

АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ

Штофин С. Г., Чеканов М. Н., Лёвкин О. Ю., Чеканов А. М., Асатрян А. А., Шумков О. А., Чикинёв Ю. В.
Новосибирский государственный медицинский университет

THE COMPLICATED DIVERTICULAR DISEASE — TACTICS

Shtofin S. G., Chekanov M. N., Lyovkin O. Yu., Chekanov A. M., Asatryan A. A., Shumkov O. A., Chikinyov Yu. V.
Novosibirsk State Medical University

Штофин
Сергей Григорьевич
Shtofin Sergey G.
sshtofin@yandex.ru

Штофин С. Г. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии
Чеканов М. Н. — д.м.н., профессор, кафедра общей хирургии
Лёвкин О. Ю. — к.м.н., ассистент, кафедра общей хирургии
Чеканов А. М. — к.м.н., ассистент, кафедра общей хирургии
Асатрян А. А. — к.м.н., ассистент, кафедра общей хирургии
Шумков О. А. — д.м.н., профессор, кафедра общей хирургии
Чикинёв Ю. В. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии
Shtofin S. G. — Doctor of Medical sciences
Chekanov M. N. — Doctor of Medical sciences
Lyovkin O. Yu. — Candidate of Medical sciences
Chekanov A. M. — Candidate of Medical sciences
Asatryan A. A. — Candidate of Medical sciences
Shumkov O. A. — Doctor of Medical sciences
Chikinyov Yu. V. — Doctor of Medical sciences

Резюме

В клинике кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО НГМУ с 2005 по 2014 наблюдались 43 пациента с дивертикулярной болезнью толстой кишки. Осложнения дивертикулярной болезни в виде острого дивертикулита, парадивертикулярных инфильтратов, абсцессов, перфораций, перитонита — 31 больной в возрасте от 24 до 84 лет. Дивертикулярная болезнь, осложненная кровотечением, 12 случаев (все женщины), в возрасте от 63 до 77 лет. Острый дивертикулит встретился у 11 пациентов, парадивертикулярные инфильтраты, абсцессы, перфорации, перитонит у 20.

Консервативное лечение у 11 больных было эффективным. Оно включало в себя инфузионную терапию, применение антибиотиков широкого спектра действия, спазмолитиков, питание энтеральными смесями. 20 пациентов были оперированы по экстренным показаниям.

В 4 наблюдениях дренирующие операции выполнены из лапаротомного доступа, так как выполнение лапароскопии было невозможно из-за раннее перенесенных открытых операций. Средний возраст больных этой группы составил 64,5 + 8,54 года. Острый дивертикулит развился у них впервые и соответствовал Hinchey III. 8 пациентам были выполнены обструктивные резекции, средний возраст составил 56,10 + 5,43 лет. Умерли 4 пациента из них от прогрессирующих инфекционных осложнений.

Рецидивы дивертикулита имеют высокую частоту осложнений. При Hinchey II–III лапароскопический лаваж и дренирование служат альтернативой операции Гартмана.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, классификация Hinchey, лапароскопический лаваж

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 147 (11): 78–81

Summary

In the clinic of General surgery Department of Novosibirsk State Medical University from 2005 to 2014 were observed in 43 patients with diverticular disease of the colon. Complications of diverticular disease with acute diverticulitis, paradigmatically infiltrates, abscesses, perforations, peritonitis — 31 patients aged 24 to 84 years. Diverticular disease complicated by bleeding, 12 cases (all women), ranging in age from 63 to 77 years. Acute diverticulitis was found in 11 patients, paradiverticular infiltrates, abscesses, perforation, peritonitis in 20.

Conservative treatment in 11 patients was effective. It included infusion therapy, use of broad-spectrum antibiotics, antispasmodics, enteral nutrition mixtures. 20 patients were operated urgent.

In 4 cases the draining operations are performed from laparotomy, because laparoscopy was not possible because of the early migrated in open surgery. The average age of the patients in this group was 64.5 + 8.54 years. Acute diverticulitis they have developed for the first time and was consistent with Hinchey III. 8 patients underwent resection of the obstructive, the average age was of 56.10 + 5.43 years.

Recurrent diverticulitis have a high complication rate. In Hinchey II–III laparoscopic lavage and drainage are the alternative to Hartmann's operation.

Key words: diverticular disease, Hinchey classification, laparoscopic lavage

Экспериментальная и Клиническая Gastroenterologiya 2017; 147 (11): 78–81

Введение

Дивертикулярная болезнь распространена в европейском обществе. Рафинированная мясная диета с малым содержанием балластных растительных компонентов, гиподинамия на рабочем месте, прибавка массы тела с возрастом – предикторы развития дивертикулеза. В возрасте 40–50 лет дивертикулез выявляется у 5–10 % населения, в возрасте 50–60 лет – у 14 %, старше 60 лет – у 30 %, старше 80-ти – 60–65 %. Гендерного различия по частоте встречаемости нет. Клинически значимый дивертикулез – дивертикулярная болезнь, составляет 5–20 %. Из них у 75 % больных развивается острый дивертикулит. Перфорация дивертикула является 4-й причиной экстренного оперативного вмешательства после острого аппендицита, перфорации гастро-дуоденальной язвы, кишечной непроходимости опухолевой и неопухолевой этиологии. Она же 3-я причина формирования кишечных стом. При дивертикулярной болезни частота развития внутрибрюшного абсцесса или перитонита составляет 3,5–4 случая на 100 тыс. населения ежегодно [5, 7, 11]. В основе осложнений воспалительные изменения. Задержка эвакуации содержимого дивертикула через его узкую шейку приводит к образованию фекалита. При полной

обструкции шейки в теле дивертикула развиваются процессы воспаления, в просвете скапливается экссудат. Исхода может быть два. Воспалительный экссудат размягчает фекалит и он проскальзывает в просвет кишки – наступает излечение. Если этого не происходит, развивается реактивное воспаление окружающих дивертикул тканей и их пропитывание воспалительным экссудатом. В зависимости от реактивности организма и патогенности инфекции воспаление ограничивается инфильтратом или приводит к перфорации дивертикула с развитием отграниченного или неотграниченного перитонита. При эвакуации фекалита через шейку может повреждаться рыхлая отечная слизистая оболочка, в этом состоит механизм развития кровотечения из дивертикула [16, 18]. Для предотвращения перехода дивертикулеза в дивертикулит используют консервативные меры: диета богатая клетчаткой, препараты псиллиума, курсы антибактериальной терапии рифаксимом.

Цель исследования – анализ собственного опыта лечения осложненной дивертикулярной болезни и сопоставление методики и результатов с имеющимися мировыми стандартами.

Материал и методы исследования

В клинике кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО НГМУ с 2005 по 2014 наблюдались 43 пациента с дивертикулярной болезнью толстой кишки. Осложнения дивертикулярной болезни в виде острого дивертикулита, парадивертикулярных инфильтратов, абсцессов, перфораций, перитонита – 31 больной в возрасте от 24 до 84 лет. Дивертикулярная болезнь, осложненная кровотечением, 12 случаев (все женщины), в возрасте от 63 до 77 лет. Острый дивертикулит встретился у 11 пациентов, парадивертикулярные инфильтраты, абсцессы, перфорации, перитонит у 20.

Стандартным подходом к лечению дивертикулярной болезни стадии Hinchey III в настоящее время является лапароскопический лаваж. Метод

заключается в выполнении лапароскопии, промывании брюшной полости водным антисептиком и постановки дренажей [14, 21]. При периколлических абсцессах (Hinchey I–II) до 3 см по данным КТ достаточно антибактериальной терапии. Абсцесс более 3 см требует дренирования под УЗИ, КТ контролем или лапароскопически [2, 6, 19]. Только каловый перитонит стадии Hinchey IV нуждается в лапаротомии и выполнении сегментарной резекции толстой кишки по типу операции Гартмана [3, 8, 20]. При этом малоинвазивное хирургическое лечение дивертикулярной болезни стадии Hinchey II–III окончательное и не требует в последующем реопераций по резекционному типу [15, 12, 9].

Результаты исследования и их обсуждение

Анализа собственных результатов показал, что консервативное лечение у 11 больных было эффективным. Оно включало в себя инфузионную терапию, применение антибиотиков широкого спектра действия, спазмолитиков, питание энтеральными смесями. 20 пациентов были оперированы по экстренным показаниям.

Лечение воспалительного процесса при острых осложнениях зависит от степени его распространения, что хорошо отражено в классификации Hinchey [10]:

- I – периколлический абсцесс или инфильтрат;
- II – тазовый, удаленный внутрибрюшной или ретроперитонеальный абсцесс;

- III – распространенный гнойный перитонит;
IV – распространенный каловый перитонит.

При наличии компьютерной томографии (КТ) трудностей с диагностикой не возникает. КТ – оператор независимый метод исследования [1, 13]. Неосложненный дивертикулит проявляется характерными болями в левой подвздошной области, повышением температуры тела. По КТ наряду с наличием дивертикулов наблюдается инфильтрация кишечной стенки. Абсцедирующий дивертикулит дает симптомы раздражения брюшины в левой подвздошной области по типу «левостороннего аппендицита». КТ картина – наличие абсцесса с характерным скоплением пузырьков воздуха. Распространенный перитонит (Hinchey III–IV) диагностируется по клинической картине острого живота и свободному газу в брюшной полости на обзорной рентгенограмме.

Наш собственный опыт применения КТ для выявления осложнений дивертикулита показал во всех случаях полное совпадение с имеющийся картиной во время операции (6 случаев).

Согласно данным литературы прошлых лет опасность развития фатальных осложнений увеличивается с каждым новым рецидивом дивертикулярной болезни. [4, 17].

Из 20 оперированных у 12 выполнены дренирующие операции, 8 из них лапароскопическим доступом. Осложнений и необходимости выполнения повторных вмешательств у них не возникло. В 4 наблюдениях дренирующие операции выполнены из лапаротомного доступа, так как выполнение лапароскопии было невозможно из-за раннее перенесенных открытых операций. Средний возраст больных этой группы составил 64,5 + 8,54 года. Острый дивертикулит развился у них впервые и соответствовал Hinchey III. 8 пациентам были выполнены обструктивные резекции, средний возраст составил 56,10 + 5,43 лет. Умерли 4 пациента из них от прогрессирующих инфекционных осложнений.

Наиболее частым исходом толстокишечного кровотечения при дивертикулярной болезни является спонтанный гемостаз, однако, при этом рецидив развивается примерно в четверти случаев. Хирургическому лечению подвергается до 14 % пациентов с подобными кровотечениями. При достоверном нахождении источника кровотечения из дивертикула показано выполнение сегментарной резекции толстой кишки. Адекватное эндоскопическое исследование толстой кишки возможно в 40–45 % наблюдений, точное установление источника – лишь у 14 % пациентов. «Слепая» сегментарная резекция сопровождается летальностью выше 57 % и риском развития повторного кровотечения более чем в трети наблюдений.

При дивертикулярной болезни, осложненной кровотечением, нами оперированы 12 пациентов. Им выполнена субтотальная колэктомия с первичным илеоректальным анастомозом, что позволило достичь эффективного гемостаза с удовлетворительным функциональным результатом и уровнем летальности 16,6 %. Умерли два пациента: один от острого инфаркта миокарда, другой от ТЭЛА.

Таким образом, важно понимать, что методом выбора для диагностики осложнений дивертикулита является компьютерная томография. В случаях осложненного дивертикулита по Hinchey II–III предпочтительно дренирующее нерезекционное вмешательство, по возможности, из лапароскопического доступа, что на сегодняшний день является доступным и выполняется в нашем городе. Показания к первичным резекциям при осложненных дивертикулитах ободочной кишки в ряде случаев могут возникать при крупных перфоративных отверстиях в ободочной кишке и значительном каловом загрязнении брюшной полости (Hinchey IV), что также используется нами в реальной практике. При нестабильном гемостазе и невозможности точно локализовать источник кровотечения, методом выбора является незамедлительное хирургическое вмешательство в объеме субтотальной колэктомии.

Литература

1. Ambrosetti P, Jenny A, Becker C et al (2000) Acute left colonic diverticulitis compared performance of computed tomography and water-soluble contrast enema: prospective evaluation of 420 patients. *Dis Colon Rectum* 43:1363–1367.
2. Bahadursingh A. M. et al. Spectrum of disease and outcome of complicated diverticular disease. *Am J Surg* 2003;186:696–701.
3. Bretagnol F, Pautrat K, Mor C et al (2008) Emergency laparoscopic management of perforated sigmoid diverticulitis: a promising alternative to more radical procedures. *J Am Coll Surg* 206:654–657.
4. Chapman JR, Dozois EJ, Wolff BG et al (2006) Diverticulitis: a progressive disease? Do multiple recurrences predict less favourable outcomes? *Ann Surg* 243:876–880.
5. Commane D. M., Arasaradnam R. P., Mills S. et al. Diet, ageing and genetic factors in the pathogenesis of diverticular disease. *World J Gastroenterol* 2009 May 28;15(20):2479–2488.
6. Durmishi Y., Gervaz P., Brandt D. et al. Results from percutaneous drainage of Hinchey stage II diverticulitis guided by computer tomography scan. *SurgEndosc* 2006;20:1129–1133.
7. Etzioni D. A., Mack T. M., Beart R. W. et al. Diverticulitis in the United States: 1998–2005. Changing patterns of disease and treatment. *Ann Surg* 2009;249:210–217.
8. Faranda C, Barrat C, Catherine JM, Champault GG (2000) Two stage laparoscopic management of generalized peritonitis due to perforated sigmoid diverticula: eighteen cases. *Surg La-parosc Endosc Percutan Tech* 10:135–141.
9. Favuzza J, Friel J, Kelly JJ et al (2009) Benefits of laparoscopic peritoneal lavage for complicated sigmoid diverticulitis *Int J Colorectal Dis* 24:797–801.
10. Hinchey E. J., Schaaf P. G. H., Richards G. K. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *AdvSurg* 1978;12:85–109.
11. Humes D. J. Changing Epidemiology: Does It Increase Our Understanding? *Dig Dis* 2012;30:6–11.
12. Karoui M, Champault A, Pautrat K (2009) Laparoscopic peritoneal lavage or primary anastomosis with defunctioning stoma for Hinchey 3 complicated diverticulitis:

- results of a comparative study. *Dis Colon Rectum* 52:609–615.
13. *Lawrimore T, Rhea J* (2004) Computed tomography evaluation of diverticulitis. *J Intensive Care Med* 19:194–204.
 14. *Mutch MG* (2010) Complicated diverticulitis: are there indications for laparoscopic lavage and drainage? *Dis Colon Rectum* 53:1465–1466.
 15. *Myers E, Kavanagh D, Hurley M et al* (2008) Laparoscopic peritoneal lavage for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis – A feasible alternative. *Dis Colon Rectum* 51:13.
 16. *Rafferty J., Shellito P., Hyman N.H., Buie W.D.* Standards Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for sigmoid diverticulities. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 939–944.
 17. *Salem L, Flum DR* (2004) Primary anastomosis or Hartmann's procedure for patients with diverticular peritonitis? A systematic review. *Dis Colon Rectum* 47:1953–1964.
 18. *Schoetz D.J.* Diverticular disease of the colon: a century old problem. *Dis Colon Rectum* 1999;42:703–709.
 19. *Siewert B., Tye G., Kruskal J.et al.* Impact of CT-guided drainage in the Treatment of Diverticular Abscesses: Size Matters. *AJR* 2006; 186: 680–686.
 20. *Taylor CJ, Layani L, Ghosn MA, White SI* (2006) Perforated diverticulitis managed by laparoscopic lavage. *ANZ J Surg* 76:962–965.
 21. *Toorenvliet BR, Swank H, Schoones JW et al* (2010) Laparoscopic peritoneal lavage for perforated colonic diverticulitis: a systematic review. *Colorectal Dis* 12:862–867.