

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*В.М. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев, Ш.З. Загидуллин,  
И.В. Верзакова, Э.А. Михеева, С.Ф. Ковальская, Р.Ф. Магафуров*

*Кафедра хирургии с курсом эндоскопии (зав. — проф. В.М. Тимербулатов)  
Башкирского государственного медицинского университета*

Заболеваемость дивертикулезом толстой кишки в различных странах, особенно в экономически развитых, достигает до 30% от всей популяции [7], причем у 40% людей старше 70 лет [1]. В большинстве случаев больные поступают в стационар с запущенными формами дивертикулеза. Операция проводится с опозданием, что обуславливает высокую летальность и большое число осложнений. Гнойно-воспалительные осложнения дивертикулеза наблюдаются у 40—60% больных, при этом прослеживается тенденция к их росту [1]. Из осложнений чаще возникают острый дивертикулит, перфорации, абсцессы, свищи, массивные кровотечения и кишечная непроходимость.

Рост заболеваемости дивертикулезом толстой кишки объясняется, с одной стороны, увеличением среди населения доли лиц пожилого и старческого возраста, изменением характера питания в цивилизованных странах, а с другой — улучшением диагностики (более точной рентгенологической диагностикой, разработкой современных эндоскопических методов исследования — фиброколоноскопии и др.).

Наша работа основана на результатах лечения 645 больных (женщин — 422, мужчин — 223) с дивертикулярной болезнью толстой кишки, которые были разделены на 2 группы. 485 (72,5%) больных 1-й группы получили консервативное лечение, 160 (24,8%) из 2-й — оперативное. В плановом порядке были госпитализированы 294 (45,6%) пациента, в экстренном — 351 (54,4%). 97 больных (15% от общего числа и 27,6% от числа экстренных больных) были прооперированы в экстренном порядке, 63 пациента (9,7% от общего числа и 21,4% от общего числа плановых больных) — в плановом.

В 63,2% случаев дивертикулы были локализованы в сигмовидной кишке, в 24,1% — нисходящей ободочной, в 7,8% —

в поперечно-ободочной, в 2,3% — в восходящей ободочной и в 2,6% — в слепой кишке.

Большинство больных с осложненными формами дивертикулярной болезни относятся к контингенту, нуждающемуся в urgentном хирургическом вмешательстве, поэтому важное значение имеет разработка определенного диагностического алгоритма. Применяемый нами объем исследований включает оценку клинических симптомов, моторной активности кишечника, рентгенологические методы (обзорная рентгенография органов брюшной полости, пассаж бария, изучение тонической активности моторики кишечника), эндоскопические методы (ректороманоскопия, фиброколоноскопия, лапароскопия), тепловидение, электротермометрию, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию.

При осложненных формах дивертикулярной болезни экстренная лапароскопия является наиболее информативным методом исследования. Она позволяет выявлять дивертикулы, острый дивертикулит, инфильтраты брюшной полости, перфорацию, перитонит, их распространенность, исключить другие заболевания органов брюшной полости. Основная задача лапароскопии заключается в уточнении диагноза и выборе правильного способа лечения. Из проведенных нами 118 лапароскопических исследований в 20 случаях были выявлены инфильтраты, в 25 — абсцессы, в 33 — перфорации и в 40 — другие заболевания органов брюшной полости. Лапароскопическое исследование позволило воздержаться от оперативного лечения в 20 случаях и выполнить своевременное оперативное вмешательство — в 58.

В последнее время в диагностике осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки все большее значение отводится ультразвуковому исследованию, которое дает возможность диагностировать такие осложнения, как

инфильтрат, абсцесс, кишечная непроходимость, а также проследить за динамикой их развития в послеоперационном периоде. В ряде случаев возможно выполнение чрескожной лечебно-диагностической пункции под контролем ультразвукового сканирования с одномоментным дренированием полости абсцесса.

Инфильтраты брюшной полости визуализировались в виде гиперэхогенных образований округлой или чаще неправильной формы, неоднородной структуры, полиморфность которой определяется разнородностью тканей, вовлеченных в воспалительный конгломерат. Нередко в инфильтрат вовлекаются прилежащие петли тонкой кишки, которые представляют собой образования округлой (на поперечном срезе) или цилиндрической (на продольном) формы, часто деформированные. Петли, входящие в состав инфильтрата, обычно спавшиеся, их диаметр не превышает 20 мм. Стенки кишки утолщены, рыхлые, контур нечеткий. Важным критерием вовлечения в инфильтрат кишечных петель является их фиксированность, что проявляется отсутствием изменения локализации при давлении датчиком или перемене положения тела больного. При динамическом наблюдении за инфильтратом возможно его обратное развитие, что характеризуется уменьшением размеров, повышением эхогенности, потерей четкости контуров.

Сонографические признаки абсцесса брюшной полости при дивертикулярной болезни толстой кишки были выявлены нами у 21 пациента. Данное осложнение диагностировали преимущественно в стадии сформировавшегося абсцесса, когда четко определяется капсула в виде гиперэхогенного ободка различной интенсивности отражения ультразвука и толщины. Внутренняя структура абсцесса характеризовалась неоднородностью с наличием “жидкого” компонента и мелкодисперсной взвеси с горизонтальным уровнем. Нередко визуализировались пузырьки газа и гиперэхогенные плотные включения, иногда с акустической тенью. В случаях наличия межпетельного абсцесса, без четко сформированной капсулы, определялось гипозоногенное образование неправильной формы, контуры которого составляли кишечные петли с резко утолщенными стенками. Следует обра-

тить внимание на снижение перистальтики кишок данной области со скоплением жидкости внутри их полости, однако размеры кишечных петель не увеличиваются. Данная сонографическая картина является проявлением синдрома кишечной недостаточности I стадии локального характера. Локализация выявленных абсцессов была следующей: в 15 случаях — проекция сигмовидной кишки, в 5 — нисходящая ободочная кишка, в одном — внутрибрюшечный абсцесс в левом мезогастральной области.

При наличии четко отграниченного процесса возможно проведение диагностического вмешательства с целью чрескожного дренирования абсцесса. Лечебно-диагностическую пункцию выполняют при следующих условиях: 1) место вкола следует выбирать непосредственно над локализацией абсцесса (по кратчайшему расстоянию от точки вкола до абсцесса); 2) траектория иглы должна проходить минуя сосуды, петли кишечника; 3) траекторию иглы нужно расположить вне свободной брюшной полости.

У 11 больных дивертикулярной болезнью развилась толстокишечная непроходимость, которая сонографически характеризовалась расширением соответствующих отделов толстой кишки в зависимости от уровня обтурации, наличием однородного содержимого средней интенсивности со сниженной перистальтикой. Обязательна визуализация гаустр в виде пристеночно расположенных структур повышенной эхогенности. Кроме того, при толстокишечной непроходимости в большинстве случаев визуализировались расширенные петли тонкой кишки с жидкостным содержанием в просвете, однако степень их дилатации была значительно меньше, чем при тонкокишечной непроходимости.

Нами определены показания к консервативным и оперативным методам лечения. При неосложненном дивертикулёзе были рекомендованы профилактические мероприятия, включающие улучшение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки (диета, режим труда, лечебная гимнастика). Консервативное лечение при остром дивертикулите в ряде случаев позволило избежать экстренных оперативных вмешательств. Эти больные были оперированы в “холодном” периоде. Для повышения эффективности консервативного лечения

мы применяли пролонгированную забрюшинную новокаиновую блокаду с лекарственными смесями. Лекарственные смеси вводили с определенными интервалами времени в зависимости от вида осложнений и клинических проявлений. После установления катетера в забрюшинное пространство вводим лекарственные смеси следующего состава: 0,25% новокаин (200 мл), 0,2% платифиллин (1 мл) 2 раза в сутки, канамицин (0,5 г) два раза в сутки, 1% диоксидин (10 мл) один раз в сутки. При остром дивертикулите, перидивертикулярном инфильтрате в зависимости от воспалительного процесса блокаду повторяем через день, затем через два дня (в среднем 5-6 раз). При необходимости процедуру выполняем 2 раза в сутки ежедневно или через день. Между блокадами продолжаем введение антибиотиков, спазмолитиков и антисептиков. При лапароскопии, после исключения другой хирургической патологии, при остром дивертикулите, инфильтрате через оставленную трубку осуществляли курс лазеротерапии, локально воздействуя на очаг воспаления. Дополнительно проводили посиндромную терапию для купирования болевого синдрома и нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Однако данный комплекс лечения не всегда эффективен из-за часто возникающих рецидивов.

Первичную резекцию толстой кишки с анастомозом мы применяли в 49 (30,6%) случаях при следующих осложнениях: внутрибрыжеечном дивертикулярном абсцессе (у 11), дивертикулярном кровотечении (у 6), дивертикулярной кишечной непроходимости (у 11), прикрытой перфорации без явлений общего перитонита (у 1), хроническом дивертикулите (у 20). Первичную резекцию мы применили у 29 больных в экстренном порядке и у 20 — в плановом (у 9,2% от общего числа больных дивертикулярной болезнью толстой кишки).

В послеоперационном периоде у некоторых больных из числа экстренно прооперированных возникли осложнения в виде нагноения послеоперационной раны (6,8%), несостоятельности анастомоза с образованием абсцесса (3,4%), анастомозита с развитием внутрибрюшного абсцесса (10,3%). Послеоперационные осложнения возникли в общей сложности у 20,5% больных.

Первичную резекцию с анастомозом мы провели у 20 (12,5%) больных при хроническом дивертикулите с выраженным болевым синдромом, частыми обострениями. В послеоперационном периоде отмечены нагноение послеоперационной раны у одного (5%) и анастомозит у 2 (10%) больных.

Таким образом, в зависимости от общего состояния больного и местных условий представляется возможность выбора различных методов лечения дивертикулярной болезни [2, 3].

В связи с бурным развитием в последние годы малоинвазивных хирургических технологий появилась возможность их применения в хирургическом лечении дивертикулярной болезни ободочной кишки [6]. Это позволило уменьшить число неблагоприятных непосредственных и отдаленных результатов в лечении данной категории больных.

66 больных были прооперированы в экстренном порядке в 2 — 3 этапа в зависимости от характера и распространенности патологического процесса и состояния. Резекцию по типу Гартмана выполнили 34 больным, ушивание перфоративного отверстия с колостомией и дренированием брюшной полости — 5, экстериоризацию перфоративного отверстия с дренированием брюшной полости — 13, забрюшинное вскрытие гнойника с колостомией и дренированием брюшной полости — 14. Среди экстренно оперированных больных послеоперационная летальность составила 10,6%, число послеоперационных осложнений — 23,7%.

В патогенезе дивертикулеза толстой кишки многие авторы придают большое значение повышению внутрикишечного давления, патологической сегментации [5]. На основании проведенных комплексных клинично-инструментальных, лабораторных и морфологических исследований нами выделены два варианта формирования дивертикулов толстой кишки:

1. Гиперкинетический (гипертрофический) — характеризуется гиперкинетическим типом моторики, выраженной внутрикишечной гипертензией и отсутствием дезорганизации соединительнотканной стромы стенки толстой кишки.

2. Гипокинетический (гипотрофический или атрофический) — характеризуется гипокинетическим типом моторики, низким внутрикишечным давлением и дезорганизацией соединительнотканной стромы стенки кишки.

Выделение двух вариантов позволяет обосновать показания к методу лечения, а также играет важную роль в составлении плана профилактических мероприятий.

Одной из эффективных органосохраняющих операций при лечении гиперкинетического типа дивертикулярной болезни толстой кишки является серозомиотомия. Этот способ заключается в рассечении стенки толстой кишки до подслизистого слоя, что приводит к уменьшению внутрикишечного давления и нормализации моторики толстой кишки. Несмотря на простоту операции, она традиционно проводится лапаротомным доступом. После таких вмешательств нередко в послеоперационном периоде возникает спаечная болезнь брюшины, и у больных наблюдается длительная нетрудоспособность.

При дивертикулёзе толстой кишки мы выполняли лапароскопическую серозомиотомию у 28 больных по Reilly и Hodgson. Этот способ является малотравматичным: нетрудоспособность больных сокращается в 2,0-2,5 раза. Однако использование лапароскопической серозомиотомии может быть затруднено при сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем, в случае наложения пневмоперитонеума при спаечном процессе. В таких случаях серозомиотомию мы проводим через минилапаротомный доступ (по аналогии с методом М.И. Прудкова с помощью специальных инструментов) [4]. Данным способом выполнено 17 оперативных вмешательств: осложнений после операций не было.

Эндоскопические, рентгенологические и функциональные исследования до и после операции показали, что после физиологических операций у больных нормализуются внутрикишечное давление и тоническая активность толстой кишки, что клинически проявляется нормализацией стула.

Таким образом, применение определенного объема диагностических методов и в нужной последовательности позволяет своевременно выявлять различные виды осложнений, их локализацию, распространенность и выбирать патогенетически обоснованную лечебную тактику. Выделение двух вариантов формирования дивертикулов дает возможность патогенетически подойти к выполнению малоинвазивных органосохраняющих

оперативных вмешательств. При внутрибрюшинных абсцессах целесообразна одномоментная операция, а при перфоративных дивертикулитах толстой кишки — операция в два этапа. Благодаря применению в комплексном консервативном лечении лазеротерапии, пролонгированных новокаиновых блокад можно в большинстве случаев купировать воспалительный процесс и снизить число осложнений при дивертикулярной болезни толстой кишки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абулдадзе Т.В. Дивертикулёз толстой кишки и его осложнения // Дисс... канд. мед. наук. — Тбилиси, 1974.

2. Балалыкин А.С., Луцевич О.Э., Сажин В.П., Оноприев А.В., Федоров А.В. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. — М., 1996.

3. Сажин В.П., Диденко В.В., Пигин А.С. // Эндоскопическая хирургия. — 1995. — № 1. — С. 17—18.

4. Прудков М.И. Минилапаротомия и "открытая" лапароскопия в лечении больных с желчекаменной болезнью. // Дисс. док. мед. наук. — Москва, 1993. — С. 46. — № 6. — С. 22—23.

5. Тушикова А.П., Подмаренкова Л.Ф. Особенности моторной функции толстой кишки у больных дивертикулёзом. // Тезисы докладов региональной научно-практической конференции. — Куйбышев, 1990, С. 40—41.

6. Jansen A. Laparoscopic-assisted colon resection. *Amr. Chirurg. Gynaecol.* 1994. — Vol. 83. — P. 86—91.

7. Painter N.S. The Epidemiology, History and Pathogenesis of Diverticulosis Coli-Basis for its Treatment with Unprocessed Bran. // *Schweis. Med. Wechr.* — 1977. — Vol. 107. — P. 486—493.

Поступила 08.05.99.

## EXPERIENCE OF THE TREATMENT OF THE LARGE INTESTINE DIVERTICULUM

V.M. Timerbulatov, D.I. Mekhdiyev,  
Sh.Z. Zagidullin, I.V. Verzakova, E.A. Mikheeva, S.F.  
Kovalskaya, R.F. Magafurov

### S u m m a r y

The results of the treatment of 645 patients with the large intestine diverticulum (women — 65,4%, men — 34,6%) are analyzed. As many as 54,4% of the patients were hospitalized in case of emergency, 45,6% of the patients — in planned cases. The conservative treatment was given to 82,5% of the patients, the operative treatment — to 24,8% of the patients. In the hyperkinetic type of intestine motility, preference was given to low invasive operations conserving organs (in 28 cases the Reilly and Hodgson laparoscopic seromyotomy were carried out, in 17 cases — through miniaccess), in the hypokinetic type the various kinds of large intestine resections were carried out (in 20 cases). In cases of emergency depending on the general state of a patient, nature and incidence of the pathologic process, the possibility of choosing various intervention methods is presented (in 29 cases — the primary resection with anastomosis was carried out).