Осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки. Общие принципы диагностики и лечения.

Осложнения ДБОК встречаются в 10-60%. Наиболее частыми осложнениями являются: острый дивертикулит (20%), перфорация (27,2%), кровотечение (3,1-38,4%), кишечная непроходимость (3,6-42%), кишечные свищи (1-23%), абсцессы. (Ф.И. Комаров, А.Л. Гребнев, 1996; В.Д. Федоров,1984; В.Л. Ривкин и др.,2001).

Осложнения встречаются у 12-17% больных с дивертикулезом толстой кишки, экстренному хирургическому вмешательству, которое часто завершается формированием колостомы, подвергаются 10-30% больных, перенесших атаку острого дивертикулита и у которых воспалительный процесс осложняется хроническим течением в 30-60% перенесших атаку острого дивертикулита (Г.И. Воробьев, 2006). Хронический воспалительный процесс имеет свои особенности как в клинических проявлениях и течении, так и в морфологических изменениях. (Г.И. Воробьев. 2006).

Некоторые исследователи считают, что больные с ДБОК не являются однородной группой, необходимо выделить клинико-морфологические группы для изучения предикторов осложненного течения и разработки патогенетической терапии (К.В. Болихов, 2006; А.И. Москалев, 2007).

Осложненное течение ДБОК выявляются у 10-25% больных (E.B. Попова, Э.П. Яковленко, 2010).

При дивертикулярной болезни описаны следующие осложнения: дивертикулит с периколитом (микроабсцессы), периколические флегмоны, периколические абсцессы, тазовые или интраабдоминальные абсцессы, перфорации в свободную брюшную полость, кишечная непроходимость, образование свищей, бактеремия и сепсис (M.H. Floch, 1993).

Клинически выраженные проявления ДБОК, от незначительного дискомфорта до резких болей в животе, тяжелых воспалительных осложнений и профузных кишечных кровотечений, развиваются у 20-25% больных (В.Н. Сотников и др. 2010, H.P. Hammer, 2009, B. Krevsky et al., 2009). Самым распространенным осложнением дивертикулеза является воспаление как в дивертикуле, так и околокишечной клетчатке – до 60%, по возрасту – до 40 лет – 5%, 40-60 лет – 5%, 60-80 лет -35% и старше 80 лет – 60% (А.М. Осадчук, И.М. Кветной, 2007, J.W. Hamilton et al, 2010, J.E. Lennard-Jones, 1994).

На основании лечения 189 больных с осложненными формами, в 50,3% выявлен дивертикулит, в 6,3% - воспалительный инфильтрат брюшной полости, 4,2% - перфорация дивертикула, 2 и более осложнения были в 39,2% (А.В. Борота и др., 2012).

ДБ в 10-25% сопровождается осложнениями (L. Berman и др., 1968). Дивертикулит, как правило, является результатом перфорации одного дивертикула. Патологический процесс при дивертикулите протекает аналогично аппендициту: дивертикулярное выпячивание закупоривается каловыми камнями, происходит повреждение слизистой оболочки с локальной ишемией (R. Williams, I. Davis, 1955), это в свою очередь облегчает транслокацию бактерий, далее возникает трансмуральное воспаление, что в конечном итоге приводит к перфорации (L. Berman и др., 1968). Степень выраженности перфорации определяет клиническую картину, течение и прогноз. При микроперфорациях могут развиться периколические инфильтраты, малые абсцессы. Большие перфорации могут привести к развитию опасного для жизни перитонита.

При наиболее частом осложнением, остром дивертикулите, боли локализуются в области воспаленного дивертикула. В западных странах характерно преобладание левосторонней формы ДБ, что приводит к локализации болей в животе в левом нижнем квадранте, могут быть тошнота, рвота, анорексия, часто пациенты отмечают изменения функции кишечника по мере развития симптомов дивертикулита. Раздражение мочевого пузыря за счет воспаления соседней ободочной кишки может привести к частому мочеиспусканию и дизурии. Пневматурия может развиться вторично при образовании коловезикального свища. Из жизненно важных симптомов может быть лихорадка, но гипотензия и шок не является характерными. При лабораторном исследовании часто выявляют повышение уровня лейкоцитов крови, есть и другие положительные лабораторные тесты в этой ситуации. Физикальное обследование может показать локальную болезненность в левом нижнем квадранте живота и возможно защитное напряжение мышц живота в зависимости от тяжести заболевания. Перистальтические шумы кишечника часто ослаблены или отсутствуют. Кроме того, при пальпаторном исследовании могут пальпироваться опухолевидное образование – инфильтраты (обычно в левом нижнем квадранте) и при ректальном исследовании определяется низкорасположенные тазовые абсцессы.

С современных позиций гнойные осложнения при остром дивертикулите можно рассматривать как вариант осложненных абдоминальных инфекций (ОАИ), развивающихся при воздействии микроорганизмов, колонизирующих ободочную кишку и проникающих в другие, обычно стерильные, области брюшной полости (F. Menichetti, G. Sganda, 2009). В этих случаях, инфекционно-воспалительный процесс распространяется за пределы одного органа, вызывая отграниченный или распространенный перитонит. Успешное лечение больных базируется на своевременной верификации и точной локализации очага гнойно-деструктивного процесса в брюшной полости (V. Emmi, G. Sganda, 2008; F. Menichetti, G. Sganda, 2009).

Лучевые методы диагностики с позиций доказательной медицины и основанное на их использовании миниинвазивное лечение следует считать методами выбора при ряде осложненных форм острого дивертикулита (V. Emmi, G. Sganda, 2008).

Проблема своевременной и точной диагностики интраабдоминальной инфекции, куда относятся и гнойные осложнения острого дивертикулита , до сих пор не решена. Остается высокой частота диагностических ошибок, приводящих к выполнению напрасных открытых операций или к неоправданной задержке оперативных вмешательств с последующим увеличением числа осложнений (J.Y. Chin c cоавт., 2012; G. Liljegren с соавт., 2007).

Для больных с абдоминальным сепсисом и нестабильной гемодинамикой, которым не показана немедленная лапаротомия, применение УЗИ и мониторинга является лучшим из имеющихся методов визуализации, хотя существуют труднодоступные для сонографической диагностики анатомические области (G. Azzarello c соавт, 2009).

Для больных в компенсированном состоянии при отсутствии показаний к немедленной лапаротомии, КТ может рассматриваться в качестве визуализационного метода выбора в диагностике инфекционных абдоминальных осложнений (J.Y. Chin с соавт, 2012; V. Emmi, G. Sganda, 2008).

Техническим недостатком КТ и УЗИ применительно к абдоминальной инфекции является невозможность выполнения перитонеального лаважа для бактериологического исследования (V. Emmi, G. Sganda, 2008; C. Whyte с соавт, 2008).

Некоторые авторы считают, что диагностическая ценность УЗИ, КТ и МРТ одинакова, а с 80-х годов XXвека, когда широко стала применяться КТ, этот метод визуализации считали основным методом выявления осложнений ДБ, поскольку с его помощью удается дифференцировать структуры стенки толстой кишки от мезо- и периколической жировой клетчатки (I. Ben Yaacoub с соавт, 2011), что дало возможность оптимизировать прежние классификации и широко использовать селективные и миниинвазивные хирургические технологии в лечении отдельных видов гнойно-септических осложнений острого дивертикулита (G. Liljegren с соавт., 2007). При мультидетекторной КТ обязательно должно быть проведено сканирование всей брюшной полости для выявления тяжелых осложнений как, пилефлебит, абсцесс печени, острый дивертикулит другой локализации. КТ с внутривенным и/или интраректальным усилением при осложненном остром дивертикулите обеспечивает чувствительность и специфичность, близкую к 100% (P. Ambrosetti с соавт, 2005), кроме того, КТ позволяет выполнить прямое чрезкожное дренирование абсцессов (R. Golfieri, A. Cappelli, 2007). По данным P. Ambrosetti с соавт. (2005), если консервативное лечение без дренирования позволяет избежать открытой операции при периколичесокм абсцессе малых размеров (менее 4см в диаметре) у 1/3 больных, то для больных с периколическим абсцессом > 4 см в диаметре с использованием КТ и системная терапия является методом выбора. Также тактика при монофокальных абсцессах может быть эффективной в 80%, но при мультифокальном поражении и труднодоступной (прежде всего тазовой) локализации альтернативы открытой операции нет (R. Golfieri, A. Cappelli, 2007).

Благодаря результатам КТ-мониторинга после купирования острого дивертикулита были получены данные для выбора дальнейшего лечения. Так было установлено, что осложненные формы после первого эпизода неосложненного острого дивертикулита (ОД) возникли только у 5% больных, рецидив развился у 24% и на основании этого целесообразность превентивной плановой резекции ободочной кишки после первого эпизода ОД, купированного консервативными мероприятиями, в настоящее время является спорной (T. Eglinton с соавт, 2010).

Следует отметить, что в некоторых клинических ситуациях КТ может быть не столь высокоэффективной. К примеру, при правосторонней локализации дивертикулов, могут возникнуть значительные трудности в дифференциальной диагностике острого аппендицита и ОД (I.K. Lee с соавт, 2008), гнойно-септических осложнений ОД и параканкрозного воспаления при раке толстой кишки при проведении КТ. После ее проведения, в 50% диагноз не устанавливается (V. Goh с соавт, 2007), хотя высока вероятность неясного диагноза даже после эндоскопического исследования.

Наиболее вероятным КТ-признаками ОД являются:

- протяженность стриктуры кишки > 10 см;

- отсутствие четкой границы между тканями в области стриктуры и неизмененной стенкой кишки;

- толщина стенки ободочной кишки ˂ 1 см;

- диффузный отек брыжейки, отсутствие увеличенных периколических лимфатических узлов.

В исследовании V. Goh с соавт. (2007) было показано достоверное различие результатов перфузионной КТ и морфологических данных в виде повышения гемоперфузионных (р˂0,0001) и иных характеристик тканей при раке ободочной кишки по сравнению со стриктурой дивертикулярного генеза: повышенный объем кровотока в тканях (чувствительность 80%, специфичность 75%), стрикутра протяженностью ˂ 5 см (чувствительность 45% и специфичность 95%), визуализация массива ткани (чувствительность 85% и специфичность 90%), периколическая воспалительная инфильтрация (чувствительность 75% и специфичность 5%) и выявление периколических лимфатических узлов (чувствительность 90% и специфичность 45%).

В отдельных исследованиях показаны положительные результаты применения МРТ в диагностике гнойных осложнений ОД, близкие к КТ (чувствительность 94% и специфичность 88%) (J.T. Heverhagen с соавт., 2012), а также дополнительные преимущества МРТ перед КТ в виде лучшей визуализации свищей и возможности виртуальной колоноскопии (D.F. Halpenny с соавт, 2009).