

Хаматдинова Земфира Робертовна

ГУЗ Республиканская детская клиническая больница МЗ РБ, врач клинко-лабораторной диагностики
Башкортостан, 450106, Уфа, ул. Ст. Кувыкина 98, тел. раб.: (347) 2557344, Факс: (347) 2548884 e-mail: zemfira102@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М., 1999. – 495 с.
2. Картамышева, Н.Н. Тубулоинтерстициальные изменения при хронических заболеваниях почек у детей / Н.Н. Картамышева, О.В. Чумакова, А.Г. Кучеренко. – М.: Медицина, 2005. – 93 с.
3. Коровина, Н.А. Гломерулонефрит у детей: [монография] / Н.А. Коровина, Л.П. Гаврюшова, М. Шашинка. – М.: Медицина, 1990. – 255 с.
4. Методические указания к занятиям по иммунологии и серологии для специалистов по клинической лабораторной диагностике / сост. Э.А. Имельбаева, Р.М. Хайруллина, Ю.А. Медведев [и др.]. – Уфа, 2004. – 87 с.
5. Наумова, В.И. Разработка проблем нефрологии в институте педиатрии РАМН / В.И. Наумова // Педиатрия. – 1997. – № 2. – С. 43-45.
6. Распространенность инвалидности вследствие заболеваний органов мочевой системы у детей Республики Башкортостан / Л.Д. Панова, Л.И. Вахитова, Д.Ф. Зиятдинова [и др.]. // Нефрология и диализ. – 2005. – Т. 7, № 1. – с.92-93.
7. Руснак, Ф.И. Влияние кальцитриола на иммунокомпетентные клетки у детей с хроническим гломерулонефритом в функционально-компенсированной стадии / Ф.И. Руснак // Педиатрия. – 1997. – № 3. – С. 37-39.
8. Сергеева, К.М. Клинико-лабораторные критерии оценки характера течения гломерулонефрита у детей / К.М. Сергеева // Нефрология. – 1999. – Т. 3, № 4. – С. 66-76.
9. Случай диффузного нефробластоматоза в клинической практике / Л.Н. Мотлох, С.О. Фалалеева, Т.Н. Меньшикова [и др.] // Педиатрия. – 2006. – № 1. – С. 106-107.
10. Хаитов, Р.М. Оценка иммунного статуса человека в норме и при патологии / Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин // Иммунология. – 2001. – № 4. – С. 4-6.
11. Цыгин, А.Н. Лечение хронического гломерулонефрита у детей / А.Н. Цыгин, Т.В. Сергеева // Российский педиатрический журнал. – 1998. – № 2. – С. 55-57.
12. Шмаров, Д.А. Лабораторно-клиническое значение проточно-цитометрического анализа крови / Д.А. Шмаров, Г.И. Козинец. – М.: МИА, 2004. – 128 с.
13. Ormerod M.G. Consensus report of the task force on standardization of DNA flow cytometry in clinical pathology / M.G. Ormerod, B.Tribukait, W.Giarretti. <http://archive.uwcm.ac.uk/uwcm/hg/hoy/dna.html>, 2001.
14. Role of DNA flow cytometry and image cytometry on effusion fluid / I. Saha, P. Dey, H. Vhora, R. Nijhawan // Diagn. Cytopathol. – 2000. – Vol. 22, N 2. – P. 81-85.

УДК 616.344-007.64-002-036.11-089

© В.М. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, Ш.В. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев, Ф.З. Багаутдинов, Р.Н. Гареев, 2009

**В.М. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, Ш.В. Тимербулатов,
Д.И. Мехдиев, Ф.З. Багаутдинов, Р.Н. Гареев**

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА ТОЛСТОЙ КИШКИ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»

Заблеваемость дивертикулярной болезнью толстой кишки в различных странах достигает 30% от всей популяции. Дивертикулез толстой кишки встречается у 40% людей старше 70 лет. В общей структуре стационарных больных пациенты с дивертикулезом толстой кишки и его осложнениями составляют в среднем 8,4% случаев. В 60% случаев дивертикулы располагаются в сигмовидной кишке, в 24% - в нисходящем отделе ободочной кишки, в левом фланге встречается у 17% больных.

Целью исследования явилось изучение результатов оптимизации диагностических мероприятий и выбора лечебной тактики при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки с позиции современных неинвазивных и миниплазменных технологий.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, толстая кишка, дивертикулит.

V.M. Timerbulatov, R.R. Fayzov, Sh.V. Timerbulatov,
D.L. Mehdiev, F.Z. Bagautdinov, R.N. Gareev
TREATMENT EXPERIENCE OF COLON DIVERTICULOSIS

Disease of diverticulosis of the colon in the various countries reaches 30% from all population. Diverticulosis of the colon meets at 40% of people 70 years are more senior. In the general structure of stationary patients with diverticulosis and its complications average 8,4% of cases. In 60% of cases diverticula settle down in the sigmoid colon, in 24% - in a descending department of colon, in the left flank meets at 17% of patients.

The purpose of research was studying results of optimization of diagnostic actions and a choice of medical tactics at the complicated forms of diverticulosis from a position of modern noninvasive and miniinvasive technologies.

Key words: diverticulosis, colon, diverticulitis.

Изучено, что заболеваемость дивертикулярной болезнью толстой кишки в различных странах достигает 30% от всей популяции [1,3,6]. Дивертикулез толстой кишки встречается у 40% людей старше 70 лет [6]. В общей структуре стационарных больных пациенты с дивертикулезом толстой кишки и его осложнениями составляют в среднем 8,4% случаев [2,4,5,6,8]. В 60% случаев дивертикулы располагаются в сигмовидной кишке, в 24% - в нисходящем отделе ободочной кишки, в левом фланге встречается у 17% больных [6,8].

Как показали исследования группой ученых из Великобритании [9,10], количество случаев встречаемости дивертикулярной болезни неуклонно растет, увеличение составило за последние 5 лет с 0,58 до 1,20 на 1000 человек населения, и все чаще встречается уже у молодых людей. Показатель смертности по их данным составила 1,3-2,3% случаев, при этом летальный исход в основном отмечен в группе больных с прободением толстой кишки, что составило 35% случаев. Независимыми факторами смертности были низкое социальное положение, пожилой возраст, срочная госпитализация, лапаротомия.

Не до конца решенной проблемой дивертикулярной болезни толстой кишки является профилактика, диагностика и лечение ее осложнений в виде острого дивертикулита, перидивертикулярного инфильтрата и абсцесса, кишечного кровотечения, острой кишечной непроходимости, перфорации толстой кишки. Категория больных с указанными осложнениями в основном поступают в общехирургические стационары. Отсутствие в большинстве из них специалистов-колопроктологов приводит к ошибкам в лечебно-диагностической тактике, следствием чего является высокие показатели послеоперационных осложнений и летальности. Выход из данной ситуации видится во внедрении протоколов ведения больных с острым дивертикулитом в практику общехирургических отделений.

Целью исследования явилось изучение результатов оптимизации диагностических

мероприятий и выбора лечебной тактики при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки с позиции современных неинвазивных и мининвазивных технологий.

Материал и методы

За период с 1993г. по 2008г. в проктологические отделения Больницы скорой медицинской помощи и ГКБ №21 г. Уфы по экстренным показаниям госпитализированы 2085 больных с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки. В указанных подвергнуты 354 (17,0%) больных. Среди больных 730 (35,1%) были мужчины, 1355 (64,9%) - женщины.

Частота осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки в клиническом материале составила: острый дивертикулит отмечен у 1251 (60,0%), перидивертикулярный инфильтрат - у 250 (11,9%), абсцесс - у 146 (7,1%), кишечное кровотечение - у 313 (15,1%), кишечная непроходимость - у 21 (1,0%) и перфорация - у 104 (4,9%) больных. Наиболее информативными методами исследования были рентгенологические, эндоскопические и сонографические,

В общехирургические отделения клинических больниц г. Уфы за последние 15 лет с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки поступили 168 больных. Данная группа больных составлена для проведения сравнительного анализа. Консервативное лечение проведено 81 (48,2%) больному, оперированы по экстренным показаниям 87 (51,8%) больных. В указанных клинических базах общепринятая тактика при данной патологии отсутствует, целенаправленного применения неинвазивных и мининвазивных технологий не проводится.

Результаты и их обсуждение

Консервативное лечение острого дивертикулита у 1251 и перидивертикулярным инфильтратом у 245 больных. Ценным диагностическим методом в последние годы становится ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Из-за неэффективности консервативной терапии 5 больным выполнено резекция пораженного участка толстой

кишки с наложением первичного межкишечного анастомоза.

Перидивертикулярный абсцесс развился у 146 больных. В диагностике ведущими методами явились УЗИ, КТ и МРТ. Всем больным выполнено оперативное лечение в зависимости от типа абсцесса. При внутрибрюшном абсцессе у 57 больных лапаротомным доступом выполнено вскрытие и дренирование абсцесса с наложением разгрузочной колостомы. В последние годы при забрюшинных абсцессах внедряются пункционные и миниинвазивные методы лечения: в 2 случаях, когда размеры абсцесса не превышали 5 см, лечение проведено с помощью навигационной пункции под контролем УЗИ; у 6 больных размеры абсцессов составили в пределах 7 см и им выполнено пункционное дренирование абсцесса под контролем УЗИ; у 17 больных размеры абсцессы были более 7 см и дренирование выполнено из минилюмботомного доступа. Послеоперационных осложнений не было. Во всех 25 случаях операция завершена наложением разгрузочной колостомы из мини-лапаротомного доступа. При внутрибрюшном абсцессе у 64 терапия была неэффективной у 78 больных и развитие клиники геморрагического шока явилось показанием к оперативному лечению - резекции сигмовидной кишки (14 случаев), левосторонней гемиколэктомии (52), субтотальной колэктомии (12) с первичным анастомозом (24), или же колостомой (54). Преобладание расширенных резекции обусловлено невозможностью у большинства больных во время операции определить уровень кровотечения, а колостомии - из-за низких показателей белка, эритроцитов и гемоглобина в крови.

Острая толстокишечная непроходимость развилась у 21 больного. В диагностике использовались R-графия брюшной полости, УЗИ, колоноскопия и измерение интраабдоминального давления. У 8 больных, поступивших в первые часы возникновения непроходимости, выполнена резекция толстой кишки с первичным анастомозом, у 13 больных при позднем поступлении в стационар оперативное лечение ограничено проведением резекции кишки с колостомией. В последние годы, при решении вопроса сроков и объема операции особое внимание уделяется показателям интраабдоминального давления. При показателях 20 мм.рт.ст. и выше хирургическая тактика предполагала срочную лапаротомию, декомпрессию и санацию кишечника с колосорбцией и колостомией.

С перфорацией толстой кишки оперированы 104 больных. Наиболее информативными методами исследования явились R-графия и УЗИ органов брюшной полости. Экстрериторизация перфорированного отдела толстой кишки выполнена 27 больным. При выраженных деструктивных изменениях толстой кишки вокруг перфорированного дивертикула и невозможности выведения этого сегмента на брюшную стенку у 77 больных выполнена обструктивная резекция толстой кишки.

Проведенный анализ лечения больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки и ее осложнений на наших клинических базах (ГКБ №21 и Больница скорой медицинской помощи г. Уфы), сравнительно клиник, где отсутствует специализированное колопроктологическое отделение показал, что отсутствие лечебно-диагностического алгоритма ведения данной категории больных приводит к тактическим ошибкам и увеличению летальности (табл.).

Таблица.
Способы лечения дивертикулярной болезни толстой кишки и ее осложнений в клиниках г.Уфы

Больницы Виды лечения	ГКБ№21 + БСМП	клиники без колопроктологической службы
Консервативное лечение	1731	81
Оперировано по экстренным показаниям:	354	87
Резекция + наложение колостомы	171	37
Резекция + первичный анастомоз	101	15
Лапаротомия + вскрытие, санация и дренирование абсцесса +наложение колостомы	57	18
Лапаротомия + дренирование абсцесса	-	2
Минилапаротомия + дренирование абсцесса + наложение колостомы	17	
Лапароскопическое вскрытие+ санация+ дренирование абсцесса		9
Пункционное дренирование абсцесса	8	-
Ушивание дивертикула	-	6
Всего пролечено больных	2085	168
Послеоперационная летальность	38(10,7%)	20 (22,9%)
Общая летальность	38 (2,2%)	20 (11,9%)

В клиниках, где отсутствует колопроктологическая служба, летальность при осложненных формах дивертикулярной болезни составила 11,9% случаев. Выполнение в общехирургических стационарах оперативных вмешательств по типу вскрытия и дренирования абсцесса без разгрузочной колостомии, ушивание дивертикула показывает, что имеет место неадекватная интраоперационная диагностика патологического процесса. Во всех указанных случаях было диагностировано другое заболевание, что привело к тактической ошибке и летальному исходу.

В клинических базах с наличием колопроктологической службы летальный исход отмечен у 38 больных, что составил 2,2% случаев. Причинами летального исхода явились послеоперационные осложнения в виде инфаркта миокарда, тромбоэмболии легочной артерии, инсультов, пневмонии, абдоминального сепсиса с развитием системной полиорганной недостаточности, которые развились на фоне пожилого возраста, поздней госпитализации и тяжелых сопутствующих заболеваний.

Выводы:

1. Комплексная оценка клинических, рентгенологических, эндоскопических данных, данных УЗИ с учетом их информативности и инвазивности по принципу «от простого к сложному» позволяет установить клиническую форму, распространенность осложнения

дивертикулярной болезни толстой кишки и выбрать рациональную лечебную тактику.

2. При абсцедировании, перфорации, массивных кровотечениях показано экстренное оперативное лечение, объем и характер которого зависит от вида и распространенности патологического процесса, от степени кровопотери.

3. Широкое внедрение современных нейинвазивных и миниинвазивных технологий в хирургическую тактику ведения больных с осложненными формами дивертикулярной болезни позволяют существенно снизить показатели тактических ошибок, послеоперационных осложнений и летальности.

4. Назрела необходимость внедрения лечебно-диагностического стандарта при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки в практику общехирургических отделений.

Контактная информация

Тимербулатов Виль Мамилович

ректор БГМУ, д.м.н., профессор зав. кафедрой хирургии с курсом эндоскопии ИПО
450000, г. Уфа, ул. Мустая Карима 48, кв. 40, тел. (347) 222-37-62, e-mail: rectorat@anrb.ru

Фаязов Радик Радифович

д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО
450052, г. Уфа, ул. Литейная 21, кв. 1 тел. (347) 274-14-14

Мехдиев Джамалядин Иса-оглы

д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО, зав. отделением гнойной хирургии (хирургии и колопроктологии) БСМП, 450105 г. Уфа, ул. Жукова 2/9, кв. 12

Тимербулатов Шамиль Вилевич

к.м.н., ассистент кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО
450015 г. Уфа, ул. Мустая Карима 48, кв. 40

Гареев Рустам Назирович

врач-ординатор отделения гнойной хирургии (хирургии и колопроктологии) БСМП
450106, г. Уфа, ул. Дуванский бульвар 28/1, кв. 87

Багаутдинов Фанис Зуфарович

к.м.н., врач ординатор отделения гнойной хирургии (хирургии и колопроктологии) БСМП
450005 г. Уфа, ул. Мингажева 138, комн. 228

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Ачкасов СИ., Манвелидзе А.Г. и др. Прогнозирование развития повторных воспалительных осложнений после эпизода острого дивертикулита // Материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии». - 2007. Уфа. - С. 405-406.
2. Воробьев Г.И., Орлова Л.П., Жученко А.П., Капуллер Л.Л. Ультразвуковые признаки дивертикулярной болезни ободочной кишки // Колопроктология. 2008. №1(19). 2007. С. 7-8.
3. Кирьянова И.В. Осмоловский С.В., Киселев М.Н., Зачатаев А.В. и др. Анализ лечения дивертикулеза ободочной кишки // Материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии». - 2007. Уфа. - С. 411 – 413
4. Лелянов А.Д., Куненков А.Б., Эфрон А.Г., Будрин В.А. и др. Опыт лечения осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки // Сборник научных трудов V-ой Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы колопроктологии: диагностика, лечение». - Минск. 2008, - С. 96-97.
5. Саркисян К.А., Агавелян А.М., Энфенджян А.К. Лечебная тактика при дивертикулезе толстой кишки // Сборник тезисов Первой международной конференции по торако-абдоминальной хирургии. - Москва. 2008.-С. 42-43.
6. Тимербулатов В.М., Сахаутдинов В.Г., Мехдиев Д.И. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Уфа: Изд-во БГМУ, 2000. 190с.
7. Тимербулатов В.М., Кукош М.В., Гомозов Г.И., Гарипов Р.М. и др. Дивертикулярная болезнь толстой кишки с прободением и абсцессом // Рекомендуемые протоколы оказания неотложной хирургической помощи населению. - Уфа, Н-Новгород. 2008. - С. 5-9.

8. Халилов Х.С., Хаджимухамедов Н.А. Результаты диагностики и лечения осложненных форм дивертикулеза толстой кишки // Сборник тезисов Первой международной конференции по торако-абдоминальной хирургии. - Москва. 2008. - С. 42-43.
 9. S.Jeyarajah, P.P. Tekkis, P.Aylin et all. Clinical issues in diseases – Hall I // 16th United European Gastroenterology Week. Viena, Austria, 18-19 October 2008. An International Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2008. Vol 57. Supplement II. p. 24-25.
 10. A. Tursi, G. Brandimarte, W. Elisei et all.. The endoscopic spectrin! of segmental colitis associated with diverticulosis. // 16th United European Gastroenterology Week. Vienna, Austria, 18-19 October 2008. An International Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2008. Vol 57. Supplement II. p. 25-29.
-