

70 лет — 20,1%. В обследовании использованы рутинные клиничко-лабораторные, рентгенологические (СКТ, МРТ, ирригография, инвазивная ангиография), УЗИ, эндоскопические (ФКС, лапароскопия), мониторинг интраабдоминального давления.

Результаты. 82,6% больных проведено консервативное лечение (n=2182), 458 (17,34%) — хирургическое лечение. В сомнительных случаях (n=126 — 7,95%) при остром дивертикулите после УЗИ выполнялась лапароскопия. В последние 5 лет преимущество отдаётся спиральной компьютерной томографии (СКТ). При перидивертикулярном инфильтрате (n=314), абсцессах (n=1187) наиболее информативны УЗИ и СКТ (чувствительность и специфичность 88%, 78% и 92%, 88%, соответственно). В этих ситуациях лапароскопия использовалась при предполагаемых оперативных вмешательствах или исключения другой острой абдоминальной патологии. Использовалась классификация Hinchey E.J. (1978), в соответствии с которой I степень перфоративного дивертикулита была у 76 больных, II степень — у 111, III степень — 103 и IV степень — у 26 больных. Кровотечения только в 9,8% носили массивный характер с развитием геморрагического шока, в диагностике приходится использовать весь арсенал диагностических методов, включая СКТ-ангиографию и инвазивную ангиографию брыжеечных артерий, ФКС, нативную КТ, примерно у 25% больных при установленном дивертикулезе источник не удаётся установить. При осложнённом остром дивертикулите проводили внутривенную антибиотикотерапию, пероральный приём жидкости не ограничивали, в 7,9% консервативная терапия была безуспешной, 26% больных этой группы в течение 18 месяцев госпитализировали повторно с рецидивом, но с более тяжёлыми осложнениями. Из 314 больных с перидивертикулярным инфильтратом 11 (3,5%) ввиду безуспешности консервативной терапии выполнено оперативное лечение (сигмэктомия, гемиколэктомия). При перфоративном дивертикулите I степени проводили вскрытие абсцесса (лапароскопическим (31), лапаротомным (39), пункционным способом (9)), II степени — чаще лапаротомным, реже поясничным доступом (забрюшинные абсцессы (18)), пункционно (14) под контролем УЗИ, при III и IV степенях — экстериоризация (52), операция Гартмана (69), первичная резекция в 10 случаях (III степень). Срочные резекции ободочной кишки при кровотечениях выполнены у 86 (21,6%) больных, консервативная терапия была эффективной в 78,4%. В конечном итоге, в большинстве случаев (78,8%) выполнены двухэтапные операции. Послеоперационная летальность составила 8,95%, общая — 1,55%.

Закключение. Больные с неосложнённым острым дивертикулитом, 96,5% — с перидивертикулярным инфильтратом — поддаются консервативной терапии. Классификация Hinchey рациональна для определения типа, степени тяжести перфоративного дивертикулита и выбора рациональной тактики. Высокий процент рецидивов (26%) в течение ближайших 18 месяцев позволяет допускать необходимость более активной плановой хирургии.

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КАК МЕТОД ВЫБОРА ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ШАВРИНА Н.В., ЯРЦЕВ П.А., РЕЗНИЦКИЙ П.А.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
teruzi@mail.ru

Актуальность. На сегодняшний день отмечается резкий рост госпитализаций пациентов с острыми воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки (ОВО ДБОК), что указывает на необходимость поиска оптимального метода диагностики данного заболевания.

Цель работы. Оценить эффективность трансабдоминального ультразвукового исследования брюшной полости (УЗИ) в диагностике ОВО ДБОК.

Материалы и методы. Проанализированы результаты УЗИ у 258 пациентов. Данные УЗИ интерпретировали в соответствии с классификацией ДБОК по Schreyer-Layer: тип 1a — острый дивертикулит (n=102; 39,5%), 1b — острый околокишечный инфильтрат (n=91; 35,3%), 2a — абсцесс диаметром < 1 см (n=2; 0,8%), 2b — абсцесс > 1 см (n=34; 13,2%), 2c1 — распространенный гнойный (n=23; 8,9%) и каловый (2c2) перитонит (n=6; 2,3%).

Результаты исследования. При типе 1a выявлены следующие эхографические признаки: утолщение стенки ободочной кишки > 0,3 см (n=102; 39,5%), неровность наружного контура сигмовидной кишки (n=73; 28,3%), гипергаустрация сигмовидной кишки как признак сигмоидита и спазма кишки (n=92; 35,7%). 73 пациентам (28,3%) с типом осложнений 1a удалось поставить диагноз на основании УЗИ, остальные пациенты (n=29; 11,2%) были оперированы с подозрением на другие острые хирургические заболевания. При типе 1b по данным УЗИ выявлены утолщение стенки ободочной кишки (n=91; 35,3%), неровность наружного контура ободочной кишки (n=80; 31%), расширение околокишечной клетчатки от 1,5 до 9,0 см (n=91; 35,3%), повышение эхогенности и нечеткость контуров клетчатки (n=91; 35,3%), гипоехогенные линейные зоны шириной от 0,3 до 1,0 см в толще инфильтрата (n=31; 12%). У 12 пациентов (4,7%) в описанных гипоехогенных зонах визуализировали гиперэхогенные включения с эффектом реверберации (газ). У 8 пациентов (3,1%) лоцировались в дивертикулах копролиты. Также у пациентов с типом 1b выявляли свободную жидкость в брюшной полости (n=11; 4,3%). У всех пациентов с типом 1b (n=91; 35,3%) диагноз был установлен по данным УЗИ, однако пациенты с выявленной свободной жидкостью были экстренно оперированы с подозрением на острую толстокишечную непроходимость и перфорацию толстой кишки. Все микроабсцессы (тип 2a) были диагностированы по данным УЗИ в околокишечной клетчатке (n=1; 0,4%) и в толще брыжейки сигмовидной кишки (n=1; 0,4%). У всех пациентов с типом 2b (n=34; 13,2%) были выявлены неоднородные

гипо- и анэхогенные зоны с детритом, газовыми включениями в клетчатке диаметром от 1,2 до 4,2 см. У 11 пациентов (4,3%) визуализировали узкие гипоэхогенные линейные зоны, соединяющие просвет кишки с абсцессами параколитической клетчатки (свищевые ходы) и признаки разрушения стенки дивертикулов. 16 пациентам (6,2%) были выполнены чрескожные дренирования абсцессов под ультразвуковой навигацией в экстренном порядке. У 29 пациентов (11,2%) выявлены осложнения типа 2с, что соответствовало эхографической картине перитонита: наличие в брюшной полости жидкости неоднородного характера, наложение фибрина на брюшине, парез кишечника, утолщение стенок кишки более 0,3 см. На основании данных УЗИ, у 229 пациентов (88,8%) удалось верифицировать диагноз ОВО ДБОК в экстренном порядке. Чувствительность и специфичность УЗИ в диагностике основных признаков ОВО ДБОК составили 88,8% и 95% соответственно.

Выводы. УЗИ является высокочувствительным и высокоспецифичным методом в диагностике острых воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛАВАЖА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ЯРЦЕВ П.А., РЕЗНИЦКИЙ П.А.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва
reznitskiy.pavel@gmail.com

Актуальность. Поздняя обращаемость пациентов, страдающих дивертикулярной болезнью ободочной кишки (ДБОК), приводит на сегодняшний день к неуклонному росту частоты развития острых воспалительных осложнений (ОВО) ДБОК, требующих экстренного оперативного вмешательства и развития методов миниинвазивного хирургического лечения.

Цель работы. Оценить возможности лапароскопического лаважа брюшной полости в лечении ОВО ДБОК.

Материалы и методы. В исследование были включены 258 пациентов с ДБОК, из них 77 (29,8%) пациентов поступили с клинической картиной перитонита, которым были выполнены экстренные оперативные вмешательства: лапароскопический лаваж (n=40; 15,5%) и «открытые» оперативные вмешательства (n=37; 14,3%) при идентичных интраоперационных диагнозах. Лапароскопический лаваж включал в себя санацию брюшной полости и установку

двухканальных дренажей по левому латеральному каналу и в полость малого таза. «Открытыми» оперативными вмешательствами были диагностическая лапаротомия (ДЛ), выведение петли ободочной кишки на брюшную стенку (ВПК), обструктивная резекция сигмовидной кишки (ОРСК).

Результаты исследования. 29 пациентам (11,2%) с интраоперационно выявленным острым дивертикулитом сигмовидной кишки были выполнены лапароскопический лаваж брюшной полости (n=24; 9,3%) и диагностическая лапаротомия (n=5; 1,9%). 11 пациентам (4,3%) с интраоперационно выявленным околокишечным инфильтратом были выполнены лапароскопический лаваж (n=3; 1,2%), ОРСК (n=4; 1,6%), ДЛ (n=3; 1,2%), ВПК (n=1; 0,4%). 14 пациентам (5,4%) с интраоперационно выявленными абсцессами брюшной полости были выполнены лапароскопический лаваж полости абсцессов (n=3; 1,2%), ОРСК (n=11; 4,3%). 23 пациентам (8,9%) с распространенным гнойным перитонитом были выполнены лапароскопический лаваж брюшной полости (n=10; 3,9%), ОРСК (n=10; 3,9%), ВПК (n=3; 1,2%). Статистическая разница между полученным распределением пациентов оказалась достоверной (p=0,0002). Средний койко-день у пациентов, перенесших лапароскопический лаваж брюшной полости, составил $7,6 \pm 1,9$, у пациентов, перенесших «открытые» оперативные вмешательства — $21,1 \pm 7,7$ койко-день (p=0,0001). Гнойно-септические осложнения развились у 5 пациентов (12,5%), перенесших лапароскопический лаваж брюшной полости, и у 18 пациентов (48,7%), которым были выполнены экстренные операции из лапаротомного доступа (p=0,003). Послеоперационная летальность среди пациентов, перенесших лапароскопический лаваж брюшной полости, составила 2,5% (n=1), а среди пациентов, перенесших «открытые» оперативные вмешательства, — 10,8% (n=4). Статистическая разница для данного показателя была достоверной (p=0,0002).

Выводы. Таким образом, применение лапароскопического лаважа брюшной полости при ОВО ДБОК, но отсутствии данных за свободную перфорацию дивертикула, позволяет сократить объем операции и травматичность доступа, что, в свою очередь, приводит к уменьшению общего койко-дня, сокращению частоты развития послеоперационных гнойно-септических осложнений и уменьшению послеоперационной летальности в 4,3 раза. Вышеперечисленное делает методику лапароскопического лаважа перспективной для лечения пациентов с острыми воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки.