Проанализированы результаты лечения 2640 больных с дивертикулярной болезньью толстой кишки, находившихся в колопроктологических отделениях клиник факультетской хирургии с курсом колопроктологии и хирургии с курсом эндоскопии ИПО Башкирского государственного медицинского университета с 1993 по 2012 годы. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке по направлениям врачей скорой медицинской помощи, амбулаторного звена или переведены из других медицинских организаций, не имеющих специализированное отделение данного профиля. Среди госпитализированных было 924 (35%) мужчин и 1716 (65%) женщин. По возрасту, до 30 лет было 0,1%, от 31 до 40 лет - 6,7%, от 41 до 60 лет - 42,6%, от 61 до 70 лет - 30,3% и старше 70 лет - 20,1% больных.

Подавляющему большинству больных - 2182 (82,66%) было проведено консервативное лечение, хирургические вмешательства были выполнены 458 (17,34%) больным.

Острый дивертикулит (неосложненный) был выявлен у 1584 (60%), перидивертикулярный инфильтрат - 314 (11,89%), перидивертикулярный абсцесс - 187 (7,08%), кишечное кровотечение - 398 (15,07%), перфоративный дивертикулит - 131 (4,96%) и острая кишечная непроходимость у 26 (0,98%) больных.

В обследовании больных, кроме общеклинических, лабораторных методов, были использованы рентгенологические (обзорная рентгенография органов брюшной полости, компьютерная, магнитно-резонансная томография, ирригоскопия, пассаж бария по желудочно-кишечному тракту), ультразвуковые, эндоскопические (фиброколоноскопия,

ректороманоскопия) методы, видеолапароскопия, биохимические методы (включая определение С-реактивного белка, прокалыдитонина, лактата крови), мониторинг внутрибрюшного давления.

Диагностика и лечебная тактика при осложненной ДБТК основывались на разработанныхв клинике протоколах оказания неотложной хирургической помощи.

Диагностика острого дивертикулита основывается преимущественно на анализе клинической картины, физикальных данных: у больных отмечались предшествующие дискомфорт, метеоризм, периодические боли в животе, чаще невыраженные запоры, при объективном исследовании - локальная болезненность при пальпации, чаще в левой подвздошной области, левом мезогастрии, симптомы раздражения брюшины отрицательные, редко (< 10%) умеренная тахикардия, лейкоцитоз и лихорадка, как правило, слабо выражены, отмечается ускорение СОЭ, повышение уровня С-реактивного белка.

При сомнительных случаях (п=126 - 7,95% к числу больных с острым дивертикулитом) при лейкоцитозе 8-9\*10%, субфебрильной температуре тела, невозможности исключить другие острые хирургические заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит с атипичной локализацией, перекрут сальниковых отростков ободочной кишки и др.) выполняли УЗИ, диагностическую лапароскопию. При УЗИ, КТ выявляются дивертикулы, воспалительное утолщение стенки кишки, инфильтрация жировой ткани вокруг кишки.

Комплекс консервативной терапии включал щадящий физический и пищевой режим, жидкость per os не ограничивались, проводили антибиотикотерапию (альфа-нормикс) рифаксимин по 400 мг 2 р/д до 7-10 дней или ципрофлоксацин в/в по 200-400 мг 2 р/в сутки в сочетании с метронидозолом по 7,5 мг/кг 3 раза), спазмолитики (мебеверин по 1 т 2 р/д, бускопан по 2т 3-5 р/д, дицетел (пинавериум бромид) по 1-3 т 3 р/д).

При перидивертикулярном инфильтрате клиническая картина во многом напоминает острый неосложненный дивертикулит; отличительными признаками явились пальпируемое опухолевидное образование, плотной консистенции, малоподвижное, умеренно болезненное (п=188 - 59,8% к общему числу больных с перидивертикулярным инфильтратом), симптомы раздражения брюшины преимущественно отрицательные, редко - сомнительные. Количество лейкоцитов или в пределах нормы (в 48%), или отмечается умеренный лейкоцитоз - до 9-10\*10% (в 52%), субфебрилитет. УЗ- исследование позволяет исключить выпот в брюшной полости (перитонит), осложнение инфильтрата компрессией петель кишечника, абсцедирование. Но при пневматозе толстой кишки, информативность УЗИ низка и поэтому у 47 (14,9%) больных была проведена КТ. В 23 случаях после УЗИ, КТ при наличии незначительного количества жидкости вокруг инфильтрата, невозможности исключения прикрытой перфорации дивертикула, а также у 54 больных с клинической картиной местного перитонита (без УЗИ), дежурными хирургами была проведена диагностическая лапароскопия (всего 77 больных - 24,5%), без подтверждения предполагаемых осложнений.

Больным данной группы проводилось консервативное лечение, включающее щадящий режим, антибактериальная терапия (в/м - 0,5-2,0 г 2-3 р/сут, фторхинолоны (ципрофлоксацин) в/в 200-400 мг 2 р/сут + метронидозол в/в 7,5 мг/кг 2 р/сут), иногда аминогликозиды, спазмолитики (см. выше), физиотерапевтические процедуры.

Внутривенная инфузионная терапия проводилась при необходимости восстановления внутрисосудистого объема, поддержания баланса электролитов и обеспечения адекватного диуреза, в случаях невозможности компенсации пероральным приемом жидкости.

При эфективности антибиотикотерапии, на 2-3 сутки отмечали снижение лейкоцитоза, лихорадки, особенно уровня С-реактивного белка, последний при адекватности лечения снижался почти в 2 раза через 24 часа.

При достижении положительного результата от антибактериальной терапии, в указанные сроки больным рекомендовали Мукофальк по 2-4 пакетика в сутки. Как известно, в развитии дивертикулита определенную роль играют неспецифическое воспаление слизистой оболочки толстой кишки, нарушения микрофлоры, по завершении антибиотикотерапии больным назначали препараты 5-аминосалициловой кислоты (салофальк до 1,5-3,0 г в сутки) в течении 8-12 недель.

Дальнейшее уточнение диагноза проводили после купирования острых проявлений дивертикулита в целях определения локализации зоны воспаления, распространенности дивертикулеза, дифференциальной диагностики с другими заболеваниями: ишемическим колитом, опухолями, кишечной непроходимостью, воспалительными заболеваниями толстой кишки, для исключения заболеваний соседних органов: придатков матки, мочекаменной болезни, забрюшинной опухоли, осложненная язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки и др.

Ирригографию проводили водорастворимым контрастным веществом, поскольку рентгенологическое исследование барием опасно развитием калово-бариевого перитонита. Обычно достаточно однократное контрастирование, из-за опасности перфорации двойное контрастирование не проводится.

При остром дивертикулите КТ является наиболее информативным методом исследования, позволяющим выявить наличие и распространенность дивертикулеза, оценить состояние кишечной стенки, окружающей клетчатки (параколон, мезоколон). КТ с контрастированием толстой кишки (внутривенное, трансректальное, пероральное введение водорастворимого контраста) более информативна, при этом выявляли дивертикулы неправильной формы с узкой шейкой, инфильтрацию кишечной стенки, параколической клетчатки в области расположения воспаленных дивертикулов, нередко стенка кишки заметно утолщается.

При УЗИ в зоне воспаления выявили гипоэхогенное утолщение стенки кишки, иногда визуализируются дивертикулы, вокруг определяются гиперэхогенные зоны воспаления и клетчатки параколон.

При ирригографии острый дивертикулит характеризуется следующими признаками: контуры дивертикулов, неправильной формы, выходят за пределы контура исследуемого сегмента кишки, шейка дивертикула узкая, далее за контуры дивертикул продолжается также в виде частокола. В зоне расположения воспаленного дивертикула выявляется спазм, утолщение слизистой оболочки, сужение просвета сегмента кишки, в любом случае, при малейшем подозрении на прикрытую перфорацию, остром тяжелом дивертикулите ирригоскопию проводили после полного купирования воспаления, рассасывания инфильтрата (через 8 недель). Фиброколоноскопию в острой стадии не проводили, она обычно выполнялась через 1,5-2 месяца. Колоноскопия осуществлялась при минимальной инсуфляции воздуха при необходимости дифференциальной диагностики с такими заболеваниями, как острая обтурационная толстокишечная

непроходимость, ишемический колит, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, сочетание клиники острого дивертикулита и значимого кишечного кровотечения и др.

Из общего числа больных с острым дивертикулитом, у 105 (6,62%) при дальнейшим обследовании были выявлены другие заболевания: у 16 (1,0%) опухоли толстой кишки, в т.ч. у 6 на фоне дивертикулеза, у 7 (0,44%) заворот сальниковых отростков, у 18 (1,13%) неспецифические воспалительные заболевания, острый аднексит у 32 (2,02%), абдоминальный ишемический синдром - 32 (2,02%) в стадии транзиторной ишемии. При клиничеки диагносцированном перидивертикулярном инфильтрате, при углубленном исследовании в 28 случаях (8,9%) также были установлены другие заболевания: опухоли толстой кишки - 12 (3,8%), воспалительные опухоли придатков матки - 13 (4,1%), забрюшинные опухоли в 3 случаях (0,95%). Указанные больные из 2 групп с неподтвержденными диагнозами, были исключены из дальнейшего анализа.

По нашим данным, до 26,01% больных в течение 12-18 месяцев были госпитализированы с острыми признаками дивертикулита повторно, 17,99% - более двух раз. Больным последней группы рекомендовалось хирургическое лечение через 8-12 недель после выписки. Подавляющее большинство больных воздерживается от хирургического лечения, продолжая или консервативное лечение или госпитализируются с повторными атаками дивертикулита или более тяжелыми осложнениями. Следовательно, риск рецидива острого дивертикулита, достигает 44% в течение 18 месяцев, причем в 23,98% повторная атака дивертикулита протекала формированием перидивертуклярного инфильтрата, абсцесса (19%) или перфоративного дивертикулита (4,9%). Необоснованные экономические затраты при лечении указанных больных с рецидивами дивертикулите составили 7608000 рублей, при осложненных формах - 13680000 рублей, всего - 21288000 рублей, а в тарифах 2013 года - более 43 млн рублей. Несомненно, в таких высоких показателях рецидива дивертикулита большую роль играет низкий уровень приверженности населения к лекарственной терапии - продолжении консервативной терапии - в амбулаторных условиях после выписки из стационара (< 20%). Немаловажное значение имело отсутствие до 2013 года стройной системы диспансеризации больных.

Таким образом, вышеприведенные данные свидетельствуют о необходимости проведения плановой хирургической санации больных с ДБТК, по крайней мере, после второй атаки острого дивертикулита ввиду ухудшения качества жизни больных, возникновения более тяжелых осложнений, требующих длительного стационарного, а также хирургического, лечения.

Из 314 больных с перидивертикулярным инфильтратом ввиду безуспешности консервативной терапии 11 (3,5%) выполнено хирургическое лечение - резекция пораженных дивертикулами и инфильтратом отделов толстой кишки (у 7 резекция сигмовидной кишки, у 4 - левосторонняя гемиколонэктомия) в среднем на 6-8 сутки с момента госпитализации. Критериями безуспешности консервативной терапии были сохранение болей в животе, пальпируемого и нерассасывающегося инфильтрата, отсутствие положительной динамики по данным УЗИ, сохранение лихорадки,

лейкоцитоза, стабильно высокого уровня С-реактивного белка, а также невозможность исключить абсцедирование инфильтрата.

Перидивертикулярный абсцесс является следствием прикрытой микроперфорации деструктивно измененного дивертикула. В зависимости от локализации дивертикула по периметру толстой кишки и ее анатомического отдела, возможно формирование 3-х вариантов абсцесса: внутрибрюшной, внутрибрыжеечный, забрюшинный. Так, внутрибрюшной абсцесс формируется при микроперфорации дивертикула, расположенного за пределами брыжейки, чаще в толще сальниковых отростков; внутрибрыжеечный абсцесс формируется при перфорации дивертикула в брыжейку (чаще всего в сигмовидной, поперечно-ободочной кишке); забрюшинный абсцесс возникает при перфорации дивертикулов по брыжеечному краю толстой кишки, расположенных мезоперитонеально (нисходящая, восходящая ободочная кишка). Диагностика перидивертикулярного абсцесса основывалась на физикальных данных (болезненный, чаще, малоподвижный инфильтрат), признаках воспалительного процесса - лихорадки, лейкоцитоза, повышение уровня С-реактивного белка и др. Так, у 87% температура тела превышала 38С, лейкоцитоз - > 15\*109/л, уровень С-реактивного белка - > 80 мг/л, кроме того, в процессе консервативного лечения снижение этих показателей не происходит. Окончательный, в т.ч. топический диагноз, устанавливали при УЗИ, КТ или МРТ. Важными задачами при проведении методов визуализации абсцессов, их количества, размеров, структуры, отношения к просвету причинного сегмента кишки и прилежащим органам (особенно к мочевому пузырю, петлям тонкой кишки) и достоверная информация обычно получается при 3D конструкции томограмм.

У ряда больных, при сохранении просвета шейки дивертикула, возмоэно дренирование абсцесса в просвет кишки без необходимости хирургического вмешательства. В таких случаях, больные отмечали выделение гнойного отделяемого во время стула, постепенно наступили нормализация температуры тела, лабораторных анализов крови.

Необходимо также отметить, что формирование перидивертикулярных абсцессов чаще (76%) отмечено при повторных приступах дивертикулита, при появлении выраженных воспалительных изменений в дивертикулах и периколитических явлениях, создающих условия для прикрытого характера перфорации [8]. Перфорация дивертикула в свободную брюшную полость (свободная перфорация), как правило, была первым клиническим проявлением ДБТК и, как мы считаем, происходит в результате внезапного, молниеносного повышения внутрикишечного давления. Механизм такой перфорации аналогичен таким патологическим состояниям, как синдромы Бурхаве (спонтанный разрыв пищевода), Меллори-Вейсса.

Хирургическая тактика при перидивертикулярных внутрибрыжеечных абсцессах (п=76) заключалась в выполнении резекции толстой кишки с абсцессом единым блоком. При внутрибрюшной локализации абсцесса (п=79) в 58 случаях выполняли вскрытие, санацию, дренирование абсцесса, проксимальную колостомию лапаротомным доступом, в 21 - видеолапароскопическим способом, под контролем лапароскопа вскрывали абсцесс, дренировали и накладывали колостому. При забрюшинных абсцессах (п-32) лечебная тактика в основном зависела от объема гнойника. При абсцессах диаметром до 7 см осуществляли чрезкожное пункционное дренирование под контролем УЗИ (п=14), а при больших абсцессах диаметром более 7 см дренирование осуществляли из минилюмботомного доступа, или доступа Пирогова-Кромптона (п=18). После дренирования гнойников, из минилапаротомного доступа накладывали проксимальную колостому.

Диагностика перфоративного дивертикулита представляет большие сложности ввиду отсутствия «дивертикулярного» анамнеза. Диагноз устанавливается во время видеолапароскопии, предпринятой по поводу перитонита неясной этиологии у 105 (80,1%) больных и во время лапаротомии у 26 (19,9%) больных с распространенным перитонитом. Оптимальным вариантом считали экстериоризацию перфорированного сегмента с формированием колостомы (п=52), при технических сложностях, выполняли резекцию по типу операции Гартмана (79 больных). Завершение оперативного вмешательства зависело от стадии перитонита, необходимости в программированных санациях брюшной полости, степени внутрибрюшной гипертензии. При наличии синдрома интраабдоминальной гипертензии (3-4 стадии), необходимости в послеоперационных санациях, накладывали только кожные швы. Лапаростома устранялась по купированию перитонита, интраабдоминальной гипертензии, обычно после 2-й или 3-й санации брюшной полости.

Кровотечения при ДБТК у 9,79% носили массивный характер с развитием геморрагического шока, с дефицитом объема циркулирующей крови более 30-40%, у остальных выраженных гемодинамических и клинико-лабораторных изменений выявлено не было. В диагностике источника кровотечения ведущее значение имели ирригография и фиброколоноскопия. Затруднения в локализации кровотечения возникли у больных с распространенным, тотальным дивертикулезом, ирригоскопия в таких случаях не может помочь в уточнении диагноза, только экстренная колоноскопия позволяет определить кровоточащий дивертикул, а при выраженном кровотечении - ориентировочно причинный сегмент толстой кишки, в экстренных случаях, информативность колоноскопии без подготовки толстой кишки низкая, а подготовить больных старческого возраста, с тяжелой сочетанной патологией к исследованию крайне сложно или невозможно. Поэтому, экстренная ирригография может быть полезной для первичной диагностики. Кроме того, у 23 (5,77%) ирригография с сульфатом бария позволила добиться гемостаза при продолжающемся кровотечении, выявить дивертикулы, их распространенность. Полагаем, что ирригография с сульфатом бария может более широко применяться для диагностики и особенно гемостаза при дивертикулярных кровотечениях (78,4%) консервативный гемостаз был эффективен. Ввиду продолжающегося кровотечения (52 больных), рецидива кровотечения (34 больных), в срочном порядке 17 (4,27%) больным была выполнена резекция сигмовидной кишки, 56 (14.07%) - левосторонняя гемиколонэктомия, 13 (3,26%) - субтотальная резекция ободочной кишки, таким образом, в срочном хирургическом лечении нуждалось 21.6% (п=86) больных с дивертикулезным кровотечением, консервативная терапия была эффективной в ~8.-: -..

Острая непроходимость толстой кишки при ДБТК является обтурационной и обусловлена сдавлением просвета кишки инфильтратом и, как правило, на фоне хронического дивертикулита со стенозированием в зоне воспаления. Эти предпосылки являются причиной низкой эффективности консервативной терапии: из 26 больных консервативное разрешение непроходимости было успешным только у 3. При выборе хирургической тактики определяющее значение имели показатели внутрибрюшного давления и уровень лактата крови: соответственно их уровень > 20 мм рт.ст. и > 3 ммоль/л свидетельствуют о грубых нарушениях внутрибрюшной перфузии и тяжелой ишемии органов, иногда о развитии абдоминального компартмент синдрома. В таких случаях выполняли экстренную лапаротомию (по существу - декомпрессивную), интраоперационную декомпрессию тонкой и толстой кишки, чаще операции заключались в резекции толстой кишки с колостомией.

Заключение. При осложненной ДБТК современные методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ, видеолапароскопия), лабораторные методы исследования позволяют своевременно установить топический диагноз. Консервативное лечение эффективно у 82,66% больных, в экстренной и срочной хирургической помощи нуждаются 17,34% больных. Первичные резекции в экстренном порядке выполнили 21,17%, у 32,9% больных возникли осложнения: инфекция области хирургического вмешательства, тромбоэмболические, инфекционные осложнения со стороны других органов; несостоятельность анастомоза была у 9,2% больных.

У большинства оперированных больных выполнялись вынужденные двухэтапные хирургические вмешательства (78,83%) - резекции с колостомией, экстериоризация с формированием колостомы или различные варианты дренирования с колостомией, направленные прежде всего на устранение осложнения и спасение больных. Послеоперационная летальность составила 8,95%, причинами смерти были абдоминальный сепсис, абдоминальный компартмент синдром, тромбоэмболия легочной артерии, кардиореспираторная патология. Общая смертность составила 1,55%.