Экстренные хирургические вмешательства

G.P. Akkersdijik с соавт (2007) представили результаты лечения 200 больных с перфоративным дивертикулитом. Показаниями к операции были клинические признаки распрастраненного перитонита или септическое состояние с острыми болями в животе, свободный газ на обзорной рентгенограмме брюшной полости или конкретные заключения на УЗИ и КТ. Кроме 5 пациентов, оперированных в течение первых 24 часов, всем больным проводили до и послеоперационную внутривенную антибиотикотерапию препаратами широкого спектра действия. Предоперационная подготовка кишечника не проводилась. 139 больным выполнена ОГ, 61 - резекция с ПА. В группе больных, которым выполнялась резекция с ПА, резекция сигмовидной кишки была у 51, левосторонняя гемиколэктомия - 8, передняя резекция прямой кишки - у 2 больных, 16 больным в этой группе (26%) наложена разгрузочная илеостома. В 84 случаях операция выполнялась специалистомколоректальным хирургом и в 116 - общим хирургом.

При распрастраненном перитоните операция Гартмана произведена у 95 больных (при Hinchey III, n=62; Hinchey IV, n=33), и толькр 26 больным - резекция с ПА (при Hinchey III, n=21; Hinchey IV, n=5).

Пациенты, перенесшие операцию Гартмана, были значительно старше по возрасту и у них была более высокая степень тяжести, риска по классификациям ASA, MPI. Специалистами, колоректальными хзирургами чаще выполнялись резекции с первичныманастомозом, чем OГ. Не было выявлено разницы результатов между группами больных с или без разгрузочной илеостомией при ПА. Общая летальнеость составила 27% при экстренных хирнургических вмешателтсвах по поводу перфоративного дивертикулита (G.P. Akkersdijik с соавт 2007). 47 пациентов умерло после ОГ по сравнению с 7 после ПА (34% и 11% соответственно, р<0,01). Связь между различными факторами на летальность и частоту повторных вмешательств приведены в таблице.

Таблица. Анализ одноиерных переменных факторов, их влияние на летальность и выполнение повторных вмешательств (в течение 30 дней) (G.P. Akkersdijik с соавт 2007).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Летальность (р) | Повторение вмешательств (р) |
| Хирургический метод | < 0.01 | < 0.01 |
| Возраст | <0.01 | 0.39 |
| Пол  | 1(нз) | 1 (нз) |
| Риск по ASA классификации | <0.01 | < 0.01 |
| Стадия по Hinchey | 0.012 | < 0.01 |
| Монгецмский индекс перитонита (MPI) | <0.01 | < 0.01 |
| Время выполнении операции | 0.37 (нз) | 0,22 (нз) |
| Опыт хирурга | 0.046 | < 0.01 |

Из-за предвзятого отбора пациентов, перенесшие ОГ были значительно старшего возратса, с несколькими сопутствующими заболеваниями, имели более тяжелые осложнения и им оперативные вмешателства выполняли чаще специалисты колоректальные хирурги, автрами для сравнения обеих групп больных был проведен анализ методом многомерной логистичской регрессии. После регулирования этих факторов риска, летальность в обеих группах существенно не отличалась (ОШ 2.1; 95% ДИ 0,8-4,8; р=0,15). Возраст больны, факторы MPI и ASA классификации по hgt;ltyve в значительной степени были связаны с более высокой летальностью (р<0.01;р<0.01 и р<0.01 соответственно).

Разгрузочная илеостомия в группе больных перенесших резекцию ободочной кишки с ПА не привела к значительным преимуществам по сравнению с больными без илеостмии (летальность 6% и 13%; р=0,66) по результатам одномерного анализа, а эти группы больных были слишком малы для анализа методом многомерной логистической регрессии.

Повторные вмешательства.

Для лечения тяжелых послеоперационных ослоджнение или сесписа, 54 больным (27%) потребовались одно или несколько повторных оперативных вмешательств или дополнительных манипуляций (рентгеновские интервенционные) (после ОГ, п=46; 33%, ПА, п=8; 13%, р<0,01). Многофактроный анализ показал, при выполнении ОГ, требуется больше повторных вмешательств по сравнению с ПА (ОШ 2,4; 95% ДИ 1,2-5,7; р<0,05). Чем выше критерии по классификациям ASA, Hinchey, MPI, тем чаще возникла необходимость в повторных вмешательствах после первой операции.

При сравнении потребности в повторных вмешательствах у особо тяжелых больных (более старший возраст, распрастраненный перитонит, больше сопутствующих заболеваний и высокие баллы MPI) между группами больных, перенесших операцию Гартмана и резекцию с первичным анастомозом, существенных различий найдено не было (р от 0,23 до 1,0) (G.P. Akkersdijik с соавт 2007).

В группе больных, перенесших ОГ, выявлены статистически значимые различия по числу осложнений, потребовавших повторные вмешательства или наложение илеостомы (19% против 11%; р=0,42). Сроки госпитализации после ОГ были значительно дольше по сравнению с больными после ПА (р<0.01). Среднее прпебывание в отделении интенсивной терапии было также значительно продолжительнее при выполнении ОГ (2 дня +-10; диапазон 0-61), чем при резекции с ПА (1 день+-8; диапазон 0-56) (р<0,01). Первичная резекция ободочной кишки с анатсомозом становится стандартной операцией у пациентов с перфоративным дивертикулитом и разлитым перитонитом, но страх перед вероятностью несостоятельности анастомоза, часто заставляет хирургов воздерживаться от выполнения ПА. Разгрузочная илео или колостомия, интраоперационное промывание ободочной кишки уменьшают число несостоятельности анастомозов, но не летальность. (L. Saltm, D.R. Flum, 2004). Такой подход к хирургической тактике обосновывают экспериментами P.R. Hawley (1970), где было показано, что фекальные загрязнения или абдоминальные гнойные осложнения могут ухудшить заживление толстокишечных анастомозов. Однако,эта точка зрения не подтверждается клиническим опытом (L. Saltm, D.R. Flum, 2004; A. Tornqvist с соавт., 1991; P. Will-Jorgensen с соавт., 2005). A.W. Gooszen с соавт. (2001) оценив взаимосвязь между тяжестью осложнения и общего состояния пациента для неблагоприятных исходов при ПА установил, что частота несостоятельности анастомоза не была связана с более высокими показателями шкал MPI, APACHE II, Hinchey. результаты лечения больных с гнойным или каловым перитонитом главным образом связаны с приведением предоперационной интенсивной терапии растворами и антибактериальной терапии, а не первичным вмешательством (M. Gutman с соавт, 1993; Фю Ntspoli с соавт, 1993). Хотя в РКИ не доказано, что совершенствование хирургических и рентгенологических вмешательств, анестезии, интенсивной терапии привели к расширению применения резекции ободочной кишки с ПА в экстренной хирургии дивертикулярной болезни, особенно при осложнениях гнойным или каловым перитонитом (A.W. Gooszen с соавт., 2001; Schilling M.K. с соавт., 2001; J. Wedell с соавт., 1997, S. Richter с соавт., 2006).

Хирургическое лечение ДБ (по Hinchey)

Традиционно, показаниями к хирургическому лечению при ДБОК считаются рецидивирующий дивертикулит, префорация, абсцесс, непроходимость, свищи, кровотечения и невозможность исключить рак. (E.J. Hinchey с соавт, 1978). Много противоречивых мнений в отношении оперативного лечения больных с перфоративным дивертикулитом. Отчасти это объясняется сложностью дифференциальной диагностики перфорации и менее значимых причин, рассматривающиеся при хирургическом лечении. Опыт многих лечебных учреждений при лечении таких больных, как правило, ограничен. В резкльтате перфорации дивертикула патологический процесс варьирует от небольших периколических абсцессов до калового перитонита с соответствующей резекцией в показателях смертности. Указанные и другие китерии, такие как, возраст пациента, коморбидные заболевания других органов и систем, часто не позволяют достоверно оценить результаты различных методов хирургического лечения. Для уточнения хирургическойт тактики, наиболее приемлемой является классификация E.J. Hinchey с соавт., 1978.

В начале лечения пациентам освобождают желудок через назогостральный зонд, внутривенно вводят солевые растворы, антибиотики и устанавливают тщательное наблюдение.При проведении такой терапии у большинства пациентов состояние улучшается до тех пор, пока воспалительный процесс остается локализованным в левой подвздошной области. Наблюдение и консервативное лечение предлагается проводить более настоцчиво, пока нет распространения инфекции в брюшной полости и системной генерализации инфекционного процесса.

В любом случае, необходимо в динамике обследовать пациентов. Внезапное улучшение может возникнуть у некоторых пациентов при спонтанном дренировании абсцесса в толстую кищку, которое проявляется в виде жидкого кровянистного стула.

При положительном резкльтате консервативной терапии, исследование бариевой клизмы проводят через 2-3 недели после стихания симптомов. При сключении изменений со стороны слизистой оболочки и опухоли, пациенту назначают диету с высоким содержанием клетчатки и повторное исследование - ирригоскопию, проводят через 4-6 месяцев после выписки.

E.J. Hinchey с соавт. (1978) рекомендовал для установления показаний к резекции критериями G.V. Rodkey и C.E. Welch (1965):

1. Повторные атаки ограниченного воспаления (дивертикулита)

2. Персистирующий болевой синдром.

3. Сужение или выраженная деформация сигмовидной кишки по данным рентгенографии.

4. Дизурия, связанная с ДБ.

5. Быстрое прогрессирование симптомов.

6. Относительно молодой возраст пациента (< 50 лет).

7. Невозможеность исключения опухоли.

Если состояние больного не улучшается, имеются признаки перитонита при поступлении или развиваются во время консервативной терапии, показана экстренная операция. Обычно во время операции обнаруживается гной ный выпот в брюшной полости и воспалительный инфильтрат в области сигмовидной кишки и мезоколон. Место перфорации обычно визуально не определяется, редко у некоторых больных можно выявить небольшое перфоративное отверстие в брыжейке сигмовидной кикши рядом с краем кишки.Это перфоративное отверстие периколического абсцесса, которое может не сообщаться с просветом кишки.

При каловом перитоните обнаруживается перфоративное отверстие в стенке кишки. Сигмовидная кишка и ее брыжейка утолщены и воспалены, в некоторых случаях с перфоративным отверстием по краю брыжейки и стенки сигмовидной кишки.

При хирургическом лечении дивертикулярной болезни сигмовидной кишки применяются следующие виды операций (E.J. Hinchey с соавт.,1978) (РИС. ):

1. Проксимальная колостомия и дренирование

2. Первичная резекция сигмовидной кишки с проксимальной колостомией.

3. Первичная резекция с анастмозом.

4.Резекция с проксимальной и дистальной слизистой стомой.

5. Операция Гартмана.

6. Экстериоризация с резекцией.

E.J. Hinchey с соавт.,1978 предлагал следующие варианты лечения с учетом стадии ДБ (по классификации E.J. Hinchey) и обосновал хирургическую тактику исходя из следующих факторов:

1. Признание важности опеределения стадии заболевания.

2. Накопление и увеличение опыта первичных резекций у отобранных больных.

3. Достижения в интенсивной терапии для стабилизации состояния больныхт в подготовке к операциям большого объема.

4. Достижения в области фармакологической поддержки и лечении септических больных.

5. Выбор оперативного лечения во время первого хирургического вмешательства, которое является наиболее подходящим для конкретного пациента и стадии заболевания.

При I стади рекомендуется первичная резекция пораженного отдела ободочной кишки и абсцесса. Решение о выполнении первичного анастомоза принимается во время операции и зависит от состояния кишечника и его содержимого. Проксимальная правосторонняя колостома рекомендуется особенно, если была рассечена тазовая брюшина. Протективные колостомы нужно иметь ввиду всегда и они довольно часто выполняются.

При II стадии болезни по Hinchey, важными факторами являются острый патологический процесс и степень участия дистальной части кишечника. Зрелые, с хорошо выраженной капсулой абсцесс оптимально дренировать забрюшинно и завершить трансверзостомией (справа). При остром процессе с неполностью сформированным абсцессом с рыхлой капсулой, рекомендуется резекция без анастомоза, особеноо если дистальная часть толстой кишки может быть выведена ввиде слизистого свища на кожу. Операция Гартмана, требующая оставления короткой культи прямой кишки, создает значительные трудности при восстановительной операции. Первичную резекцию с анастомозом следует также рассматиравать в этой стадии заболевания и всегла под протективной колостомой.

В III стадии ДБ по Hinchey, как правило, выполняется резекция ободочной кишки без анастомоза в большинстве случаев. У некотороых ободочная кишка является мобильной, без обструкции, не расширенной газами и содержимым, и концы резецированного сегмента кишки не воспалены, первичный анастомоз с защитой трансверзостомой справа является методом выбора. Однако, колостомия с дренированием зоны пораженного сегмента ободочной кишки является безопасной операцией. Резекция или экстериоризация перфорированного сегмента является обязательным для IV стадии ДБ по Hinchey, при наличии калового перитонита первичный анастомоз не накладывается.

При рецидивирующем дивертикулите хирургическое лечение показано при развитии структурных изменений, правило "операция после 2-го эпизода рецидива" более необязательно, т.к. по данным статистики, с последующими рецидивами риск осложнений не увеличивается (W. Kruis, L. Leifeld, 2011). Кроме того, авторы полага. обязательным проведение продолжительной противорецидивной терапии: соблюдение всех профилактических рекомендаций (физическая активность, употребление пищевых волокон и др.), антибиотики (рифаксимин курсами по 7 дней в месяц), месалазин (салофальк) постоянно или курсами по 7 дней, про- и пребиотики.

Рецидивирующий дивертикулит у молодых пациентов.

Симптоматическая ДБТК у пациентов до 50 лет встречается сравнительно редко, однако, традиционно (исторически) счиатется более опасной формой заболевания, что побудило некоторых авторитетных специалистов поддержать тактику активного и раннего хирургического вмешательства для предупреждения рецидива заболеваний и развития осложнений. (N.H. Stolmann, J.B. Raskin, 1999; T.G. Parks, 1969).

В исследовании 144 пациентов с первым приступом острого дивертикулита сигмовидной кишки, среди которых было 28 больных в возрасте 50 лет, вероятность сохраняющегося и рецидивирующего дивертикулита, изначально подтвержденных радиологически как тяжелый дивертикулит, впериод 5-летнего наблюдения составила 54%. Авторы рекомендовали плановую резкцию у молодых пациентов после первого эпизода тяжелого дивертикулита, подтвержденного на КТ (R.C. Chautems et al, 2002). В этом исследовании, ни один больной не нуждался в экстренном вмешательстве, выжидательная тактика была обоснованной и безопасной. Вопрос о тяжести заболевания у молодых пациентовдо 40 лет был рассмотрен у 52 пациентов с острым дивертикулитом сравнительно с больными в возрасте от 40 до 50 лет (K. Pautrat et al., 2007). Отметили более частую встречаемость тяжелых поражений у больных моложе 40 лет (перфорация и/или абсцесс) по сравнению с пациентами в возрасте от 40 до 50 лет (72% и 35% соответственно). У очень молодых больных (до 40 лет) потребовалось выполнение срочных операций, дивертикулит протекол агрессивно и молниеносно, чаще выполняли операцию Гартмана, а в этой группе выполнение плановых резекций сигмовидной кишки было бы невозможно, поскольку перфорация сигмовидной кишки была их единственным и первым симптомом ДБ.

J. Maketa et al (1998) показали, что у пациентов в возрасте до 50 лет наиболее часто встречались рецидивы дивертикулита (26%) по сравнению с пациентами в возрасте от 50 до 70 лет (12%) и старше 70 лет (14%). В возрастной группе моложе 50 лет медиана времени до рецидива было 4 года и вэтой группе резекция сигмовидной кишки выполнена в 8%, хотя половина резекций сигмовидной кишки выполнялись по поводу перфоративного дивертикулита, ни в одном случае не была наложена стома и не было послеоперационных осложнений. Авторы не отметили повышенного риска выжидательной тактики у молодых пациентов с первым эпизодом острого дивертикулита. J. Guzzo, N. Hyman (2004) наблюдали больных после первого эпизода дивертикулита сигмовидной кишки, выявили, что пациентам моложе 50 лет чаще требуется хирургическое лечение, чем пожилым больным за период наблюдения (40% и 26% соответственно), однако из 196 больных моложе 50 лет, на более позднем этапе были перфорации сигмовидной кишки (0,5%), требующие выполнения операции Гартмана. По результатам ретроспективного исследования D.A. Anaya, D.R. Flum (2005) сообщили, что молодые пациенты до 50 лет имели более высокий уровень рецидива дивертикулита, повторных госпитализаций и более высокую скорость развития абсцессов по сравнению с пожилыми больными. Пациентам моложе 50 лет, выпоняли экстренную колэктомию, у них была более низкая 30-дневная смертность. Исследование показало, что у 73% молодых пациентов не было рецидивов и в большинстве случаев хирургические вмешательства не потребовались. Примерно 7% всех пациентов моложе 50 лет когда-либо потребуется экстренная колэктомия/колостомия и тактика рутинной плановой колэктомии может предотвратить экстренную колэктомию/колостомию у 1 из 13 пациентов. Данные результаты в дальнейшем были подтверждены большими когортными исследованиями (12) Кайзерской перманентной больницы; где у молодых больных были чаще выявлены повторные эпизоды дивертикулита (16,2%), по крайней мере у 4 из 5 молодых больных нельзя было ожидать эпизоды дивертикулита, против 13 плановой резекции. При обследовании 271 пациента с острым дивертикулитом, консервативное лечение было значительно более успешным у пациентов моложе 50 лет (90%), чем у пациентов старше 50 лет (76%) (N. Kotzampassakis et al., 2004). Не было никакой разницы в сроках консервативного лечения. Авторы не отметили разницы в лечении пациентов с первым эпизодом дивертикулита и рецидивным дивертикулитом в любой возрастной группе и молодой возраст не является фактором неблагоприятного исхода первого или повторного эпизода дивертикулита. От совокупных доказательств казалось бы, что есть увеличение риска повторных эпизодов дивертикулита у молодых пациентов, однако этот риск скорее хронологический феномен, а не более опасная патология. Общий риск рецидива ниже, чем считалось ранее, как и необходимость в плановой операции, в выполнении колостомии еще ниже. риск, связанный с выполнением плановой операции даже больше, чем риск консервативного лечения и наблюдения и это должно быть подробно обсуждено молодыми пациентами в процессе принятия решений.

рецидивирующий дивертикулит после резекции ободочной кишки встречается сравнительно редко - в 1-10%, прогрессирование проявлений ДБ в оставшейся части ободочной кишки наблюдается примерно в 15%.

Частота повторных операций при ДБОК составляет 2-11% и зависит от метода операции при выполнении резекции. Вsgjkytybt резекции ободочной кишки на уровне прямой кишки снижает частоту рецидивов (по сравнению с резекцией на уровне дистальной части сигмовидной кишки).

Необходимо также исключить другие причины возникновения "симптомов" рецидива, которые могут быть приняты за ДБ (синдром раздраженного кишечника, ишемический колит). Так, до 30% у пациентов с ДБОК, выявляется сочетание с синдромом раздраженного кишечника.

Рецидив после резекции

Примерно от 5% до 7% больных, перенесших резекци. толстой кишки по поводу ДБ, обращаются по поводу рецидива заболевания (P.L. Benn et al., 1986; K. Thaler et al., 2003).

При резекции по поводу заболевания - ДБ - сигмовидной кишки, хирурги резцируют дистальный сегмент сигмовидной кишки или верхнюю часть прямой кишки при наложении дистального анастомоза. В группе 501 болшьного, перенесших резекцию сигмовидной кишки с анастомозом по поводу ДБ, симптомы рецидива были в 12,5% при использовании дистального края анастомоза сигмовидной кишки и в 6,7% - при использовании прямой кишки (P.L. Benn et al., 1986). Повторные операции потребовались у 3,4% пациентов, у которых была использована сигмовидная кишка для дистального анастомоза и у 2,2% больных при использовании прямой кишки. Авторы не отметили увеличения частоты несостоятельности анастомозов при мобилизации прямой кишки. Поэтому, при ДБ вся дистальная часть сигмовидной кишки должна быть удалена при резекции и необходимо формировать десцендоректальный анастомоз во избежание рецидива дивертикулита после резекции.

Дивертикулит правой половины ободочной кишки.

В странах Азии чаще выявляется дивертикулез правой половины ободочной кишки - до 35-84% всех случаев этого заболевания и молодой возраст заболевших предполагает генетическую природу заболевания. У населения Азии выявляется множественные дивертикулы правой половины, а у населения Запада при правосторонней локализации выявляется, как правило, один дивертикул.

Диагностика при правосторонней локализации дивертикулов, может затрудниться из-за необходимости дифференциальной диагностики с острым аппендицитом. ДБ указанной локализации характеризуется следующими симптомами:

- Болью в верхнем правом квадранте живота

- Тошнотой, рвотой, лихорадкой

- Инфильтратами в брюшной полости, которые выявляются при клиническом исследовании у 26-88% пациентов.

- Лейкоцитозом, который имеется у большинства больных, хотя не является специфическим признаком.

КТ позволяет диагностировать аппендицит с 98% чувствительностью и 98% специфичностью.

Лечение правостороннего дивертикулита осуществляется по тем же принципам, как левосторонний дивертикулит. При хирургическом лечении может выполняться дивертикулэктомия в случаях заболевания, ограниченного небольшим участвком или правосторонняя гемиколэктомия.