

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
FEATURES OF COLON DIVERTICULOSIS LATE COMPLICATIONS
SURGICAL TREATMENT

В.П. Земляной, Б.В. Сигуа, А.В. Никифорова,

Э.Л. Латария, К.О. Шарвадзе, С.А. Дадалов

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова. Санкт-Петербург.

Сигуа Бадри Валериевич – 191015 г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная 41.

Контактный телефон: 8-911-197-93-43; e-mail: dr.sigua@gmail.com

Резюме: дивертикулярная болезнь толстой кишки является часто встречающимся заболеванием кишечника. Широкое распространение этого патологического состояния, особенно среди пациентов старших возрастных групп, обусловлено особенностями рациона питания в странах, причисляемых к развитым. В современных условиях клиницист чаще сталкивается с осложненными формами дивертикулярной болезни, в ряде случаев требующих срочного хирургического вмешательства. Впрочем, частота диагностических ошибок на фоне осложненного течения дивертикулярной болезни может достигать значительных величин. Приведен клинический случай, свидетельствующий о существенных трудностях, возникающих при диагностике и хирургическом лечении поздних осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, дивертикулез толстой кишки.

Summary: diverticular disease of the colon is frequent bowel disease. Wide spread of this pathology, especially among elderly patients, is caused by characteristics of the diet in developed countries. In modern conditions the clinician is faced with the complicated forms of diverticular disease, in some cases requiring urgent surgical intervention. However, the frequency of diagnostic errors on the background of complicated diverticular disease can reach significant values. A clinical case, indicating the significant difficulties, appearing while diagnosis and surgical treatment of diverticular disease late complications is exemplified.

Keywords: diverticular disease, diverticulosis of the colon.

Дивертикулез ободочной кишки является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний кишечника [1,2,3] и его можно смело назвать болезнью современного человека. Частота встречаемости данного заболевания выше в тех популяциях, где употребляют пищу с недостаточным содержанием растительных волокон, прежде всего в развитых странах. Причины и механизмы развития дивертикулов индивидуальны для каждого из отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и зависят от многих факторов. Но отмечено, что заболеваемость увеличивается с возрастом и, как правило, выявляется у лиц старше 60–80 лет [4,5,6,7].

При этом, клинические проявления могут варьировать от чувства незначительного дискомфорта до резких болей в животе, а при тяжелых воспалительных осложнениях проявляться профузными кишечными кровотечениями, которые отмечаются у 20–25% пациентов [8,9,10].

В отечественной и зарубежной литературе активно используется термин дивертикулярная болезнь (ДБ) ободочной кишки и, многими авторами трактуется как дивертикулез с клиническими проявлениями [4,11]. Однако, термин "дивертикулярная болезнь" (ДБ) обозначает наличие дивертикулов в одном из отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Довольно часто термин ДБ используется как синоним понятия "дивертикулез" что, по мнению некоторых исследователей, не отражает истинной сути заболевания и предлагается разграничивать эти понятия. Так, N. Malik [12] понимает под ДБ толстой кишки заболевание, включающее три мультифакторных состояния: дивертикулез, дивертикулит, дивертикулярное кровотечение. Следует отметить, что каждое из этих состояний, по мнению автора, имеет свой набор симптомов и методов лечения. Но большинство исследователей продолжают относить дивертикулит и дивертикулярное кровотечение к осложнениям дивертикулеза, тем самым ставя знак равенства между понятиями ДБ и "дивертикулез". Также следует отметить,

что у подавляющего большинства (95%) пациентов наблюдается поражение сигмовидной кишки [13,14,15], а диагностика, как правило, является следствием исключения опухолевой патологии толстой кишки во время эндоскопического исследования.

Осложненное течение ДБ наблюдаются у 10–25% пациентов. Как правило, это острые воспалительные осложнения, такие как острый дивертикулит, острый воспалительный паракишечный инфильтрат и перфорация дивертикула с развитием перитонита [3,9,10,16]. На фоне осложненного течения ДБ диагностические ошибки возникают в 60–90% наблюдений [10]. Основной причиной столь высокой частоты диагностических ошибок, вероятно, является быстрый и хороший эффект консервативной терапии с последующим отказом от обследования. Однако рецидивы воспаления отмечаются у 16–87% пациентов, а развитие в последующем жизнеугрожающих осложнений у 15–23% [4,7,13,14]. Яркой иллюстрацией закономерности развития осложнений и трудностей диагностики у больных с дивертикулярной болезнью является следующее клиническое наблюдение из собственной практики.

Пациентка К., 58 лет, поступила в клинику факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова 26.04.2016 г. в экстренном порядке с признаками кишечного кровотечения с легкой степенью кровопотери, которое было остановлено консервативными мероприятиями. Из анамнеза заболевания удалось установить, что в одном из лечебных учреждений Санкт-Петербурга пациентке выполнялась экстренная лапаротомия с формированием двустольной трансверзостомы (29.07.2015 г.) в связи с образованием ректосигмоидного отдела толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью. Была обследована – неоднократно выполнялась фиброколоноскопия (ФКС) с биопсией образования. По данным гистологического заключения в биопсийном материале данных за атипию не получено, но отмечены признаки выраженного реактивного воспаления. После чего пациентке эмпирически был назначен Салофальк в лечебной дозировке. На фоне проводимой терапии в амбулаторном режиме, через

7 месяцев после оперативного вмешательства пациентка повторно оперирована по экстренным показаниям – выполнено вскрытие и дренирование внутрибрюшного абсцесса (26.02.2016 г.), после чего сформировался толстокишечный свищ.

На момент госпитализации в клинику факультетской хирургии им. И.И. Грекова у пациентки имеется функционирующий толстокишечный свищ, а также пальпируется объемное образование ректосигмоидного отдела толстой кишки неустановленной природы.

Учитывая данные анамнеза и клиническую картину кишечного кровотечения, в условиях клиники больная была обследована. Выполнена ректороманоскопия при которой выявлено циркулярное сужение просвета сигмовидной кишки на расстоянии 25,0 см от анокутанной линии. При фиброколоноскопии через трансверзостому в правой половине толстой кишки патологических образований не выявлено, а осмотр отводящей петли доступен только до середины сигмовидной кишки, дальше эндоскоп не проходит. При исследовании биопсийного материала из области циркулярного сужения просвета сигмовидной кишки: фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с очаговой реактивной гиперплазией бокаловидных клеток, густой лимфоцитарной инфильтрацией собственной пластинки с формированием лимфоидных фолликулов. Злокачественный рост в представленном материале не выявлен.

Выполнена СКТ органов брюшной полости и малого таза по результатам которой обнаружено объемное образование, занимающее фактический весь малый таз размерами 18,0x10,0x14,0 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены, отдаленных депозитов нет.

Учитывая анамнез, клиническую картину, а также инструментальные данные высказано предположение о дивертикулярной природе образования толстой кишки и сформулирован предоперационный диагноз: «Дивертикулярная болезнь. Дивертикулез сигмовидной кишки, осложненный дивертикулитом, перфорацией (?) с формированием абсцесса и рубцово-воспалительной

стриктуры сигмовидной кишки (?). Функционирующий толстокишечный свищ. Кишечное кровотечение». Выставлены показания к оперативному лечению. После лапаротомии и рассечения спаек в левой подвздошной области выявлен каменистой плотности конгломерат размерами 20,0x10,0x15,0 см. состоящий из передней брюшной стенки, ректосигмоидного отдела толстой кишки, нескольких петель тонкой кишки, а также дна мочевого пузыря. При отделении конгломерата от передней брюшной стенки вскрылся абсцесс, выделилось ~10,0 мл жидкого гноя (посев – *Enterococcus faecalis* и *Escherichia coli*). Затем, с выраженными техническими трудностями, преимущественно острым путем, учитывая хрящевую плотность тканей, произведена мобилизация единым блоком участка тонкой кишки, ректосигмоидного отдела толстой кишки вместе с дном мочевого пузыря. Задняя стенка последнего ригидна, с выраженными воспалительными изменениями. Мобилизованный конгломерат резецирован (рис. 1).



Рис 1. Этап операции и резецированный препарат

Далее, поочередно ушит резецированный мочевой пузырь, сформирован тонко-тонкокишечный анастомоз, устранена трансверзостома с

формированием толсто-толстокишечного анастомоза и выполнена сигмостомия. Брюшная полость санирована и дренирована.

По данным гистологического заключения – признаки хронического сигмоидита умеренной активности.

Несмотря на проводимую антибактериальную, инфузионную и противоязвенную терапию послеоперационный период осложнился: развитием гидронефроза справа, на фоне обтурации устья правого мочеточника баллоном катетера Фоллея, присоединившейся инфекцией мочевыводящих путей, а также микронесостоятельностью швов мочевого пузыря с образованием ограниченной полости 33,0х30,0 мм кверху и кпереди от мочевого пузыря (по данным СКТ живота и малого таза). Вскрыта и дренирована серома в области иссеченной трансверзостомы. После удаления мочевого катетера на 15 сутки выполнена ретроградная цистография, на которой при тугом заполнении мочевого пузыря определяется дефект швов со свободным выходом контраста в отграниченную полость ~ 3,0х2,0 см, свободно сообщающуюся с мочевым пузырем, выхода контраста за пределы полости нет. Больная не лихорадит. В лабораторных показателях выраженных изменений не отмечено. Срединная рана в области вскрытой серомы выполнена грануляциями, заживает вторичным натяжением.

Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на 34-е сутки после оперативного вмешательства с рекомендациями по дальнейшему лечению.

Приведенный клинический случай свидетельствует о значительных трудностях, возникающих при диагностике и хирургическом лечении поздних осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки. При этом вынуждено приходится расширять объем оперативного вмешательства, что всегда чревато развитием жизнеугрожающих осложнений.

Библиографический список:

1. Воробьев, Г.И. Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение / Г.И. Воробьев, Ю.М. Панцырев, А.П. Жученко и др. // Новости колопроктологии. – 2007. – № 4. – С. 49–49.
2. Floch, M.H. Management of diverticular disease is changing / M.H. Floch, J.A.White // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 12, N 20. –P. 3225–3228.
3. Simpson, J.A. Patterns of pain in diverticular disease and the influence of acute diverticulitis / J.A. Simpson, K.R. Neal, J.H. Scholefield, R.C. Spiller // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2003. – Vol. 15, N 9. – P. 1005–1010.
4. Тимербулатов, В.М. Лечебная тактика при дивертикулярной болезни толстой кишки / В.М. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев, А.М. Меньшиков и др. // Хирургия. – 2000. – № 9. – С. 48–51.
5. Delvaux, M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention / M. Delvaux // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2003. – Vol. 18 (suppl. 3). – P. 71–74.
6. Jun, S. Epidemiology of diverticular disease / S. Jun, N. Stollman // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 16, N 4. – P. 529–542.
7. Murray, C.D. Medical management of diverticular disease / C.D. Murray, A.V. Emmanuel // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 16, N 4. – P. 611–620.
8. Воробьев, Г.И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев // Ростов-на-Дону : изд. Феникс, 2001. – С. 294–308.
9. Buchanan, G.N. Diverticulitis / G.N. Buchanan, N.J. Kenefick, C.R. Cohen // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.– 2002. – Vol. 16, N 4. – P. 635–647.
10. Fearnhead, N.S. Clinical features and differential diagnosis of diverticular disease / N.S. Fearnhead, N.J. Mortensen // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.– 2002. – Vol. 16, N 4. – P. 577–593.
11. Тимербулатов, В.М. Хирургическая тактика при остром дивертикулите ободочной кишки / В.М. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев, В.М. Лопатин и др. // Сов. мед. – 1989. – № 10. – С. 91–93.

12. Malik, N. Diverticulitis, Diverticulosis and Diverticular Bleeding – Managing these Afflictions of the Colon / N. Malik // *Geriatrics and aging* 2000; 3 (2): 4–40.
13. Ambrosetti, P. Sigmoid diverticulitis: when and to whom should an elective colectomy be offered? / P. Ambrosetti // *Ann. Chir.* – 2002. – Vol. 127, N 6. – P. 413–415.
14. Chapman, J.R. Diverticulitis: A progressive disease?: Do multiple recurrences predict less favorable outcomes? / J.R. Chapman, E.J. Dozois, B.G. Wolff et al. // *Ann. Surg.* – 2006. – Vol. 243, N 6. – P. 876–883.
15. Hoffmann, R.M. Diverticulosis and diverticulitis / R.M. Hoffmann, W. Kruis // *Internist (Berl).* – 2005. – Vol. 46, N 6. – P. 671–683.
16. Mueller, M.H. Long-term outcome of conservative treatment in patients with diverticulitis of the sigmoid colon / M.H. Mueller, J. Glatzle, M.S. Kasperek et al. // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2005. – Vol. 17, N 6. – P. 649–654.