Хронический дивертикулит

Ю.А. Шелыгин с соавт. (2014) разработаны клинико-морфологические признаки хронических воспалительных осложнений ДБОК (табл. )

Таблица Хронические воспалительные осложнения дивертикулярнойболезни, (Ю.А. Шелыгин с соавт, 2014)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| КЛИНИЧЕСКАЯФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО СЛОЖНЕНИЯ | КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ ПРИЗНАКИ | ВАРИАНТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ | МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ |
| Хронический  Дивертикулит  Хронический паракишечный инфильтрат  Свищи ободочной кишки  А. Внутренние  Б. Наружные  Стеноз | * Воспаление локализовано, преимуще­ственно, в дивертикуле: * охватывает вокруг него не более 5 cм; * существует больше 4 недель. * Воспаление распространяется из дивертикула на периколическую клетчатку, протяженностью более 5 см; * Или же воспаление распространяется на соседние органы: брюшная стенка или стенка таза, тонкая кишка, мочевой пузырь и т.д. * Существует больше 4 недель   Сообщение просвета кишки через устье дивертикула с одним из полых органов.  Сообщение просвета кишки через устье дивертикула с кожей  Наличие рубцового сужения кишки, вызванное хроническим воспалительным процессом в одном из дивертикулов и проявляющееся нарушением кишечной непроходимости | * Рецидивирующее * Непрерывное. * Латентное. * Рецидивирующее * Непрерывное.   Непрерывное  Непрерывное | • Преимущественно консервативный.  Консервативный  Хирургический  Хирургический  Хирургический |

Свищи являются относительно редким, но сложным и тяжелым осложнением дивертикулярной болезни толстой кишки. Частота образования свищей у больных с дивертикулитом ободочной кишки составляет 6-10% (R.J.Poos, 1987).У больных, перенесших оперативные вмешательства паллиативного характера (вскрытие, дренирование абсцессов), наружные свищи были выявлены в 6% (B.P.Colcock, F.D. Stahmann, 1972). При спонтанном формировании свищей, гной может прорваться в самых различных областях, иногда в промежности (W.J.Mayo, C.P. Blunt, 1950). Хронически протекающий дивертикулит, постепенно вовлекает в воспалительно- деструктивный процесс соседние органы и приводит к формированию свищей между толстой кишкой и внутренними органами (внутренние свищи). Чаще внутренние свищи формируются в результате прорыва перидивертикулярного абсцесса в соседний орган, значительно реже они возникают путем пенетрации (Г.И. Воробьев с соавт, 2007, В.М. Тимербулатов с соавт, 2007). Необходимо отметить, что литературные данные о частоте свищей широко варьируют- от 1% до 42% (T.W. Botsfordсоавт, 1971, W.O. Griffin, 1976; T.G. Parks, 1975).

В 68,7% отмечаются внутренние свищи, чаще с мочевым пузырем и толстой кишкой,иногда свищи бывают первым проявлением дивертикулеза толстой кишки (B.P. Colcock 1971, S.R. Freeman, P.R. McNally, 1993).

Свищи возникают у 2 % пациентов с осложненной ДБОК и образуются из местного воспалительного очага, превращающегося в абсцесс, который спонтанно опорожняется путем перфорации в прилежащие внутренние органы или через кожу. Свищевой ход обычно одиночный, множественные свищевые ходы образуются у 8% пациентов.

Свищи чаще возникают у мужчин, чем у женщин (2:1), после абдоминальных хирургических вмешательств, у пациентов с отягощенным иммунитетом.

Среди свищей наиболее часто встречается коловезикальные (65%), несколько реже – коловагинальные (25%).

Диагноз устанавливают на основании КТ, ирригоскопии, кольпоскопии, цистоскопии и фистулографии.

Отличительными, наиболее характерными особенностями свищей при ДБОК являются – их ниличие у пожилых пациентов пневматурия, а свищи при опухолевых пораженных сопровождаются декалкрией, гематурией; при болезни Крона – выявляются у молодых пациентов, отличаются абдоминальные инфильтраты и пневматрурия (M.A. Pontari с соавт, 1992).

Свищи встречаются от 4% до 13% у больных с ДБ (Chapman et al, 2005; N. Farmakis et al, 1994). Кишечно-мочепузырные свищи являются наиболее распрастраненными – до 65% и чаще встречаются у мужчин, чем у жещин, поскольку атка служит борьером, отделяющим сигмовидную кишку от других полых органов у женщин (R.J. Woods et al, 1988). Симптомы кишечно-мочеспузырного свища главным образом урологические и включают цистит (90%), пневматурия (75%), фекалурия (50%) (ОюКю Срфзьфтб ИюПю Цщдаб 2006).Диагноз коловезикального свища лучше подтверждается при КТ, которая устанавливает диагноз в 90% и более: классическое утолщение стенок мочевого пузыря и толстой кишки, воздух в мочесвом пузыре, свищевой ход (S.M. Goldman et al, 1985). Цистоскопия позволяет определить локализацию свищей приблизительно в 90%, демонстрируя основную область воспаления, дополнительное преимущество цистоскопий возможность установки защитных стентов мочеточников для крупных свищей рядом с зоной активного воспаленияодной из стенок мочевого пузыря. Вначале включают лечение любого воспаления или уросепсиса, чтобы обеспечить оптимальные условия для проведения операции через 4-6 недель для разрешения сепсиса.Во время операции часто выявляют плотные, фиброзные спайки, рубцы с абсцессами, флегмоной, иногда трудно дифференцировать сигмовидную кишку и мочевой пузырь, требуется бережное рассечение, иногда выключение (стома). Дефект мочевого пузыря, как правило, небольшой, рекомендуется декомпрессия мочевого пузыря первичного закрытия дефекта в течение 10 дней уретральным катетером. Важно обеспечить размещение лоскута тканей с сосудами между мочевым пузырем и колоректальным анастомозом во избежание необходимости временной колостомы (R.J. Woods et al, 1988). Резекция сигмовидной кишки при достаточном опыте может быть выполнена лапароскопически, однако при этом увеличивается время операции и вероятность конверсии на лапаротомию до 25% (по сравнению с 5% конверсий при неосложненном дивертикулите) (C.M. Bartus et al, 2005).

Нами проанализированы истории болезни 14 больных, находившихся в отделении общей хирургии и колопроктологии БСМП и отделениях колопроктологии ГКБ №21 и РКБ за 1993-2012 годы. Больные с дивертикулярными свищами составили 0,53% к числу стационарных больных (2640), находившихся в указанных отделениях по поводу осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки. Среди больных было 9 мужчин (64,28%) и 5 женщин (35,72%). Средний возраст больных составил 60,4 года, возраст колебался от 39 до 75 лет, продолжительность заболевания до госпитализации составляла у 8 больных до 1 года, у 3 до 5 лет и у 3 более 5 лет.

Причинами развития свищей чаще всего были хронический дивертикулит (64,3%), формирование свища по раневому каналу дренирования перидивертикулярного абсцесса (3 больных), у 2 больных свищи формировались в результате прорыва абсцесса в соседние органы. В 8 случаях был отмечен внутренний свищ (57,1%), в 4 -х - наружный и у 2 больных - смешанный (наружный-внутренний). Чаще всего внутренние свищи были с мочевым пузырем (п=6 - 42,8%), реже - с влагалищем (п=2), тонкой кишкой (п=2), у остальных больных были толстокишечно-кожные свищи (4 больных). У одного больного был выявлен сложный внутренний свищ - сигмо-мочепузырный, сигмо-уретральный и сигмо-ректальный свищи. Чаще толстокишечно-кожные свищи исходили из сигмовиднойкишки - у 3 из 4 больных с такими свищами, у одного больного свищ исходил из нисходящей ободочной кишки.

Большая часть больных в специализированное колопроктологическое отделение поступила (п=9) после консультации амбулаторного колопроктолога, остальные больные направлены общим хирургом, гастроэнтерологом (3 больных) и 2 больных были доставлены в клинику по линии скорой помощи с подозрением на различные заболевания органов брюшной полости, мочеполовой системы. Большинство больных (10-71,4%) в течение 1-2 лет лечилось по поводу урологических, гинекологических заболеваний, двое больных с подозрением на венерические заболевания были направлены на консультацию в кожно-венерологический диспансер.

В клинической картине свищей наиболее частыми признаками были кишечный дискомфорт (9), лихорадка (9), фекал- и пневматурия (6), дизурия (3), наличие наружного свища (4), слабость (5), похудание (2), выделения газа, кишечного содержимого из влагалища (1), гематурия (1). Нарушения стула в виде запора были у 8, периодические поносы у 1, примеси крови в кале отметили 2 больных. При лабораторных исследованиях крови умеренная хроническая анемия выявлена у 1/3 больных, ускорение СОЭ >30 мм/час было у 13 больных.

Диагностика свищей при дивертикулярной болезни толстой кишки основывается на анализе анамнеза заболевания, клинических проявлений. При наличии наружных свищей после оперативных вмешательств по поводу осложнений ДБТК сложности не возникает. Определенные трудности в диагностике обуславливаются внутренним характером свищей. Дальнейшее уточнение локализации внутренних свищей возможно при использовании рентгенологических (ирригография, фистулография, цистография, КТ), эндоскопических, ультразвуковых методов исследования.

Ректороманоскопия оказалась малоинформативным методом исследования: только в одном случае на 12 см от ануса был выявлен дефект по передней стенке прямой кишки, в 5 - явления поверхностного проктита. Фиброколоноскопия была более информативной, у всех больных был выявлен дивертикулез левой половины толстой кишки с воспалительными изменениями. Дивертикулит был определен в сигмовидной кишке у 12, только у 2 больных в нисходящей ободочной кишке. Из 8 случаев внутренних свищей, при колоноскопии в 4 случаях были четко определены свищевые отверстия в стенке кишки и их уровень, в 1 случае ввиду выраженной гипертрофии слизистой оболочки и дивертикулита, эндоскопистом высказано подозрение о наличии свища, а у 3 больных свищи не были выявлены. В последних 4 случаях были точечные свищи на фоне выраженного и распространенного дивертикулита. Возможно, у этих больных диагноз мог быть уточнен после проведения противовоспалительной терапии. Кроме того, необходимо учесть редкость данной патологии и отсутствие опыта у большинства эндоскопистов.

Ультразвуковое исследование имело низкую информативность, за исключением трансректального метода при наличии толстокишечно-мочепузырных и кишечно- влагалищных свищей. Кроме того, у больных были выявлены сочетанные заболевания: у одного - объемное гипоэхогенное образование за мочевым пузырем 55 на 56 мм (при гистологическом исследовании - фибромиксома), у второго - камень в мочевом пузыре, признаки хронического цистита, простатита, и у третьего - на глубине 25 мм от кожи парафистулярный абсцесс размерами 55 на 69 мм.

Цистоскопия была выполнена 2 больным для уточнения объема оперативного вмешательства с массивным спаечным процессом в малом тазу - были выявлены точечные свищи по задней стенке ближе к верхушке на 11 и 12 часах условного циферблата. Еще в одном случае при контрастной цистографии было установлено расширение мочеиспускательного канала, нечеткие, неровные контуры стенки мочевого пузыря, затек контрастного вещества в сигмовидную и прямую кишку, мочевой пузырь контрастируется нечетко.

При кишечно-влагалищных свищах у 2 больных при кольпоскопии также были уточнены размеры, высота свищей.

КТ, как и ультразвуковое исследование, позволила выявить косвенные признаки свищей, различные осложнения воспалительного характера, сопутствующие заболевания. В одном случае установлена КТ-картина левостороннего илеопсоита у больного с формирующимся наружным кишечным свищем после перфорации забрюшинной части нисходящей ободочной кишки. В другом случае, выявлено осложнение свища сигмовидной кишки с формированием инфильтрата подвздошной области, некротизирующегофасциита подвздошно-паховой области, стенок таза. Еще у одного больного были выявлены конкремент мочевого пузыря, косвенные признаки. Таким образом, диагностическая ценность КТ при свищах толстой кишки была относительно низкой (< 50%). Большую ценность представляла КТ с болюсным контрастированием кишечника после перорального приема контрастного вещества. Во всех 5 случаях КТ исследования были выявлены внутренние свищи толстой кишки с другими органами (2 с подвздошной кишкой, 3-е мочевым пузырем). Наибольшая эффективность данного метода достигалась при ЗД-реконструкции, позволяющей установить точную локализацию, характер патоморфологических изменений вокруг свища, прилежащих петель кишок. Для иллюстрации приводим КТ-граммы у больных со свищами между сигмовидной и подвздошной кишкой (рис. 1 и рис. 2).

Рис. 1. KT с контрастированием с ЗД реконструкцией. Внутренний свищ между сигмовидной и тонкой кишкой.

Рис. 2. КТ с контрастированием толстой кишки, внутренний свищ сигмовидной с тонкой кишкой.

Ирригография является наиболее информативным методом исследования при свищах толстой кишки, т.к. позволяет получить необходимые сведения о локализации свища, дивертикулов, распространенности дивертикулита, других осложнений дивертикулита (наличие и степень выраженности стеноза стенки), протяженности свища, заполнения соседнего органа или полости. Для иллюстрации приводим ирригограммы больных со свищами сигмовидной кишки с отграниченной полостью в ее брыжейке (рис. 3), с подвздошной кишкой (рис. 4) и наружным свищом, сформировавшегося после дренирования абсцесса (рис. 5). Недостатком данного метода является формирование иногда в полостях или соседних органах плотных, бариевых камней, что может вызывать трудности при подготовке кишечника к операции и во время операции.

Рис. 3. Ирригограмма. Внутренний свищ между сигмовидной кишкой и ее брыжейкой.

лечение цистита, нормализация стула растительными слабительными, антибактериальная терапия рифаксимином по 0,8 г в сутки с последующим продолжением лечения в амбулаторных условиях месалазином 2,0 г в сутки до 8 недель. Двум больным радикальные оперативные вмешательства не выполнялись ввиду наличия гнойно- септических осложнений: в одном случае, у больного с наружным толстокишечно- кожным свищем и парафистулярным абсцессом, произведено вскрытие, дренирование, в другом, у больного также с наружным свищом, через 4 месяца осложненного некротизирующимфасциитом, флегмоной таза, ограничились широкими разрезами в подвздошно-паховой области, дренированием флегмоны таза. Последним двум больным рекомендовано хирургическое лечение в плановом порядке через 3 месяца после выписки.

Следует отметить, что наружные свищи толстой кишки, сформированные после вскрытия перидивертикулярных абсцессов, остаются источником инфицирования окружающих тканей с формированием абсцессов вокруг свища, иногда с развитием тяжелой анаэробной неклостридиальной инфекции.

Объем оперативных вмешательств остальным 11 больным включал в себя резекцию пораженных дивертикулами отделов ободочной кишки, иссечение свища, устранение свища в соседнем органе. Всего выполнено резекций сигмовидной кишки 9, левосторонних гемиколэктомий - 2 больным. С учетом полного объема хирургических вмешательств, их структура была следующей: резекция сигмовидной кишки и стенки мочевого пузыря со свищом (4), левостороння гемиколэктомия + иссечение стенки мочевого пузыря со свищом (1), резекция сигмовидной кишки и ушивание влагалища (2), резекция сигмовидной кишки и подвздошной кишки (1), левосторонняя гемиколэктомия и резекция подвздошной кишки (1), резекция подвздошной кишки и иссечение кишечно- кожного свища (2). Из особенностей выполнения оперативных вмешательств при дивертикулярных свищах отметим выраженный спаечный, иногда спаечно-рубцовый, процесс в брюшной полости, особенно в нижнем этаже, полости таза, сложности дифференцировки зоны расположения свища и мобилизации ободочной кишки. По этим причинам, у двух больных, объем резекции был расширен: вместо резекции сигмовидной кишки выполнена левосторонняя гемиколэктомия, а также резецирована дополнительная петля тонкой кишки. Во всех случаях анастамозы были наложены ручным способом двухрядными швами. Сочетанные операции были выполнены 4 больным: 2 - пластика послеоперационной вентральной грыжи сетчатым эндопротезом, 1 — цистолитотомия, 1- удаление опухоли (гистологически - фибромиксома), расположенной ретровезикально и еще одной больной удаление кисты яичника.

После операции у 2 больных было нагноение операционной раны, умерло также двое больных: один больной от острой госпитальной пневмонии, сепсиса, вторая больная скончалась на 10 сутки от массивной тромбоэмболии легочной артерии.

Заключение. Свищи при дивертикулярной болезни толстой кишки выявлены 0,53% к числу всех осложненных форм. Чаще встречаются внутренние (8 из 14 больных), реже - наружные (4/14) и смешанные формы (2/14). Основной причиной развития свищей является хронический дивертикулит. Среди внутренних свищей чаще выявленымочепузырно-кишечные (6/8) и в 2 случаях - между сигмовидной и подвздошной кишкой. Наружные свищи формировались после чрезкожного дренирования перидивертикулярныхабсцесов. В диагностике ведущее значение имеют фиброколоноскопия, ирригография, КТ с ЗД-реконструкцией.

Хирургическое лечение включало резекцию ободочной кишки, иссечение свища с ушиванием или резекцией соседнего органа. Объем резекции ободочной кишки зависит от распространенности дивертикулеза, интраоперационных анатомических условий.

Абсцесс. Образование абсцесса,"ослЖнШОщегегдгг- вертикулит, зависит от способности тканей, окружающих кишку, сдерживать (ограничивать) распространениевоспалительного процесса. В целом, внутрибрюшинные абсцессы формируются вследствие недостаточности анастомозов (35%) и ДБ (23%) .Ограниченное распро­странение перфорации приводит к флегмоне, в то время как дальнейшее ее прогрессирование (но остающееся локальным) имеет следствием абсцесс. Абсцесс должен быть заподозрен при отсутствии или незначительном улучшении состояния пациента на фоне проводимой терапии, а тактика его лечения завесит от его размера и вида. Маленькие расположенные рядом столстойкиш- tкой абсцессы часто могут вестись консервативно, тогда, как более крупные абсцессы требуют дренирования. Чрезкожное дренирование под контролем компьютерной томографии позволяет быстро стабилизировать состояние пациента и в дальнейшем выполнить плановую резекцию толстой кишки в один этап. Множественные абсцессы, абсцессы, которые невозможно достигнуть путем чрез- кожной пункции, а также плохо отвечающие на лечение могут потребовать хирургического дренирования.

Образрвание абсцесса как осложнение дивертикулита зависит от способности окружающих кишку тканей ограничивать распрастранение воспалительного процесса. В целом, абдоминальные абсцессы формируются ДБ (23%) (T. Murfy с соавт, 2010).

Ограниченное распространение перфорации приводит к формированию периколического инфильтрата (флегмона), а дальнейшее прогрессирование (но при условии ограниченности процесса) приводит к формированию абсцесса.

Для перидивертикулярного абсцесса характерны лихорадка, лейкоцитоз, наличие болезненных образований (уплотненный) в брюшной полости.

Лечение.

По рекомендациям Всемирной организации гастроэнетерологов (ВОГ-OMGE), при небольших периколических абсцессах проводят консервативное лечение, включая антибиотики (эффективность 90%). Чрезкожное дренирование абсцесса – метод выбора в лечении небольших простых, хорошо определяемых образований, эффективность может состовлять 70%, простые однополостные абсцессы рассасываются в результате чрезкожного дренирования и антибиотикотерапии в 100% (M.A. Pontari с соавт, 1982)

Предлагаемую стратегию лечения могут ограничивать следующие факторы:

1. Многополостные абсцессы
2. Абсцессы в сочетании с кишечными свищами
3. Абсцессы с густым или твердым содержимым

КРОВОТЕЧЕНИЕ

За исключением геморроя и других неопухолевых заболеваний колоректальный рак является наиболее частой причиной кровотечения из нижнего отдела желудочно- кишечного тракта. Дивертикулярная болезнь остается наиболее частой причиной таких массивных кровотечений, составляя 30-50% от их общего количества. Установлено, что у 15% пациентов с дивертикулезом кровотечение возникнет в течение их жизни несколько раз. Кровотечение возникает неожиданно, не вызывает боли, в большинстве случаев бывает объемным, а в 33% массивным, требующим проведения срочной трансфузии (T.M. Yong-Fadok с соавт, 2000).

При этом кровотечение останавливается спонтанно в 70-80% случаев. Показано, что НПВП увеличивают риск кровотечения при дивертикулярной болезни. В 20-30% случаев причиной кровотечений из нижнего отдела кишечника является ангиодисплазия.

Дивертикулярная болезнь вызывает кровотечение из ободочной кишки вследствие образования дивертикулярных грыж. Пенетрирующие сосуды, приводящие к слабости кишечной стенки, в верхней части дивертикула становятся складчатыми. При такой конфигурации эти сосуды отделяются от просвета кишки только тонкой слизистой выстилкой. При этом артерии подвергаются повреждающему действию внутрипросветного содержимого, что и приводит к кровотечению (T.M. Yong-Fadok с соавт, 2000).

Гистологическое исследование таких грыжевидно расширенных сосудов позволяет определить их строение, которое объясняет теорию дивертикулярного кровотечения. Ассиметрическое грыжевидное расширение сосудов vasrectum (сосудов, расположенных в верхушке дивертикула) происходит в направлении просвета дивертикула в его верхушке на противоположной от брыжейки стороне. Повреждающие факторы , находящиеся в просвете кишки вызывают асимметричное повреждение той части vasrectum, которая прилежит к просвету, это повреждение приводит к сегментарному ослаблению артерии и предрасполагает к выпячиванию в просвет кишки. Выпячивание сопровождается эксцентрическим истончением интимы сосудов и медии вблизи кровоточащего участка. Примечательно отсутствие воспаления (дивертикулит) в этом процессе (T.M. Yong-Fadok с соавт, 2000).

■

Несмотря на то, что взаимоотношения между пенетрирующими сосудами и дивертикулом одинаковы в правой и левой частях ободочной кишки, правая часть является источником кровотечения у 49-90% пациентов (T.M. Yong-Fadok с соавт, 2000).

Среди тех пациентов, у которых имелся первый эпизод кровотечения, у 30% возникает повторное кровотечение и у 50% из них - третье кровотечение.

Источник кровотечения не удается установить почти в 30-40% случаев. Попытки локализовать место кровотечения включают:

* 1. Селективную ангиограмму:

оМинимальная необходимая скорость составляет 1.0-1.3 мл/минуту о Преимуществом этого метода является возможность последующего выбора терапии:

* вазопрессин, соматостатин
* эмболизация
* маркирование места кровотечения с помощью метиленового синего для последующего исследования.
  1. Радиоизотопное исследование:

о Кровотечение может быть определено при минимальном кровотечении в 0.1 мл/минуту.

о Для исследования могут быть использованы несколько типов изотопов, включая:

о А. Коллоидная сера, маркированная технецием 99т:

* удаляется через несколько минут
* переходит в просвет
* преимущество - короткое время для проведения полного исследования.

о В. Меченые эритроциты

\

• длительный период полураспада препарата, сохраняющегося в

системе циркуляции ■ может повторно определяться до 24-36 часов.

Точность исследования кровотечения варьирует в очень широких пределах - от 24 до

91%.

Колоноскопия.

Колоноскопию лучше резервировать для выявления ограниченных кровотечений. У пациентов с остановившемся умеренным кровотечением колоноскопия может быть опасной в течение 12-24 часов. У пациентов с менее тяжелым кровотечением колоноскопия является обоснованным методом амбулаторного обследования Колоноскопия остается важным методом исследования для исключения неоплазмы (32%) и карциномы (19%), являющихся источником кровотечения. Срочная колоноскопия

оСрочнаяколоноскопия после интенсивного промывания кишечника предлагается рядом авторов (D.M. Jensen с соавт, 2000; R.S. Bloomfield с соавт, 1999)

оТерапевтическая интервенция с применением локальной инъекции эпинефрина или склерозанта или термокоагуляции для идентификации специфического кровотечения из дивертикула может способствовать уменьшению раннего повторного кровотечения. Наличие других дивертикулов и их высокая предрасположенность к кровотечению делает проведение срочного эндоскопического исследования нежелательным в связи с возможностью развития глобального кровотечения в течение длительного периода, и

о Неотложная хирургия при кровотечении

Срочная хирургическая операция позволяет устранить кровотечение только у 90%> пациентов. Показаниями для срочной хирургической операции являются:

\* гемодинамическая нестабильность, не поддающаяся контролю обычными методам реанимации

\* трансфузия > 2000 мл крови (приблизительно 6 единиц)

\* повторное массивное кровотечение

Кровотечение возникает в 20-25% случаев, нередко первое и единственное проявление заболевания. Известно, что у 15% больных с дивертикулезом оно носит рецидивирующий характер. Кровотечение при ДБ возникает неожиданно, без болевого синдрома, чаще бывает массивным, требующим срочной трансфузии. ДБ остается наиболее частой причиной массивных кровотечений из кишечника и составляет 30-50% от общего количества кишечних кровотечений (T.M. Yong-Fadok с соавт, 2000).

Кровотечение чаще связано с исчезновением шейки или стенки дивертикула и проходящего там сосуда в результате хронического воспаления или образования пролежня на месте калового камня. Кровотечение из невоспаленного дивертикула может возникнуть у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией, атеросклерозом, заболеваниями крови, сахарным диабетом и длительным приеме кортикостероидов.

У некоторых пациентов вначале могут быть слабые боли внизу живота, позывы на дефекацию, за которыми следует выделение большого количества красной или темно-красной крови. Мелена встречается редко.

Кровотечение спонтанно останавливается в 70-80%, рецидив отмечается у 22-38% больных. Шанс на третий эпизод кровотечения после второго может достигнуть 50%, что заставляет больных оперировать после второго эпизода кровотечения (H.H. McGuire, 1994). Источник кровотечения не удается установить почти в 30-40% случаев.

Попытки локализовать место кровотечения включают (практическое руководство Всемирной оргнизации гастроэнтерологов (ВЩГ-OMGE, 2007):

1. Селективную ангиограмму: минимальная необходимая скорость составляет 1,0-1,3 мл\мин; преимущество данного метода является возможность последующего выбора терапии: вазопрессин, соматостатин; эмоболизация; маркированные места кровотечения с помощью метиленового синего для последующего исследования.
2. Радиоизотопные исследования: кровотечение может быть определено при минимальном кровотечении в 0,1 мл/мин; для исследования могут быть использованы несколько типов изотопов: а. коллоидная сера, маркирования технецием 99 m: удаляется через несколько минут, переходит в просвет, преимущество – короткое время для проведения полного исследования. В. Лечение эритроциты: длительный период полураспада препарата, сохраняющегося в системе циркуляции; может повторно определяется до 24-36 часов.

Точность исследования кровотечения варьирует в очень широких пределах – от 24 до 91%.

А.А. Погосян с соавт. (2015) наблюдали 1043 больных с дивертикулярным кровотечением за 10 лет, причем 62,9% больных были старше 60 лет. Болевой синдром был у 10,7% больных, у 45,8% начало заболевания было связано с подъемом артериального давления, у 27,4% - с приемом НПВП. Рецидивы кровотечения были в 18,8% (196 больных), причем у 104 из них – неоднократные эпизоды рецидивов кровотечения. Лица пожилого и старческого возраста среди этой группы составили 83,6%. Оперативное лечение выполнено 11 больным, из ни умерло 6.

Для гемостаза авторы использовали салофальк 4 г в сутки у 54 больных, рецидив был у 1 больного. Положительный гемостатический эффект препарта авторы объясняют активацией PPAR-y-рецепторов, играющих ключесвую роль в поддержании целостности слизистой оболочки кишечника.

Кровотечения при осложненном дивертикулите встречаются от 2% до 4,5% пациентов и обычно протекают при отсутствии острого воспаления без боли в животе (J. Chapman et al, 2005; N. Farmakis et al. 1994). Кровотечение происходит , как правило, в восходящей толстой кишке, т.к. стенка правой половины толстой кишки тоньше левой половины (G. Zuccaro, 2008). Предпринимаются попытки для установления источника кровотечения путем применения ядерного сканирования меченных красных клеток крови или ангиографии. Преимущество ангиографии в потенциальной возможности эмболизации идентифицируемых кровоточащих сосудов и остановки кровотечения (R.I. Gordon et. Al, 1997), колоноскопия может быть использована у пациентов, которых нет воспаления. Визуализация слизистой оболочки часто бывает затруднена из-за скопления крови.

Хирургическое вмешательство при дивертикулярном кровотечении требуется крайне редко, т.к. кровотечение более чем в 80% случаев останавливается самостоятельно (H.H. McGuire, 1994). Показания к резекции толстой кишки: стойкие требования к переливанию крови (более 4 пакетов эритроцитарной массы за 24 часа), нестабильность гемодинамики или рецидив кровотечения. Когда источник кровотечения локализован до операции, выполняют сегментарную резекцию толстой кишки. К сожалению, это случается редко и чаще приходится выполнеять субтотальную колэктомию с илеостомией с выключением прямой кишки, это предпочтительный способ, хотя жто связано с высокой частотой осложнений и смертности (H.H. McGuire, 1994).

Стеноз ободочной кикши.

Повторные атаки дивертикулита являются причиной фиброза сигмовидной кишки, что приводит к прогрессированию непроходимости. Среди больных, госпитализированных с осложненным дивертикулитом, обструкции выявляются от 6% до 22% пациентов (J. Chapman et al, 2005; N. Farmakis et al. 1994). Непроходимость толстой кишки, вызванная острым воспалением, часто является частичной и разрешается консервативными мероприятиями, однако при полной непроходимости, представляющую уже сложную проблему, у 70% больных требуется резекция толстой кишки (J. Chapman et al, 2005;). Целью хирургического вмешательства является устранение препятствия резекцией сегмента толстой кикшки, пораженной дивертикулами, одноэтапные вмешательства являются более предпочтительными, чем двухэтапные, без формирования колостомы, при которых также низкий уровень осложнений (L. Salem et al, 2005). В группе из 323 больных, перенесших экстренную резекцию толстой кишки по поводу осложненного дивертикулита (59%) и рака (41%), в т.ч. у 121 больного с обструкцией, несостоятельность анастомоза была у 5,1% пациентов и это зависит от наличия локального или разлитого перитонита, или обструкции при выполнении резекции с первичным анастомозом. В этой серии больных, перенесших операцию Гартмана с колостомой (20,4%) (L. Zorcolo et al, 2003). Имеются исследования, резекция с формированием первичного анастомоза безопасна под прикрытием илеостомы (E.C. Lee et al. 1997). Сообщения о интраоперационнм лаваже толстой кишки с резекцией с первичным анастомозированием при обструкции левой половины ободочной кишки показали несостоятельность анастомоза от 3% до 7%, смертность от 2% до 17%, что предпочтительнее резекции с концевой колостомой (E.C. Lee et al. 1997). Недостатком интраоперационного лаважа толстой кишки является необходимость мобилизации селезеночного и печеночного изгибов, что удлиняет процедуру на 45 минут, что особенно является усугубляющим фактором у септических больных и следовательно, эта техника первичного анастомоза при обструкции толстой кишки подходит только для больных в стабильном состоянии. С недавнего времени, для декомпрессии толстой кикшки используют толстые стенты, обычно в течение 7 дней, что позволяет оптимально подготовить больных к плановой резекции сигмовидной кишки. Первично стенты используются от 72% до 88%, при доброкачественных заболеваниях, однако миграция стента происходит от 40% до 69% пациентов в среднем в сроки от 32 до 112 дней и это означает, что они не могут быть использованы в качестве окончательного лечения (Т.М. Geiger et al, 2008). При установке толстого стента 23 больным с доброкачественными заболеваниями толстой кишки, включая 16 ДБ, технический успех стентирования составил 100% (A.J. Small et al, 2008). Из 19 больных, перенесших плановые хирургические вмешательства, 16 предварительно была проведена декомпрессия толстой кишки с переводом их в течение 12 дней в группу для плановой резекции и у 8 пациентов ()42% благодаря установке стента удалось избежать разгрузочную колостому. Осложнения при установке стента произошли у 38% пациентов, в т.ч. у 2 больных была перфорация толстой кишки и основные осложнения у 87% произошли после 7 дней установки стента. Поэтому, толстые стенты могут осуществлять эффективную декомпрессию, тем самым выполнять у этих больных операции в плановом порядке, для минимализации осложнений, плановые операции оптимально выполнять в течении 7 дней нахождения стента в толстой кишке. Отбор пациентов имеет важное значение и стентирование больше показано у пождилых пациентов с сопутствующими заболеваниями, что существенно оптимизирует клиническое течение и состояние больных до оперативного вмешательства.