие в дыхательные пути органические инородные тела (85%).

Результаты и обсуждение. Наиболее характерными клиническими симптомами являются локальные физикальные изменения со стороны легких в виде выраженного коробочного оттенка легочного звука (15%) или его укорочения на стороне поражения (12%), а также наличие сухих и влажных хрипов на стороне поражения (24%) или с обеих