Острый дивертикулит – наиболее встречающееся воспалительное осложнение ДБ и составляет в структуре клинических проявлений 25-35% (Г.И. Воробьев, 2001; В.М. Тимербулатов с соавторами, 2000; P. Ambrosetti, 2002; G.N. Buchanan et al., 2002; J.R. Chapman et al., 2006). А среди острых воспалительных осложнений на долю острого дивертикулита приходится 60-75% (R.M. Hoffman, N. Kruis, 2005; N. Stolman, S. Jun, 2002; M.H. Mueller et al., 2005; J.A. Simpson et al, 2003).

Диагностические ошибки при остром дивертикулите выявляются в 60-90% (N.S. Fearnhid, N.J. Mortensen, 2002; C.D. Murray, A.V. Emmanuel, 2002; W.D. Wong, 2000).

Рецидивы после курса консервативной терапии отмечаются у 16-87% пациентов, а развитие угрожающих жизни осложнений у 15-23%.

Осложненный дивертикулит определяется как девиртикулит вместе с соответствующим абсцессом, флегмоной, свищами, кровотечением или перфорацией (T.G. Parks, 1969).

В группе из 150 больных, госпитализированных с осложненным дивертикулитом, у 22,3% была острая флегмона, 29,5% - периколический абсцесс, у 22,6% - обструкция или стрикутура, 13,4% - были обнаружены свищи, у 4,5% кровотечение и в 44% - перфорации в свободную брюшную полость (J.R. Chapman et al., 2006). Большинство пациентов, поступивших с осложнениями ДБ требует срочного хиургического вмешательства (J. Chapman et al, 2005). По данным Британского национального аудита по 30 больницам о 300 пациентах, общая смертность после госпитализации при осложненном дивертикулите составила 11,3%: при острой флегмоне - 4%, периколическом абсцессе - 12%, гнойном перитоните - 27%, каловом перитоните - 48%, обструкции - 6%, свищах/абсцессах - 4%, кровотечениях - 2% (R.G. Tudor et al, 1994). Хотя снижение смертности было зарегистрировано в последней серии исследований (от 2% до 6%), лечение осложненной ДБ сопровождается значительным числом осложнений и высокой смертностью (J.R. Chapman et al, 2006). В другой серии наблюдений за 120 пациентами, наблюдавшихся в течение 5 лет после первого эпизода осложенного дивертикулита, у 50 осталась симптоматическая неосложненная ДБ, у большинства были серьезные осложнения, в 10 случаях - летальные исходы (N. Farmakis et al., 1994). Это доказывает, что сегментарная резекция сигмовидной кишки интервальная у больных с осложненным дивертикулитом, может предотвратить дальнейшее развитие потенциально летальных осложнений.

Клиническая картина у больных с дивертикулитом характеризуется болью в животе в левом нижнем квадранте, повышением температуры тела и лейкоцитов крови. (L. Bordeianou, R. Hodin, 2007)

Наиболее часто диагноз дивертикулита может быть установлен на основании клинических признаков, но иногда эти клинические признаки могут быть неспецифическими и ввести в заблуждение. Другие диагнозы такие, как синдром раздраженного кишечника, гинекологические заболевания должны быть исключены.

Частота симптомов при дивертикулите ободочной кишки

(L. Bordeianou, R. Hodin, 2007)

|  |  |
| --- | --- |
| Симптомы | Частота (%) |
| Болезненность живота в левом нижнем квадранте | 93-100 |
| Повышение количества лейкоцитов крови | 69-83 |
| лихорадка | 57-100 |
| тошнота | 10-30 |
| рвота | 15-25 |
| запор | 10-30 |
| диарея | 5-15 |
| дизурия | 5-20 |
| Изменение привычек мочеиспускания | 6-25 |

В случаях, протекающих легкой симптоматикой, дополнительные рентгенологические методы не являются необходимым для подтверждения клинического диагноза. Эти пациенты могут лечится в амбулаторных условиях путем перорального приема жидкости и с или без дополнительных антибиотиков. Улучшение состояния, купирование симптомов, обычно наступает через 2-3 дня. Следует иметь ввиду, что симптомы могут сохранятся или наступить ухудшение состояния (E.P. Dominguez с соавт., 2006; J. Raffety с соавт., 2006).

В случае необходимости, проводят стационарное лечение пациента с дивертикулитом с ограничениями перорального приема и внутривенной антибиотикотерапией (J. Raffety с соавт., 2006; L. Kohler с соавт., 1999). УЗИ считают, как относительно дешевый и надежный неинвазивный метод для диагностики дивертикулита. В руках опытного специалиста, чувствительность УЗИ достигает 92%, специфичность – 90%. КТ, как уже отмечалось, имеет чувствительность и специфичность 94 и 99% соответственно (B.R. Toorenvliet с соавт, 2010; W. Lameris с соавт, 2008). Преимущества КТ в том, что она определяет степень поражения (повреждения) стенки ободочной кишки, а также определяет абсцессы и перфорации более точно, чем УЗИ. Однако, КТ является более дорогим методом и включает в себя радиацию. (B.R. Toorenvliet с соавт, 2010; W. Lameris с соавт, 2008).

Г.И. Воробьев с соавт (2007) представил результаты обследования 223 пациентов с острым дивертикулитом сигмовидной кишки, которым проводили консервативное лечение (бесшлаковая диета, парентеральное введение антибактериальных, спазмолитических препаратов, прием вазелинового масла). Использовали цефалоспорины III поколения и аминогликозиды или метрогил. Консервативное лечение проводилось в среднем 8,7+-2,4 дня. Острый дивертикулит был купирован у всех больных. Однако, повторные атаки острого дивертикулита были в 39,6%, в 9% развился паракишечный воспалительный инфильтрат. На основании своего опыта, авторы считают, что повторный эпизод острого дивертикулита и первый эпизод перидивертикулярного инфильтрата служат показанием для хирургического лечения.

Г.И. Воробьев с соавт. (2007) разработал критерии формирования группы пациентов с высоким риском возникновения рецидива воспаления у больных с острым дивертикулитом: возникновения первого эпизода в возрасте до 60 лет; наличие интенсивных болей в левой подвздошной области; воспалительные изменения кишки, определяемые при первом осмторе и в ходе срочной лапароскопии; локализация дивертикулов в левых отделах даже в условиях медикаментозной гипотонии; признаки перенесенного воспалительного процесса (фиксация дивертикулоа между собой и фиксация сигмовидной кишки в окружающих тканях с деформацией кишки, температура тела выше 38\*С). На основании метода последовательных испытаний Вальца-Тубера были вычислены диагностические коэффициенты, суммирование которых составляет число, сравниваемое с пороговым значением 13 баллов. При превышении порогового значения в 13 баллов, у больного следует ожидать развития рецидива дивертикулита с вероятностью 95%.