

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Гиберт Б.К.¹, Матвеев И.А.¹, Бородин Н.А.¹,
Жуков П.А.², Захарова А.Н.¹, Яньшина А.А.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тюмень

(ректор – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор И.В.Медведева)

² ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1»
(главный врач – к.м.н. С.Е.Ярцев), г. Тюмень

ЦЕЛЬ. Анализ оказания экстренной помощи больным с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни в общехирургическом стационаре и ее соответствие клиническим рекомендациям по лечению взрослых пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В общехирургическом стационаре пролечено 23 больных с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни, 16 (69,56%) выполнена операция типа Гартмана на 1-2 сутки после поступления в стационар и 7 человек лечились консервативно.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Клиническими проявлениями воспалительных осложнений ДБ является абдоминальный болевой синдром различной интенсивности, что обуславливает оказание им экстренной хирургической помощи в общехирургических стационарах.

Клиническая картина, УЗИ у 17 (73,91%) больных, КТ у 4 (17,39%) и лапароскопия у 12 (52,17%) человек позволили правильно и своевременно установить характер осложнений дивертикулярной болезни у всех пациентов. У 15 человек при отсутствии диффузного гнойного перитонита применена тактика резекции сигмовидной кишки без предварительного консервативного лечения пациентов.

ОБСУЖДЕНИЕ. Применяемая тактика не соответствует клиническим рекомендациям по лечению осложнений ДБ и ведет к выполнению обструктивных резекций, которых у части больных можно избежать при проведении стартовой консервативной терапии, согласно клиническим рекомендациям по лечению воспалительных осложнений дивертикулярной болезни.

[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, воспалительные осложнения, тактика лечения]

ACTUAL CLINICAL APPROACH FOR COMPLICATED DIVERTICULAR DISEASE IN GENERAL SURGERY DEPARTMENT

Gibert B.K.¹, Matveev I.A.¹, Borodin N.A.¹, Zkhukov P.A.², Zakharova A.N.¹, Yanshina A.A.¹

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Tyumen State Medical University", Tyumen, Russia

² Tyumen regional hospital №1, Tyumen, Russia

AIM. To revise clinical approaches for patients with complicated diverticular disease used in daily clinical practice in tertiary referral regional center and its compliance with Federal Guidelines.

PATIENTS AND METHODS. Twenty-three patients with inflammatory complications of diverticular disease were treated in a General Surgery Department of Regional Hospital of Tyumen City in 2015-2016. Preoperative ultrasound was performed for 19 (82.6%) patients, CT – only for 4 (17.4%), laparoscopy – for 13 (56.5%). Seven of them had uncomplicated acute diverticulitis and were treated conservatively. Sixteen (69.6%) patients underwent Hartmann procedure. Five of them had phlegmonous diverticulitis, 10 – sealed perforation and only 1 – free perforation with fecal peritonitis.

RESULTS. According to recent studies in diverticular disease, conservative approach had positive prognosis in 15 of 16 operated patients. All procedures included resections with an aim to remove not only inflamed segment of bowel but segments with multiple diverticula as well. Distal part of sigmoid colon was included in specimen in all cases.

CONCLUSION. None of recommendations of Federal Guidelines was used in daily clinical practice for patients with diverticular disease and indications for surgery were unreasonably extended in majority of cases. A juridical status of Federal Clinical Recommendations should be increased.

[Key words: diverticular disease, inflammatory complications, treatment tactics]

Адрес для переписки: ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Матвеев Иван Анатольевич,
ул. Котовского, д. 55, Тюмень, 625000; тел.: +7 (922) 268-80-42; e-mail: matveevia@mail.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ

Количество больных с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни (ДБ) быстро увеличивается и по частоте занимает 5-е место среди всех гастроэнтерологических заболеваний [2,3,6]. Хирургические осложнения в виде воспаления и кровотечения возникают в 5-20% случаев [2,9]. Хорошо известное и изученное заболевание имеет клиническую картину острой патологии органов брюшной полости, в связи с чем эти пациенты поступают в стационары по неотложным показаниям, а помощь оказывается общими хирургами. С внедрением в практическое здравоохранение системы клинических рекомендаций, которые в ближайшем времени станут обязательными, возникает необходимость изучения и приведение в соответствие применяемых методов диагностики и лечения заболеваний, в том числе, воспалительных осложнений дивертикулярной болезни.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности оказания экстренной хирургической помощи больным с острыми воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки в хирургическом стационаре и ее соответствие клиническим рекомендациям по диагностике и лечению взрослых пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено в клинике, оказывающей экстренную хирургическую помощь. Всего в 2015-2016 гг. в хирургических отделениях больницы пролечено 23 больных с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни, 16 – выполнена операция типа Гартмана, а 7 человек получали консервативное лечение. Мужчин было 7, женщин – 16. Средний возраст больных составил $62,6 \pm 7,8$ года. Лиц в возрасте 60 лет и старше было 16 (69,57%) человек. Все пациенты были госпитализированы с острыми воспалительным осложнением дивертикулярной болезни впервые.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Основной жалобой при поступлении у пациентов были боли в животе.

Наиболее часто боли локализовались в левой под-

Таблица 1. Локализация боли в животе у пациентов с воспалительными осложнениями ДБ

Локализация боли	Количество больных
Левая подвздошная область	12
Мезогастральная область слева	3
Нижний отдел живота	5
Правая подвздошная область	1
Весь живот	2

вздошной области – 12 (52,2%) человек, в нижних отделах живота у 5 (21,7%), в мезогастральной области слева – у 3 (13,1%), по всему животу – у 2 (8,7%) и в правой подвздошной области – у 1 (4,3%) больного. У 4 пациентов был обнаружен симптом перемещения и миграции боли, у 1 – в правую подвздошную область, у 2 – в левую подвздошную, а у 1 – в гипогастральную. Болевой синдром был неинтенсивным у 17 (73,9%) пациентов, острые боли отмечали 4 (17,4%). У 1 больного – боли были интенсивными «кинжальными». Подъем температуры тела до субфебрильных значений имел место у 8 (34,8%), до фебрильных значений – у 6 (26,1%). Температура тела была нормальной у 9 (39,1%). Диспепсические расстройства отсутствовали у 16 (69,6%) человек, у 7 (30,4%) была тошнота, в том числе, у 1 – однократная рвота и 1 – длительно не было стула.

Положительные синдромы раздражения брюшины были выявлены у 9 (39,1%) пациентов, сомнительные – у 2 (8,7%). У 12 (52,2%) пациентов симптомы раздражения брюшины были отрицательными. При клиническом обследовании при пальпации у всех пациентов инфильтраты брюшной полости не определялись.

Продолжительность заболевания у 11 (47,8%) человек не превышала 24 часов, у 4 пациентов – составила 2-3 суток, у 4 пациентов – 4-6 суток, у 4 – 7 и более дней и у одного – 3 недели.

УЗИ выполнено 19 (82,6%) больным, МСКТ – 4 (17,4%), видеоколоноскопия – 3 (15,8%) пациентам. Лапароскопия – 13 (56,5%). В 1 наблюдении выраженный спаечный процесс брюшной полости вынудил нас выполнить срединную лапаротомию с диагностической целью. В нашем исследовании мы применяли классификацию Hansen O., Stock W. Диагноз неосложненного острого дивертикулита был установлен у 7 (30,4%) пациентов, им проводилось консервативное лечение. Диагноз у них был установлен на основании клинической картины (локализованной боли в левой подвздошной области без признаков перитонита). Трех из них диагноз был подтвержден при диагностической лапароскопии, 2 – при УЗИ брюшной полости (были обнаружены утолщения стенки кишки сигмовидной кишки), у 1 – при колоноскопии (выяв-

лена гиперемия устья дивертикула). У 1 пациента диагноз острого неосложненного дивертикулита инструментальными методами подтвержден не был. Средний койко-день в данной группе пациентов – $4,29 \pm 2,14$ дня.

Флегмонозный дивертикулит имел место у 5 человек, причем, у трех из них было обнаружено разрушение дивертикула без поступления кишечного содержимого в брюшную полость. Визуальная картина стенки сигмовидной кишки представлена ее отеком, инфильтрацией, очаговым некрозом дивертикула.

Прикрытая перфорация дивертикула была выявлена у 10 больных. Визуально она выглядела как паракишечный инфильтрат, состоящий из сигмовидной кишки и передней и/или боковой стенки живота. У 3 пациентов имела место инфильтрация брыжейки сигмовидной кишки. Ни в одном наблюдении большой сальник не был вовлечен в инфильтрат. При разделении инфильтрата у 5 пациентов было обнаружено выделение гноя в количестве 1-2 мл. У 2 больных имелись признаки диффузного серозно-фибринозного и серозного перитонита, у одного – калового перитонита. Всем пациентам была выполнена резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана.

При выборе объема резекции в протоколах операций указывалось на удаление участка кишки с патологически измененным дивертикулом. Левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзостомы была выполнена 1 пациентке с интраоперационным диагнозом осложненного рака левых отделов ободочной кишки. Однако, при гистологическом исследовании препарата признаков опухолевого роста обнаружено не было.

Все больные были выписаны на амбулаторное лечение. Одна больная с хронической почечной недостаточностью и находящаяся на программном гемодиализе на 3 сутки послеоперационного периода переведена в специализированную клинику для продолжения лечения и выполнения очередного гемодиализа. Средний койко-день у оперированных больных составил $10,5 \pm 2,9$ дней.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Для диагностики осложненного дивертикула одного клинического обследования недостаточно, поскольку точность его составляет 65-70% [7].

В нашем исследовании УЗИ было выполнено 82,6% больным, однако подтверждение диагноза ДБ было получено всего лишь у 15,8% пациентов. Отсутствие опыта и специальной подготовки врача ультразвуковой диагностики сделало это исследование

Таблица 2. Характер изменений дивертикулов и их осложнения (Hansen O., Stock W. 1999 г.)

Характеристика осложнений	Количество больных
Неосложненный дивертикулит	7
Флегмонозный дивертикулит	5
Прикрытая перфорация дивертикула	10 (3)
Свободная перфорация дивертикула	1

() – В т.ч. перфорация в брыжейку

дование малоинформативным в нашей ситуации [1,5]. Таким образом, обычное рутинное УЗИ брюшной полости при отсутствии специальной подготовки при острых осложнениях дивертикулярной болезни обладает низкой точностью.

При КТ у всех 100% обследуемых пациентов были обнаружены признаки острых осложнений ДБ в виде утолщения стенки кишки и сужения ее просвета. Тем не менее, КТ было выполнено только у 17,4% больных. Значительно чаще производилась лапароскопия – 13 (56,5%) больных. Это исследование позволило провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями органов брюшной полости и уточнить характер и распространенность воспалительных изменений при ДБ.

У 9 пациентов при лапароскопии были обнаружены паракишечные инфильтраты, периколеческие абсцессы (у всех – менее 3 см) и флегмонозные изменения стенки кишки при отсутствии признаков перитонита. Всем этим пациентам после лапароскопии была произведена лапаротомия, резекция толстой кишки с формированием концевой колостомы. Распределение больных, по характеру изменений стенки кишки и дивертикула, в соответствии с классификацией Hansen O., Stock W. (1999 г.), было сделано ретроспективно на основании описания операционных находок при лапароскопии и лапаротомии (Табл. 2) [8]. Она определяет стратегию лечения пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни – экстренная операция при свободной перфорации дивертикула в брюшную полость и консервативная терапия у больных с неосложненным, флегмонозным дивертикулитом и прикрытой перфорацией дивертикула без признаков диффузного гнойного перитонита. Как видно из таблицы 2, экстренная операция была показана 1 больному с открытой перфорацией дивертикула в свободную брюшную полость. Активная хирургическая тактика применялась и у пациентов с флегмонозным дивертикулитом и прикрытой перфорацией дивертикула без признаков диффузного гнойного перитонита. Она не соответствует клиническим рекомендациям – при паракишечных инфильтратах, периколеческой флегмоне, периколеческом абсцессе объемом

менее 3 см. предпочтение в выборе тактики следует отдавать консервативному лечению [2].

Основанием для оперативного лечения пациентов с паракишечными инфильтратами, флегмонозным дивертикулитом, периколлическими абсцессами является хирургический принцип устранения воспалительного очага из брюшной полости, что предупреждает развитие перитонита, а колостомия исключает возникновение несостоятельности анастомозов. Активная хирургическая тактика позволяет также предотвратить хронизацию процесса. Но она не позволяет избежать колостомии у части больных, в отличие от рекомендуемой в клинических рекомендациях тактике лечения больных с воспалительными осложнениями ДБ: периколлической флегмоне, остром абсцессе размером до 3 см. При его размере >3 см или отсутствии эффекта от проводимого консервативного лечения показана пункция и дренирование абсцесса под контролем УЗИ или КТ и дальнейшее проведение консервативной терапии [2]. По данным Тимербулатова В.М. и соавт., имеющих большой опыт лечения больных с осложнениями ДБ, более чем у 70% пациентов консервативная тактика привела к ликвидации острого воспаления [4]. Болихов К.В. по результатам своих исследований пришел к заключению, что при возникновении острых воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки, консервативная терапия показана 78% больных, а в срочном хирургическом лечении нуждаются 22% пациентов. При остром дивертикулите и паракишечном инфильтрате консервативные мероприятия эффективны в 100% случаев [1].

Проводимое в нашем исследовании при экстренных вмешательствах расширение объема также не было целесообразным и не соответствовало клиническим рекомендациям, т.к. «нет необходимости удалять дистальную часть кишки при экстренной операции, если в этом сегменте нет участка с перфорацией» [2].

Приведение лечения в соответствии с клиническими рекомендациями позволит уменьшить количество стомирующих операций, что важно, особенно для пациентов пожилого и старческого возраста.

ВЫВОДЫ

1. Основным клиническим проявлением воспалительных осложнений ДБ является абдоминальный болевой синдром различной интенсивности, что обуславливает оказание им экстренной помощи в общехирургических стационарах.

2. УЗИ у 17 (73,9%) больных, КТ у 4 (17,4%) и лапароскопия у 12 (52,2%) человек позволили правиль-

но и своевременно установить характер осложнений дивертикулярной болезни у всех пациентов, в тоже время выбор лечебной тактики не всегда соответствует клиническим рекомендациям по лечению выявленных осложнений.

3. Применяемая тактика, при отсутствии диффузных форм гнойного перитонита, резекция сигмовидной кишки без предварительного консервативного лечения у больных с острым осложненным дивертикулитом, ведет к формированию колостом, которые можно избежать у части больных при проведении стартовой консервативной терапии, согласно клиническим рекомендациям по лечению воспалительных осложнений дивертикулярной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болихов, К.В. Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение / К.В.Болихов, Г.И.Воробьев, Ю.М.Панцырев и соавт. / Медицинский вестник Башкортостана. – 2008. – № 3. – с. 12-19.
2. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки. / Российский журнал гастроэнтер., гепатологии и колопрокт. – 2017. – т. 26. – № 1. – с. 65-80.
3. Осадчук, М.А. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: эпидемия 21 века. / М.А.Осадчук, А.А.Свистунов // Гастроэнтерология. Спецвыпуск № 1. – 2014. – с. 10-15.
4. Тимербулатов, В.М. Осложненная дивертикулярная болезнь толстой кишки, современная диагностика и лечение. Клиническая и экспериментальная хирургия. / В.М.Тимербулатов, А.А.Ибатуллин, Ф.М.Гайнутдинов и соавт. // Электронный научно-практический журнал 13.04.2014. www.Jecs.Ru. <http://Jecs.Ru/view/409.html>
5. Трубачева, Ю.Л. Ультразвуковые методики исследования в диагностике дивертикулярной болезни ободочной кишки и ее хронических воспалительных осложнений. / Ю.Л.Трубачева, Л.П.Орлова, А.И.Москалеви соавт. / Ультразвуковая диагностика. – 2015. – № 55. – с. 175-176.
6. Резницкий, П.А. Опыт лечения пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки в стационаре неотложной хирургической помощи. / П.А.Резницкий, П.А.Ярцев, Н.В.Шаврина // Журнал им.Н.И.Пирогова. – 2017. – № 8. – с. 51-57.
7. Delvaux, M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention // M.Delvaux /Alimentary Pharmacology

and Therapeutics. – 2003. – v. 18. – p. 71-74.

8. Lembcke, B. Diagnosis, Differential Diagnosis and Classification of Diverticular Disease // B.Lembcke / Viszeralmedizin. 2015 Apr. – № 31 (2) – p. 95-102.

9. Hansen, O. Prophylaktische Operation bei der Divertikelkrankheit des Kolons – Stufenkonzept durch exakte Stadieneinteilung. / O.Hansen, W.Stock // Langenbecks Arch. Surg. – 1999. (suppl 2). – p. 1257-1260.

10. Vermeulen, J. Strategies in Perforated Diverticulitis // Vermeulen J. / Erasmus Universiteit Rotterdam. – 2010. – p. 229.

Комментарии редакционной коллегии к статье «ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ»

Статья Гиберта Б.К. и соавторов посвящена анализу опыта хирургического отделения в лечении дивертикулярной болезни и описывает вполне стандартную ситуацию, сложившуюся на данный момент в отечественной хирургии.

Дивертикулярная болезнь к настоящему времени уже давно перестала быть интересна только академическим учреждениям и является предметом рутинной работы практического звена здравоохранения. Так, в течение 2 лет коллектив Областной Тюменской больницы накопил достаточный опыт лечения дивертикулярной болезни – 23 пациента. Шестнадцать из них были выполнены операции Гартмана. В то же время, у 15 из 16 пациентов, как следует из статьи, вполне было возможным воздержаться от экстренного хирургического вмешательства, ведь у 5 из них имел место острый паракишечный инфильтрат, а у 10 – периколлическая флегмона, либо периколлические абсцессы не более 3 см в диаметре. Все эти варианты острых осложнений хорошо поддаются консервативному лечению. Причиной выбранной авторами тактики, судя по всему, является недостаточное обследование пациентов: предпочтение отдавалось лапароскопии (около 60%), а компьютерную томографию брюшной полости выполнили только 3 больным. В случае с дивертикулярной болезнью, лапароскопия не является самым информативным методом диагностики. Конечно же, при лапароскопии можно исключить перитонит, но попытки манипуляций с дивертикулярным воспалительным инфильтратом, как правило, приводят к переводу прикрытой перфорации в открытую и неизбежности, в таком случае, выполнения резекции кишки. Широкое применение КТ позволило бы выбирать менее рискованную и эффективную консервативную тактику.

Публикуемая нами статья представляется крайне

важной, так как ярко иллюстрирует основные проблемы, с которыми мы сталкиваемся в повседневной работе. Гиберт Б.К. и соавторы в очередной раз подтверждают факт, что принципы и подходы, применяемые при лечении «классических» острых заболеваний органов брюшной полости не переносимы на дивертикулярную болезнь. Для выработки оптимальной тактики необходимы специальные знания и тесное взаимодействие хирургов и диагностов.

Второй, крайне важный момент, на который необходимо указать – это полное игнорирование в практической работе федеральных клинических рекомендаций. Авторы анализируют материал 2015-2016 гг., когда эти рекомендации были уже опубликованы и неоднократно обсуждались как на всероссийских хирургических, так и колопроктологических форумах. Достаточно сказать, что вопрос классификации дивертикулярной болезни и формирования диагноза был подвержен тщательному анализу и корректировке с привлечением в рабочие группы ведущих хирургов, колопроктологов и гастроэнтерологов нашей страны. Что характерно, авторы, делая вывод о необходимости соблюдения принципов, изложенных в клинических рекомендациях, в своей же работе используют иную классификацию, а именно, немецкую классификацию Хансена-Штока (1999) [1]. В самой же Германии, в национальных клинических рекомендациях она уже заменена на новую классификацию Шрейера-Лейера (2015) [2], весьма близкую к классификации Ассоциации колопроктологов России (2014) [3].

Критичная и объективная оценка результатов своей работы делает честь хирургам Тюменской областной больницы. Она диктует необходимость нашему профессиональному сообществу прилагать значительные организационные усилия для широкого внедрения клинических рекомендаций в практику колопроктологов и хирургов.

Используемая литература

1. Hansen, O. Prophylaktische Operation bei der Divertikel Krankheit des Kolons – Stufen Konzept durch exakte Stadien ein Teilung. Langenbeck's archives of surgery/ O.Hansen, W.Stock // Deutsche Gesellschaft fur Chirurgie. – 1999. – № 115. – p. 1257-1260.

2. Schreyer, A.G., Layer, G.; German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) as well as the German Society of General and Visceral Surgery (DGAV) in collaboration with the German Radiology Society (DRG). S2k Guidelines for Diverticular Disease and Diverticulitis: Diagnosis, Classification, and Therapy for the Radiologist. Rofo. – 2015 Aug. – № 187 (8) – p. 676-84.

3. Шельгин, Ю.А. Классификация дивертикулярной болезни. / Ю.А.Шельгин, С.И.Ачкасов, А.И.Москалёв // Колопроктология. – 2014. – № 4. – с. 5-13