

Н.М. Галимов, И.И. Хидиятов, И.Р. Ибрагимова, Р.М. Субхангулов, О.Т. Нугаев
**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЁЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, г. Уфа

МУ «Городской госпиталь ветеранов войн», г. Уфа

В статье приведены результаты комплексного лечения 52 больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки. Из них 29 больным (основная группа) помимо комплексной терапии проводилась трёхкратная эндоскопическая санация воспалённых дивертикулов 0,3% раствором колларгола с последующим введением в устья воспалённых дивертикулов мази Левомеколь. У всех пациентов из этой группы наступило выздоровление. Среди больных, получавших только комплексное лечение, выздоровление наблюдалось у 19 из 23. Авторы отмечают, что комплексное лечение с эндоскопической санацией улучшает результаты лечения больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, толстый кишечник, эндоскопическая санация.

N.M. Galimov, I.I. Khidiyatov, I.R. Ibragimova, R.M. Subkhangulov, O.T. Nugayev
**ENDOSCOPIC DIVERTICULI SANITATION IN COMBINATION TREATMENT
FOR COMPLICATED COLONIC DIVERTICULAR DISEASE**

Outcomes of an integrated treatment of 52 patients with colonic diverticular disease are presented in the article. In addition to the standard combination therapy, 29 patients (experimental group) underwent triple endoscopic sanitation of the inflamed diverticuli with 0.3% Collargolum infusion followed by application of Levomecol liniment to inflamed diverticular ostium. There was evidence of recovery in all the patients of this group. Among the patient group, receiving the standard combination treatment alone, recovery was noted in 19 out of 23 subjects. The authors found the integrated modality with endoscopic sanitation to improve the management outcomes of patients with colonic diverticular disease.

Key word: diverticular disease, colon, endoscopic sanitation.

Среди заболеваний толстого кишечника одно из ведущих мест занимает дивертикулярная болезнь, частота которой составляет от 20 до 30 %. У лиц пожилого и старческого возрастов заболеваемость достигает 75% [1,2,4]. Дивертикулёз – это наличие множественных дивертикулов. Дивертикулы толстой кишки в подавляющем большинстве случаев являются приобретёнными (ложными), поскольку образованы не всеми слоями кишечной стенки и представляют собой грыжевидное выпячивание слизистой оболочки, выходящее сквозь циркулярный мышечный слой за пределы кишечной стенки [4]. Устье дивертикула, как правило, свободно, оно представляет собой углубление слизистой оболочки округлой формы. Однако некоторые из них имеют узкую шейку, закрывающую просвет дивертикула. Данная особенность анатомического строения играет большую роль в развитии и характере осложнений. Когда внутрикишечное давление в отдельных сегментах кишечника превышает нормальные показатели в 10 раз и выше, через узкую шейку в просвет дивертикула попадает кишечное содержимое, и он не опорожняется. Отсутствие антиперистальтики в дивертикулах и патогенная микрофлора толстой кишки способствуют застойным и воспалительным явлениям, что больше характерно для дивертикулов с узким устьем. В таком «закрытом» дивертикуле создаются благоприятные условия для формирования в их просвете каловых камней, воспа-

лительных явлений, трофических расстройств. Вышеуказанные факторы приводят к развитию ишемии, микроабсцесса, а затем и к перфорации кишечной стенки [3,4]. Таким образом, дивертикулы с узкой шейкой представляют собой неудовлетворительно дренирующиеся полости, в связи с чем имеется высокий потенциал развития осложнений. Более чем в 35% случаев дивертикулы локализуются в сигмовидной кишке. В 25-35% случаев дивертикулы осложняются дивертикулитом [1]. Дивертикулит - воспаление дивертикула – является наиболее часто встречающимся осложнением дивертикулёза, прогрессирование которого может привести к таким грозным осложнениям, как абсцесс, паракишечный инфильтрат, перфорация. Учитывая вышеуказанное, немалое значение в профилактике осложнений дивертикулярной болезни имеет своевременная санация дивертикулов, особенно дивертикулов с узким устьем.

В клинической практике успешно применяются различные методики лечения больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки через эндоскоп, такие как лазеротерапия, которая показала высокую эффективность местного лечения в комплексном лечении больных при осложненных формах дивертикулёза толстой кишки [5]. Однако нами в доступной литературе не найдено методов санации дивертикулов толстого кишечника при фиброколоноскопии с применением антисептических и антибактериальных средств.

Целью исследования явилась разработка и оценка эффективности энтероскопической санации дивертикулов при комплексном лечении больных дивертикулярной болезнью толстой кишки, осложненной хроническим дивертикулитом.

Материал и методы

В МУ «Городской госпиталь ветеранов войн» г. Уфы наблюдаются и лечатся лица пожилого и старческого возраста, у которых дивертикулярная болезнь является частой диагностической находкой при фиброколоноскопии. Для оценки эффективности энтероскопической санации за период 2009-2010 гг. были отобраны 52 пациента (мужчин-24, женщин-28) в возрасте от 55 до 80 лет с дивертикулёзом толстого кишечника, с явлениями хронического дивертикулита. Основными жалобами пациентов были умеренно выраженные боли в левой и боковых областях живота, которые появлялись или усиливались при метеоризме, задержке стула до 3-х суток, приёме острых блюд. У 5 пациентов боли в левой подвздошной области появились после диареи. При наличии таких клинических признаков, как повышение температуры, напряжение мышц передней брюшной стенки, больные направлялись в колопроктологический центр г. Уфы на стационарное лечение. Подготовка больных к исследованию осуществлялась традиционным методом с помощью препарата «Фортранс». Вначале больным проводилась фиброколоноскопия с осмотром стенок всех отделов толстой кишки, определялись количество дивертикулов и состояние слизистой оболочки вокруг их устья, характер содержимого «открытых» дивертикулов и устья «закрытых» дивертикулов. Энтероскопическое исследование проводилось осторожно при прохождении ригидных и суженных участков толстой кишки. При этом у всех наблюдаемых пациентов при фиброколоноскопии были выявлены дивертикулы различных размеров, в том числе с узким устьем в области сигмовидной кишки и нисходящей ободочной кишки, большинство из которых были с каловыми камнями и с гнойным содержимым в просвете, слизистая оболочка вокруг этих дивертикулов была отёчна и гиперемирована, что указывало на наличие дивертикулита. Из 52 пациентов 23-м (группа сравнения) проводилось традиционное комплексное лечение, включающее: диету - стол № 4, отруби по 1-2 ст.лож. 2-3 раза в день, препараты спазмолитического действия - «Мебеверин» по 1т. 2 раза в день в течение 7 дней, «Дицетел» - 50 мг 3 раза в сутки, при запорах - «Лактулоза»

40 - 60 мл в сутки, при диарее - «Смекта» по 1 пакету 3 раза в день и селективный кишечный антибиотик «Рифаксимин» по 1 таблетке 4 раза в сутки в течение 7 дней, лечебные микроклизмы с 0,3% раствором «Колларгола» на ночь. 29 пациентам (опытная группа) помимо комплексного традиционного лечения проводилась энтероскопическая санация дивертикулов. Для этого через инструментальный канал проводился катетер «Endo-Flex», длиной не менее 1,8 м, с конусовидной концевой частью, позволяющей избегать микротравматизацию дивертикулов. Кончик катетера вводился через устье в полость дивертикула. Вначале оценивалось состояние слизистой оболочки в области устья дивертикулов, содержимое дивертикулов на наличие каловых камней и гноя. При помощи шприца по катетеру осторожно вводился физиологический раствор для промывания его полости, небольшое количество содержимого отсасывалось обратно для забора промывных вод и их бактериологического исследования. Промывание дивертикулов проводилось до полного освобождения от каловых камешков. Далее дивертикулы орошали раствором антисептика (использовался 0,3% раствор колларгола, подогретый до температуры 37 °). На санацию одного дивертикула расходовалось 10-15 мл раствора. Лечебную фиброколоноскопию заканчивали введением в полость дивертикулов подогретой на водяной бане до 37 ° мази «Левомеколь» в объёме 0,5-2 мл. Фиброколоноскопия с санацией проводилась пациентам 1 раз в 4 дня 3-кратно. Повторная подготовка пациентов основной группы к санации проводилась с использованием препарата «Микролакс» в микроклизмах по 5 мл 2 раза. После микроклизм однократно назначали «малую» клизму водой в объёме 500 мл, которую проводили за 40 минут до энтероскопического санирования. Такая подготовка кишечника позволяла очистить толстую кишку до уровня нисходящей ободочной кишки у подавляющего большинства пациентов. Неудовлетворительная подготовка кишечника была отмечена у двух пациентов. Этим больным потребовалось назначение повторной очистительной клизмы. После такой подготовки ни у одного из 29 пациентов не наблюдалось обострения заболевания.

Результаты и обсуждение

По предложенной методике проведено энтероскопическое лечение 29 пациентов с дивертикулёзом сигмовидной кишки, осложненным хроническим дивертикулитом. Процедуры переносились больными удовлетворительно. В комплексном лечении с проведением

санационной фиброколоноскопии у всех 29 больных отмечалась положительная динамика (боли в животе купировались, нормализовался стул, улучшалось общее самочувствие). Боли в животе купировались на 3-8-е сутки, в среднем - на 5-е сутки. У 7 больных боли в животе купировались уже после первой санации, у 11 пациентов - после второй санации. При повторной фиброколоноскопии у этих больных наблюдалось отсутствие воспаления слизистой оболочки в области устья дивертикулов, каловые камни в полости дивертикулов не обнаруживались. После 3-й санации у всех 29 пациентов явления воспаления слизистой оболочки в области устья дивертикулов были купированы. У 27 больных наблюдалась стабильная динамика без ухудшения в течение 6 месяцев после лечения. Повторные проявления дивертикулита были отмечены у двух пациентов через 4 месяца после лечения. Причиной обострения заболевания явились погрешности в диете. Прогрессирования заболевания и ухудшения состояния больных при проведении комплексного лечения с лечебной фиброколоноскопией не было выявлено ни у одного пациента. В группе сравнения, получавшей комплексное лечение без эндоскопической санации, состояние улучшилось у 20 из 23 больных, боли в животе купировались на 4 – 15-е сутки, в среднем - на 8-е сутки. У 3 пациентов улучшения состояния не было отмечено, и они были направлены на стационарное лечение. В течение 6 месяцев у 3-х пациентов отмечались повторные приступы болей в животе.

Клинические примеры: 1) Больной А., амбулаторная карта № 248249, 78 лет, был направлен колопроктологом с диагнозом: синдром раздраженного кишечника. Пациент жаловался на периодические умеренные боли в левой боковой и подвздошной областях живота, запоры, сменяющиеся жидким стулом. Была проведена ирригография, при которой обнаружена умеренная сегментация, глубокие и мелкие гаустры, сфинктероспазм в зоне физиологических сфинктеров толстой кишки. В сигмовидной кишке определялись одиночные дивертикулы на ножке диаметром 0,4-0,5 см. При проведении фиброколоноскопии отмечались повышенная складчатость и гаустрация толстой кишки, между складками были обнаружены устья «закрытых» дивертикулов с отёчной и гиперемизированной слизистой оболочкой вокруг них. Были выявлены дивертикулы с каловыми камнями в количестве 15 штук и гнойным содержимым, что указывало на явления дивертикулита. Пациенту были

назначены комплексное лечение и эндоскопическая санация дивертикулов. Эндоскопическая санация была проведена трижды, с частотой 1 раз в 4 дня. Во время эндоскопической санации проводился забор содержимого дивертикулов на посев с определением чувствительности к антибиотикам. Были высеяны *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*. Обработка воспаленных дивертикулов проводилась 0,3% раствором колларгола. Полости дивертикулов после санации заполняли мазью «Левомеколь». По результатам микробиологического исследования была назначена антибиотикотерапия («Рифаксимин» по 1 таблетке по 4 раза в день в течение 7 суток). Кроме того, в комплекс лечения входила диетотерапия, были назначены препараты «Дицетел» и «Дюспаталин» по 1 таблетке 3 раза в день. После проведенного лечения уже на 3-и сутки отмечалась положительная динамика: боли в животе прекратились, нормализовался стул. 2) Больная Б., 74 года, амбулаторная карта № 7865, наблюдалась и лечилась у колопроктолога в течение последних 5-и лет с диагнозом: дивертикулярная болезнь толстого кишечника. Больная отмечала обострение заболевания через каждые 6-8 месяцев. Принимала комплексное лечение у колопроктолога в течение 10-15 суток. 20.01.2010 г. у больной вновь появились жалобы на боли в левой подвздошной и боковой областях живота, отмечалась температура до 37,2-37,4 °С. На ирригограмме определялись спазм левых отделов толстого кишечника, пилообразный контур, повышенная складчатость и гаустрация. В сигмовидной кишке обнаруживались множественные дивертикулы с рентгенологическими признаками дивертикулита. При фиброколоноскопии определено наличие дивертикулов сигмовидной и нисходящей ободочной кишок с устьем 0,3- 1,0 см, некоторые из них - с каловыми камнями и явлениями дивертикулита. Также были определены дивертикулы сигмовидной кишки с узким устьем, содержимое и объём которых оценить визуально не представлялось возможным. Во время промывания этих дивертикулов из них выделялись каловые камешки и гной. Была проведена санация воспаленных дивертикулов с заполнением их просвета мазью «Левомеколь». По результатам посева (высеяны патогенные *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Citrobacter*) и определения чувствительности к антибиотикам был назначен «Гентамицин» 4% - 2,0 мл в/м 2 раза в день в течение 5 дней. Проведение эндоскопической санации при комплексном лечении купировало явления

дивертикулита на 7-е сутки от начала лечения. У больной прекратились боли в животе, метеоризм, нормализовался стул.

Выводы

Таким образом, целенаправленное комплексное лечение с учетом антибиотикочув-

ствительности высеваемой микрофлоры из полости воспаленных дивертикулов и эндоскопическая санация дивертикулов является высокоэффективным профилактическим и лечебным мероприятием, позволяющим лечить больных с хроническим дивертикулитом.

Сведения об авторах статьи:

Галимов Нажип Мажитович, врач-эндоскопист МУ «Городской госпиталь ветеранов войн»,

адрес: г. Уфа, ул. Тукаева 29, тел. (347) 2507683

Хидиятов Ильдар Ишмурзович, д.м.н., профессор, зав. кафедры оперативной хирургии и хирургической анатомии БГМУ, адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина 3, тел. (347) 2735670

Ибрагимова Ильмира Робертовна, врач-эндоскопист 1 категории МУ «Городской госпиталь ветеранов войн», адрес: г. Уфа, ул. Тукаева 29, тел. (347) 507683

Субхангулов Рустем Мухтарович, врач-хирург МУ «ГКБ № 18», адрес: г. Уфа, ул. Блюхера 3, тел. (347) 234 04 67

Нугаев Олег Тамасович, врач-паталогоанатом МУ «ГКБ № 21», адрес: г. Уфа, ул. Лесной проезд 3, тел. (347) 232 30 00

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев, Г.И. Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение / Г.И. Воробьев, Ю.М. Панцырев, А.П. Жгученко // Медицинский вестник Башкортостана- 2008.- № 3.- С.12-19.
2. Логинов А.С., Парфёнов А.И. Болезни кишечника: руководство для врачей- М.: Медицина, 2000. - 632с.
3. Орехов, О.О. Клинико- морфологические особенности осложненного дивертикулёза толстой кишки / О.О. Орехов, С.И. Ачкасов // Арх. патологии.- 1999.- Т. 61, № 6.- С. 24- 28.
4. Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В., Мехдиев Д.И., Куляпин А.В. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. – М.: Джангар, 2007.-192 с.
5. Хасанов, А.Г. Эндоскопическая лазеротерапия в лечении осложнённого дивертикулёза/ А.Г. Хасанов, И.М. Уразбахтин, Д.И. Мехдиев // Дивертикулёз толстой кишки: тез. регион. научно- практ. конф.- Куйбышев, 1990. - С 44- 46.

УДК 616.5

© А.В. Шакула, Е.С. Васильева, Е.Э. Вергун, Л.М. Бадретдинова, 2011

А.В. Шакула¹, Е.С. Васильева², Е.Э. Вергун², Л.М. Бадретдинова³ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН ПРИ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАФОРЕЗА ЛОНГИДАЗЫ

¹Российский научный центр «Восстановительной медицины и курортологии», г. Москва

²ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии», г. Москва

³ГУП санаторий «Янган-Тау» Республики Башкортостан

Авторами по психологическим показателям исследована эффективность применения ультрафореза с лонгидазой в рамках восстановительной коррекции возрастных изменений кожи лица. Выявлено, что курсовое применение ультрафореза с лонгидазой приводит к субъективному улучшению состояния кожи лица и сопровождается статистически достоверным улучшением психологического статуса, проявляющимися снижением реактивной тревожности и повышением самочувствия, активности, настроения, что в целом отражает уменьшение внутриличностных конфликтов, непродуктивной напряженности, а также снижение вероятности нервно-психических срывов.

Ключевые слова: восстановительное лечение, ультрафорез, лонгидаза, психологический статус.

A.V. Shakula, Ye.S. Vasilyeva, Ye.E. Vergun, L.M. Badretdinova ASSESSMENT OF PSYCHOEMOTIONAL CONDITION DYNAMICS IN WOMEN AFTER FACIAL AGING CORRECTION WITH LONGIDAZA ULTRAFORESIS

Based on psychological measures, efficacy of longidaza ultraforesis was investigated, applied as part of a rehabilitative correction modality for facial skin aging. Course application of longidaza ultraforesis was found to result in a patient perceived subjective refinement in facial skin condition and was revealed to cause an authentic improvement in the psychological status, manifested as a decrease in reactive anxiety and advancement of general health, activity and mood. The obtained results were generally indicative of a reduction in the levels of interpersonal conflict, unproductive tension, as well as probability neuropsychic breakdowns likelihood rates.

Key words: medical rehabilitation, ultraforesis, longidaza, psychological status.

Одной из ведущих проблем восстановительной медицины является профилактическое направление, связанное с оздоровлением организма, повышением адаптивных возможностей человека в целях восстановления и укрепления состояния здоровья, улучшения психоэмоционального состояния на основе преимущественного применения природных и

искусственных физических факторов, физических упражнений и факторов традиционной терапии [1,2]. Преломляя данное положение к косметологической практике, следует подчеркнуть несомненную актуальность рассмотрения проблемы коррекции возрастных изменений кожи лица. При этом наиболее частой локализацией данного процесса явля-