

МОДЕЛЬ ПРОТОКОЛА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Д. С. Лобанов

Сургутская окружная клиническая больница, г. Сургут

Представлен анализ лечения 48 больных с осложненным течением дивертикулярной болезни ободочной кишки. Предложена модель протокола ведения больных с осложненными формами дивертикулярной болезни. Диагностическая лапароскопия при отсутствии перитонита и невозможности установления диагноза неинвазивными методами исследования явилась методом выбора диагностики осложнений дивертикулярной болезни. Консервативная терапия осложненного течения дивертикулярной болезни толстой кишки была эффективна в 52,1 %.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, ободочная кишка, колоноскопия, лапароскопия.

MODEL PROTOCOLS FOR PATIENTS WITH COMPLICATIONS OF DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON

D. S. Lobanov

An analysis of treatment of 48 patients with complicated course of diverticular disease of the colon was carried out. A model is proposed for the protocol of complicated forms of diverticular disease. Diagnostic laparoscopy in the absence of peritonitis and impossibility to make a diagnosis by non-invasive methods was a method of choice in diagnostics of complications of diverticular disease. Conservative therapy of complicated diverticular disease was effective in 52,1 %.

Key words: diverticular disease, colon, colonoscopy, laparoscopy.

В настоящее время не менее 30 % населения земли страдает дивертикулярной болезнью. Отмечается тенденция роста заболеваемости, что связывают с малоподвижным образом жизни, характером питания и увеличением продолжительности жизни [6, 10, 11]. Столь широкое распространение заболевания, особенно среди жителей развитых стран, а также поздняя диагностика осложнений обуславливают актуальность проблемы оказания своевременной медицинской помощи данной категории больных [1, 2—5, 7, 9, 10]. Осложнения дивертикулярной болезни: дивертикулит, перфорация, перидивертикулярный инфильтрат и/или абсцесс, кровотечение, кишечная непроходимость не являются редкостью, составляя 8,4—25 % [1, 2—5, 12]. Диагностика осложнений представляет определенные трудности, построена на исключении, что неприемлемо в условиях ургентной хирургии. Современная диагностическая база располагает множеством возможностей, от ультразвукового исследования (УЗИ) и рентгенографии до компьютерной и ядерномагнитной томографии и интервенционных процедур, использование которых позволяет решить большинство диагностических задач. Однако нерациональное использование комплекса диагностических методик, без учета целесообразности их применения, в каждой клинической ситуации приводит к неоправданному удлинению по времени диагностического процесса, что значительно в экстренных хирургических ситуациях, когда требуется в максимально короткие сроки определить тактику ведения больного и обосновать показания к хирургическому лечению [8, 11, 13].

На рубеже XX—XXI веков с целью оптимизации диагностики и лечения пациентов сначала зарубежные, а затем и отечественные исследователи стали разрабатывать

и внедрять унифицированные алгоритмы ведения больных, что позволило снизить частоту развития послеоперационных осложнений и экономических затрат на лечение в целом [2, 8, 13]. Следовательно, одним из перспективных направлений в лечении осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки является создание модели протокола ведения больных данной группы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оптимизировать тактику ведения больных с осложненным течением дивертикулярной болезни, используя модель протокола ведения больных с осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ лечения 48 пациентов, страдающих осложненной формой дивертикулярной болезни в период с 2006 по 2010 гг.: 21 мужчина (43,8 %) и 27 (56,2 %) женщин. Из них: 2 больных до 30 лет (4,2 %), 5—31—40 лет (10,4 %), 8 пациентов возрастной группы от 41 до 50 лет (16,7 %), 17 — 51—60 лет (35,4 %), 10 человек — 61—70 лет (20,8 %) и 6 — старше 71 года (12,5 %). Средний возраст составил (56,3 ± 2,3) лет. 76,6 % пациентов — трудоспособного возраста.

Более чем через сутки от начала клинического проявления заболевания 79,1 % больных (38 человек) госпитализированы.

Причиной госпитализации послужили: острый дивертикулит — у 18 (37,5 %), кровотечение — у 4 (8,3 %), перидивертикулярный инфильтрат — у 4 (8,3 %), параколит — у 3 (6,3 %), острая кишечная непроходимость — у 2 (4,2 %), перфорация дивертикула — у 10 (20,8 %), перидивертикулярный абсцесс — у 3 (6,3 %), рецидиви-

рующее течение хронического дивертикулита — у 3 (6,3 %), мочепузырно-толстокишечный свищ — у 1 (2,1 %) пациента.

В соответствии с принятой в клинике моделью протокола ведения больных при осложнениях дивертикулярной болезни ободочной кишки (рис.), при поступлении в качестве первичной диагностики всем пациентам выполнены традиционные диагностические мероприятия: физикальное и лабораторное исследование.

Проведено УЗИ брюшной полости 39 (81,3 %) пациентам, при этом у 4 (8,3 %) обнаружен перидивертикулярный инфильтрат без признаков абсцидирования, что позволило обосновать тактику консервативного лечения, которое включало диету, антибактериальные препараты широкого спектра действия (комбинация цефалоспоринов 3-го поколения и метронидазола в течение 10—12 суток) и противовоспалительные препараты, спазмолитики и физиолечение. В трех наблюдениях (6,3 %) выявлен перидивертикулярный абсцесс, произведено вскрытие и дренирование гнойника из мини-доступа под ультразвуковым контролем. 8 больным с перитонитом (16,7 %) выполнено хирургическое вмешательство — лапаротомия, резекция пораженной сигмовидной кишки, санация и дренирование брюшной полости. При отсутствии перитонита и невозможности уточнения диагноза неинвазивными методами 7 пациентам (14,6 %) проведена диагностическая лапароскопия, которая позволила установить диагноз и определить оптимальную тактику ведения больных.

Метод выбора диагностики при остром дивертикулите считали фиброколоноскопию (ФКС), позволяющую оценить характер и распространенность воспаления и реали-

зовать лечебные мероприятия (этапные санации растворами антисептиков — 1%-й диоксидин или 0,02%-й водный раствор хлоргексидина). ФКС провели 32 пациентам (66,6 %). Хотя Murphy T., et al. (2000) считают, что проведение ФКС нежелательно во время острого воспаления, так как может привести к перфорации дивертикула и развитию перитонита [12]. Мы осложнений манипуляции не имели.

Методом исследования, позволяющим установить распространенность и локализацию дивертикулов, была ирригоскопия. При осложненном течении дивертикулеза рентгенологическое исследование осуществляли после купирования явлений острого воспаления у 16 (39,3 %) больных.

Подготовку толстой кишки к исследованиям и/или операции проводили препаратами на основе полиэтиленгликоля — у 13 больных (38,2 %), либо путем ретроградного кишечного лаважа — у 21 (61,8 %). Было отмечено, что при использовании препаратов полиэтиленгликоля качество подготовки толстой кишки в 89,8 % было хорошим или удовлетворительным, в то время как при проведении очистительных клизм удовлетворительных результатов удалось достичь в 58,5 %. Повторные колоноскопии при очищении кишечника клизмами проводили от 2 до 4 раз у 78,8 % больных. При применении препаратов макроголя диагностическая ФКС в 94,7 % наблюдений проводилась однократно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным обследования было установлено, что дивертикулы преимущественно локализовались в левых

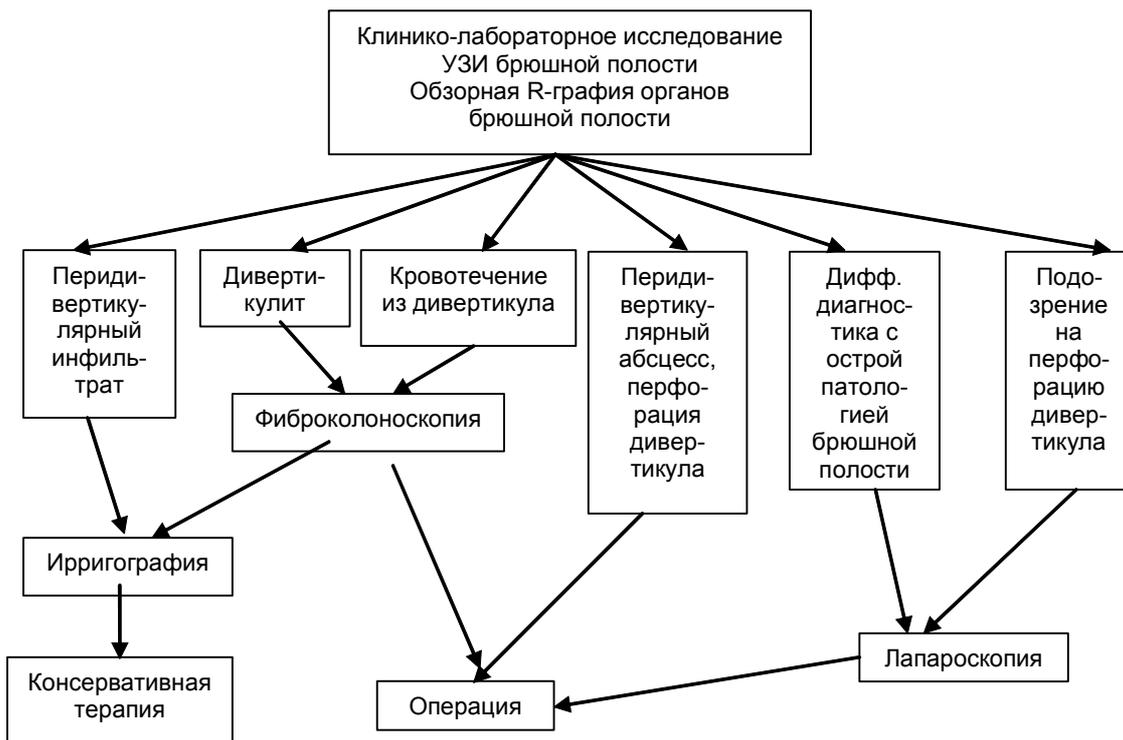


Рис. Модель протокола ведения при осложнениях дивертикулярной болезни ободочной кишки

отделах ободочной кишки, совокупная частота которых составила в анализируемой группе 72,9 %, что сопоставимо с данными литературы [1, 3, 6, 7, 9, 11] (табл. 1).

Таблица 1

Топическая локализация и количество дивертикулов (n = 48)

Локализация	Количество
Правые отделы ободочной кишки	8
Поперечно-ободочная кишка	5
Левые отделы ободочной кишки	27
Более 2 отделов ободочной кишки	8
Всего	48

23 пациента (47,9 %) были оперированы, 25 (52,1 %) пролечены консервативно. Показанием к операции послужили в экстренном порядке: перфорация дивертикула у 10 (43,5 %) человек; образование перидивертикулярного абсцесса у 3 (13 %), острая кишечная непроходимость у 2 (8,7 %), диагностическая лапароскопия у 4 (17,4 %) пациентов; в отсроченном порядке: рецидивирующий дивертикулит у 3 пациентов (13 %); мочепузырно-толстокишечный свищ у 1 (4,4 %) больной.

Объем выполненных оперативных вмешательств представлен в табл. 2.

Таблица 2

Вид и количество операций (n = 23)

Вид операции	Количество
Иссечение дивертикула	2
Резекция сигмовидной кишки с формированием первичного анастомоза	6
Резекция сигмовидной кишки с наложением колостомы	5
Лапароскопия, дренирование брюшной полости	3
Диагностическая лапароскопия	4
Вскрытие и дренирование абсцесса	3
Всего	23

В группе оперированных больных осложнений, связанных с нарушением репарации кишечного анастомоза, не было. У 6 больных (12,5 %) развились инфекционные осложнения в области послеоперационной раны. В одном наблюдении (2,1 %) летальный исход, связанный с поздним обращением, прогрессированием сепсиса и полиорганной недостаточности на фоне тяжелой соматической патологии.

Консервативное лечение оказалось эффективным у 25 (52,1 %) больных. Наблюдение за ними в течение 12 месяцев позволило установить отсутствие рецидива заболевания.

Средний койко-день составил (15 ± 0,8) суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Оптимальным скрининговым методом диагностики при наличии перидивертикулярного инфильтрата или абсцесса брюшной полости является ультразвуковое исследование, позволяющее определить тактику ведения больных.

2. При диагностике осложнений дивертикулярной болезни методом выбора при отсутствии перитонита и невозможности установления диагноза неинвазивными методами исследования является диагностическая лапароскопия.

3. Применение разработанной модели протокола ведения пациентов при осложнениях дивертикулярной болезни ободочной кишки позволяет унифицировать диагностические мероприятия и выбрать оптимальную тактику лечения данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончарик И. И. // Медицинский журнал. — 2008. — № 1. — С. 67—69.
2. Тимербулатов В. М., Фаязов Р. Р., Тимербулатов Ш. В. и др. // Медицинский вестник Башкортостана. — 2009. — № 3. — С. 54—58.
3. Шептулин А. А. // Гастроэнтерол., гепат., колопрокт. — 2006. — № 5. — С. 44—49.
4. Brian West A. // J Clin Gastroenterol. — 2006. — № 40 (Suppl 3). — P. 126—131.
5. Claassen A. T., Mourad-Baars P. E., Mearin M. L., et al. // Int J Colorectal Dis. 2006. — Vol. 21. — P. 190—191.
6. Commane D. M., Arasaradnam R. P., Mills S., et al. // World J Gastroenterol. — 2009. — № 15(20). — P. 2479—2488.
7. Delvaux M. // Aliment Pharmacol Ther. — 2003. — № 18 (Suppl 3). — P. 71—74.
8. Duval H., Dumont F., Vibert E., et al. // Ann Chir. — 2006. — Jan; 131(1). — P. 34—38.
9. Jun S., Stollman N. // Best Pract Res Clin Gastroenterol. — 2002. — № 16. — P. 529—542.
10. Hjerm F., Johansson C., Mellgren A., et al. // Aliment Pharmacol Ther. — 2006. — № 23. — P. 797—805.
11. Kang J. Y., Melville D., Maxwell J. D. // Drugs Aging. — 2004. — № 21. — P. 211—228.
12. Murphy T., Hunt R. H., Fried M. D., et al. // Diverticular disease — WGO-OMGE Global Guide-lines. — 2005. — P. 44—49.
13. Scardapane A., Brindicci D., Fracella M. R., et al. // Eur J Radiol. — 2005. — № 53 (3). — P. 397—409.

Контактная информация

Лобанов Дмитрий Сергеевич — врач-хирург хирургического отделения Сургутской окружной клинической больницы, e-mail: lobanov.dmitrij@rambler.ru