

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

Тимербулатов М.В.<sup>1</sup>, Куляпин А.В.<sup>2</sup>, Лопатин Д.В.<sup>2</sup>, Аитова Л.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

<sup>2</sup> 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.<sup>1</sup>, Kulyapin A.V.<sup>2</sup>, Lopatin D.V.<sup>2</sup>, Aitova L.R.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> GBOU VO Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

<sup>2</sup> 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 колостомы [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, поступивших в колопроктологическое отделение ГKB № 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 ГKB № 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  $64 \pm 11$  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 эпигастриальной 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 свыше 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 параклетчатке, 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 отграниченный гнойный перитонит – 73 случая, распространенный гнойный перитонит – 57 случаев и 49 случаев калового перитонита. Все больные с распространенным 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 отграниченный 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 отграниченный 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

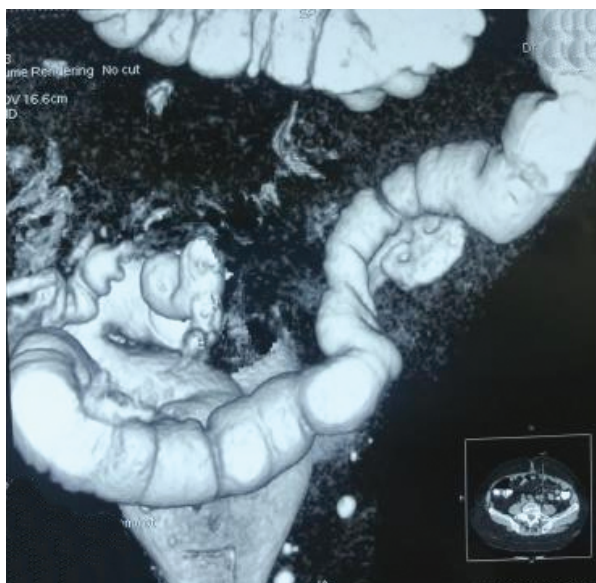
Характер осложнения перфоративного дивертикулита	Всего	Обзорная рентгенография	Рентген-симптомы		
			Пневматоз кишечника	Кишечная непроходимость	Наличие свободного газа
Местный отграниченный гнойный перитонит (абсцесс)	73	45 (61,8%)	23 (51,1%)	6 (12,8%)	2 (4,2%)
Распространённый гнойный перитонит	57	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 распространенности 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 распространенным 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 внутрисосудистым 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 дивертикулита ободочной кишки: автореф. дисс. ... 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 дивертикулита 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.