

ОСЛОЖНЁННЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ: ТАКТИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Карпукхин О.Ю.^{1,2}, Панкратова Ю.С.¹,
Черкашина М.И.², Шакуров А.Ф.^{1,2}, Зиганшин М.И.²

¹ ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань
(ректор – д.м.н., профессор А.С.Созинов)

² ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань
(главный врач – Р.Ф.Гайфуллин)

ЦЕЛЬ. Анализ опыта лечения пациентов с дивертикулярной болезнью в отделении колопроктологического профиля.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2001 по 2017 гг. на лечении в клинике находились 223 пациента с дивертикулярной болезнью ободочной кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Консервативно пролечен 191 (85,7%) пациент, оперированы 32 (14,3%). Одноэтапное вмешательство выполнено у 21 (67,7%) пациента, у 10 (32,3%) резекция кишки завершена выведением кишечной стомы. Послеоперационные осложнения возникли в 25% наблюдений. Послеоперационная летальность составила 3,1%.

Операции по восстановлению естественной непрерывности кишечника выполнены у 24 ранее оперированных пациентов. При этом ликвидацию колостомы сочетали с рerezекцией кишки у 9 (37,5%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки – широко распространённое заболевание с разнообразным спектром тяжёлых осложнений, требующих хирургической коррекции. В работе с данной патологией необходимо строгое соблюдение единых стандартов диагностики и лечения.

[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь ободочной кишки, диагностика, хирургическое лечение]

COMPLICATED DIVERTICULITIS: MANAGEMENT, DIAGNOSIS, TREATMENT

Karpukhin O.Yu.^{1,2}, Pankratova Yu.S.¹, Cherkashina M.I.², Shakurov A.F.^{1,2}, Ziganshin M.I.²

¹ Kazan State Medical University, Kazan, Russia

² Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia

AIM. To analyze the results of treatment of patients with diverticular disease in Coloproctology Department.

MATERIALS AND METHODS. During the period from 2001 to 2017, 223 patients with diverticular colon disease were treated in the hospital.

RESULTS. 191 (85,7%) were treated conservatively, 32 (14,3%) patients were operated on. One-stage procedure was performed in 21 (67,7%) patients, in 10 (32,3%) bowel resection has been completed by stoma. Postoperative complications developed in 25% of cases. Postoperative mortality was 3,1%.

Operations reconstructive the length of the intestinal tube were performed in 24 previously operated patients. Colostomy reversal was combined with secondary resection in 9 (37,5%) patients

CONCLUSION. Diverticular disease of the colon is a widespread condition with a wide spectrum of severe complications requiring surgical correction. In work with this pathology it is necessary to strictly observe uniform standards of diagnostics and treatment.

[Key words: diverticular disease of colon, diagnosis, surgical treatment]

Адрес для переписки: Карпукхин Олег Юрьевич, Казанский государственный медицинский университет,

кафедра хирургических болезней № 1, ул. Бутлерова, д. 49, Казань, Россия, 420140;

тел.: +7 (905) 312-92-90; e-mail: oleg_karpukhin@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) – широко распространённое заболевание в индустриально развитых странах, особенно в старшей возрастной группе пациентов. Так, в Европе среди лиц в возрасте до 40 лет распространённость заболевания не превышает 5%, в то время как в 65 лет и старше – 60% [7,11,12]. При этом у 15% пациентов с ДБОК возникают осложнения, требующие госпитализации [2,14]. Среди причин госпи-

тализаций доминируют: перфорация дивертикула (31,5%), кровотечение (20,5%) и острый дивертикулит (19,5%). До 30% пациентов, поступивших в стационар с клиникой осложнённого дивертикулита, нуждаются в хирургическом лечении уже при поступлении, при этом летальность может достигать 18% [3,5,13]. Таким образом, проблема своевременной диагностики и выбора адекватной тактики лечения ДБОК становится чрезвычайно актуальной для колопроктологов, гастроэнтерологов и хирургов.

Таблица 1. Виды осложнений ДБОК в исследуемой группе пациентов [6]

Острые осложнения	n=84		Хронические осложнения	n=139	
	кол-во	%		кол-во	%
Острый дивертикулит	41	18,4	Хронический дивертикулит	115	51,6
Острый паракишечный инфильтрат	12	5,4	Хронический паракишечный инфильтрат	5	2,2
Перфоративный дивертикулит: • абсцесс – 4, • гнойный перитонит – 2	6	2,7	Стеноз	2	0,9
Толстокишечное кровотечение	25	11,2	Рецидивирующее кишечное кровотечение	3	1,3
			Свищи • внутренние (кишечно-мочепузырные – 8, кишечно-влагалищные – 2) • наружные: 4	14	6,3

ЦЕЛЬ

Проанализировать опыт лечения пациентов с дивертикулярной болезнью в отделении колопроктологии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» – клинической базе кафедры хирургических болезней № 1 Казанского ГМУ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2001 по 2017 гг. на лечении в клинике находились 223 пациента с ДБОК. При этом 25 (11,2%) больных поступали в стационар с обострением заболевания более одного раза. Мужчин было 83 (37,2%), женщин – 140 (62,8%). Возраст пациентов колебался от 26 до 84 лет. Средний возраст пациентов составил 62,2±8,7 лет. Практически половина пациентов (48,9%) была представлена лицами пожилого возраста. Консервативно пролечены 191 (85,7%), оперированы 32 (14,3%) пациента. При статистической обработке данных использовались методы описательной статистики, при сравнении полученных результатов применяли критерий Манна-Уитни, полученные различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дивертикулярная болезнь у 223 пациентов, госпитализированных в клинику, характеризовалась разнообразным спектром острых и хронических осложнений (Табл. 1).

Первичное проявление заболевания отмечено у 85 (38,1%) больных, а 138 (61,9%) пациентов поступили в клинику с рецидивирующей формой заболевания. При этом по неотложным показаниям госпитализированы 104 (46,6%) пациента, в плановом порядке – 119 (53,4%).

Основными жалобами при первичном поступлении пациентов в отделение колопроктологии были: схваткообразные боли различной интенсивности, преимущественно, в левом боковом отделе живота – 190 (85,2%); неустойчивый стул с превалированием запоров или с чередованием запоров и диареи – 108 (48,4%); субфебрильная и фебрильная лихорадка – 68 (30,5%); кишечное кровотечение – 28 (12,6%); выделение кишечного содержимого из наружных и внутренних (свищей мочеполовых путей) кишечных свищей – 14 (6,3%).

У 94 (42,2%) пациентов отмечены сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь – 48 (21,5%) пациентов, сахарный диабет – 25 (11,2%), ишемическая болезнь сердца – 21 (9,4%), хроническая ишемия головного мозга – 5 (2,2%), полипоз толстой кишки – 20 (8,96%), гастродуоденит – 26 (11,7%), послеоперационные вентральные грыжи – 13 (5,8%), что отражает общую тенденцию при ДБОК в группе пациентов пожилого возраста [1].

В наших наблюдениях преобладал так называемый «западный» тип дивертикулёза (Рис. 1), при котором, преимущественно, поражаются левые отделы ободочной кишки. Так, у 139 (62,3%) пациентов дивертикулы располагались в сигмовидной кишке, у 52 (23,3%) пациентов наблюдалось левостороннее поражение, у 25 (11,2%) пациентов – субтотальное, у 4 (1,8%) пациентов – тотальное поражение ободочной кишки. И лишь у 3 (1,4%) пациентов наблюдали так называемый «восточный» тип дивертикулёза с поражением правых отделов, характерный для жителей Юго-Восточной Азии [2].

В своей работе придерживались диагностического алгоритма, отвечающего современным требованиям к диагностике осложнённой дивертикулярной болезни [2] и призванного решать следующие три основные задачи:

1. Верификация дивертикула ободочной кишки

как источника осложнений. С этой целью выполняем колоноскопию. Визуализация выделения гноя или крови из устья дивертикула, сгустка крови, фиксированного к его устью, позволяет верифицировать диагноз, а также уточнить причину сужения кишки в диагностически трудных ситуациях.

2. Определение клинического варианта воспалительного осложнения. Для этого применяли ультразвуковое исследование и компьютерную томографию (КТ) с внутривенным контрастированием, что позволяло визуализировать дивертикул с воспаленной стенкой, острый или хронический паракишечный инфильтрат, периколический, тазовый или отдаленный абсцесс, а также свищи ободочной кишки (Рис. 1).

3. Оценка протяженности поражения кишки дивертикулами. Самым информативным методом, применяемым с этой целью, остаётся ирригоскопия с двойным контрастированием, которую выполняли на цифровом рентгеновском оборудовании. У пациентов, перенесших операцию типа Гартмана по поводу ДБ, также проводили ирригоскопию через колостому, а при длинной культуре – проктографию для уточнения количества и локализации резидуальных дивертикулов, удаление которых целесообразно в ходе реконструктивно-восстановительного вмешательства.

Дифференциальную диагностику при хронических воспалительных осложнениях ДБОК чаще всего проводили с опухолью толстой кишки и болезнью Крона. Определяющим методом диагностики при этом рассматривали колоноскопию с биопсией.

Консервативная терапия ДБОК включала антибиотики широкого спектра действия, а также препараты производные 5-нитроимидазола в сочетании с препаратами 5-аминосалициловой кислоты,

инфузионную терапию, бесшлаковую диету, при тяжелом состоянии пациентов – парентеральное питание. Эффективность консервативной терапии оценивали по нормализации клинической симптоматики: купирования болевого синдрома, нормализации температуры, уменьшения или исчезновения инфильтрата, остановки кровотечения. Эффективность консервативного лечения отмечена у 191 (85,7%) больных, что, однако, не исключало вероятности возникновения в дальнейшем рецидива заболевания, что имело место у 25 (13,1%) пациентов, вновь поступивших в клинику с обострением ДБОК.

Показаниями к экстренному или срочному оперативному лечению были: перфорация дивертикула с генерализацией перитонита, паракольные инфильтраты с абсцедированием, которые невозможно дренировать чрезкожным доступом, рецидивирующие кровотечения, непроходимость кишечника. Показания к отсроченным и плановым операциям – ухудшение состояния на фоне проведения комплексной консервативной терапии, кишечно-пузырные, кишечно-вагинальные, наружные кишечные свищи, а также частые рецидивы болезни. Показания к плановому хирургическому лечению при дивертикулярной болезни устанавливались индивидуально на основании выраженности перенесённых воспалительных осложнений, оценки эффективности проводимых консервативных мероприятий и прогноза дальнейшего течения заболевания.

В нашем исследовании к оперативному лечению осложнённых форм ДБОК прибегли в 32 (13%) наблюдениях. Виды оперативных вмешательств при ДБОК зависят от характера и локализации осложнений, от общего состояния пациента и

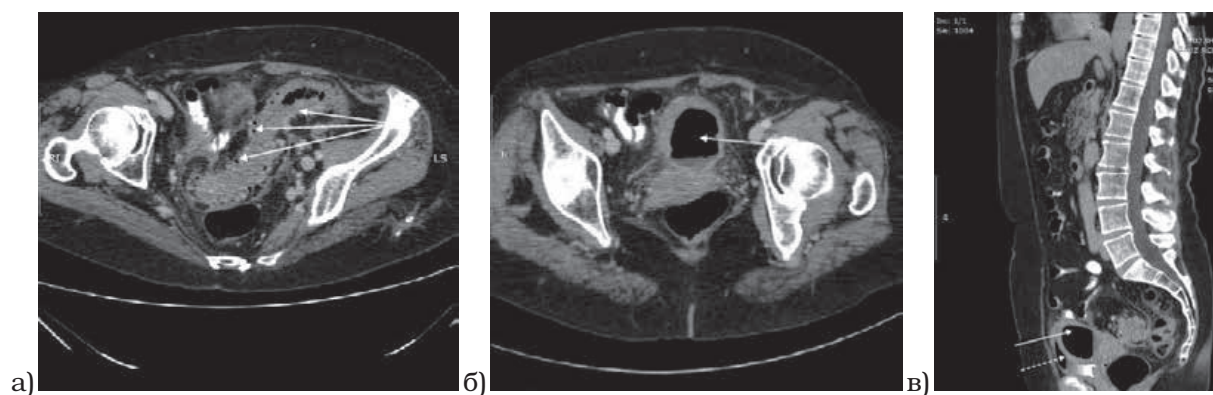


Рисунок 1. Томограммы пациентки В., 58 лет

Диагноз: дивертикулярная болезнь сигмовидной кишки, осложнённая перфоративным дивертикулитом, абсцессом полости малого таза и толстокишечно-мочепузырным свищем.

а.) Множественные дивертикулы, заполненные воздухом и копролитами; утолщенная стенка сигмовидной кишки. б.) Толстостенная полость с горизонтальным уровнем жидкости – абсцесс.

в.) Абсцесс (сплошная стрелка), мочевого пузыря (прерывистая стрелка) частично заполнен газом – косвенный признак наличия свищевого хода.

сопутствующих заболеваний. При периколлических абсцессах возможно малоинвазивное лечение – чрескожное дренирование абсцесса под УЗИ контролем, что в нашем исследовании успешно использовалось у 1 пациента. Основной методикой оперативного лечения остаётся резекция толстой кишки различного объема, при этом оперативное лечение проводят либо в один этап (с наложением первичного анастомоза) или в два этапа (с наложением стомы и последующим её закрытием) при наличии кишечной непроходимости или распространённого перитонита. Так, одноэтапное вмешательство выполнено у 21 (67,7%) пациента, у 10 (32,3%) резекция кишки завершена выведением кишечной стомы.

Виды оперативных вмешательств: резекция сигмовидной кишки выполнена у 13 (41,9%) пациентов, левосторонняя гемиколэктомия – у 11 (35,5%), комбинированная резекция сигмовидной кишки с передней резекцией прямой – 2 (6,5%), субтотальная колэктомия – у 2 (6,5%), субтотальная колэктомия с разворотом и асцендо-ректальным анастомозом – у 2 (6,5%), тотальная колэктомия выполнена у 1 (3,1%) пациентки с рецидивирующим профузным кровотечением на фоне поражения дивертикулами всех отделов ободочной кишки. Разумеется, объём резекции кишки зависит от необходимости удаления сегмента с патологически измененным дивертикулумом и с максимальной концентрацией дивертикулов вокруг него [4]. Единичные же дивертикулы в проксимальных отделах кишки не рассматриваем в качестве повода к расширению объёма резекции. Во всех наблюдениях до ушивания лапаротомной раны исследовали резецированный препарат кишки на предмет обнаружения опухоли, чтобы завершить операцию с соблюдением онкологических принципов в случае её обнаружения.

В результате разрушения дивертикула при прогрессировании воспаления формируется патологическое соустье между кишкой и прилежащим органом либо с поверхностью кожи. В наших наблюдениях свищи как осложнение ДБОК, имели место у 14 (6,3%) пациентов. Так, у 8 пациентов сформировались кишечно-мочепузырные свищи, у 2 – кишечно-влагалищные, а у 4 – наружные свищи сигмовидной кишки. Два комбинированных вмешательства (резекция сигмовидной кишки с передней резекцией прямой) были выполнены у пациенток с дивертикулярной болезнью сигмовидной кишки, осложнённой хроническими паракольными абсцессами и кишечно-влагалищными свищами.

Первичные оперативные вмешательства у пациентов ДБОК осложнились в 8 (25%) наблюдениях. У одного пациента возникла несостоятельность толстокишечного анастомоза, что потребовало его

разобщения и наложения колостомы. В послеоперационном периоде у другого пациента сформировался абсцесс полости малого таза. В связи с невозможностью выполнения чрескожного дренирования абсцесса под УЗИ наведением, его санацию и дренирование провели лапаротомным доступом. В другом наблюдении стойкая послеоперационная паралитическая кишечная непроходимость потребовала выполнения релапаротомии с назоинтестинальной интубацией кишечника. У 5 пациентов послеоперационный период осложнился нагноением операционной раны.

Послеоперационная летальность у пациентов с ДБОК, по сообщениям ряда авторов, варьируется от 6,5 до 17% [7]. В наших наблюдениях имел место 1 (3,1%) летальный исход у пациента с сахарным диабетом и ожирением, ДБОК у которого осложнилась внутренними свищами. Пациенту выполнена резекция сигмовидной кишки с дивертикулами, разобщение сигмовидной кишки с мочевым пузырем и подвздошной кишкой, наложен сигморектальный анастомоз. В послеоперационном периоде развился каловый перитонит вследствие несостоятельности анастомоза в результате повреждения прилежащего к зоне соустья дивертикула.

Если плановое оперативное вмешательство обычно сводится к резекции измененных участков толстой кишки с созданием первичного анастомоза, то при неотложных операциях, проводимых в связи с перфорацией дивертикула и развитием перитонита, на первый план выходит удаление сегмента кишки с разрушенным дивертикулумом и создание условий для разрешения абдоминального сепсиса. В этой связи выполняли первичную резекцию с наложением колостомы (операцию типа Гартмана), санацию и дренирование брюшной полости. При этом при перфоративном дивертикулите считаем необходимым удаление пораженного участка кишки без расширения объёма резекции во избежание распространения гнойно-воспалительного процесса в забрюшинное пространство. Восстановление пассажа естественной непрерывности по кишечнику проводили, в среднем, через 3 месяца после полного стихания воспалительного процесса. Выполнены реконструктивные операции у 10 ранее оперированных в нашей клинике пациентов и у 14 пациентов, оперированных в других стационарах города и республики. При этом, у 9 (37,5%) пациентов устранение колостомы сочеталось с ререзекцией кишки из-за наличия множественных резидуальных дивертикулов, выявленных в ходе контрольного рентгенологического исследования перед восстановительной операцией. Так, у 7 пациентов резецированы оставшиеся отделы сигмовидной кишки, несущие множественные дивертикулы.

у 5 выполнили левостороннюю гемиколэктомию, у двух пациентов, в связи с сохранявшейся симптоматикой заболевания, – субтотальную и тотальную колэктомию. При этом мы не являемся сторонниками резекции проксимального сегмента кишки при наличии там единичных дивертикулов без признаков осложнений. Осложнений и летальных исходов после операций, восстанавливающих протяженность кишечного тракта, не было. Койко-день при консервативном лечении ДБОК, в среднем, составил $10,2 \pm 4,2$, при хирургическом лечении: неотложные операции – $14,1 \pm 6,3$, плановые – $13,4 \pm 5,7$, реконструктивные – $13,7 \pm 4,3$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки – широко распространённое заболевание с разнообразным спектром тяжелых осложнений, требующих хирургической коррекции. В работе с данной патологией необходимо строгое соблюдение единых стандартов диагностики и лечения.
2. Диагностический алгоритм при ДБОК основан на верификации дивертикула как источника осложнений, определении клинического варианта воспалительных осложнений и оценке протяженности поражения кишки дивертикулами.
3. Выбор варианта, объёма и этапности оперативного лечения зависит от вида осложнений, наличия гнойно-септических осложнений.
4. Реконструктивные операции при ДБОК целесообразно выполнять в отделениях колопроктологии с обязательной ирригоскопией через колостому и культуру толстой кишки для уточнения количества и локализации резидуальных дивертикулов и решения вопроса о резекции ободочной кишки при сохранении клинической симптоматики и для профилактики осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермоленко, Е.Г. Трудности диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки, осложненной перфорацией / Е.Г.Ермоленко, Г.К.Карипиди, Е.С.Бабенко и соавт. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 3 (138). – с. 71-74.
2. Ивашкин, В.Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки / В.Т.Ивашкин, Ю.А.Шельгин, С.И.Ачкасов и соавт. // Российский журнал гастро-

энтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2017. – № 1 (26). – с. 65-80.

3. Куляпин, А.В. Осложнения дивертикулеза толстой кишки, опыт лечения / А.В.Куляпин, М.В.Тимербулатов, Ф.М.Гайнутдинов и соавт. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2007. – № 4. – с. 112-113.
4. Саламов, К.Н. Определение границ резекции ободочной кишки при дивертикулезе / К.Н.Саламов, Г.И.Воробьев, С.И. Ачкасов и соавт. // Хирургия. Журнал им.Н.И.Пирогова. – 2001. – № 1. – с. 80.
5. Тимербулатов, В.М. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки. / В.М.Тимербулатов, М.В.Тимербулатов, Д.И.Мехдиев и соавт. // – М.: Медицинская книга, 2016. – 240 с.
6. Шельгин, Ю.А. Классификация дивертикулярной болезни. / Ю.А.Шельгин, С.И.Ачкасов, А.И.Москалев // Колопроктология. – 2014. – № 4 (50). – с. 5-13.
7. Chapman, J. Complicated Diverticulitis: Is It Time to Rethink the Rules? / J.Chapman, M.Davies, B.Wolff et al. // Annals of Surgery. – 2005. – № 242 (4). – p. 576-583.
8. Delvaux, M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention / M.Delvaux // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2003. – № 18. – Suppl. 3. – p. 71-74.
9. Murphy, T. Diverticular disease / T.Murphy, R.H.Hunt, M.D.Fried, J.H.Krabshuis // WGO-OMGE Global Guidelines. – 2005. – p. 44-49.
10. Tursi, A. New physiopathological and therapeutic approaches to diverticular disease: an update / A.Tursi // Expert Opin. Pharmacother. – 2014. – № 15. – p. 1005-1017.
11. Шельгин, Ю.А. Клинические рекомендации. Колопроктология. / Ю.А.Шельгин, С.А.Фролов и соавт. // – М.: ООО «Геотар-Медиа», 2017. – с. 248-282.
12. Веселов, А.В. Анализ данных медицинской статистики по вопросам оказания колопроктологической помощи населению города Москвы // Клинический опыт Двадцатки. – 2014. – № 4 (24). – с. 26-29
13. Шельгин, Ю.А. Основные направления организации специализированной колопроктологической помощи / Ю.А.Шельгин, А.В.Веселов, А.А.Сербина. // Колопроктология. – 2017. – № 1 (59). – с. 76-81.
14. Скридлевский, С.Н. Возможности традиционной колоноскопии в диагностике инфильтратов при хроническом течении дивертикулярной болезни ободочной кишки / С.Н.Скридлевский, В.В.Веселов, А.И.Москалев. // Колопроктология. – 2016. – № S1 (59). – с. 103