

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАТИВНЫМ ДИВЕРТИКУЛИТОМ, ЗА 15 ЛЕТ

Тимербулатов М.В.¹, Куляпин А.В.², Лопатин Д.В.², Аитова Л.Р.²

¹ ГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

² ГБУЗРБ ГКБ 21, г. Уфа

В нашей работе мы провели анализ ранней диагностики и метода лечения группы больных с таким осложнением дивертикулярной болезни ободочной кишки, как перфоративный дивертикулит. В данную группу вошли больные с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, осложненной перфоративным дивертикулитом, поступившие на стационарное лечение в ГБУЗ РБ ГКБ № 21 (г. Уфа) за период с 2000 по 2016 гг.

[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстой кишки, воспалительные осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки, перфоративный дивертикулит]

DIAGNOSTIC TACTICS IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DIVERTICULAR DISEASE COMPLICATED BY A PERFORATED DIVERTICULITIS IN 15 YEARS

Timerbulatov M.V.¹, Kulyapin A.V.², Lopatin D.V.², Aitova L.R.²

¹ GBOU VO Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

² GBUSB Clinical Hospital 21, Ufa, Russia

Early diagnostics, treatment and types of surgery of perforated diverticulitis were studied. Archive data of patients with this complication treated in proctology department of City Clinical Hospital №21 (Ufa city, Russia) between 2000 and 2016 were analyzed.

[Key words: diverticular disease of the colon, inflammatory complications of diverticular disease of the colon, perforated diverticulitis]

Адрес для переписки: Лопатин Д.В., Башкирский государственный медицинский университет,
ул. Ленина, 3, Уфа; e-mail: gkb21_2010@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

Распространенность дивертикулярной болезни ободочной кишки достигает 30% от всей популяции [1,3,6]. Развитие осложнений острого воспалительного характера в данной группе больных колеблется от 10 до 60% [2,5,7]. Из них наиболее часто встречаются: острый дивертикулит (20%), перфорация (27,2%), кишечные свищи (1-23%), абсцессы [5,9]. В 3,5-4 случаях на 100 тысяч человек в год причиной перитонита или внутрибрюшного абсцесса являются острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни. Перфорация дивертикула выходит на четвертое место в числе экстренных хирургических вмешательств, требующих наложения колостом [10,13]. Летальность при осложнениях воспалительного характера находится на уровне 9,8% [13,14]. Среди них, в связи с образованием абсцесса, – 79% (доверительный интервал от 62 до 89), гнойного перитонита – 84% (дове-

рительный интервал от 69 до 92), калового перитонита – 44% (доверительный интервал от 10 до 74), кишечной непроходимости – 80% (доверительный интервал – от 38 до 96) [12,17]. В связи с этим мониторинг результатов диагностики и лечения пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки и ее осложнениями остается актуальным и может позволить оптимизировать тактику лечения больных с данной патологией.

ЦЕЛЬ

Проанализировать возможности ранней диагностики и определить тактику лечения пациентов с дивертикулярной болезнью, осложненной перфоративным дивертикулитом, в условиях ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа за период с 2000 до 2016 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Вся информация по данным пациентам, поступившим в колопроктологическое отделение ГКБ № 21 г. Уфа в период с 2000 по 2016 гг., основывалась на обработке архивных материалов с интересующей нас патологией. В данную группу больных включены пациенты, поступившие в экстренном порядке. Тактика ведения таких пациентов основывалась на клинических рекомендациях по диагностике и лечению взрослых пациентов дивертикулярной болезнью ободочной кишки, разработанных «Ассоциацией колопроктологов России», Москва, 2013.

Согласно распределению пациентов с 2000 до 2015 гг. была выделена и рассмотрена группа с дивертикулярной болезнью, осложнением которой являлся перфоративный дивертикулит.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов лечения осложнений дивертикулярной болезни у пациентов, поступивших в колопроктологическое отделение ГКБ № 21 с 2000 по 2015 гг., показал, что из 1292 пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни, 179 (13,8%) были больные с перфоративным дивертикулитом. Средний возраст данной группы пациентов был 64 ± 11 лет (диапазон 45-84 лет). Из 179 больных, включенных в исследование, женщин было 75,9% (n=136), мужчин – 24,1% (n=43).

Распределение больных с дивертикулярной болезнью, осложненной перфоративным дивертикулитом, по характеру развившихся острых воспалительных осложнений представлены в таблице 1.

При поступлении экстренного больного с подозрением на дивертикулярную болезнь, осложненную перфоративным дивертикулитом, придерживались следующего алгоритма диагностики: проводили общеклинические обследования, лабораторную диагностику, ультразвуковую диагностику и обзорную рентгенографию органов брюшной полости. После проведенных обследований решался вопрос о наличии показаний для экстренного оперативного лечения, либо о возможности проведения интенсивной консервативной терапии. При положительном ответе на консервативную терапию, дальнейшие диагностические мероприятия были направлены на выявление характера морфологических изменений.

При проведении общеклинических обследований боль в левой подвздошной области определялась

в 64,4% случаях, в 20,5% – по ходу левого бокового канала, в 12,3% – в эпигастральной и мезогастральной областях и в 2,7% случаях боль локализовалась в правой подвздошной области. Такой симптом, как напряжение мышц передней брюшной стенки, отмечен у 93,2% больных.

Анализ результатов лабораторного обследования показал, что уровень количества лейкоцитов выше $15,0 \times 10^9/\text{л}$ обнаружен у 111 (62,4%) пациентов. Палочкоядерный сдвиг в лейкоформуле отмечен в 100% наблюдаемых, ускоренное СОЭ выше 25 мм/час – в 123 (68,6%) случаях. Полученные лабораторные данные указывают на наличие активного воспалительного процесса у данной категории больных.

Из 179 больных с перфоративным дивертикулитом ультразвуковое исследование выполнено у 108 (84,2%) человек (Табл. 2). Наиболее важные критерии в данной группе больных: утолщение стенки от 5 мм и более, нечеткость контуров и сглаженность контура слизистой, замедление или отсутствие перистальтики как пораженного сегмента, так и всей кишки, наличие инфильтрации в прилегающих к дивертикулу тканях или параколикарной клетчатке, полости с жидкостным или газообразным содержимым, сообщение полости с пораженным дивертикулом, наличие свободной или межпетельного скопления жидкости. Данные признаки были визуализированы в 100% случаев. Обзорная рентгенография органов брюшной полости выполнена у 151 (84,3%) пациента при наличии выраженного болевого синдрома, пальпируемого инфильтрата, мышечного напряжения, лейкоцитоза, повышенного СОЭ. (Табл. 3).

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости свободный газ в брюшной полости был выявлен у 54 (35,7%) больных из 151 пациента, которым выполнялось исследование. В 97 (64,3%) случаях свободный газ в брюшной полости не определялся. Вероятнее всего, это объясняется наличием прикрытой перфорации.

В результате проведенного диагностического алгоритма у 179 больных были диагностированы такие осложнения перфоративного дивертикулита как: местный ограниченный гнойный перитонит – 73 случая, распространённый гнойный перитонит – 57 случаев и 49 случаев калового перитонита. Все больные с распространённым гнойным перитонитом и с каловым перитонитом нуждались в экстренном хирургическом лечении, которое проводилось в первые часы после поступления. Объем оперативного лечения определялся индивидуально, в то время как из 73 больных с перфоративным дивертикулитом, осложненным местным ограниченным перитонитом, у 18 (24,6%) больных про-

Таблица 1. Распределение больных с дивертикулярной болезнью, осложненной перфоративным дивертикулитом, по характеру развившихся острых воспалительных осложнений

Характер осложнения перфоративного дивертикулита	Абс. число	%
Местный ограниченный гнойный перитонит (абсцесс)	73	41%
Гнойный перитонит	57	32%
Каловый перитонит	49	27%
Всего	179	100%

Таблица 2. Количество ультразвуковых исследований у больных с дивертикулярной болезнью, осложненной перфоративным дивертикулитом

Характер осложнения перфоративного дивертикулита	Количество больных	Количество исследований	%
Местный ограниченный гнойный перитонит (абсцесс)	73	66	90,8
Распространённый гнойный перитонит	57	49	85,2
Каловый перитонит	49	46	97

Таблица 3. Распределение рентгенологических симптомов у больных с дивертикулярной болезнью, осложненной перфоративным дивертикулитом

Характер осложнения перфоративного дивертикулита	Всего	Обзорная рентгенография	Рентген-симптомы		
			Пневматоз кишечника	Кишечная непроходимость	Наличие свободного газа
Местный ограниченный гнойный перитонит (абсцесс)	73	45 (61,8%)	23 (51,1%)	6 (12,8%)	2 (4,2%)
Распространённый гнойный перитонит	57	57 (100%)	51 (89,8%)	20 (34,7%)	27 (46,9%)
Каловый перитонит	49	49 (100%)	42 (86,9%)	19 (39,1%)	25 (52,7%)

ведена экстренная лапароскопия, которая была выполнена в сроки от 4 до 12 часов от момента госпитализации. В отсроченном порядке лапароскопия выполнена еще у 21 (28,6%) больного спустя 48 часов при отсутствии положительного ответа на интенсивную противовоспалительную терапию. В 34 (46,6%) случаях после начала интенсивной

противовоспалительной терапии была отмечена положительная динамика, вследствие чего возникла возможность проведения дальнейших диагностических мероприятий.

Для определения локализации воспалительного процесса и его отношения к участкам ободочной кишки необходимо внутрипросветное контрастирование последней. Выполняли КТ, либо КТ с внутрипросветным введением водного раствора контрастного вещества.

В 34 (46,6%) случаях, где получен положительный ответ, спустя 48 часов при отсутствии признаков ухудшения проводился контроль уровня лейкоцитов, повторное УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости. Выполнялась подготовка больных к компьютерной томографии с внутрипросветным введением контрастного вещества. Данное исследование выполнено у 27 пациентов. Локализация перфорированного дивертикула в поперечном ободочном отделе ободочной кишки выявлена в 3 случаях, в нисходящем отделе – в 5 случаях, а в 19 случаях – в сигмовидной кишке (Рис. 1). Комплексное обследование в предоперационном периоде дало исчерпывающий ответ об активности, локализации и распространности воспалительного процесса.

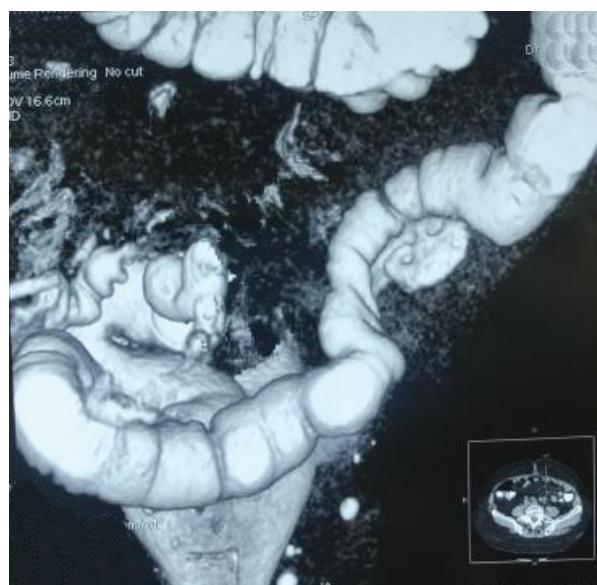


Рисунок 1. Перфорация дивертикула сигмовидной кишки с формированием ограниченной полости абсцесса

ВЫВОДЫ

1. Предложенный нами алгоритм ранних диагностических мероприятий позволил дифференцировать характер осложнений перфоративного дивертикулита и выбрать тактику дальнейшего лечения.
2. Больные с распространённым гнойным перитонитом и каловым перитонитом нуждаются в экстренном хирургическом лечении в первые часы после поступления.
3. В 34 (46,6%) случаях у больных с местным ограниченным перитонитом при перфорации дивертикула был получен положительный ответ от консервативной терапии.
4. Наиболее информативным и безопасным методом диагностики для больных с перфоративным дивертикулитом, осложненным местным ограниченным перитонитом, является проведение КТ с внутрипросветным введением водного раствора контрастного вещества, что позволило провести дифференцированный подход к выбору метода оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ачкасов, С.И. Хирургическая тактика при восстановительном лечении осложнённого дивертикулеза ободочной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27/ Ачкасов Сергей Иванович. – М., 1992. – 20 с.
2. Болихов, К.В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Болихов Кирилл Владимирович. – М., 2006. – с. 52-130.
3. Воробьев, Г.И. Определение границ резекции ободочной кишки при дивертикулезе. / Г.И.Воробьев, К.Н.Саламов, С.И.Ачкасов и соавт. // Хирургия. – 2001. – № 1. – с. 80-86.
4. Гасьмаев, В.К. УЗ диагностика неаппендикулярных паракишечных инфильтратов / В.К.Гасьмаев // Возможности современной лучевой диагностики в медицине. – М., 1995. – с. 89-90
5. Гончарик, И.И. Модель протокола ведения больных с осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки / И.И.Гончарик // Медицинский журнал. – 2008. – № 1. – с. 67-69.
6. Герман, С.В. Основные принципы лечения осложнённой дивертикулярной болезни толстой кишки у пожилых людей / С.В.Герман // Актуальные проблемы гастроэнтерологии и сочетанной патологии в геронтологии: [Материалы 33-й конф. Межрегион, ассоц. гастроэнтерологов]. – М., 1995. – с. 37-39.
7. Зайцева, Е.И. Особенности течения дивертикулеза толстой кишки у пожилых и связанные с этим ошибки диагностики / Е.И.Зайцева // Клинич. Геронтология. – 1995. – № 4. – с. 48-50.
8. Меньшиков, А.М. Лечение дивертикулярной болезни толстой кишки / А.М.Меньшиков, Ф.М.Гайнутдинов, Д.И.Мехдиев и соавт. // Здравоохран. Башкортостана. – 1999. – № 1. – с. 65-69.
9. Мехдиев, Д.И. Диагностика и лечебная тактика при остром дивертикулите ободочной кишки / Д.И.Мехдиев, В.М.Тимербулатов, Р.Г.Каланов и соавт. // Четвертый Всесоюзный съезд гастроэнтерологов (17-20 окт. 1990 г.): Материалы съезда. – М.; Л., 1990. – т. 2. – с. 499-500.
10. Москалев, А.И. Клинико-морфофункциональные параллели при хронических осложнениях дивертикулярной болезни: дис. ... канд. мед. наук. / Москалев Алексей Игоревич. – М., 2007. – с. 37-151.
11. Тимербулатов, В.М. Хирургическая тактика при остром дивертикулите ободочной кишки / В.М.Тимербулатов, Д.И.Мехдиев, В.М.Лопатин и соавт. // Сов. Медицина. – 1989. – № 10. – с. 91-93.
12. Тимербулатов, В.М. Опыт лечения острого дивертикулита толстой кишки / В.М.Тимербулатов, Р.Р.Фаязов, Ш.В.Тимербулатов и соавт. // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – № 3. – с. 54-58.
13. Тимербулатов, В.М. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. / В.М.Тимербулатов с соавт. // Москва: Изд-во «Медицинская книга», 2016. – с. 35-215.
14. Шельгин, Ю.А. Лапароскопический доступ при плановом хирургическом лечении дивертикулярной болезни. / Ю.А.Шельгин, С.И.Ачкасов, А.И.Москалев / Колопроктология. – № 4 (50). – 2014. – с. 5-13.
15. Ahn, S.H. Acute nontraumatic abdominal pain in adult patients: abdominal radiography compared with CT evaluation / S.H.Ahn, W.W.Mayo-Smith, B.L.Murphy et al. // Radiology. – 2002 Oct; № 225(1). – p. 159-64.
16. Pittet, O. Recurrent left colonic episodes: more Severe than the initial diverticulitis? / O.Pittet, N.Kotzampassakis, S.Schmidt et al. // World J. Surg. – 2009 Mar. – № 33 (3). – p. 547-552.
17. Edna, Tom-Harald. Survival after acute colon diverticulitis treated in hospital / 22 June 2014 / Tom-Harald Edna, Aras Jamal Talabani, Stian Lydersen et al. // Endreseth. Accepted: Published online: 3 July 2014.