

УДК 616.34-002-092.65-02

## Собственный опыт лечения осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки

В.М. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, Д.И. Мехдиев, Ш.В. Тимербулатов,  
Ф.З. Багаутдинов, Н.М. Багаутдинова

*(Башкирский государственный медицинский университет Минздрава РФ,  
кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГОУ ВПО, Уфа)*

### Original experience of treatment of complicated forms of large intestine diverticular disease

V.M. Timerbulatov, R.R. Fayazov, D.I. Mekhdiyev, Sh.V. Timerbulatov,  
F.Z. Bagautdinov, N.M. Bagautdinova

**Цель исследования.** Изучение результатов оптимизации диагностических мероприятий и выбора лечебной тактики при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки с позиции современных неинвазивных и миниинвазивных технологий.

**Материал и методы.** В ретроспективном исследовании сравнили результаты лечения 1251 больного с осложненными формами дивертикулярной болезни, которых вели в проктологических отделениях, и 168 больных, леченных в общехирургических отделениях.

**Результаты.** Летальность при осложненных формах дивертикулярной болезни составила в общехирургических стационарах 11,9% случаев, при наличии колопроктологической службы – 2,2%.

**Заключение.** Отсутствие лечебно-диагностического алгоритма ведения данной категории больных приводит к тактическим ошибкам и увеличению летальности.

**Ключевые слова:** дивертикулярная болезнь, летальность, кишечное кровотечение, кишечная непроходимость.

**Aim of investigation.** Studying of results of optimization of diagnostic procedures and choice of medical tactics at complicated forms of diverticular disease of large intestine from position of up-to-date non-invasive and mini-invasive technologies.

**Material and methods.** In retrospective study we compared results of treatment of 1251 patients with complicated forms of diverticular disease which were treated in proctologic departments, and 168 patients treated in departments of general surgery.

**Results.** Mortality at complicated forms of diverticular disease was 11,9% of cases in general surgery hospitals, while at the presence of coloproctological service – 2,2%.

**Conclusion.** Absence of therapeutic and diagnostic algorithm of management this category of patients results in tactical errors and increase of mortality.

**Key words:** diverticular disease, mortality, intestinal bleeding, ileus.

**Р**аспространенность дивертикулярной болезни толстой кишки в различных странах достигает 30% от всей популяции [1, 3, 6]. Дивертикулез толстой кишки встречается у 40% людей старше 70 лет [6]. В общей структуре стационарных больных пациенты с дивертикулезом толстой кишки и его осложнениями составляют в среднем 8,4% [2, 4, 5, 7, 8]. В 60% случаев дивертикулы располагаются в сигмовидной кишке, в 24% — в нисходящем отделе ободочной кишки и в 17% — в левом сегменте [7, 8].

Как показали исследования группы ученых из Великобритании [9, 10], встречаемость дивертикулярной болезни неуклонно растет, увеличение за последние 5 лет достигало от 0,58 до 1,20 на 1000 человек населения, при этом все чаще заболевания встречаются в молодом возрасте. Смертность, по данным авторов, составила 1,3–2,3%, летальный исход в основном отмечен в группе больных с прободением толстой кишки (35% случаев). Независимыми факторами смертности были низкое социальное положение, пожилой возраст, срочная госпитализация, лапаротомия.

Не до конца решенной проблемой дивертикулярной болезни является профилактика, диагностика и лечение ее осложнений в виде острого дивертикулита, перидивертикулярного инфильтрата и абсцесса, кишечного кровотечения, острой кишечной непроходимости, перфорации толстой кишки. Больные с указанными осложнениями поступают преимущественно в общехирургические стационары. Отсутствие в большинстве из них специалистов-колопроктологов приводит к ошибкам в лечебно-диагностической тактике, следствием чего являются высокие показатели послеоперационных осложнений и летальности. Выход из данной ситуации видится во внедрении протоколов ведения больных с острым дивертикулитом в практику общехирургических отделений.

**Целью** исследования явилось изучение результатов оптимизации диагностических мероприятий и выбора лечебной тактики при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки с позиции современных неинвазивных и миниинвазивных технологий.

### Материал и методы исследования

За период с 1993 по 2008 г. в проктологические отделения *Больницы скорой медицинской помощи* (БСМП) и ГКБ № 21 г. Уфы по экстренным показаниям госпитализированы 2085 больных с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки. В указанных клинических базах применяется разработанный протокол ведения пациентов с острым дивертикулитом, основанный на принципах широкого использования неинвазивных и миниинвазивных технологий [6]. Консервативное лечение проведено 1731

(83,0%) больному, оперативному вмешательству подвергнуты 354 (17,0%) человека. В числе госпитализированных было 730 (35,1%) мужчин и 1355 (64,9%) женщин.

Среди осложненных форм дивертикулярной болезни отмечены: острый дивертикулит — у 1251 (60,0%) больного, перидивертикулярный инфильтрат — у 250 (11,9%), перидивертикулярный абсцесс — у 146 (7,1%), кишечное кровотечение — у 313 (15,1%), кишечная непроходимость — у 21 (1,0%) и перфорация — у 104 (4,9%). Наиболее информативными методами исследования были рентгенологические, эндоскопические и сонографические.

В общехирургические отделения клинических больниц г. Уфы за последние 15 лет с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки поступили 168 больных. Данная группа пациентов составлена для проведения сравнительного анализа. Консервативное лечение осуществлялось 81 (48,2%) больному, оперированы по экстренным показаниям 87 (51,8%). В указанных клинических базах общепринятая тактика при рассматриваемой патологии отсутствует, целенаправленные неинвазивные и миниинвазивные технологии не применяются.

### Результаты исследования и их обсуждение

Консервативное лечение острого дивертикулита у 1251 и перидивертикулярного инфильтрата у 245 больных было эффективным и включало в себя диетотерапию, инфузионную терапию, применение антибиотиков широкого спектра действия в сочетании с метрогилом, спазмолитиков и анальгетиков. Проводились новокаиновые блокады, назначались лечебные микроклизмы и физиотерапевтические процедуры. Из-за неэффективности консервативной терапии 5 больным выполнена резекция пораженного участка толстой кишки с наложением первичного межкишечного анастомоза.

В диагностике перидивертикулярного абсцесса, развившегося у 146 больных, ведущими методами явились УЗИ, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Всем пациентам выполнено оперативное лечение в зависимости от типа абсцесса. При внутрибрюшной форме у 57 больных лапаротомным доступом осуществлено вскрытие и дренирование абсцесса с наложением разгрузочной колостомы. В последние годы при забрюшинных абсцессах внедряются пункционные и миниинвазивные методы лечения. У 2 наблюдавшихся нами пациентов, у которых размеры абсцесса не превышали 5 см, лечение проведено с помощью навигационной пункции под контролем УЗИ, у 6 больных при размерах абсцесса в пределах 7 см выполнено его пункционное дренирование под

Способы лечения дивертикулярной болезни толстой кишки и ее осложнений в клиниках г. Уфы

| Вид лечения                                                                   | Количество больных |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
|                                                                               | ГКБ № 21 + БСМП    | Клиники без колопроктологической службы |
| Консервативное                                                                | 1731               | 81                                      |
| Оперировано по экстренным показаниям:                                         | 354                | 87                                      |
| резекция + наложение колостомы                                                | 171                | 37                                      |
| резекция + первичный анастомоз                                                | 101                | 15                                      |
| лапаротомия + вскрытие, санация и дренирование абсцесса + наложение колостомы | 57                 | 18                                      |
| лапаротомия + дренирование абсцесса                                           | —                  | 2                                       |
| мини-лапаротомия + дренирование абсцесса + наложение колостомы                | 17                 | —                                       |
| лапароскопическое вскрытие + санация + дренирование абсцесса                  | —                  | 9                                       |
| пункционное дренирование абсцесса                                             | 8                  | —                                       |
| ушивание дивертикула                                                          | —                  | 6                                       |
| Всего пролечено больных                                                       | 2085               | 168                                     |
| Послеоперационная летальность                                                 | 38 (10,7%)         | 20 (22,9%)                              |
| Общая летальность                                                             | 38 (2,2%)          | 20 (11,9%)                              |

контролем УЗИ, у 17 больных с абсцессами более 7 см дренирование осуществлено из минилюбам-томного доступа. Послеоперационных осложнений не было. Во всех 25 случаях операция завершена наложением разгрузочной колостомы из мини-лапаротомного доступа. При внутрибрюшечном абсцессе у 64 человек выполнена резекция кишки с наложением первичного межкишечного анастомоза.

При осложнениях в виде кишечного кровотечения, возникшего у 313 больных, основная роль в диагностике отводилась колоноскопии. Гемостатическая терапия была неэффективной у 78 пациентов, и развитие клиники геморрагического шока явилось показанием к оперативному лечению — резекции сигмовидной кишки (14 случаев), левосторонней гемиколэктомии (52), суб-тотальной колэктомии (12) с первичным анастомозом (24) или колостомой (54). Преобладание расширенных резекций обусловлено невозможностью у большинства больных во время операции определить уровень кровотечения, а проведение колостомии — низкими показателями белка, эритроцитов и гемоглобина крови.

Для диагностики острой толстокишечной непроходимости, развившейся у 21 больного, использовались рентгенография брюшной полости, УЗИ, колоноскопия и измерение интраабдоминального давления. У 8 пациентов, поступивших в первые часы возникновения непроходимости, выполнена резекция толстой кишки с первичным анастомозом, у 13 больных при позднем поступлении в стационар оперативное лечение ограничено проведением резекции кишки с колостомией. В послед-

ние годы при решении вопроса о сроках и объеме операции особое внимание уделяется показателям интраабдоминального давления. При величинах 20 мм рт. ст. и выше хирургическая тактика предполагала срочную лапаротомию, декомпрессию и санацию кишечника с колосорбцией и колостомией. В противном случае быстрое нарастание давления приводит к развитию «копартмен-синдрома», который является необратимой декомпенсаторной стадией патофизиологического процесса, не до конца изученной на сегодняшний день.

У 104 больных, оперированных по поводу перфорации толстой кишки, наиболее информативными методами исследования были рентгенография и УЗИ органов брюшной полости. Экстрериоризация перфорированного участка выполнена у 27 пациентов. При выраженных деструктивных изменениях толстой кишки вокруг перфорированного дивертикула и невозможности выведения этого сегмента на брюшную стенку у 77 человек осуществлена обструктивная резекция кишки.

Проведенный анализ лечения дивертикулярной болезни и ее осложнений в ГКБ № 21 и БСМП г. Уфы в сравнении с клиниками, где нет специализированного колопроктологического отделения, показал, что отсутствие лечебно-диагностического алгоритма ведения данной категории больных приводит к тактическим ошибкам и увеличению летальности (см. таблицу).

В клиниках, где отсутствует колопроктологическая служба, летальность при осложненных формах дивертикулярной болезни составила 11,9%. При выполнении в общехирургических

стационарах оперативных вмешательств по типу вскрытия и дренирования абсцесса без разгрузочной колостомии, ушивания дивертикула имела место неадекватная интраоперационная диагностика патологического процесса. Во всех указанных случаях было диагностировано другое заболевание, что привело к тактической ошибке и летальному исходу.

В клинических базах с наличием колопроктологической службы умерли 38 (2,2%) больных. Причинами смерти явились послеоперационные осложнения в виде инфаркта миокарда, тромбоэмболии легочной артерии, инсульта, пневмонии, абдоминального сепсиса с развитием системной полиорганной недостаточности, чему способствовали пожилой возраст пациентов, поздняя госпитализация и тяжелые сопутствующие заболевания.

## Выводы

1. Комплексная оценка результатов клинических, рентгенологических, эндоскопических

исследований, данных УЗИ с учетом их информативности и инвазивности по принципу «от простого к сложному» позволяет установить клиническую форму, распространенность осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки и выбрать рациональную лечебную тактику.

2. При абсцедировании, перфорации, массивных кровотечениях показано экстренное оперативное лечение, объем и характер которого зависят от вида и распространенности патологического процесса, степени кровопотери.

3. Широкое внедрение современных неинвазивных и миниинвазивных технологий в хирургическую тактику ведения больных с осложненными формами дивертикулярной болезни позволяет существенно снизить число тактических ошибок, послеоперационных осложнений и летальность.

4. Назрела необходимость внедрения лечебно-диагностического стандарта при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки в практику общехирургических отделений.

## Список литературы

1. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Ачкасов С.И. и др. Прогнозирование развития повторных воспалительных осложнений после эпизода острого дивертикулита // Материалы Второго съезда колопроктологов России с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии». — Уфа, 2007. — С. 405–406.
2. Воробьев Г.И., Орлова Л.П., Жученко А.П., Капуллер Л.Л. Ультразвуковые признаки дивертикулярной болезни ободочной кишки // Колопроктология. — 2008. — № 1 (19). — С. 7–8.
3. Кирьянова И.В., Осмоловский С.В., Киселев М.Н. и др. Анализ лечения дивертикулеза ободочной кишки // Материалы Второго съезда колопроктологов России с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии». — Уфа, 2007. — С. 411–413.
4. Лебянов А.Д., Куненков А.Б., Эфрон А.Г. и др. Опыт лечения осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки // Сб. науч. трудов V Республиканской науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы колопроктологии: диагностика, лечение». — Минск, 2008. — С. 96–97.
5. Саркисян К.А., Агавелян А.М., Эфенджян А.К. Лечебная тактика при дивертикулезе толстой кишки // Сб. тез. Первой междунар. конф. по торакоабдоминальной хирургии. — М., 2008. — С. 42–43.
6. Тимербулатов В.М., Кукош М.В., Гомозов Г.И. и др. Дивертикулярная болезнь толстой кишки с прободением и абсцессом // Рекомендательные протоколы оказания неотложной хирургической помощи населению. — Уфа, Н.Новгород, 2008. — С. 5–9.
7. Тимербулатов В.М., Сахаутдинов В.Г., Мехдиев Д.И. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. — Уфа: Изд-во БГМУ, 2000. — 190 с.
8. Халилов Х.С., Хаджимухамедов Н.А. Результаты диагностики и лечения осложненных форм дивертикулеза толстой кишки // Сб. тез. Первой междунар. конф. по торакоабдоминальной хирургии. — М., 2008. — С. 42–43.
9. Jeyarajah S., Tekkis P.P., Aylin P. et al. Clinical issues in diseases — Hall I // 16<sup>th</sup> United European Gastroenterology Week. Vienna, Austria, 18–19 October 2008 // Int. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2008. — Vol. 57 (suppl. 2). — P. 24–25.
10. Tursi A., Brandimarte G., Elisei W. et al. The endoscopic spectrum of segmental colitis associated with diverticulosis // 16<sup>th</sup> United European Gastroenterology Week. Vienna, Austria, 18–19 October 2008 // Int. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2008. — Vol. 57 (suppl. 2). — P. 25–29.