

МОДЕЛЬ МАРШРУТНОЙ КАРТЫ БОЛЬНОГО С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В. В. Дарвин, А. Я. Ильканич, Ф. Ш. Алиев, Д. С. Лобанов

Проведен анализ результатов лечения 80 пациентов с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки за период 2006–2016 гг. На основании полученных результатов авторами была разработана модель маршрутной карты больного. Проведена оценка ее эффективности. Применение модели маршрутной карты позволило унифицировать лечебно-диагностическую программу, увеличить долю консервативно пролеченных больных до 57,5 %, уменьшить число послеоперационных осложнений до 18,4 %, а летальных исходов до 2,5 %. Показано, что видеокколоноскопия при остром дивертикулите может быть выполнена без увеличения риска развития осложнений и в 32,6 % является лечебной манипуляцией.

Ключевые слова: лечебно-диагностическая тактика, осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки, видеокколоноскопия, этапные санации.

ВВЕДЕНИЕ

Дивертикулярную болезнь толстой кишки (ДБ ТК) по праву называют болезнью цивилизации с ежегодным неуклонным ростом заболеваемости. Так, в Европе в 1930 г. частота встречаемости дивертикулов по данным аутопсий колебалась в пределах 2–10 %, а в 1969 г. уже составляла 35–50 %, при этом в XXI столетии достигла 60–65 % у лиц старше 80 лет [1–3].

ДБ ТК занимает пятое место среди заболеваний желудочно-кишечного тракта с ежегодной госпитализацией более 300 000 человек по поводу осложнений дивертикулярной болезни, исключая амбулаторные обращения [4]. На лечение одного больного с осложненным течением ДБ ТК в европейских и североамериканских странах уходит от 3 500 до 12 800 долларов. В России затраты на лечение больных с рецидивами и осложненными формами дивертикулита составляют более 43 млн руб. в год [1, 3–4].

По данным как зарубежных, так и отечественных исследователей, развитие осложнений ДБ ТК отмечается в 15–30 % наблюдений, приводя к высоким цифрам летальности, достигающей 35 % [1, 5–6]. Тем не менее, именно осложненное течение ДБ ТК наиболее сложно для диагностики, что связано с отсутствием патогномичных симптомов, вариабельностью клинической картины заболевания и нерациональным использованием комплекса диагностических методик без учета целесообразности их применения в конкретной клинической ситуации. Диагностический поиск, как правило, построен по принципу исключения, что приводит к неоправданному удлинению времени диагностического процесса. В условиях ургентной хирургии это неприемлемо, так как необходимо в максимально короткие сроки определить тактику ведения больного и обосновать показания к хирургическому лечению [1, 5–9].

RECORD CARD MODEL OF PATIENT WITH LARGE BOWEL DIVERTICULAR DISEASE COMPLICATIONS

V. V. Darvin, A. Ya. Ilkanich, F. Sh. Aliev, D. S. Lobanov

In the paper the results analysis of the 10-year experience of treating 80 patients with complications of diverticular disease of colon is performed. Based on the obtained results a patient record card model has been developed. The evaluation of its efficiency has been made. The patient record card model application allowed to unify theranostic tactics to increase the part of conservatively treated patients to 57.5 %, to reduce the number of postoperative complications to 18.4 % and fatal outcomes to 2.5 %. It is performed that the videocolonoscopy at acute diverticulitis can be performed without increasing the risk of complications and 32.6 % is medical manipulation.

Keywords: theranostic tactics, complications of large bowel diverticular disease, videocolonoscopy, staging sanitation.

Перечисленные факты обуславливают актуальность проблемы оптимизации организации оказания своевременной специализированной медицинской помощи для данной категории больных. С целью улучшения эффективности диагностики и лечения пациентов сначала зарубежные, а затем и отечественные исследователи стали разрабатывать и внедрять унифицированные протоколы и стандарты ведения больных, что в конечном итоге позволило сократить время до принятия окончательного тактического решения, снизить частоту развития осложнений и экономических затрат на лечение в целом [3–4, 10–12].

Таким образом, вопросы тактики ведения больных с осложнениями ДБ ТК являются важной медицинской и социально-экономической проблемой современного общества, требующей поиска оптимальных путей решения.

Цель работы – на основании анализа результатов лечения разработать модель маршрутной карты больного с осложненным лечением дивертикулярной болезни толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 80 больных с осложненной формой ДБ ТК, пролеченных на базе хирургического отделения бюджетного учреждения «Сургутская окружная клиническая больница» в период 2006–2016 гг. В структуре экстренных хирургических заболеваний доля пациентов с осложнениями ДБ ТК составила 0,7 %.

В анализируемой группе было 47 женщин (58,7 %) и 33 (41,3 %) мужчины. Более чем через 24 ч от начала клинических проявлений заболевания были госпитализированы 63 (78,7 %) пациента. Средний возраст больных с осложнениями ДБ ТК составили 57,3 ± 1,9 лет.

В структуре осложнений ДБ ТК острый дивертикулит был выявлен у 35 (43,8 %) больных, перфорация дивертикула – у 16 (20,0 %), острое кровотечение из дивертикула – у 8 (10,0 %). Перидивертикулярный инфильтрат диагностирован у 9 (11,1 %), а перидивертикулярный абсцесс – у 8 (10,0 %) больных. Редко встречающиеся осложнения ДБ ТК отмечены у 4 пациентов: острая кишечная непроходимость – у 3 (3,8 %), мочепузырно-толстокишечный свищ – у 1 (1,2 %) больного.

В анализируемой группе ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости проведено 69 (86,3 %), компьютерная томография (КТ) – 11 (13,8 %) больным.

Методом выбора диагностики при подозрении на острый дивертикулит или толстокишечное кровотечение считали видеокколоноскопию (ВКС), позволяющую оценить характер этих осложнений и проводить лечебные мероприятия. ВКС выполнена 57 (71,3 %) пациентам. Подготовка толстой кишки проводилась препаратами на основе полиэтиленгликоля у 31 (38,7 %) больного, путем ретроградного кишечного лаважа – у 49 (61,3 %) пациентов.

При оказании помощи больным с осложненным течением ДБ ТК придерживались следующих тактических установок. При остром дивертикулите или перидивертикулярном инфильтрате – консервативное лечение с включением этапных эндоскопических санаций. При кровотечении из дивертикула проводилась экстренная видеокколоноскопия и комбинированная или аргонплазменная коагуляция. Экстренное хирургическое вмешательство проводили при

перидивертикулярном абсцессе размером более 3 см и перфорации дивертикула ободочной кишки. Данные ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) позволяли произвести вскрытие гнояника из минидоступа. При лапароскопии по совокупности оценки местных изменений и степени распространенности перитонита определялся оптимальный доступ в брюшную полость. Объем хирургического вмешательства зависел от характера осложнений. При перфорации дивертикула операцией выбора была резекция пораженного сегмента кишки с формированием временной колостомы.

В нашем исследовании консервативно было пролечено 46 (57,5 %) больных, прооперированы 34 (42,5 %) пациента. При толстокишечном кровотечении гемостаз осуществлялся аргонплазменной коагуляцией. При остром дивертикулите эндоскопическая санация включала в себя введение растворов антисептиков (применяли 1 %-й раствор диоксида или 0,02 %-й водный раствор хлоргексидина) в количестве 2–7 мл посредством нагнетания через катетер, установленный в инструментальный канал эндоскопа. Санации проводили после предварительного отмывания полости дивертикула 20–40 мл физиологического раствора с периодичностью процедуры 1 раз в 2–3 суток до купирования активного воспаления в дивертикуле.

При отсутствии перитонита и невозможности установления диагноза неинвазивными методами 6 (7,5 %) пациентам выполнена диагностическая лапароскопия, которая позволила установить диагноз и определить дальнейшую тактику ведения больных.

Дополнительным методом исследования, позволяющим установить распространенность и локализацию дивертикулов в «холодном периоде», была ирригоскопия.

При осложненном течении дивертикулеза рентгенологическое исследование осуществили после купирования явлений острого воспаления у 26 (32,5 %) больных. 69 (86,3 %) пациентам проведено УЗИ брюшной полости, при этом у 5 (6,3 %) из них обнаружен перидивертикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования, что позволило ограничиться консервативным лечением, которое включало: диету, ступенчатую терапию антибактериальными препаратами широкого спектра действия (цефалоспорины 3-го поколения и метронидазол или защищенные полусинтетические пенициллины в течение 10–12 суток), противовоспалительные препараты, спазмолитики и физиолечение.

У 4 (5,0 %) пациентов был выявлен перидивертикулярный абсцесс. Произведено вскрытие и дренирование гнояника из мини-доступа под УЗ-навигацией. При сомнении в постановке окончательного диагноза вторым этапом (специальный метод исследования) проводили КТ с контрастированием, при котором у 4 (4,7 %) больных подтвержден абсцесс – вскрытие из минидоступа, и у 4 (4,7 %) пациентов обнаружен паракolicеский инфильтрат без признаков абсцедирования – проведено консервативное лечение.

Существует мнение об опасности проведения видеокколоноскопии при остром дивертикулите в связи с риском перфорации дивертикула [4, 6–7]. В нашем исследовании ВКС выполнена в 57 (71,3 %) случаях наблюдений. Среди пациентов, не подвергшихся операции, ВКС проведена в 100 % наблюдений. У 28 (60,9 %) больных манипуляция была лечебной: эндоскопический гемостаз выполнен у 8 (17,4 %), этапные санации

при гнойном дивертикулите – у 20 (43,5 %) больных. Для купирования острых явлений требовалось $2,7 \pm 0,8$ эндоскопических санаций.

Выполнены 38 операций у 34 (42,5 %) пациентов. При отсутствии перитонита и невозможности уточнения диагноза неинвазивными методами 6 (17,7 %) пациентам проведена диагностическая лапароскопия, которая позволила установить диагноз и определить оптимальную тактику ведения больных. Конверсия выполнена у 4 (11,8 %) пациентов.

В большинстве наблюдений показанием к экстренной операции стала перфорация дивертикула – у 16

(47,1 %), а также перидивертикулярный абсцесс – у 8 (23,5 %) больных. 3 (8,8 %) пациентов оперированы по поводу острой кишечной непроходимости. Непрерывно рецидивирующий дивертикулит послужил причиной операции у 3 (8,8 %) больных; мочепузырно-толстокишечный свищ – у 1 (2,9 %); 1 (2,9 %) пациентка оперирована в связи с острой кишечной непроходимостью, связанной с осложнениями дивертикулярной болезни при развитии стеноза толстой кишки. В связи с высоким риском осложнений сформирован обходной толстокишечный анастомоз. Объем выполненных оперативных вмешательств представлен в табл. 1.

Таблица 1

Вид и количество операций у пациенток с осложненной формой дивертикулярной болезни толстой кишки (n = 38)

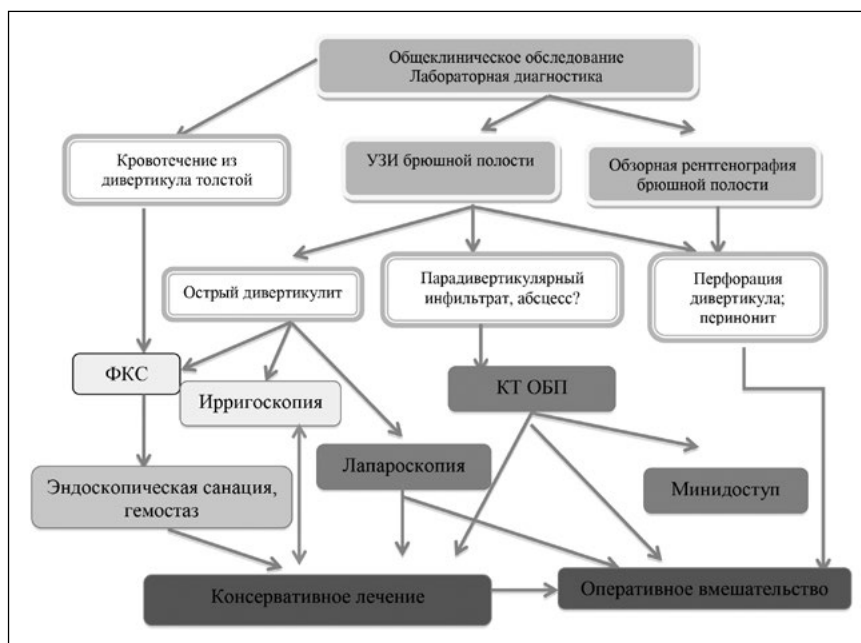
Вид операции	Абс.	%
Формирование колостомы	3	7,9
Резекция сигмовидной кишки с формированием первичного анастомоза	8	21,1
Резекция сигмовидной кишки с наложением колостомы	12	31,5
Формирование обходного анастомоза	1	2,6
Диагностическая лапароскопия	2	5,3
Лапароскопия, конверсия	4	10,5
Вскрытие и дренирование абсцесса	8	21,1
Всего	38	100

Оценка качества лечения больных с осложненной формой ДБ ТК проведена по критериям ее клинической эффективности.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из факторов, улучшающих качество оказываемой специализированной медицинской помощи, является создание лечебно-диагностических

алгоритмов, стандартов ведения, протоколов действия, что особенно важно в экстренной хирургии. На основании накопленного опыта, полученных результатов лечения за анализируемый период, и с учетом национальных клинических рекомендаций нами разработана маршрутная лечебно-диагностическая карта для пациента с осложненной формой ДБ ТК.



Маршрутная лечебно-диагностическая карта пациента с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки

Методологически маршрутная лечебно-диагностическая карта разделена на пять последовательных этапов. В приемном отделении в качестве первичной диагностики всем пациентам выполняются традиционные диагностические мероприятия: физикальное и лабораторное исследования, УЗИ и/или обзорная рентгенография брюшной полости. Полученные результаты позволяют заподозрить патологию ободочной кишки и предположить характер осложнений ДБ ТК.

Следующий этап обследования – проведение специальных методов инструментальной диагностики: КТ, ВКС или лапароскопии, показаниями к которым определяются на основании первичной диагностики, сущность которой отражена в маршрутной лечебно-диагностической карте пациента с осложненным течением ДБ ТК.

Консервативное лечение оказалось эффективным у 46 (57,5 %) больных. Наблюдение за ними в течение 12 месяцев позволило установить отсутствие рецидива заболевания у 95,4 %.

В группе оперированных больных зарегистрировано 18,4 % осложнений ($n = 7$). У 6 (15,8 %) больных отмечены инфекционные осложнения в области послеоперационной раны, из них серома – у 4 (10,6 %), нагноение раны – у 2 (5,2 %). В одном наблюдении (2,6 %) развилась несостоятельность толстокишечного анастомоза, в связи с чем анастомоз разобщен, выведена временная илеостома. Летальный исход, связанный с поздним обращением, прогрессированием сепсиса и полиорганной недостаточности на фоне тяжелой соматической патологии у пациентов старшей возраст-

ной группы констатирован в 2 (2,5 %) наблюдениях. Средний койко-день составил $14,9 \pm 1,2$ суток.

Таким образом, разработанная маршрутная лечебно-диагностическая карта пациента с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки позволяет унифицировать диагностические мероприятия и выбрать оптимальную тактику лечения данной категории больных.

ВЫВОДЫ

Оптимальными неинвазивными методами диагностики параколического инфильтрата или абсцесса, ассоциированного с дивертикулярной болезнью, являются ультразвуковое исследование и/или компьютерная томография брюшной полости, позволяющие определить оптимальную тактику ведения пациента.

При невозможности верифицировать характер осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки неинвазивными методами в отсутствие перитонита методом выбора диагностического мероприятия может быть диагностическая лапароскопия, потребность в которой достигает 17,7 %.

Видеоколоноскопия при остром дивертикулите может быть выполнена без увеличения риска развития осложнений и в 32,6 % является лечебной манипуляцией.

Внедрение разработанной маршрутной лечебно-диагностической карты пациента с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки позволяет увеличить долю консервативно пролеченных больных до 57,5 %, уменьшить число осложнений до 18,4 %, а летальных исходов – до 2,5 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимербулатов М. В., Ибатуллин А. А., Гайнутдинов Ф. М., Куляпин А. В., Аитова Л. Р. Осложненная дивертикулярная болезнь толстой кишки, современная диагностика и лечение // Клинич. и эксперим. хирургия: электрон. науч.-практич. журн. 2014. № 13 (3).
2. Elisei W., Brandimarte G., Tursi A.: Management of diverticulosis: what's new? // Minerva Medica. 2017. October. № 108 (5). P. 448–463.
3. Shah S. D., Cifu A. S. Management of Acute Diverticulitis // JAMA. 2017. № 318 (3). P. 291–292.
4. Schreyer A. G., Lauer G. et al. S2k Guidelines for Diverticular Disease and Diverticulitis: Diagnosis, Classification and Therapy for the Radiologist // Fortschr Röntgenstr. 2015. № 187. P. 676–684.
5. Ермоленко Е. Г., Каририди Г. К., Авакимян С. В., Шевляева М. А. Осложненные формы дивертикулярной болезни ободочной кишки в практике urgentной хирургии // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. 2012. № 4 (86). Ч. 1.
6. Humes D. J. Changing Epidemiology: Does It Increase Our Understanding? // Dig Dis. 2012. № 30. P. 6–11.
7. Тимербулатов М. В., Ибатуллин А. А., Гайнутдинов Ф. М., Куляпин А. В., Биганяков Р. Я. Роль современных инструментальных методов исследования в лечении осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки // Перм. мед. журн. 2011. Т. XXVIII. № 1.
8. Carabotti M., Annibale B., Severi C., Lahner E. Role of Fiber in Symptomatic Uncomplicated Diverticular Disease : A Systematic Review // Nutrients. 2017. Feb. № 9 (2). 161.14.01.1.
9. Pustelnik D., Elsholtz F. H. J., Bojarski C., Hamm B., Niehues S. M. The CDD System in Computed Tomographic Diagnosis of Diverticular Disease // Fortschr Röntgenstr. 2017. № 189 (08). P. 740–747.
10. Leifeld L., Germer C., Böhm S. et al. S2k-Leitlinie Divertikelkrankheit. Divertikulitis // Zeitschrift für Gastroenterologie. 2014. № 52. P. 663–710.
11. Дарвин В. В., Ильканич А. Я., Лобанов Д. С. Маршрутизация пациентов с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки // Фундаментальные и прикладные проблемы здравоохранения человека на Севере : сб. материалов Всерос. науч.-практич. конф. Surgut, 29 октября 2016 г. Surgut. гос. ун-т, Мед. ин-т. Surgut, 2016. С. 308–312. Сетев. электрон. ресурс.
12. Лобанов Д. С., Дарвин В. В., Ильканич А. Я., Климова Н. В., Девяткина Т. В. К вопросу о ведении пациентов с острой патологией жировых привесков толстой кишки // Вестн. СурГУ. Медицина. 2016. № 2 (28). С. 24–27.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Дарвин Владимир Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: dvv@mf.surgu.ru.

Ильканич Андрей Яношевич – доктор медицинских наук, профессор, кафедры госпитальной хирургии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: ailkanich@yandex.ru.

Алиев Фуад Шамильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, Тюменский государственный медицинский университет; e-mail: alifuad@yandex.ru.

Лобанов Дмитрий Сергеевич – врач-хирург хирургического отделения, Сургутская окружная клиническая больница; e-mail: lobanov.dmitrij@rambler.ru.

ABOUT THE AUTHORS

Darvin Vladimir Vasilyevich – Doctor of Science (Medicine), Professor, Head of Hospital Surgery Department, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: dvv@mf.surgu.ru.

Ilkanich Andrey Yanoshevich – Doctor of Science (Medicine), Professor, Hospital Surgery Department, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: ailkanich@yandex.ru.

Aliev Fuad Shamilyevich – Doctor of Science (Medicine), Professor, Head of General Surgery Department, Tyumen State Medical University; e-mail: alifuad@yandex.ru.

Lobanov Dmitriy Sergeevich – Surgeon, Surgery Department, Surgut Regional Clinical Centre; e-mail: lobanov.dmitrij@rambler.ru.