

На правах рукописи

ГАЙНУЛЛИНА

Эльза Нажиповна

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ
ДИВЕРТИКУЛИТЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

3.1.9 Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

Диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Уфа-2024

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,

профессор **Тимербулатов Шамиль Вилевич**

Официальные оппоненты:

Алиев Фуад Шамил оглы – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой общей хирургии

Карпухин Олег Юрьевич - доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры хирургических болезней

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «_28_» __02_____2025 года в _____ часов на заседании диссертационного совета 21.2.004.01 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (450008, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, 3

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте (<https://www.bashgmu.ru>) Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Автореферат разослан «__» _____ 2024 года.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

доктор медицинских наук, профессор

Валерий Уралович Сатаев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки несколько десятилетий является актуальной клинической проблемой в большинстве стран мира. Это обусловлено тем, что данное заболевание по распространенности, характеру клинических проявлений, осложнениям стало занимать 5-е место среди гастроэнтерологических заболеваний (Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э., Бабышин В.В., 2018).

Заболеваемость дивертикулярной болезнью ободочной кишки у лиц моложе 40 лет составляет в среднем около 10-30%, а у населения старше 65 лет достигает 60-80%. Осложнения развиваются у 10-25% пациентов. Наиболее частыми осложнениями являются: острый дивертикулит (20%), перфорации дивертикулов (27,2%), кишечные свищи (1-23%), абсцессы (Грошили В.С. и др., 2019; Алиев С.А.О., Алиев Э.С., Гахраманова Ф.А., 2020). Перитонит дивертикулярной этиологии встречается в 3,5-4 случаях на 100 тысяч человек в год (Белов Д.М., Зароднюк И.В., Майновская О.А., 2017; Грошили В.С. и др., 2019; Алиев С.А.О., Алиев Э.С., Гахраманова Ф.А., 2020).

От осложнений воспалительного характера при ОКДБ в течение года умирают 9,8% больных (Буторова А.Е., 2011), из них вследствие абсцесса - 79% (95% доверительный интервал (62-89), гнойного перитонита - 84% (69-92), калового перитонита - 44% (10-74), кишечной непроходимости - 80% (38-96).

Таким образом, высокая частота встречаемости дивертикулярной болезни ободочной кишки, многообразные хирургические осложнения заболевания, нерешенные вопросы диагностики и лечения требуют совершенствования подходов, алгоритмов ведения больных осложнениями дивертикулярной болезни. Исходя из чего, мы определили цель и задачи исследования.

Цель исследования

Улучшение результатов диагностики и лечения больных при остром дивертикулите ободочной кишки с применением миниинвазивных хирургических технологий.

Задачи исследования

1. Провести ретроспективный анализ лечения больных с острым дивертикулитом ободочной кишки.
2. Разработать диагностическую шкалу оценки острого дивертикулита на основе КТ данных и миниинвазивный способ хирургического лечения периколических абсцессов и алгоритм их применения.
3. Разработать и обосновать стратегию консервативной терапии и варианты хирургического лечения осложнений дивертикулярной болезни ободочной.
4. Провести анализ полученных результатов.

Научная новизна

1. Предложена модифицированная шкала А. Альварадо для диагностики острого дивертикулита и его осложнений и выделены группы пациентов с острыми воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки по результатам КТ-исследования.
2. Предложен колоноскопический способ лечения периколических абсцессов при дивертикулярной болезни ободочной кишки.
3. Показана эффективность лапароскопического лаважа в лечении осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки.

Практическая значимость

Использование разработанной нами модифицированной шкалы А. Альварадо и КТ-верификации позволили повысить точность диагностики,

определить рациональную тактику ведения пациента с острыми осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки.

Разработанный нами способ миниинвазивного хирургического лечения периколического абсцесса позволил избежать открытой операции и стомирования больных, снизить количество септических и послеоперационных осложнений.

Методология и методы исследования

Предмет и объект исследования

Предметом исследования являются острые осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки, алгоритм диагностики и лечения этих больных. Объект исследования – больные с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, осложненной острым дивертикулитом.

Методологическая и теоретическая база исследования

Теоретической базой выполнения работы являлись исследования отечественных и зарубежных авторов, посвященные проблемам диагностики и методам лечения пациентов с острыми осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки.

Данная работа основана на анализе данных балльной оценки острого дивертикулита на основе КТ и на основе разработанных миниинвазивных методов лечения больных с острыми осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки. Проведена систематизация данных, и их статистическая обработка с помощью компьютерной программы NNPRO (Pro-365, Россия). Выборочные параметры представлены в виде среднестандартного отклонения, операционные характеристики представлены с 95% доверительным интервалом.

Соответствие диссертации Паспорту научной специальности

В соответствии с формулой специальности 3.1.9 – «Хирургия» предложена тактика ведения пациентов и выбор метода лечения у больных с острыми дивертикулитом и его осложнениями.

Соответствие диссертации области исследования

В данной диссертационной работе представлен анализ результатов диагностики, лечения больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, осложненной острым дивертикулитом с применением неинвазивных и миниинвазивных методов лечения. Обоснованы показания к колоноскопическому лечению периколического абсцесса и лапароскопии и лапароскопическому лаважу, что соответствует области исследования паспорта специальности 3.1.9 – Хирургия.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Модифицированная шкала клинической оценки острого дивертикулита и КТ-верификация позволяют уточнить диагноз и определить дальнейшую тактику лечения больных с острым дивертикулитом ободочной кишки.

2. Разработанный способ лечения больных с острым дивертикулитом, осложненного перидивертикулярным абсцессом, позволяет избежать открытой операции и стомирования, снизить количество септических и послеоперационных осложнений.

3. Лапароскопия и лапароскопический лаваж являются методом выбора миниинвазивного лечения осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки.

Структура диссертации: Диссертация построена по традиционному принципу и включает в себя «Введение», главы «Обзор литературы», «Материалы и методы исследования», «Результаты исследований», «Заключение», «Выводы», «Практические рекомендации», «Список

литературы» содержит 167 источников, из которых 98 – отечественных авторов, а 69 - зарубежных. Диссертация изложена на 136 страницах машинописного текста, результаты исследования отражены в 27 таблицах, 39 рисунках.

Внедрение результатов исследования

Результаты проведенных исследований внедрены в учебный процесс кафедры хирургии и эндоскопии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, в лечебный процесс Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Башкортостан Больницы скорой медицинской помощи, в отделение хирургии и колопроктологии.

Личный вклад автора

Содержащиеся в работе данные получены при личном участии автора на всех этапах работы: анализ литературы, анализ архивного материала, составление плана, постановка задач, выбор методов обследования и лечения больных с острыми осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки в основной группе, оформление публикаций и статистическая обработка результатов.

Апробация работы

Основные положения работы доложены на I съезде хирургов Приволжского Федерального округа (Нижний Новгород, 2015); на Ассоциации хирургов Республики Башкортостан (Уфа, 2017, 2021); на 83-й Всероссийской конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Вопросы теоретической и практической медицины» (Уфа, 2018).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 7 работ, из них 7 в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации для публикации результатов кандидатских диссертаций. Издана монография «Дивертикулярная болезнь ободочной кишки» Москва, Медицинская книга, 2016. – 240 стр. Получен патент РФ на №RU2731889C1 «Способ лечения периколического абсцесса при дивертикулярной болезни ободочной кишки».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании проведен анализ диагностики и лечения 233 больных с осложнениями ОКДБ, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ КБСМП с 2013 по 2017 годы.

Критериями включения в исследование явились больные с острым дивертикулитом ободочной кишки, которые были подтверждены данными объективных исследований, проведенных в ГБУЗ КБСМП г. Уфа.

Критериями исключения из исследования являлись больные с колоректальным раком, болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом.

В исследовании больные были разделены на 111 больных контрольной группы, что составило 46,4% и основная группа 122 больных, что составило 52,3%. Больные контрольной группы были проанализированы за период с 2013 по 2015 годы. Анализ диагностики и лечения больных контрольной группы основывался на обработке историй болезни по архивным данным. Больные основной группы были проанализированы за 2016-2017 годы (Таблица 1). В основной группе больных применялись разработанная нами оценка адаптированной шкалы Альварадо и по разработанной КТ-верификации осложнений ОКДБ, для выработки поэтапных шагов диагностики и применения различных методов хирургического лечения. Был разработан дизайн исследования (Рисунок 1).

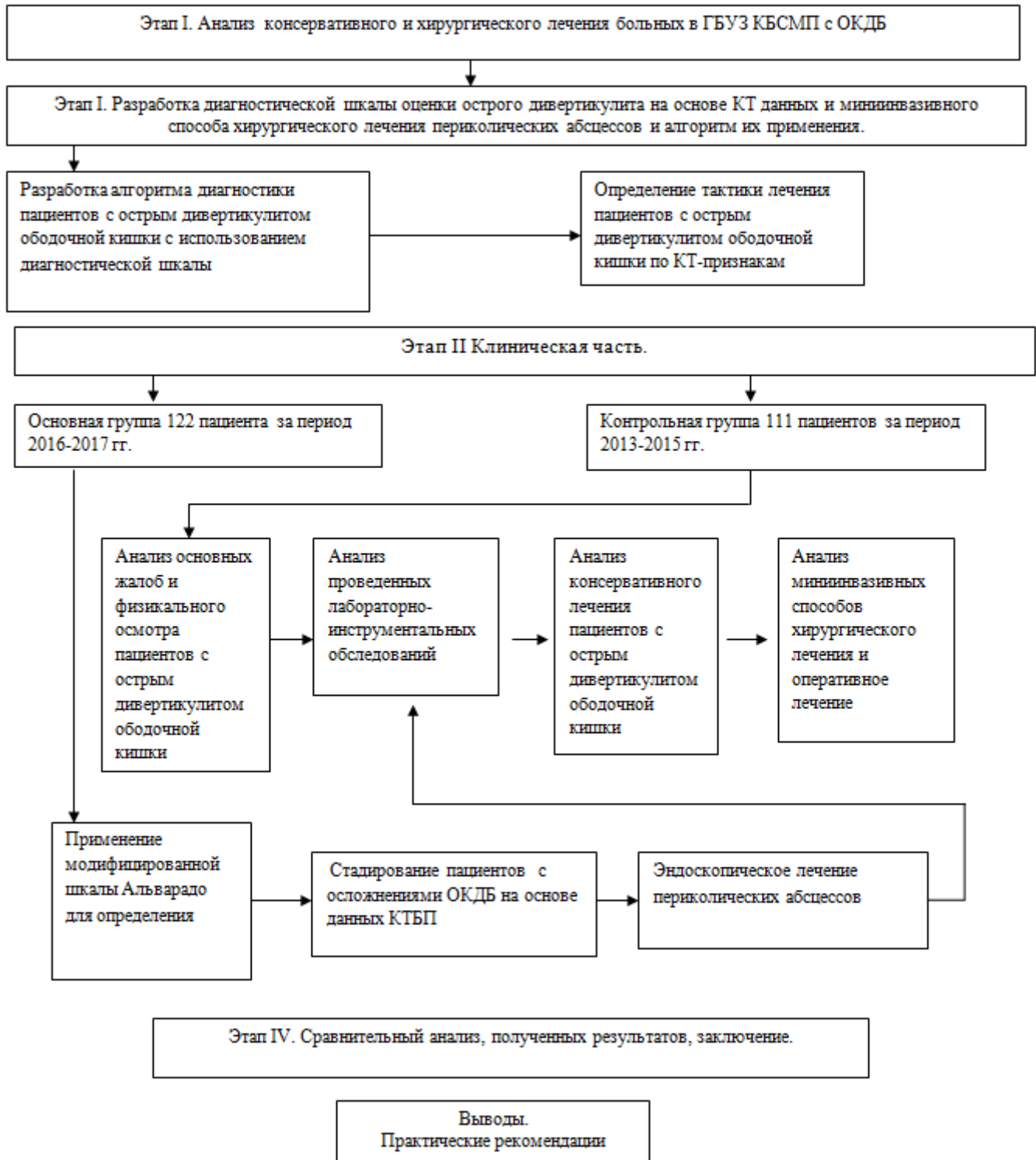


Рисунок 1 - Дизайн исследования

Распределение осложнений острого дивертикулита ободочной кишки среди сравниваемых групп представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Структура осложнений ОКДБ

Форма осложнений ОКДБ	Контрольная группа		Основная группа		Всего	
	N	%	N	%	N	%
Острый дивертикулит	65	58,5	84	68,8	149	63,9
Периколический инфильтрат	17	15,3	10	8,2	27	11,6
Перфорация дивертикула, в том числе:	25	22,5	19	15,5	44	18,9
Перидивертикулярный гнойник	15	13,5	12	9,8	27	11,6
Общий гнойный перитонит	6	5,4	5	4,1	11	4,7
Каловый перитонит	4	3,6	2	1,6	6	2,6
Кровотечение	4	3,6	9	7,4	13	5,6
Всего	111	100	122	100	233	100

Из осложнений на первом месте в обеих группах острый дивертикулит (контр. – 58,5%, основ. – 68,8%), на 2 месте – перидивертикулярный инфильтрат – 15,3% и 8,2% , на 3 месте – перфоративный дивертикулит – 22,5% и 15,5% соответственно.

Таблица 2 - Частота осложнений в зависимости от пола и возраста

Форма осложнений ОКДБ	Средний возраст	Мужской пол		Женский пол		Всего:	
		n=83	%	n=150	%	n=233	%
ОД	64,3±10,05	54	23,1	107	48,0	161	69,0
ПДИ	59,6±9,31	10	4,2	17	7,2	27	11,5
ПД	75,7±10,5	1	4,2	15	6,4	25	10,7
ПА	57,6±3,77	4	1,7	5	2,1	9	3,8
Перитонит	42,5±3,25	6	2,5	10	4,2	16	6,8
Кровотечение	72,2±7,07	4	1,7	9	3,8	13	5,5
Итого осложнений	62,0±7,32	79	33,9	148	63,5	233	100

Осложнения ОКДБ встречаются чаще у женщин. Большую опасность представляли осложнения, в виде перидивертикулярных гнойников и перитонита у больных молодой возрастной группы (Таблица 2).

Методы исследования

Обследование включало сбор жалоб, анамнеза, физикального, лабораторно-инструментального обследования больных. Выполняли расчет лейкоцитарного индекса интоксикации по формуле Я.Я. Кальф-Калифа. ЛИИ 2,6–3,6 ± 0,66 свидетельствует легкой интоксикации. ЛИИ 3,5–4,7 ± 0,52 - средней степени интоксикации. ЛИИ 4,8–8,6 ± 1,41 — тяжелой степени.

Нами предложена модифицированная шкала балльной оценки по типу А.Альваро для диагностики осложнений ОКДБ (Таблица 3).

Таблица 3 - Модифицированная Шкала А. Альваро отбора больных с осложнениями ОКДБ

№	Симптомы	баллы
1	Отсутствие миграции боли в правую подвздошную область (симптома Кохера)	2
2	Анорексия	1
3	Тошнота, рвота, сухость во рту	1
4	Запоры	1
5	Напряжение мышц в левой подвздошной области	2
6	Температура >37,3 ⁰ С	1
7	Лейкоцитоз >10*10 ⁹ /л	1
8	Сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ЛИИ	2
9	Симптом Щеткина-Блюмберга	1
	ВСЕГО	12

Примечание: Критерии оценки при сумме баллов:

До 6 баллов – дивертикулит ободочной кишки маловероятен;

7-8 баллов – возможен, необходимо динамическое наблюдение;

9-10 баллов – вероятен;

>10 баллов – дивертикулит имеется, необходимо срочное хирургическое вмешательство.

По итогам диагностического поиска больные с суммой баллов до 6 не были включены в исследование, в последующем диагноз: Острый дивертикулит ободочной кишки был исключен.

Инструментальная диагностика у больных с осложнениями ОКДБ включала в себя: обзорную рентгенографию брюшной полости, ирригографию, УЗИ брюшной полости, мультиспиральную компьютерную томографию брюшной полости, диагностическую колоноскопию.

Нами проведена дифференциация клинических форм острого дивертикулита, которая по результатам КТ-исследования, помогла определить дальнейшую тактику лечения. Были выделены 4 стадии: I стадия – Умеренный дивертикулит. II стадия – Выраженный дивертикулит без явных признаков перфорации. III стадия – Значительно выраженный дивертикулит с периколическим абсцессом. IV стадия – Дивертикулит с перфорацией, наличием газа и выпота в свободной брюшной полости. V стадия – Перитонит (гнойный, каловый).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Из 233 больных основной группы в относительно удовлетворительном состоянии находились 177 (76%) пациентов; в средней тяжести 39 (16,7%), 17(7,3%) - в тяжелом состоянии.

По результатам пальпации живота определены 3 значимых симптома осложнения ОКДБ: боль в левой подвздошной области, которая была характерна для периколических инфильтратов -143(61,3%). Боль в нескольких анатомических областях – 31(13,3%). Симптомы раздражения брюшины у 28 (12,0%) были характерны для перфорации дивертикулита с развитием перитонита. По данным термометрии у 27(11,0%) больных выявлена субфебрильная лихорадка, у 143(61,0%) – фебрильная температура, у 2 (0,8%) – гектическая.

По данным клинического анализа крови максимальное значение ЛИИ выявлено в группах с перфорацией дивертикула $4,5 \pm 1,1$ в возрасте до 60 лет и до $4,0 \pm 0,6$ у лиц в возрасте старше 60 лет. Ускорение СОЭ выявлено во всех случаях, максимальное значение при перфоративном дивертикулите

отмечалось у лиц до 60 лет – $22,3 \pm 0,3$ мм/ч. Повышение С-реактивного белка выявлено во всех группах.

Сортировка пациентов с осложнениями дивертикулярной болезни проводилась по модифицированной шкале балльной оценки по А. Альварадо для определения дальнейшей лечебно-диагностической тактики. Количество баллов 7-8 установлено – 68 (52,7%) пациентам, они были госпитализированы в хирургическое отделение, находились под наблюдением, им проводилась консервативная терапия по варианту №1. Баллы 9-10 были установлены 60 (46,5%) больным, которым проводилось дополнительные инструментальные (УЗД, КТБП) обследования. Более 11 баллов – установлено 1 (0,7%) пациенту, которому в экстренном порядке выполнено оперативное лечение.

Установлены эхо-маркеры ОКДБ в виде утолщения стенки ободочной кишки у 201 (86,1%) пациента. Нечеткость контуров, деформация дивертикулов при дивертикулите были у 88 (59,3%) больных, при периколическом инфильтрате у 21(77,7%), при перфоративном дивертикулите у 29 (81,8%). Чувствительность и специфичность УЗД в выявлении в выявлении осложнений ДБОК составили 49% и 98% соответственно.

КТБП в основной группе проводилось 62 (48,0%) больным. Исходя из нашей классификации Iст. была выявлена у 42 (67,7%) больных основной группы, которые в дальнейшем получали консервативную терапию вариант №1. IIа стадия выявлена у 10 (16,1%) больных, данной группе также проводилась консервативная терапия и наблюдение в динамике. IIб стадия – 6 (9,7%) больных. Этим пациентам выполнялось миниинвазивное лечение дренирование и санация абсцесса. III стадия выявлена у 2(4%) больных, которым был проведен лапароскопический лаваж. IV стадия – у 2(4%) больных, которые взяты на экстренное хирургическое лечение.

Выявленные КТ-признаки нами были верифицированы по следующим стадиям для выбора дальнейшей тактики лечения (Рисунок 2).

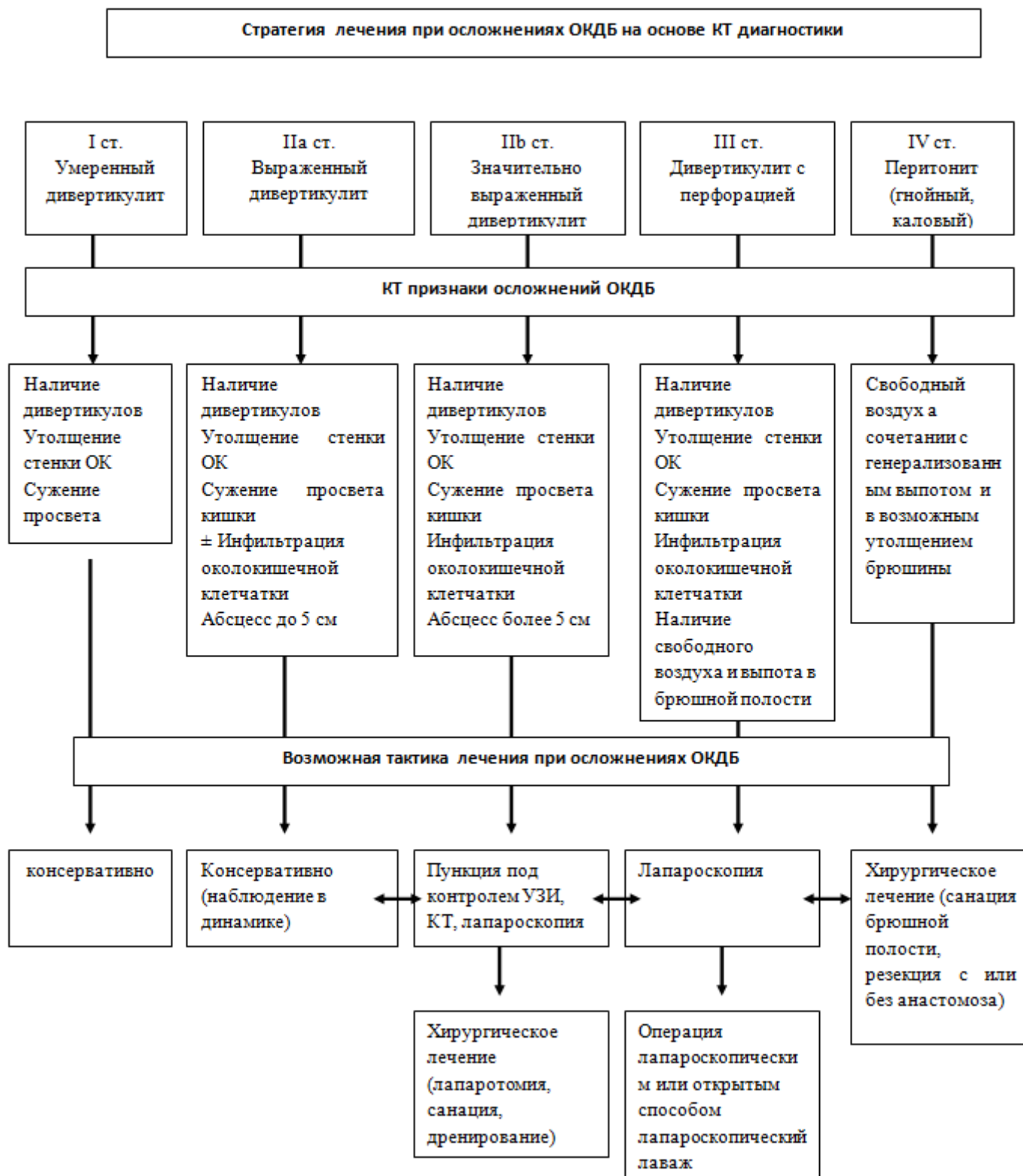


Рисунок 2 – КТ-признаки верификации и тактики лечения ОКДБ.

В основной группе 99 больных (81,1%) пролечены консервативно: 67(54,9%), с суммой баллов 9-11 выставленные по модифицированной шкале А.Альварудо для диагностики осложнений ОКДБ, 23 (18,8%) пациента

с I стадией – умеренный дивертикулит, 9 (7,3%) пациентов с IIa стадией (1,3%) – абсцесс ($d = 1,6$ см), пролеченных препаратами 5-АСК, рифаксимин, диетотерапия (вариант терапии 1). Пяти больным с осложнениями ОКДБ I стадии (11,9%) применен – вариант терапии № 2 (вариант терапии № 1 + цефалоспорины III-IV поколения или фторхинолоны II поколения).

Критерием выздоровления больных с осложнениями ОКДБ являлось уменьшение или исчезновение эхо-признаков периколического инфильтрата по данным контрольного УЗД, выполненного на 7-е сутки лечения, а также снижение ЛИИ, СОЭ, СРБ и отсутствие лихорадки. В основной группе из 35 (28,4%) первично регистрировался высокий уровень ЛИИ, СОЭ, СРБ, однако на 3-и сутки он сохранился лишь в 5 (4,0%) наблюдениях. На 7-е сутки лечения в группе сравнения лейкоцитоз сохранялся среди больных с осложнениями ОКДБ у 3 (7,9%), а лихорадка – у 10 (26,3%). В основной группе, среди пациентов с осложнениями ОКДБ, на 7-е сутки лейкоцитоз сохранялся у 2 больных (4,8%), а гипертермия регрессировала у всех пациентов.

В группе сравнения общий средний койко-день консервативно пролеченных больных с осложнениями ОКДБ составил $11,7 \pm 2,1$, а в основной группе – $9,2 \pm 0,5$ койко-дня.

Экстренное миниинвазивное лечение включало дренирование под УЗД навигацией, дренирование периколического абсцесса при колоноскопии было выполнено 11 (9,0%) больным основной группы. Эндоскопическое лечение выполняли под внутривенной анестезией. После вскрытия периколического абсцесса осуществляли аспирацию гнойного содержимого (Рисунок 3), оценивали его количество по мерной емкости эндоскопического отсасывателя.

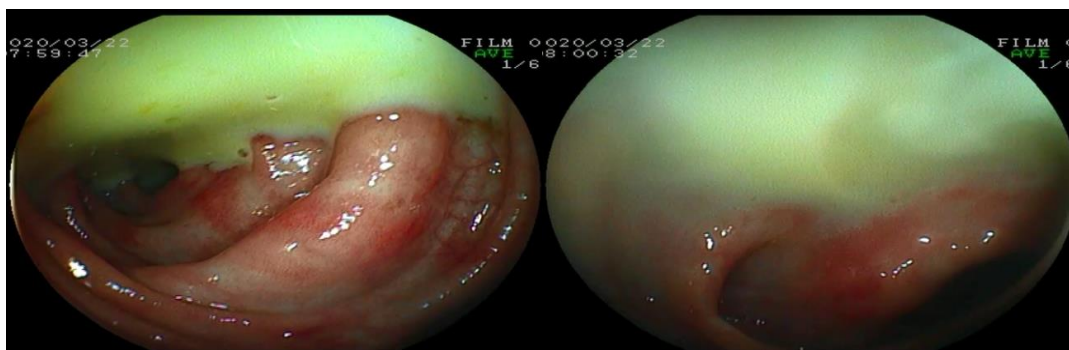


Рисунок 3 – Вскрытие периколического дивертикулярного абсцесса, санация гнойного содержимого объемом 120 мл.

После вскрытия и санации гнойного содержимого из периколического абсцесса проводили оценку состояния кишечной стенки (Рисунок 4,5).

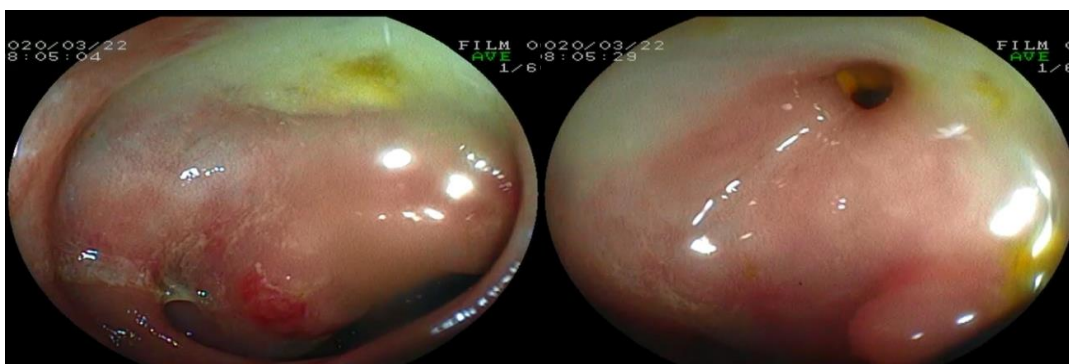


Рисунок 4 – Осмотр устья перфорировавшего дивертикула, являющегося причиной формирования периколического абсцесса.

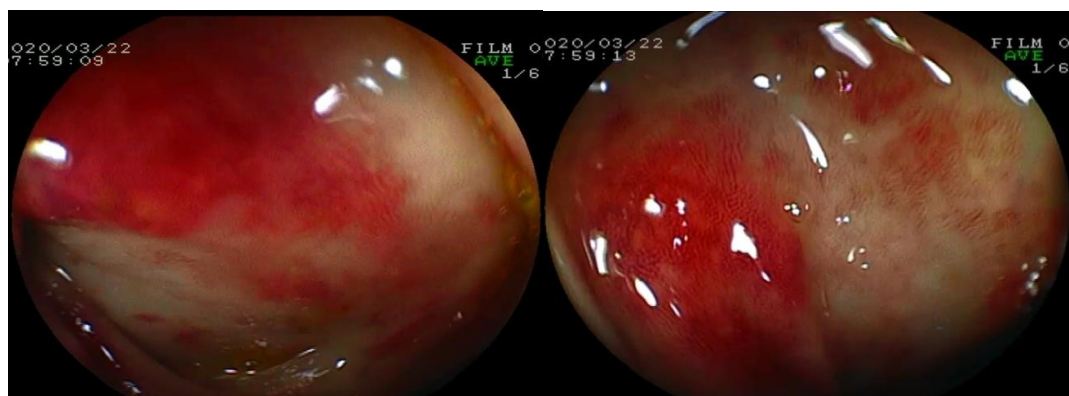


Рисунок 5 – Оценка воспалительных изменений слизистой оболочки сигмовидной кишки (очаговая гиперемия, инфильтрация, отек слизистой).

На третьей сутки выполнялась контрольная колоноскопия. Положительная динамика определялась по уменьшению количества гнойного содержимого, уменьшению гиперемии, отека слизистой оболочки. Проводились повторные санации водным раствором хлоргексидином (Рисунки 6, 7).

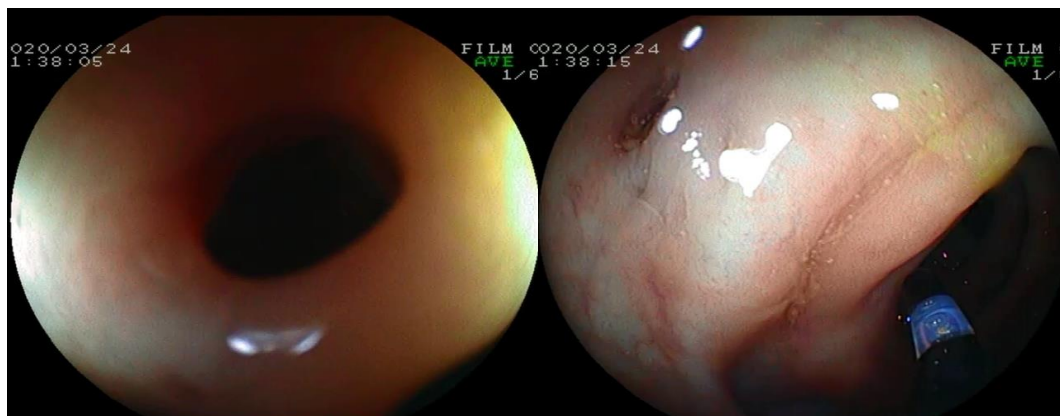


Рисунок 6 – Устья перфорировавшего дивертикула, санация через катетер.

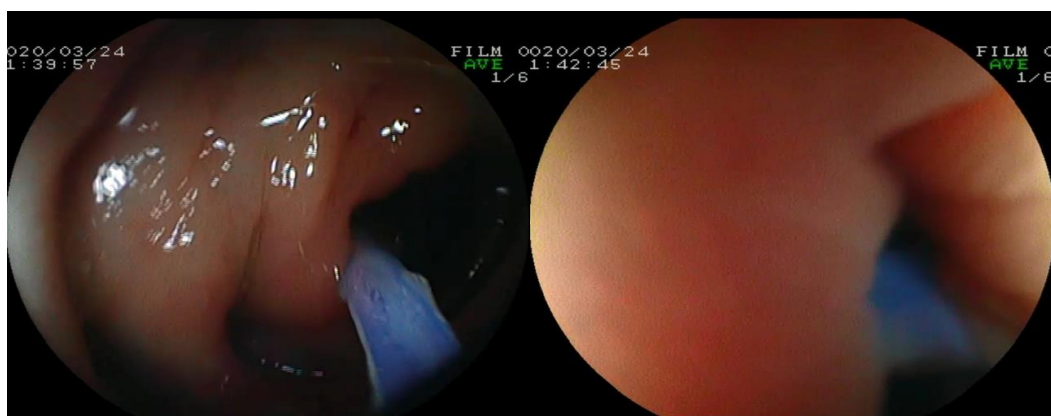


Рисунок 7 – Полость периколического абсцесса отмыта, санируется прозрачное содержимое, введен водорастворимый контраст для КТБП.

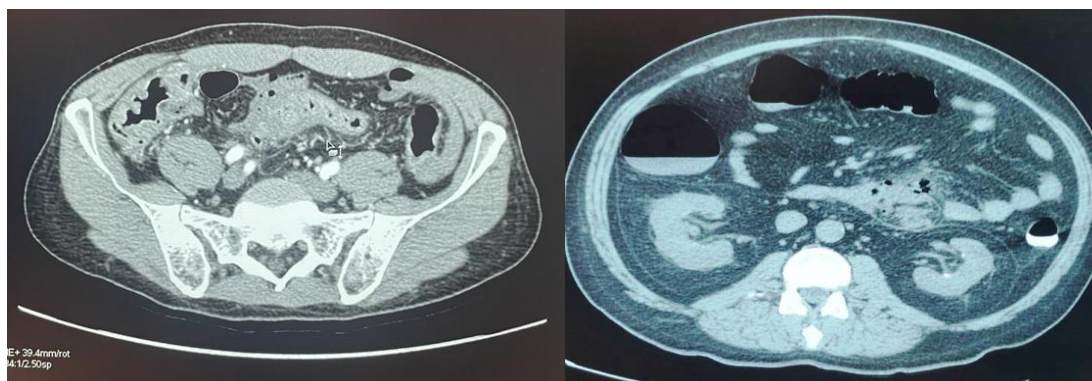


Рисунок 8 –Первичная КТБП и контрольная после санации периколического абсцесса. Полость абсцесса сократилась, уменьшение инфильтрации.

В основной группе дренирование периколического абсцесса, разработанным нами способом при проведении ФКС выполнено 5 (4,0%) пациентам. 3 (2,4%) проведено лапароскопическое дренирование абсцесса, из-за проксимального расположения.

Оценку эффективности лечения осложнения ОКДБ проводили на УЗД, выполняемую на 3-и, 6-7-е, 9-10-е сутки, на которой отслеживали уменьшение размеров периколических полостей абсцессов. В основной группе больных с осложнениями ОКДБ на 10-е сутки при УЗД у 9 (85,7%) больных отмечено уменьшение периколического гнойника, а у 2(14,3%) абсцессы не определялись. В группе сравнения в указанные сутки абсцессы сохранялись у всех больных. Средний койко-день лечения осложнения ОКДБ в группе сравнения составил $27,5 \pm 10,6$ койко-дней, в основной группе – $14,5 \pm 3,3$.

Экстренное оперативное лечение было показано 19 больным (18,8%) в основной группе, и 36(41,4%) из группы сравнения больным с осложнениями ОКДБ. В основной группе у 18(85,7%) больных с осложнениями ОКДБ оперативное лечение выполнялось лапароскопическим способом. Широкая лапаротомия была выполнена только 3(14,3%) больным. В группе сравнения у 28(85,2%) первичным оперативным доступом явилась широкая лапаротомия, лапароскопическая операция при осложнении ОКДБ была выполнена в 6(14,8%) наблюдениях.

По характеру оперативных вмешательств в зависимости от типа воспалительных осложнений были выполнены следующие оперативные вмешательства: в основной группе с типом осложнений 1b 1 пациенту (4,8%) был выполнен лапароскопический лаваж брюшной полости, еще 1(4,8%) – диагностическая лапароскопия, лапаротомия ввиду выявленной кишечной непроходимости, интраоперационная колоноскопия, декомпрессия толстой кишки с установкой декомпрессионного зонда. В группе сравнения пациентам с

осложнением ОКДБ были выполнены 2 лапароскопических лаважа брюшной полости (22,2%), 3 (33,3%) диагностических лапаротомии, санация и дренирование брюшной полости, 3 (33,3%) – лапаротомия, обструктивная резекция сигмовидной кишки по поводу obturационной толстокишечной непроходимости, 1 (11,1%) – лапаротомия, сигмостомия.

Частота развития послеоперационных осложнений в основной группе составили 19,1%, в группе сравнения – 63%. Из них, согласно классификации Clavien – Dindo V степень осложнений (летальный исход) развилась в 4,8% случаев, а в группе сравнения в 11,1%. Длительность антибиотикотерапия в основной группе составила $7,9 \pm 1,4$ койко-дня, в группе сравнения – $15,8 \pm 6$ койко-дней. Смена антибиотиков в основной группе не потребовалась, в группе сравнения смена препаратов была выполнена у 9 (33,3%) больных.

В основной группе пациенты проводили в среднем $1,5 \pm 1,2$ койко-дня в реанимации, после лапароскопического лаважа средний реанимационный койко-день составил $0,9 \pm 0,6$ койко-дня, после лапаротомии – $2,8 \pm 1,2$ койко-дня. Средний общий койко-день в основной группе составил $13,1 \pm 5,9$, после лапароскопических оперативных вмешательств – $10 \pm 2,5$ койко-дней, после операций, выполненных из лапаротомного доступа – $21 \pm 4,1$ койко-день.

В группе сравнения пациенты проводили в среднем $4 \pm 1,1$ койко-дня в реанимации, после лапароскопических вмешательств – $1,5 \pm 0,7$, после лапаротомии – $4,2 \pm 0,9$ койко-дня. Средний общий койко-день в группе сравнения составил $25,5 \pm 7,2$ койко-дня, после лапароскопических оперативных вмешательств – $11,5 \pm 0,7$ койко-дней, после оперативных вмешательств из лапаротомного доступа – $26,6 \pm 6,2$ койко-дней ($p < 0,05$).

Рецидив острого дивертикулита сигмовидной кишки развился у одного (5%) пациента в основной группы; у 6 (25%) пациентов группы сравнения: у 3 пациентов – острый дивертикулит сигмовидной кишки, у 2 пациентов – перидивертикулярный инфильтрат, у 1 пациента – периколический абсцесс.

Подводя итоги результатов всех методов лечения, следует отметить, что в основной группе средние сроки лечения пациентов составили $11,1 \pm 3,1$ койко-

дней, в группе сравнения – $16,6 \pm 9,6$ койко-дней. Рецидив воспалительных осложнений ДБОК в основной группе развился в 8,9% случаев, в группе сравнения – в 38%.

Общая летальность составила в основной группе 1,3%, в группе сравнения – 9,9%.

ВЫВОДЫ

1. Разработанный диагностический алгоритм, который включает в себя модифицированную шкалу А. Альварадо и КТ-верификацию при остром дивертикулите ободочной кишки, позволил улучшить качество диагностики и выбрать тактику лечения больных с острыми воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки в первые 12-24 ч.

2. Разработанная тактика консервативной терапии и хирургического лечения при остром дивертикулите ободочной кишки, позволила сократить время пребывания в стационаре с $16,6 \pm 9,6$ до $11,1 \pm 3,1$, снизить частоту рецидивов с 38% до 8,9%.

3. Разработанный колоноскопический способ санации, дренирования позволил к 7 суткам добиться остаточной полости периколического абсцесса у 85,7% больных с осложнением дивертикулярной болезни толстой кишки и у 14,3% полного регресса абсцесса.

4. Лапароскопия и лапароскопический лаваж при лечении осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки позволил снизить частоту развития послеоперационных осложнений с 63% до 19,1%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для определения метода лечения больных с острым дивертикулитом ободочной кишки рекомендуется использовать разработанный лечебно-диагностический алгоритм, который включает в себя модифицированную шкалу А. Альварадо и предложенной КТ-верификации.

2. Диагностика острых воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки в виде формирования периколического инфильтрата,

абсцесса должна первоначально осуществляться ультразвуковым методом и дополняться КТБП с болюсным контрастированием для точной топической локализации очага.

3. Пути лечения осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки определяют на основе предложенной КТ-классификаций. Где I и IIa стадия является показанием к консервативному лечению с динамическим УЗД контролем с целью исключения увеличения абсцесса более 1 см, при котором выполняют его дренирование, предложенным нами способом при проведении ФКС или проводят чрескожное дренирование под УЗ или КТ навигацией; III стадия является абсолютным показанием к лапароскопии или лапароскопическому лаважу; IV стадия абсолютным показанием к экстренному оперативному лечению.

4. Колоноскопическое дренирование и санация периколического абсцесса дивертикулярной этиологии может быть рекомендована в специализированных колопроктологических и хирургических отделениях многопрофильных стационаров.

5. Лапароскопия и лапароскопический лаваж брюшной полости при осложнении дивертикулярной болезни толстой кишки рекомендуется как первоначальный метод хирургического миниинвазивного лечения в связи с широкой доступностью данной технологии в хирургических стационарах.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Диагностика и лечение осложнённой дивертикулярной болезни ободочной кишки / В.М. Тимербулатов, Ш.В. Тимербулатов, Э.Н. Гайнуллина, М.В. Тимербулатов // Колопроктология. - 2016. - № S1 (55). - С. 104.

2. Тимербулатов, М.В. Осложнения хронического дивертикулита ободочной кишки / М.В. Тимербулатов, Ш.В. Тимербулатов, Э.Н. Гайнуллина // Медицинский вестник Башкортостана. - 2016. - Т. 11, № 2 (62). - С. 95-99.

3. Гайнуллина, Э.Н. Острый дивертикулит у больной с situs viscerus inversus totalis (клиническое наблюдение) / Э.Н. Гайнуллина, Р.Р. Ахмеров, Ш.В. Тимербулатов // Колопроктология. - 2018. - № 2 (64). - С. 89-90.

4. Диагностика и лечение осложнённой дивертикулярной болезни ободочной кишки / В.М.Тимербулатов, Ш.В. Тимербулатов, Э.Н. Гайнуллина, М.В. Тимербулатов // Московский хирургический журнал. - 2018. - №3 (61). - С. 92-93.

5. Лапароскопический лаваж при перфоративном дивертикулите ободочной кишки / Ш.В. Тимербулатов, В.М. Тимербулатов, Э.Н. Гайнуллина, Р.Р. Файзуллин // Эндоскопическая хирургия. - 2018. - Т. 24, № 2. - С. 56-60.

6. Тимербулатов, В.М. Триада Сейнта в неотложной абдоминальной хирургии (клинические наблюдения) / В.М. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, Э.Н. Гайнуллина // Колопроктология. - 2018. - № 3 (65). - С. 62-65.

7. Тимербулатов, Ш.В. Опыт в лечении осложненных форм дивертикулярной болезни ободочной кишки / Ш.В. Тимербулатов, Э.Н. Гайнуллина, Р.Р. Ахмеров // Инфекции в хирургии. - 2018. - Т. 16, № 1-2. - С. 8-9.

Монография

8. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки / В.М.Тимербулатов, М.В.Тимербулатов, Д.И.О.Мехдиев, Ш.В.Тимербулатов, Э.Н. Гайнуллина. – М., 2016. – 240 с.

Патент

9. Способ лечения периколического абсцесса при дивертикулярной болезни ободочной кишки: пат. RU 2731889 С1 от 09.09.2020 / Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М., Гайнуллина Э.Н., Сибаетов В.М., Сагитов Р.Б., Тимербулатов М.В. - Заявка № 2020103526 от 27.01.2020.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ОКДБ – ободочной кишки дивертикулярная болезнь

ОД – острый дивертикулит

ПИ – периколический (перидивертикулярный) инфильтрат

ПА – периколический (перидивертикулярный) абсцесс

ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации

ЭИ – эндогенная интоксикация

УЗД – ультразвуковая диагностика

КТБП – компьютерная томография брюшной полости

ЧДА – чрескожное дренирование абсцесса

Гайнуллина Эльза Нажиповна

**Диагностика и лечебная тактика при остром
дивертикулите ободочной кишки**

Автореферат
Диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Подписано в печать **25.12.2024**. Формат 60×84/16. Бумага офсетная

Гарнитура Таймс. Усл. печ. л. **1,33**. Тираж **100 экз**. Заказ № **838**

РИО ФГБОУ ВО БашГАУ, 450001, г. Уфа, ул. 50-летия Октября, 34