

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ – СОФИЯ
КАТЕДРА ПО ОБЩА И ОПЕРАТИВНА ХИРУРГИЯ
УМБАЛ „АЛЕКСАНДРОВСКА” – ЕАД

Д-Р ЕЛЕНА РОСЕНОВА АРАБАДЖИЕВА

**СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ В КОМПЛЕКСНОТО
ЛЕЧЕНИЕ НА ДИВЕРТИКУЛОЗАТА НА ДОЛНИЯ
ОТДЕЛ НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА
ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР”**

Научен ръководител: Проф. Д-р В. Димитрова, дмн

Официални рецензенти: Проф. Д-р В. Димитрова, дмн
Проф. Д-р Р. Гайдарски, дмн

София, 2013

Дисертационният труд е написан на 158 стандартни страници. От тях на 23 страници са представени използваните литературни източници. Библиографската справка включва 568 автори - 28 на кирилица и 540 на латиница. Материалът е онагледен с 31 фигури и 37 таблици.

Дисертационният труд е обсъден, приет и насочен за защита от Катедрения съвет на Катедра по Обща и оперативна хирургия, Медицински университет – София.

Дисертантът е лекар асистент в Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия към УМБАЛ „Александровска” – София, Катедра по Обща и оперативна хирургия, МУ – София.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 10.10.2013г. от 12.00 ч. в Аулата на СБАЛССЗ „Света Екатерина”, гр. София, бул. П. Славейков № 52А, съгласно чл. 76 и 77 от Правилника за условията и реда за придобиване на научни степени и заемане на академични длъжности в МУ – София и въз основа на Заповед № РК 36-1115/ 29.05.2013г. на МУ – София, пред научно жури в състав:

Председател:

Проф. Д-р Виолета Димитрова Маринова, дмн

Членове:

Проф. Д-р Радослав Ненков Гайдарски, дмн

Проф. Д-р Тома Петров Пожарлиев, дмн

Проф. Росен Евгениев Маджов, дмн

Доц. Д-р Петьо Георгиев Токов, дм

Материалите по защитата са на разположение в Секретариата на Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия към УМБАЛ „Александровска” – София и са публикувани на интернет страницата на МУ – София.

С Ъ К Р А Щ Е Н И Я

ГИТ – гастроинтестинален тракт

ДБ – дивертикулозна болест

КОЧПХ – Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия,
УМБАЛ „Александровска” - София

КТ – компютърна томография

МРТ – магнитно-резонансна томография

НСПВС – нестероидни противовъзпалителни средства

ОХК – остър хирургичен корем

ПА – първична анастомоза

УЗД – ултразвукова диагностика (ехография)

ФКС – фиброколоноскопия

ХР – Хартман резекция

ВМІ – body mass index (индекс на телесна маса)

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

I.	Въведение	5
II.	Цел и задачи	6
III.	Материал и методи	7
	Материал.....	7
	Използвани методи.....	8
	1. Диагностични методи.....	8
	2. Оперативни методи.....	8
	3. Хистологични изследвания.....	9
	4. Микробиологични изследвания.....	9
	5. Статистически методи.....	9
	6. Оценка на качеството на живот.....	10
IV.	Собствени резултати	11
	➤ Демографска характеристика на пациентите.....	11
	➤ Анамнестични, образно- и лабораторно-диагностични данни.....	14
	➤ Клинико-морфологични данни.....	20
	• Локализация на дивертикулите по протежение на долния отдел на ГИТ.....	20
	• Типове клинична проява на дивертикулозната болест на долния отдел на ГИТ и хистоморфологична характеристика.....	22
	➤ Консервативно лечение, приложено при пациентите с ДБ, включени в проучването.....	26
	➤ Оперативни намеси и ранен следоперативен период.....	28
	• Хирургични интервенции при тънкочревна дивертикулоза, вкл.Мекелови дивертикули.....	29
	• Хирургично интервенции при дивертикулозна болест на дебелото черво.....	32
	➤ Следоперативни резултати.....	36
	➤ Болничен престой.....	50
	➤ Проследяване на пациентите с дебелочревна дивертикулоза и оценка на качеството им на живот.....	51
V.	Обсъждане	55
VI.	Изводи	67
VII.	Приноси	69
VIII.	Публикации, свързани с дисертационния труд	70

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Клиничната проява на дивертикулозата на ГИТ варира от асимптомно протичане и съответно инцидентно откриване при образни изследвания, проведени по друга причина, до симптоматично заболяване с потенциално летални усложнения. Дивертикулозната болест, в частност тази на колона, е много често срещана в развитите страни и се нарежда на пето място сред най-значимите гастроинтестинални заболявания в световен мащаб. Най-висока честота се отчита в Западния свят, където ДБ се установява в 33% от хората над 45-годишна възраст и достига над 66% при тези над 85 години. Въпреки това през последните години се наблюдава драстично увеличение в честотата ѝ и при по-младата популация. Като цяло около 20-30% от засегнатите преживяват поне един епизод на остър дивертикулит през живота си, като при 25-30% от тях се налага оперативна намеса в спешен порядък поради перфорация, перитонит или други системни усложнения. Към настоящия момент 1/3 от извършените колостомии и резекции на колона са резултат от развитие на остър дивертикулит. След руптурата на аневризма на абдоминалната аорта, най-честата причина за смърт сред доброкачествените хирургични заболявания е перфорацията на дивертикул. Въпреки че 70-90% от пациентите с остър дивертикулит се повлияват от консервативно лечение, леките, персистиращи симптоми, както и рецидивирането на заболяването значимо понижават качеството на живот на пациентите. Поради тези причини ДБ е едно от петте заболявания на ГИТ, за което се разходват най-много финансови средства – в САЩ годишно се хоспитализират 312 000 души с тази диагноза, което прави 1,5 милиона леглодни или 2,6 милиарда долара на година, изразходвани за лечение. Представените данни са една от основните причини за разработката на настоящия труд – да се анализират рисковите фактори за поява на усложнения или рецидив на заболяването и да се определи мястото на хирургичното лечение както в условията на спешност, така и в планов порядък с цел профилактика на усложненията. Да се прецизират използваните методи, с което се цели подобряване на резултатите по отношение морбидност, следоперативен леталитет и качеството на живот.

II. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Целта на настоящия труд е да се проучи опитът на Клиниката по обща и чернодробно-панкреатична хирургия към УМБАЛ „Александровска” – София в лечението на дивертикулозната болест, сравнявайки го с данните от световната литература. Въз основа на това да се анализират рисковите фактори за поява на усложнения или рецидив на заболяването и да се определи мястото на хирургичното лечение както в условията на спешност, така и в планов порядък с цел профилактика на рецидивите. Да се прецизират използваните методи, с което се цели подобряване на резултатите по отношение морбидност, следоперативен леталитет и качеството на живот.

За постигането на тази цел си поставихме следните задачи:

ЗАДАЧИ

1. Да се анализират възможностите за диагностика и проследяване на пациентите с дивертикулозна болест.
2. Да се проучат съществуващите до момента класификационни системи на острия дивертикулит по отношение приложимост и прогностична стойност за определяне на терапевтичното поведение с цел прецизиране и допълване в единна класификация.
3. Да се анализират показанията и да определи типът и обемът на оперативната намеса в условията на спешност при усложнена дивертикулозна болест като се акцентира върху поведението при перфорация на дивертикул.
4. Да се определят критериите за прилагане на планово оперативно лечение при пациенти с дивертикулоза на долния отдел на гастроинтестиналния тракт.
5. Да се анализират следоперативните усложнения и леталитет при пациентите, подложени на хирургично лечение по повод дивертикулозна болест.
6. Да се анализира качеството на живот на пациентите след планова хирургия по повод дивертикулоза на долния отдел на гастроинтестиналния тракт.
7. Да се създаде единна стратегия в хирургичното лечение на дивертикулозната болест на долния отдел на гастроинтестиналния тракт.

III. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За периода 1999-2012г. в КОЧПХ към УМБАЛ “Александровска”, Катедра по обща и оперативна хирургия, МУ – София са проследени 281 пациенти с дивертикулоза на долния отдел на ГИТ. От тях 98 са подложени на оперативно лечение, а останалите 183-ма са лекувани консервативно. Материалът, на базата на който е извършено настоящото проучаване, е представен на следващата таблица. По-големият брой на пациентите, включени в нея, спрямо общия брой случаи в изследването се дължи на факта, че при 3-ма е установена както дебелочревна ДБ, така и Мекелов дивертикул.

Табл. №6 Проследени и анализирани пациенти с ДБ на долния отдел на ГИТ, включени в проучаването

Проява \ Приложено лечение	Оперирани		Консервативна терапия	Общо
	планово	по спешност		
Дебелочревна дивертикулозна болест	33	34	183	250
- неусложнена дебелочревна ДБ	25	-		
- усложнена дебелочревна ДБ	8	34		
Тънкочревна дивертикулозна болест	1	4	0	5
Мекелов дивертикул	20	9	0	29
Общо	54	47	183	284

Пациентите са проследени проспективно и ретроспективно по отношение на демографските данни, анамнезата, статуса, данните от лабораторните и образните изследвания, типа на приложеното лечение, както и според извършената оперативна намеса, следоперативните морбидност и леталитет, хистологичната верификация, предоперативния и следоперативния болничен престой.

Качеството на живот на пациентите и наличието на рецидивна симптоматика са проследени чрез редовни контролни прегледи и попълване на стандартизиран въпросник GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index).

ИЗПОЛЗВАНИ МЕТОДИ:

1. Диагностични методи:
 - a. анамнеза и физикален преглед;
 - b. лабораторни изследвания, вкл. туморни маркери;
 - c. ултразвукова диагностика;
 - d. компютърна томография;
 - e. фиброколоноскопия;
 - f. контрастно рентгеново изследване (иригография);
 - g. обзорна рентгенография на корем;
 - h. рентгенография на гръден кош;
 - i. магнитно-резонансна томография;
 - j. диагностична лапароскопия.
2. Оперативни методи:
 - a. тънчочревна резекция с първично възстановяване на пасажа;
 - b. дивертикулектомия;
 - c. сатура в областта на перфорация на колона с извършване на проксимална протективна стома;
 - d. резекция на колона по Хартман;
 - e. дебелочревна резекция с извършване на първична анастомоза;
 - f. дебелочревна резекция с извършване на първична анастомоза и проксимална протективна стома;
 - g. комбинирани резекции на тънко и дебело черво;

Чревните анастомози рутинно в КОЧПХ се извършват на 2 етажа. Типът на анастомозиране (латеро-латерално, термино-терминално, латеро-терминално) се избира според интраоперативната находка при всеки конкретен случай. Обикновено се прилага латеро-латерална двуетажна анастомоза при оперативни намеси, извършвани в спешен порядък. Осъществяването на анастомоза с механичен ушивател обикновено се прилага при плановите резекции или при възстановяване на пасажа след ХР.

Извършването на протективна стома прилагаме в няколко варианта. В единия случай се осъществява проксимална двучевна стома – най-често трансверзостомия или илеостомия. Вторият вариант за отбремяване на пасажа, който се предпочита в практиката на КОЧПХ, е извършването на тръбна илеостомия тип Витцел. Последната обикновено се сваля след 12-ти следоперативен

ден. Предимството на описания метод пред прилагането на бистомиялна деривация е постигането на адекватна протекция на дебелочревната анастомоза при липса на необходимост от повторна оперативна намеса за възстановяване на пасажа.

h. при фистулизираща ДБ – резекция на засегнатата част от червото (ХР или с ПА), ексцизия на фистулата и сутура на пикочния мехур в случаите на коловезикална фистула;

i. възстановяване на пасажа след ХР с извършване на анастомоза с или без протективна стома;

j. лаваж на коремната кухина;

k. дренаж на коремната кухина.

3. Хистологични изследвания:

a. траен препарат от резецирания материал;

b. спешно хистологично изследване (гефрир) при съмнение за неопластичен процес.

4. Микробиологични изследвания:

a. перитонеален секрет – при наличие на перитонит;

b. ранев секрет – при супурация на оперативната рана;

c. секрет от дренажите – при съмнение за интраабдоминален абсцес;

d. урокултура – при дизурични оплаквания;

e. изследване на централен венозен катетър – при следоперативен фебрилитет;

f. хемокултура – при следоперативен фебрилитет.

5. Статистически методи – данните бяха обработени със статистическия пакет SPSS 19.0.1. Установените различия се считат за достоверни при ниво на статистическа значимост $p < 0,05$.

a. параметрични:

- Т-тест - за проверка на хипотези за различие между средните аритметични на две независими извадки;

- ANOVA – за проверка на хипотези за различие между средните аритметични на две независими извадки;

b. непараметрични:

- метод χ^2 и точен тест на Фишер - за проверка на хипотези за наличие на връзка между категориен променлив;

- метод на Mann-Witney - за проверка на хипотези за различие между две независими извадки;

- метод на Kolmogorov-Smirnov и метод на Shapiro-Wilk - за сравняване на натрупаните честоти и определяне съответствието на разпределението на емпиричните честоти при количествените признаци със закона за нормалното разпределение;

с. дескриптивни методи:

- вариационен анализ - за изчисляване оценките на централната тенденция и разсейване;

- честотен анализ;

- Крос табулация - за търсене на връзка между категорийни признаци;

d. регресионен анализ - за количествена оценка на влиянието на различни фактори.

6. Оценка качеството на живот на пациентите, подложени на планово оперативно лечение по повод ДБ на долния отдел на ГИТ, чрез попълване на стандартизиран въпросник, отговорите от който формират точков резултат – GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index). Включва 36 въпроса. Пациентите попълват въпросника предоперативно, след което при дехоспитализацията и при всеки следващ контролен преглед.

В Клиниката за обхванатия период 25 души са подложени на планова резекция на дебелото черво по повод ДБ. От тях 17 пациенти проследихме проспективно по отношение качество на живот. Оценката му се осъществи на базата на получения резултат при попълването на гореописания въпросник.

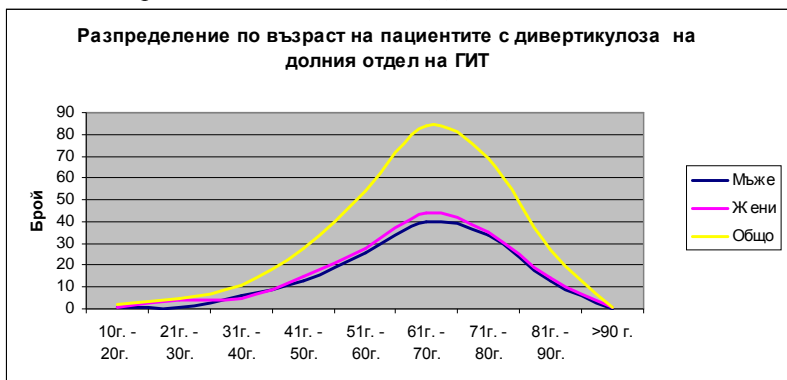
IV. СОБСТВЕНИ РЕЗУЛТАТИ

➤ ДЕМОГРАФСКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПАЦИЕНТИТЕ В ПРОУЧВАНЕТО

От хоспитализираните в Клиниката 281 пациенти с дивертикулоза на долния отдел на ГИТ 134 (47,69%) са мъже, а 147 (52,31%) – жени, което определя почти еднакво съотношение на половете (1:1,1). Пациентите са на възраст от 20 до 95 години при средна възраст в извадката 63,7г.

Направи се разпределение по възраст и пол на пациентите, включени в проучването (Фиг.№3). Както се вижда от кривата, най-засегнати са пациентите на възраст 51-80 години с пик между 61-70 години. Тази тенденция се запазва както в общата извадка, така и при разделяне на пациентите по пол. Кривите на последните две групи са много сходни като се забелязва почти пълно сливане над 70-годишна възраст.

Фиг.№ 3 Разпределение по възраст и пол на пациентите, хоспитализирани в КОЧПХ по повод ДБ на долния отдел на ГИТ

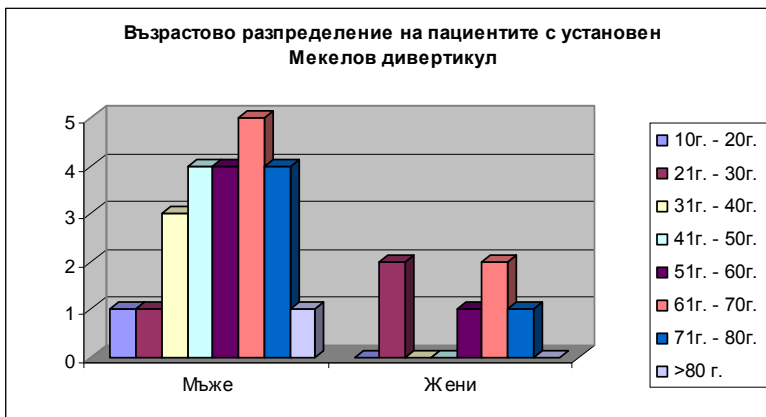


За да се установи има ли разлика във възрастовото и половото разпределение на пациентите според локализацията на засегнатия от дивертикулоза участък от ГИТ, се направи честотен анализ на посочените показатели. Описаното разделяне представлява интерес поради различията и особеностите в етиологията на формите на ДБ на долния отдел на ГИТ. Например

Мекеловият дивертикул е резултат от незакърняване на Ductus omphaloentericus, докато дивертикулозата на колона е мултифакторно обусловена, но голямо влияние оказва начинът на живот и хранене.

Пациентите, при които е установен Мекелов дивертикул, са 29. От тях 23 (79,31%) са мъже, а едва 6 (20,69%) са жени, което формира съотношение 3,8:1. Или Мекеловият дивертикул се среща почти 4 пъти по-често при мъжкия пол. Пациентите в проучването с Мекелов дивертикул са на възраст между 20 и 83 години. Възрастовото им разпределение, представено на Фиг. № 4, не отразява обективно разпределението по възраст на тази патология в общата популация. Това се дължи на факта, че в КОЧПХ по принцип се хоспитализират пациенти над 18 години.

Фиг. № 4 Разпределение по пол и по възраст на пациентите с Мекелов дивертикул



От друга страна, интерес представлява анализът на възрастта на пациентите с клинично проявен Мекелов дивертикул. Средната им възраст е представена на Табл. № 7.

Табл. № 7 Средна възраст на пациентите с клинично проявен Мекелов дивертикул

Наличие на симптоматичен Мекелов дивертикул			
	Мъже	Жени	Общо
Min възраст	24	26	24
Max възраст	70	69	70
Средна възраст	43,2	53	47,56

Средната възраст за проява на Мекеловия дивертикул в проучването е 47 години и 6 месеца. От таблицата се вижда, че тази патология при възрастни се манифестира около 10 години по-рано при мъжете в сравнение с жените, което е статистически значим резултат ($p=0,026$).

Пациентите с множествена дивертикулоза на тънкото черво, включени в изследването, са петима (4 жени и 1 мъж) на възраст между 53 и 84 години.

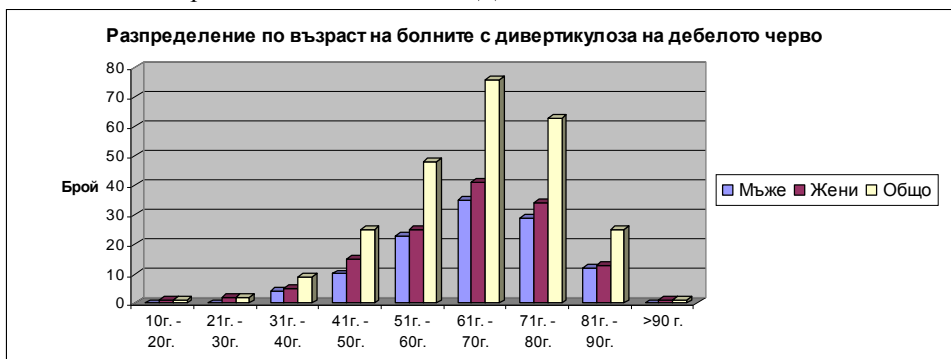
От проследените 281 пациенти с дивертикулоза на долния отдел на ГИТ тези със засягане на колона са най-многобройната група (250 души). От тях 113 (45,2%) са мъже, а 137 (54,8%) – жени. Наблюдава се лек превес на женския пол при съотношение мъже/жени 1: 1,2. Средната възраст на пациентите с ДБ на дебелото черво е представена на Табл. № 8.

Табл. №8 Средна, максимална и минимална възраст на пациентите с ДБ на колона

Наблюдавани пациенти с ДБ на дебелото черво			
	Мъже	Жени	Общо
Min възраст	33	20	20
Max възраст	87	95	95
Средна възраст	65,4	63,8	64,5

Направи се разпределение по възраст и пол на пациентите с ДБ на колона, хоспитализирани в КОЧПХ за периода 1999-2012 година. (Фиг. № 5). Както се вижда от кривата, най-засегнати са тези на възраст 51-80 години с пик на кривата 61-70 години.

Фиг. № 5 Разпределение по възраст и пол на пациентите, хоспитализирани в КОЧПХ по повод ДБ на колона

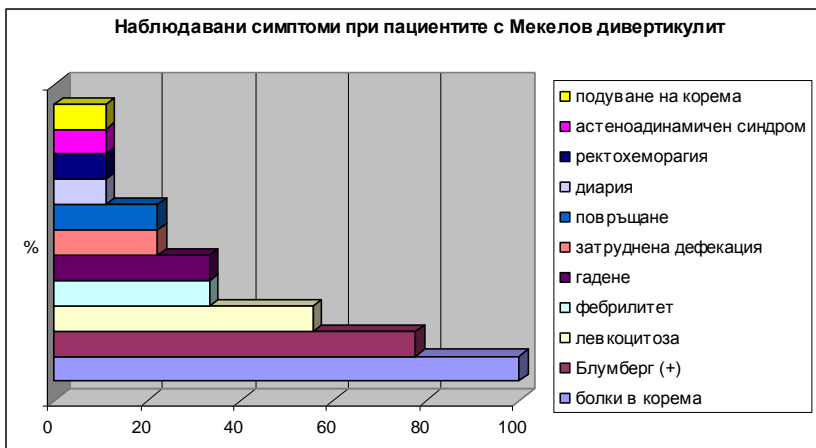


➤ АНАМНЕСТИЧНИ, ОБРАЗНО- И ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧНИ ДАННИ

Клиничната картина до голяма степен се определя от локализацията на процеса, както и от формата на протичане на заболяването – усложнена или неусложнена.

При 20 от пациентите Мекеловият дивертикул е случайна находка при лапаротомия по друг повод. Ето защо наличната при тези случаи симптоматика е проява на основното заболяване. При останалите 9 пациенти е установен Мекелов дивертикулит. Анамнестичните симптоми и синдроми, както и тези от физикалния преглед, наблюдавани при тези пациенти, са представени на фиг. №6. Както се вижда от фигурата, коремната болка се наблюдава при всички пациенти. Други често срещани симптоми, корелиращи с наличието на възпаление, са положителният симптом на Блумберг, фебрилитетът и левкоцитозата. Горнодиспептичен синдром и смущения в дефекацията се установяват между 22,2 и 33% от случаите. Ректохеморагия се наблюдава при един от проследените пациенти с Мекелов дивертикулит.

Фиг. № 6 Процентно разпределение на наблюдаваните оплаквания при пациентите с Мекелов дивертикулит



Проявените симптоми при пациентите с тънкочревна дивертикулоза са представени на Табл. № 9. От тях двама са с перфорация на тънкочревен дивертикул, един – с фистула, един – с илеусна симптоматика и един пациент е с множествена тънкочревна дивертикулоза с хронично протичане.

Табл. № 9 Наблюдавана симптоматика при пациентите с тънкочревна дивертикулоза

Симптоматика	Брой пациенти
подуване на корема	4
коремни болки	4
затруднена дефекация	4
гадене	2
повръщане	1
Блумберг (+)	2
изтичане на фекалии от отвърстие на предна коремна стена	1

Анамнестичните симптоми и синдроми, както и тези от физикалния преглед, разпределени според типа на проява на ДВ на колона, са представени на табл. № 10.

Табл. № 10 Процентно разпределение на наблюдаваните оплаквания според установената форма на ДВ на колона при проследените в КОЧПХ пациенти

Симптоми \ Вид проява	Перфорация	Фистула	Кървене	Остър дивертикулит	Илеус	Колит	Хронично протичане
подуване на корема (%)	33,3	40	28,57	48,15	83,3	83,3	43,45
болка в корема (%)	96,3	100	61,9	96,3	100	83,3	88,97
затруднена дефекация (%)	62,96	20	23,8	29,63	100	75	48,28
диспептични смущения (%)	55,56	20	4,76	37,04	66,67	33,3	24,14
Blumberg (+) (%)	96,3	0	0	0	0	0	0
температура (%)	48,15	20	0	77,78	0	0	0
диария (%)	11,1	0	19,04	25,93	0	25	9,66
ректохеморагия (%)	11,1	0	100	18,52	16,67	16,67	8,97
тенезми (%)	7,4	0	0	3,7	16,67	0	2,07
палпираща се формация (%)	7,4	0	0	11,1	0	0	0,69
астеноадинамичен синдром (%)	14,8	0	56,79	11,1	0	91,67	10,34
загуба на телесна маса (%)	11,1	0	9,53	14,81	0	16,67	13,1
изтичане на фекални от отвори на предна коремна стена/ фекалурия (%)	0	100	0	0	0	0	0
пневматурия (%)	0	60	0	0	0	0	0

Както се вижда от таблицата и кривата, болковата симптоматика се наблюдава при всички форми на протичане на ДВ на дебелото черво у проследените от нас пациенти – в 61,9% до 100%. Характерът на болката обаче се различава според проявата на заболяването. Обективен при проследените пациенти с остър дивертикулит, усложнен с перфорация, в 96,3% се установява наличие на перитонеално дразнене при палпация.

При проследените пациенти се оформят няколко симптомокомплекса в зависимост от формата на протичане на заболяването. При случаите на остър дивертикулит най-честите оплаквания са болка в корема (96,3%), фебрилитет (77,78%) и подуване на корема (48,15%), а по-рядно срещани са: затруднена дефекация (29,63%), диария (19,04%), горнодиспептични смущения (37,04%) и др. При пациентите с перфорация на дивертикул типични са болката в корема (96,3%), положителен симптом на Блумберг (96,3%), следвани от затруднена дефекация (62,96%),

горнодиспептични смущения (55,56%), фебрилитет (48,15%) и подуване на корема (33,3%).

При фистулизиращо заболяване установихме изтичане на фекални материи (при уриниране или от фистулен отвор на коремната стена) при 100% от пациентите, пневматурия (60%), тъпи болки в корема (100%) и подуване на корема (40%).

При илеусно състояние на базата на ДБ най-често наблюдаваните симптоми са болките в корема и затруднена дефекация (в 100% от случаите), подуването на корема (83,3%) и горнодиспептичните смущения (66,67%).

При кървене от дивертикул на дебелото черво при 100% от проследените се установява ректохеморагия, а подуване и слаби болки в корема се наблюдават съответно при 28,57% и 61,9%. В резултат от възникналия анемичен синдром често срещана при тази група пациенти е астенодинамията (56,79%).

При хроничното протичане на дебелочревната ДБ се установяват коликообразни болки в 88,79% от случаите, подуване на корема (43,45%). Смущенията в пасажа по-често се представят от констипация (48,28%) в сравнение с диарията (9,66%). В 24,14% от случаите пациентите съобщават за гадене с или без повръщане. Интерес представляват пациентите, съобщаващи за болка в долен ляв квадрант и констипация, без наличие на фебрилитет и левкоцитоза, с давност на симптомите над 3 месеца. Обикновено медикаментозната терапия при тях е била с временен или краткотраен ефект. Тези форми на протичане на ДБ класифицирахме като тлеещ дивертикулит.

При пациентите с Мекелов дивертикулит от приложените лабораторни изследвания са установени отклонения в стойностите на левкоцитите. При 55,56% от тях се наблюдава левкоцитоза. По отношение на останалите изследвани острофазови белтъци, CRP е повишен при 88,89% от случаите, а завишени стойности на фибриноген се откриват при един пациент с перфорация на Мекелов дивертикул.

От направените лабораторни изследвания при пациентите с тънчочревна дивертикулоза левкоцитоза е установена при 2-ма, при които е намерена перфорация на дивертикул. Анемичен синдром се установява при 2 пациенти – в лека степен (хемоглобин 100-119 g/L) при един болен с тънчочревна фистула на базата на ДБ, и средна (хемоглобин 80-99 g/L) – при един от пациентите с перфорация.

При пациентите с дебелочревна дивертикулоза от направените лабораторни изследвания се установиха следните отклонения: левкоцитоза – при 30 случая (12%), повишени стойности на CRP – при 42 души (16,8%), повишено СУЕ – 37 пациенти (14,8%), лекостепенна хипопротеинемия – 13 пациенти (5,2%). Анемичен синдром се наблюдава при 40,38% от случаите – лека степен (хемоглобин 100-119 g/L) – при 19,2% от пациентите; средна (хемоглобин 80-99 g/L) – при 16,1%, и тежка (хемоглобин под 80 g/L) – при 5,08 % от пациентите.

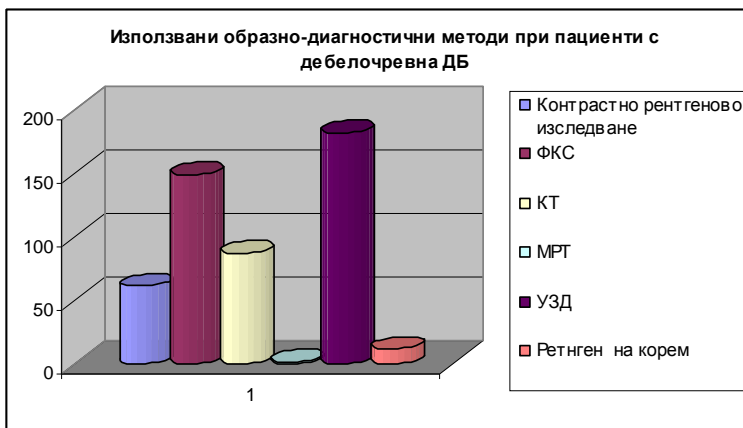
Предоперативната образна верификация при пациентите с Мекелов дивертикул е относително бедна. При 20 от проследените той е инцидентна интраоперативна находка. От останалите 9 случая при 7 пациенти предоперативно е подозиран остър апендицит. Само при 2 пациенти има ехографски и скенографски данни за формиране на абсцесна кухина или чуждо тяло, в следствие интраоперативно верифицирани като усложнен Мекелов дивертикулит.

По отношение на пациентите с тънкочревна дивертикулоза при двама заболяването е установено чрез КТ. При И.П.И., жена на 65-годишна възраст, хоспитализирана в КОЧПХ по повод субилеусна симптоматика и наличие на евентрационен дефект, направените ФКС и иригография не показват патология. Пациентката е подложена на оперативна намеса по повод наличната голяма евентрация, при което интраоперативно е намерен акретирани участък от тънкото черво с налични дивертикули. Извършена е резекция на засегнатия участък с възстановяване на пасажа с латеро-латерална анастомоза, пластика на предна коремна стена и съответно хистологично верифициране на ДБ.

При останалите 2-ма пациенти с тънкочревна дивертикулоза, включени в проучването, се касае за наличие на чревна перфорация, при които предоперативно е извършена рентгенография на корем с позитивирани на свободен газ в коремната кухина. Интраоперативно е установено, че перфорацията е резултат на усложнена тънкочревна дивертикулоза.

В диагностичния комплекс при дебелочревна ДБ са включени следните образни изследвания – иригография, ФКС, КТ, МРТ и УЗД на коремни органи, обзорна рентгенография на корем. Разпределението на използваните методи при пациентите с дебелочревна ДБ е представено на следващата фигура.

Фиг. № 9 Разпределение на използваните образно-диагностични методи при пациентите с дебелочревна ДБ



Както се вижда от фигурата, най-често използваните образни изследвания са ФКС, контрастното рентгеново изследване на колона и КТ. Поради своята достъпност, относително ниска цена, неинвазивност и липсата на лъчево натоварване ехографията влиза в съображение и за уточняване на заболяването в диференциално-диагностичен план. При остър дивертикулит методът е полезен, представяйки задебеляването на чревната стена и наличието на абсцесна кухина. КТ е полезен метод за установяване дивертикули както на тънкото, така и на дебелото черво. Установяват се задебеляване и възпалителни промени на чревната стена, формиране на абсцеси и фистули, наличие на свободна течност или газ в коремната кухина. Използвана е във всички случаи, при които се предполага остър дивертикулит. При отсъствие на остър възпалителен процес в по-голямата част от пациентите с ДБ на колона е проведена ФКС. Методът е подходящ за диагностика и проследяване на пациентите с тази патология, както и за диференциална диагноза на малигнени стриктури на червото. При пациентите, хоспитализирани в КОЧПХ по повод остър дивертикулит, след отшумяване на възпалението (4-6 седмици по-късно) е осъществена ФКС. Други често използвани образни изследвания са рентгенологичните. Обзорната рентгенография на корема е неселективен метод, но при наличие на хидроаерични нива

и свободен газ при усложнена форма на ДБ са индикация за хоспитализация и евентуална оперативна намеса в спешен порядък. Контрастните рентгенови изследвания (иригография, фистулография) са полезен и достъпен метод за визуализиране на дебелочревната ДБ, както и на някои от усложненията ѝ – чревна стриктура, фистула.

➤ **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧНИ ДАННИ**

• **ЛОКАЛИЗАЦИЯ НА ДИВЕРТИКУЛИТЕ ПО ПРОТЕЖЕНИЕ НА ДОЛНИЯ ОТДЕЛ НА ГИТ**

Локализацията на дивертикулите в рамките на долния отдел на ГИТ при проследените от нас пациенти е представена на Фиг. №13. Данните се базират на резултатите от образните изследвания и интраоперативната находка. От представените данни става ясно, че най-честата локализация на ДБ е дебелото черво – 88% от пациентите в изследваната от нас серия.

Фиг. №13 Разпределение на пациентите според локализацията на установените дивертикули

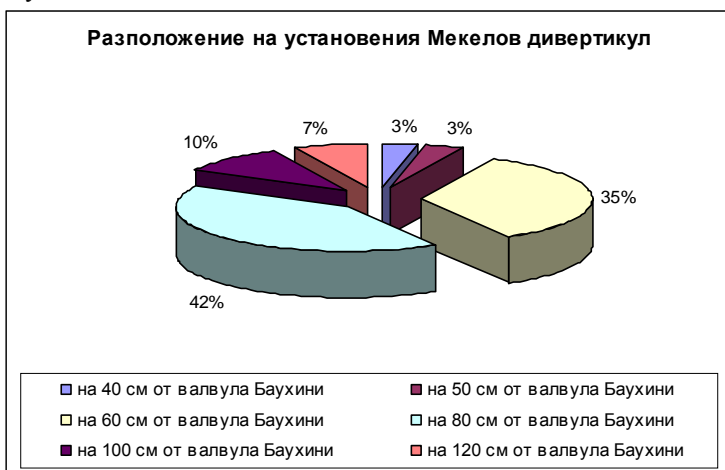


При по-детайлно разпределение се установява, че най-често срещани са дивертикулите на левия колон - пациентите със засягане единствено на сигма и колон десценденс са 187. (Табл.№11) Дивертикули по хода на цялото дебело черво са намерени при 27 пациенти.

Табл. № 11 Разпределение на пациентите според локализацията на дивертикулите по хода на долния отдел на ГИТ

Локализация на установените дивертикули	Брой	%
Сигма	92	32,74
сигма и колон десценденс	95	33,81
сигма, к.десценденс, к.трансверзум	8	2,85
сигма, к.десценденс, к.асценденс	2	0,71
сигма и колон трансверзум	1	0,36
колон десценденс	10	3,56
к.десценденс, к.трансверзум	1	0,36
к.десценденс, к.трансверзум, к.асценденс	1	0,36
колон трансверзум	4	1,42
колон асценденс	3	1,07
Цекум	2	0,71
цекум и колон асценденс	1	0,36
по хода на целия колон	27	9,61
сигма и Мекелов дивертикул	2	0,71
к.асценденс и Мекелов дивертикул	1	0,36
т.черво, вкл. Мекелови дивертикули	31	11,03
Общо	281	100

Фиг.№14 Разположение на Мекеловия дивертикул спрямо валвула Баухини



По отношение на пациентите с Мекелов дивертикул се направи разпределение според отстоянието му от Баухиниевата клапа. Резултатите са представени на Фиг. № 14. Става ясно, че най-често тази патология се установява между 60 и 80 см проксимално от валвула Баухини – при 77% от пациентите.

• **ТИПОВЕ КЛИНИЧНА ПРОЯВА НА ДБ НА ДОЛНИЯ ОТДЕЛ НА ГИТ И ХИСТОМОРФОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА**

Проследените от нас пациенти бяха разделени според типа на проява на заболяването (Табл. №12). Тя се определя на базата на описаните анамнестични, физикални, лабораторни и образно-диагностични данни, както и според интраоперативната находка и последващите хистологични резултати при оперираните пациенти.

Табл. № 12 Видове проява на ДБ на долния отдел на ГИТ

Проява на ДБ	Брой пациенти
Инцидентен Мекелов дивертикул	20
Мекелов дивертикулит (катарално до флегмонозно възпаление)	8
Мекелов дивертикулит - перфорация с формиране на абсцес	1
Симптоматично протичаща неусложнена ДБ на дебелото черво/ хронично протичане/тлеещ дивертикулит	109
Симптоматично протичаща неусложнена ДБ на тънкото черво	1
Остър неусложнен дивертикулит	82
Перфорация на дебелочревен дивертикул	31
Перфорация на тънкочревен дивертикул	2
Кървене при дебелочревна дивертикулоза	21
Илеус при дебелочревна дивертикулоза	2
Илеус при тънкочревна дивертикулоза	1
Фистула на базата на дебелочревна дивертикулоза	5
Фистула на базата на тънкочревна дивертикулоза	1
Субилеус	4
Колит	12
Нео процес на колона на фона на дивертикулоза	3
Общо*	303

Прави впечатление по-големият общ брой на пациентите, представени в таблицата. Това се дължи на факта, че част от проследените от нас са хоспитализирани повече от един път в КОЧПХ поради рецидивирание на острите епизоди на заболяването. От друга страна при 3 от пациентите е установена както усложнена форма на дивертикулоза на колона, така и Мекелов дивертикул като инцидентна находка.

В проучването са включени и 3 пациенти с установен неопластичен процес на колона, при които е извършена разширена чревна резекция поради наличната дивертикулозна болест.

Хистологично диагнозата е потвърдена при 110 пациенти, от които 98 са оперирани. При останалите 12 е взета биопсия при ендоскопското изследване, при която се установяват налични възпалителни промени в лигавицата само на обхванатия от дивертикули чревен сегмент – колит, асоцииран с дивертикулоза. Хистологично промените варират от неспецифични възпалителни промени до наличие на плазмоцелуларно и еозинофилно натрупване в lamina propria, нарушена архитектура на криптите и натрупване на неутрофили в тях и др. Понякога картината е трудно да бъде отграничена от тази при улцерозен колит.

Установените хистологични промени при пациентите с Мекелов дивертикул са представени на следващата таблица.

Табл. №13 Хистоморфологични промени, установени при пациентите с Мекелов дивертикул, които са подложени на оперативно лечение

Хистоморфологични промени	Клинично проявен Мекелов дивертикул	Инцидентен Мекелов дивертикул
Наличие на катарално възпаление	5	-
Наличие на флегмонозно възпаление	3	-
Наличие на гангренозно възпаление с перфорация	1	-
Наличие на ектопична тъкан	4	7

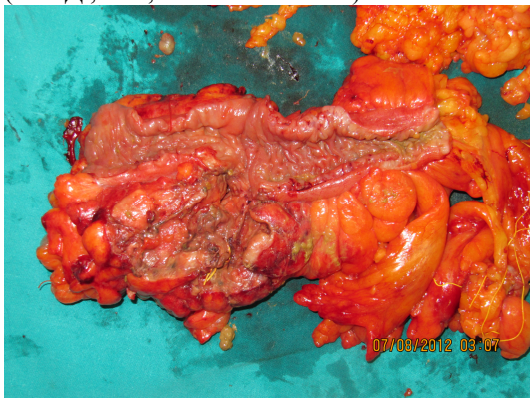
Както се вижда от Табл. №16, сред оперираните с Мекелов дивертикулит се наблюдава лек превес на катаралните форми на възпаление (5 случая) пред тези с деструктивен процес. Повод за пристъпването към оперативна намеса е била наличната клинична картина и съмнение за остър апендицит.

Интерес представляват 11 пациенти с установен Мекелов дивертикул, при които е намерена ектопична тъкан в него. Хистологично тя е представена от жлези, характерни за стомашната мукоза.

По отношение на дебелочревната ДБ, усложнена с перфорация, при 3-ма е установен фекулентен перитонит, при 23-ма пациенти – тотален пурулентен перитонит, а при 5 случая – наличие на локален пурулентен перитонит (сформиран интраабдоминален абсцес, ограничен от чревни бримки и коремната стена). От проследените 31 случая на перфорация при 28 от тях тя е в областта на левия колон, а едва при 2-ма пациенти е засегнат колон асценденс и цекум, а при един болен – колон трансверзум. Хистологично промените съответстват на дивертикулоза на дебелото черво с дивертикулит, перфорация и ангажиране на перитонеума с фибринозен перитонит, наличие на перивазални хронични остри възпалителни инфилтрати и кръвоизливи в оментума.

Като пример за интраоперативна находка при перфорация на дебелочревен дивертикул представяме случая на Х.Н.Д., 63г., ИЗ 20167/2012 г. При пациента е установен пурулентен перитонит, следствие от руптура на хронична мезоколична абсцесна кухина на базата на перфорация на дивертикул (Фиг. №15). Поради установената находка, както и поради септичното състояние на пациента е взето решение за резекция на колона по Хартман.

Фиг. №15 Находка при случай с перфоративен дивертикулит, руптура на хронична абсцесна кухина и пурулентен перитонит (Х.Н.Д., 63г., ИЗ 20167/2012 г.)



Перфорация на тънкочревен дивертикул с тотален перитонит е установена при 2 случая.

Фистулизиращо заболяване е установено при 6 пациенти – коловезикална фистула (в 3 случая), колокутанейна фистула (при 2 пациенти) и илеокутанейна фистула при 1 пациент.

Кървене от дебелочревен дивертикул е установено при 21 пациенти като само в един случай консервативната терапия е била неуспешна и е пристъпено към оперативна намеса. Хистологично в засегнатите дивертикули липсват белези на възпаление.

Илеусно състояние на базата на ДБ, налагащо хирургична намеса, е наблюдавано при 3 пациенти – двама с дебелочревна дивертикулоза и един с тънкочревна. Механичният стоп на пасажа е резултат разрастване на фиброзна тъкан и образуване на структури в следствие на прекарани чести остри атаки на заболяването.

Интерес представляват планоно оперираните пациенти с дебелочревна дивертикулоза – 25 души. При всички случаи хистологично се установява оток и лимфоцитна инфилтрация в lamina propria на мукозата, оток и хиперемия в субмукозата, като при 17 от пациентите (68%) възпалителните промени са позизирани („тлеещ дивертикулит“). При 13 от оперираните планоно по повод ДБ (52%) са идентифицирани микроскопски неравномерен хипертрофичен ръст на собствения мускулен слой и хипоганглиоза или дегенеративни промени в невроганглийните плексуси на 2-те

нива, което обяснява и една от най-честите прояви на заболяването – обстипацията.

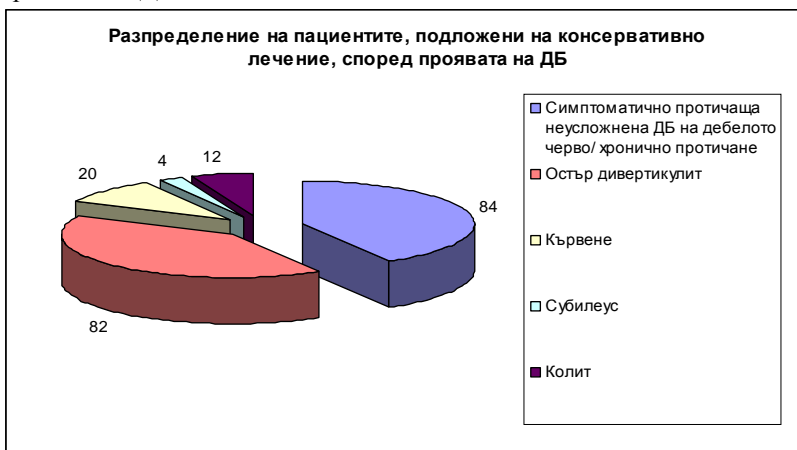
При анализиране на придружаващата патология на пациентите с ДБ, включени в проучването, се установяват някои зависимости. Интерес представлява наличието на хиатална херния, разширени вени, хемороиди и хернии на предна коремна стена, тъй като тези заболявания, както ДБ, са свързани със слабост на съединителната тъкан. При 22-ма пациенти с ДБ е установена и хиатална херния. Тринадесет души са оперирани в миналото по повод хернии на предна коремна стена, а при 5-ма е диагностицирана ингвинална херния при хоспитализацията в Клиниката по повод ДБ. При 98,22% от проследните пациенти с дивертикулоза на долния отдел на ГИТ са установени хемороиди. Типичната триада на Saint (дебелочревна дивертикулоза, холелитиаза и хиатална херния) е диагностицирана при 7 случая.

Както става ясно от представените данни, проявите на ДБ са много разнообразни. Нито една от публикуваните до момента класификации на заболяването не обхваща това многообразие, което ги прави неприложими и съответно не бяха използвани при настоящото проучване. Това наложи последващо анализиране и обработка на данни за изграждане и прецизиране на нова класификационна система, според която стадият да служи като критерий при определяне на терапевтичния алгоритъм и като прогностичен фактор.

➤ КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ, ПРИЛОЖЕНО ПРИ ПАЦИЕНТИТЕ С ДБ, ВКЛЮЧЕНИ В ПРОУЧВАНЕТО

Пациентите, подложени на медикаментозно лечение в КОЧПХ, са разпределени според типа на проява на ДБ (Фиг. №16). Общият брой на пациентите, представен на фигурата, е 202, което се дължи на неколкочестото хоспитализиране на някои от тях поради рецидив на оплакванията. Големият брой на хоспитализираните пациенти със симптоматично протичаща неусложнена форма на заболяването (84 души) е резултат от сходната клинична картина с колоректалния рак, което налага изключване на последния.

Фиг. №16 Разпределение на лекуваните консервативно според проявата на ДБ



Консервативната терапия при пациентите с остър дивертикулит, хоспитализирани в КОЧПХ за периода 1999-2012г., включва преминаване на течна диета, инфузия на водно-солеви и въглехидратни разтвори, спазмолитици, пробиотици и антибиотично лечение. Стандартно използваме комбинация от цефалоспорин III генерация и Метронидазол (при 84,15% от случаите). Монотерапия с цефалоспорин III генерация е приложена при 13 пациенти (15,85%). Подобрене е отчетено в рамките на първите 3 дни. При нито един от хоспитализираните ехографски или скенографски не е установен мезо/периколичен абсцес с размер над 3 см, позволяващ перкутанно дрениране. Не сме наблюдавали прогресия на заболяването въпреки медикаментозната терапия, което да налага преминаване към оперативно лечение.

От проследените 21 случая с кървене от дивертикули на долния отдел на ГИТ, при 20 (95,24%) усложнението е овладяно консервативно чрез ограничаване на пероралния прием на храна, инфузия на водно-солеви и въглехидратни разтвори, плазмозаместители и кръвоспиращи медикаменти в оптимални дози. Хемотрансфузия се е наложила при 11 пациенти (55%). ФКС е извършена при всички от представената серия като в 4 от случаите тя е и терапевтичен способ чрез инжектиране на адреналин локално.

По повод на субилеусни явления в КОЧПХ са приети 4 пациенти с ДБ. След приложената консервативна терапия –

поставяне на назогастрична сонда, очистителни клизми, инфузия на водно-солеви и въглехидратни р-ри, спазмолитици и антибиотици, както и корекция на електролитен баланс и алкално-киселинно равновесие, оплакванията на пациентите отшумяват.

При установен сегментен колит при наличие на дивертикули на дебелото черво (12 пациенти) започваме с инфузионна спазмолитична и антибиотична терапия. След дехоспитализацията в рамките на 1 месец е приложено перорално лечение с Месалазин 1,5 г дневно, разделени в три приема. За период на проследяване от 18 месеца при 10 от дванадесетте пациенти (83,33%) не е наблюдаван рецидив на симптоматиката.

➤ ОПЕРАТИВНИ НАМЕСИ И РАНЕН СЛЕДОПЕРАТИВЕН ПЕРИОД

Към хирургична намеса е пристъпено при 98 пациенти с ДБ на долния отдел на ГИТ, включени в проучването. Планова оперативна интервенция е осъществена при 25 души с дебелочревна дивертикулоза, при един болен с тънкочревни дивертикули, а при 20 е установен Мекелов дивертикул като инцидентна находка. При останалите 52 пациенти се наблюдават усложнени форми на ДБ на долния отдел на ГИТ, които налагат хирургична намеса.

Разпределението по типове на всички извършени оперативни намеси по повод ДБ (планово или в спешен порядък) е представено на Табл. №14.

Табл. №14 Хирургични намеси, извършени в КОЧПХ по повод ДБ

Оперативна намеса	Брой
Лява хемиколектомия	22
Резекция на сигма	19
Резекция на колона по Хартман	14
Резекция на колон трансверзум	2
Дясна хемиколектомия	6
Субтотална колектомия	2
Сутура на дебело черво с проксимална стома	3
Резекция на Мекелов дивертикул (дивертикулектомия)	21
Резекция на тънко черво	13
Общо*	102

* общият брой намеси е по-голям от броя на оперираните пациенти поради релапаротомия при 1 от тях, а при 3-ма е налице дебелочревна ДБ и Мекелов дивертикул

• ХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ТЪНКОЧРЕВНА ДИВЕРТИКУЛОЗА, ВКЛ. МЕКЕЛОВИ ДИВЕРТИКУЛИ

Разпределението на пациентите според проявата на тънкочревната дивертикулоза и съответно извършените оперативни намеси са представени на Табл. №15. В условията на спешност 2 пациенти са оперирани по повод перфорация на тънкочревен дивертикул и наличен тотален перитонит. Извършена е резекция на засегнатия от дивертикули участък с първично възстановяване на пассажа с двуетажна латеро-латерална анастомоза и последващ лаваж и дренаж на коремната кухина. При втория случай е изведена проксимално тръбна йеюностома за декомпресия на ГИТ. При 1 случай са касае за тънкочревни бримки, акретирани в херниалния сак на евентрационен дефект. При извършения дебридман са установени множество дивертикули в засегнатия участък. Поради тази находка и фиброзните изменения в либерирания чревен сегмент е взето решение за извършване на резекция с последваща латеро-латерална ентéroентеростомия и пластика на предна коремна стена.

В проучването е включен и един случай с тънкочревна фистула към предна коремна стена, възникнала на базата на ДБ. Интраоперативно се установи участък от илеума с наличие на дивертикули с р-ри около 0,8 см, плътно прилепнали към предна коремна стена. Един от тях довежда до покрити перфорация с последващ фистулен ход в областта, където перитонеумът е задебелен, околните тъкани са силно променени от възпалителния процес, в който е придърпан и оментума. По повод тънкочревна дивертикулоза плано̀во е опериран един пациент. Причина за пристъпване към хирургична намеса е синдромът на малабсорбция, неповлияващ се от консервативната терапия. Пациентът съобщава за прогресивно отслабване на тегло, диарични изхождания, болки и подуване на корема. Интраоперативно се установяват множество дивертикули с диаметър около 2 см и с изтънени стени, разположени един до друг в мезентериума на тънкото черво на протежение около един метър,

Табл.№15 Хирургични намеси според проявата на тънкочревната ДБ

Проява на тънкочревна дивертикулозна болест	Оперативна намеса	Брой
Перфорация	Resectio int.tenuae.Lavage.Drainage	1
	Resectio int.tenuae.Lavage.Drainage.Jejunostomia	1
Фистула	Resectio int. tenuae. Excisio fistulae.	1
Субилеус. Евентрация	Res.int.tenuae. Plastica panetis abdominis cum Mesh	1
Дивертикулоза и долихоколон	Resectio int.tenuae. Hemicolectomia sin.	1
Общо		5

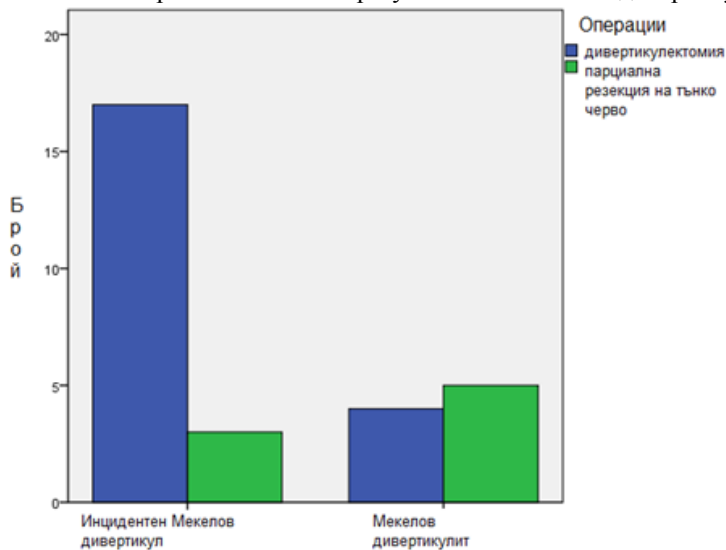
Хирургичните намеси, извършени по повод установен Мекелов дивертикул – с или без проявени усложнения, са представени на следващата таблица. (Табл. №16, Фиг. №18)

Табл. №16 Оперативни намеси, приложени при установен Мекелов дивертикул

Проява	Оперативна намеса		Парциална резекция на т.черво	%	Общо
	Дивертикулектомия	%			
Клинично проявен Мекелов дивертикул	4	44.44	5	55.56	9
Инцидентна находка	17	85.00	3*	15	20
Общо	21	72.41	8	27.59	29

* в рамките на дясна хемиколектомия (разширена по отношение на т. черво)

Фиг. №18 Оперативни намеси при установен Мекелов дивертикул



При инцидентна находка преобладава прилагането на дивертикулектомия, докато при симптоматичните случаи се наблюдава превес на осъществяването на парциални тънкочревни резекции като резултатът е статистически значим (Pearson Chi-Square = 5,11, $p=0,024$). (Табл. №17) Това се дължи на факта, че критерий за избора на оперативна интервенция, в частност тънкочревна резекция, е основно наличната промяна в тъканите, особено в основата на дивертикула – степен на възпаление и установяване на палпаторна туморна маса (ектопична тъкан). Друг важен критерий е големината на самия дивертикул, особено в основата му, и местоположението му спрямо мезото на червото. Ако дивертикулът стои на широка основа и е в близост или обхваща частта на червото в областта на мезентериума, е по-удачно извършването на резекция. В случай че основата на дивертикула не надвишава 1/3 от лумена на червото и е възможна надлъжната му ексцизия с напречно възстановяване е показана дивертикулектомията като по-малко травматична и избягва анастомозата в близост до валвула Баухини.

При анализ на пациентите в извадката става ясно, че при тези, подложени на дивертикулектомия, средната дължина на Мекеловия дивертикул е 4,95 см. В случаите, при които е взето решение за тънкочревна резекция, размерът на дивертикула е по-голям – 5,88 см, но разликата не е статистически значима ($p=0,281$).

Табл. №17 Резултати от статистическата обработка, показващи, че тънкочревната резекция се предпочита при Мекелов дивертикулит

Chi-Square test

	Стойност	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.110	1	.024		
Continuity Correction	3.282	1	.070		
Likelihood Ratio	4.888	1	.027		
Fisher's Exact Test				.067	.037
Linear-by-Linear Association	4.934	1	.026		
Брой случаи	29				

• ХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ДБ НА ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО

Оперативните намеси, извършени в КОЧПХ, по повод ДБ на дебелото черво са представени на Табл. № 18.

Табл. №18 Разпределение на типовете извършени операции според проявата на дебелочревна дивертикулозна болест

Проява на дебелочревна дивертикулозна болест	Оперативна намеса	Брой
Перфорация на дебелочревен дивертикул	Resectio sigmae	3
	Resectio sigmae. Trasversostomia	1
	Resectio sigmae.Ileostomia	2
	Resectio sigmae. Diverticulectomia Meckeli	1
	Resectio colonis a.m.Hartmann	12
	Hemicolectomia sin.	3
	Hemicolectomia sin. Trasversostomia	1
	Hemicolectomia sin. Ileostomia	3
	Hemicolectomia dex.	1
	Hemicolectomia dex.Ileostomia	1
Resectio colonis transversi.Ileostomia	1	
Sutura sigmae.Ileostomia	3	
Кървене от дебелочревен дивертикул	Hemicolectomia dex.	1
Илеус	Resectio sigmae. Ileostomia	1
	Hemicolectomia dex.	1
Стеркорална фистула	Resectio sigmae. Excisio fistulae	1
	Resectio colonis transversi.Excisio fistulae.	1
Коловезикална фистула	Resectio colonis a.m. Hartmann. Excisio fistulae. Sutura v.urinariae	2
	Resectio sigmae. Excisio fistulae. Sutura v.urinariae	1
Дивертикулоза (планова оперативна намеса)	Hemicolectomia dex.	1
	Resectio sigmae	9
	Hemicolectomia sin.	14
	Colectomia subtotalis	1
Нео процес на колона на фона на дивертикулоза	Hemicolectomia sin. Appendectomia. Omentectomia	1
	Hemicolectomia dex. Omentectomia. Resectio et sutura diverticulus sigmae	1
	Colectomia subtotalis. Omentectomia. Cholecystectomy.	1
Общо*		68

* общият брой намеси е по-голям от броя на оперираните пациенти поради наложила се релапаротомия при един от тях

Най-честото усложнение на дебелочревната дивертикулозна болест е перфорацията на дивертикул. Ето защо броят на оперативните намеси, извършени по този повод, е най-голям. Хирургичните методи, прилагани при тази патология в КОЧПХ, могат да се обобщят до 4 групи – резекция с първична анастомоза, резекция с ПА и проксимална стома, резекция на колона по Хартман и икономична резекция в областта на перфорацията с последваща сутура и проксимална стома. Последната техника е приложена само при 3-ма пациенти, тъй като при нея не се отстранява ангажирания с дивертикули чревен сегмент и се прилага при силно увредени пациенти, обикновено с фекулентен перитонит с цел намаляване на оперативната травма.

Резекция по Хартман е осъществена при 12 пациенти като до 2008г. в проведеното изследване се прилага като златен стандарт в оперативното лечение на перфоративните дивертикулити. Техниката е приложена при един болен с фекулентен перитонит, 10 пациенти с тотален пурулентен перитонит и при един случай с локален перитонит. Обикновено резекцията по Хартман сравнително рядко се прилага при II стадий по Hinchey, но понякога клиничната картина и дори макроскопската интраоперативна находка имитират неопластичен процес поради тежките възпалителни промени. Такъв е случаят на П.Д.М., ИЗ 29121/ 2012г. Интраоперативната находка представлява голяма туморна формация с дм 8-9 см, с плътно-еластична консистенция, разположена в малкия таз, с произход най-вероятно от левия яйчник, инфилтрираща пикочния мехур, левия уретер, сигмата и левите илеачни съдове като се установяват множество увеличени лимфни възли по хода на *A.Mesenterica inferior*. Поради описаната макроскопска картина е взето решение за извършване на резекция по Хартман и лява овариектомия. При хистологичното верифициране се установяват тежки възпалителни промени, стенозиране на сигмата, локален перитонит с оформяне на абсцеси в резултат на перфорация на дивертикул на колон сигмоидеум.

Резекция на колона с първична анастомоза е приложена е при 8 пациенти. При 4 от тях се касае за покрита перфорация с локален перитонит. В останалите 4 случая се наблюдава покрита перфорация с пурулентен перитонит (стадий III по Hinchey). Тази оперативна техника е предприета поради липсата на сериозни придружаващи заболявания и отклонения в лабораторните показатели при тези пациенти, както и поради възрастта им (20г.,

28г., 47г. и 58г.). Като основно показание за извършването ѝ е възможността да се екстраперитонизира т.е. резекцията на левия колон да се последва от трансверзоректостомия, която е екстраперитонизирана в тазовото дъно след съответния екстраперитонеален дренаж.

Резекция на колона с извършване на първична анастомоза и проксимална протективна стома е осъществена при 9 пациенти, всички от които са с пурулентен перитонит на базата на перфорация на дивертикул (стадий III по Hinchey). При двама души е осъществена двущевна трансверзостома. При останалите 7 случая е приложена тръбна илеостомия тип Витцел като техниката се прилага масово за протекция на анастомозата след 2008г. Предимството при използването ѝ е постигането на протекция на анастомозата като не се налага последващо възстановяване на пасаж. Илеостомата се сваля след 12-ти СОД.

Повторно хоспитализирани за реституция на пасаж са 7 от 14-те проследени пациенти с изведена стома (протективна или при ХР) по повод перфорация на дебелочревен дивертикул. Шест от тях са след резекция на колона по Хартман, а при един е възстановен пасажът след извеждане на двущевна трансверзостома след резекция на колона и първична анастомоза. Времето между операцията в спешен порядък и реституцията в проследената серия варира между 2 и 8 месеца.

По повод кървене от дебелочревни дивертикули, разположени в областта на цекума, е опериран един пациент. Тъй като консервативната кръвоспираща и заместителна терапия е неуспешна, е пристъпено към дясна хемиколектомия.

Поради наличие на фистулизиращо заболяване на базата на дебелочревна дивертикулоза са оперирани 5-ма пациенти. При двама се касае за фистула към предна коремна стена. В единия случай изхожда от дивертикул на сигмата, а в другия – локализацията на процеса е в областта на колон трансверзум. При 3-ма се касае за коловезикална фистула, изхождаща от колон сигмоидеум. При всички пациенти е извършена ексцизия на фистулата и сутура на пикочния мехур. По отношение на поведението спрямо дебелото черво в два от случаите е извършена резекция на сигмата по Хартман, а в един – сигмоидектомия с първична анастомоза. Реституция при първите двама пациенти е осъществена съответно 3 и 4 месеца след първата операция.

Двама пациенти са хоспитализирани в КОЧПХ по повод илеусно състояние на базата на дебелочревна ДБ. И в двата случая е извършена резекция на ангажирания от дивертикули чревен участък с първично възстановяване на пассажа. При единия пациент е осъществена дясна хемиколектомия, а при другия – резекция на сигмата и проксимална протективна илеостома тип Витцел.

Както вече беше споменато, в проучването са включени 3-ма пациенти с неопластичен процес на колона. Причина за причисляването им към изследването е необходимостта от разширяване на обема на резецирания дебелочревен сегмент поради наличие и на дебелочревна дивертикулоза. Това се налага от една страна поради риск от инсуфициенция на анастомозата при извършването ѝ в място, засегнато от дивертикули, а от друга страна – за да се предотвратят последващи усложнения от страна на ДБ. При единия от оперираните пациенти се касае за туморна формация, разположена на прехода сигма/ ректум и съпътстваща дивертикулоза на левия колон. Извършена е лява хемиколектомия с цел отстраняване и на двата процеса в чисти граници. При втория случай е установен неопластичен процес на Flexura Ilenalis на фона на налична малротация и умерена дилатация на десния колон и наличие на множество дивертикули по последния. Поради описаната находка е взето решение за извършване на субтотална колектомия. При третия пациент е намерен тумор, разположен в проксималната трета на колон трансверзум, както и солитарен голям дивертикул с наличие на стерколит в лумена, разположен в областта на сигмата. Осъществена е разширена дясна хемиколектомия и дивертикулектомия.

Планово оперирани по повод хронично протичаща ДБ или чести рецидиви на остри епизоди са 25 пациенти. В зависимост от локализацията са извършени съответно една дясна хемиколектомия, една субтотална колектомия, 9 резекции на сигма и 14 леви хемиколектомии. Съществен момент в оперативната техника е съхраняването на A.Mesenterica inferior поради доброкачествения характер на заболяването и постигането на подобри функционални резултати. При резекция на левия колон от изключително значение е отстраняването на цялото сигмоидно черво с цел превенция на рецидив, както и възможността наложената анастомоза с ректум да бъде екстраперитонизирана. Индикациите за пристъпване към оперативна намеса в тези случаи

са подробно описани в раздела „Проследяване на пациентите с дивертикулозна болест”.

➤ СЛЕДОПЕРАТИВНИ РЕЗУЛТАТИ

В ранния следоперативен период се развиха усложнения при 18 (18,37%) от оперираните пациенти с дивертикулозна болест. Според характера им ги разделяме на две групи – нехирургични и хирургични (таблица № 19 и 20). Броят на типовете усложнения е по-голям от броя на пациентите, развили такива, поради факта, че в някои случаи са наблюдавани повече от едно усложнение. Отделно анализирахме усложненията, възникнали при първичната оперативна намеса (при 16 пациенти), и тези, развили се в периоперативния период при повторната интервенция за възстановяване на пасажа при приложен 2-етапен подход (при 2 случая).

Табл. №19 Наблюдавани хирургични усложнения при пациентите, оперирани в КОЧПХ по повод дивертикулозна болест, при първата операция и при повторна намеса за възстановяване на пасажа

Хирургични усложнения	Брой
Супурация/ Сером на раната	6
Дехисценция на раната	1
Кървене от ГИТ	2
Кървене (от оперативна рана)	1
Интраабдоминален абсцес	1
Протрахиран фебрилитет	1
Гастропареза с дилатация на стомаха	1
Общо	13
Хирургични усложнения при реституция на пасажа	Брой
Супурация на оперативната рана	1
Анастомозит	1
Общо	2

Както се вижда от Табл. № 19, най-честите хирургични усложнения са тези от страна на оперативната рана и кървенето от ГИТ. Наличието на такова разпределение на следоперативната морбидност е обяснимо, тъй като в по-големия процент се касае за извършване на оперативна намеса в спешен порядък в условия на перитонит и сепсис. При по-голяма част от пациентите усложненията са овладени консервативно. **При нито един пациент,**

при който е извършена първична анастомоза, не е наблюдавана инсуфициенция на анастомозата.

Табл. №20 Наблюдавани нехирургични усложнения при пациентите, оперирани в КОЧПХ по повод дивертикулозна болест

Нехирургични усложнения	Брой
Белодробна тромбемболия	2
Пневмония	2
Белодробен застои	1
Остър инфаркт на миокарда	1
Остър коронарен синдром без ST елевация	2
Сърдечно-съдова недостатъчност, ритъмни нарушения	1
Психоза	1
Полиорганна недостатъчност	1
Общо	11

Пациентите, развили следоперативни усложнения, са анализирани по отношение на причината за оперативната намеса. При 4-ма се касае за планова оперативна интервенция по повод хронично протичаща дебелочревна дивертикулоза. Постоперативната морбидност е най-честа сред пациентите с перфорация на дебелочревен дивертикул – наблюдава се при 7 от тях. Усложнения са установени още при операции по повод перфорация на тънкочревен дивертикул (1 пациент), фистула на базата на тънкочревна дивертикулоза (1 пациент), фистула, изхождаща от дебелочревен дивертикул (1 пациент), кървене от дебелочревен дивертикул (1 пациент), илеус на фона на тънкочревна дивертикулоза (1 пациент). При двама души са наблюдавани усложнения след хирургична намеса за възстановяване на пасажа.

В резултат на появилите се усложнения се наложиха 3 релапаротомии (3,03%), разделени по причини в Табл. №21. При всички случаи се касае за оперативни намеси по повод дебелочревна дивертикулоза – 2 случая с перфорация и един – с кървене.

Табл. №21 Причини за извършване на релапаротомии при оперираните в КОЧПХ пациенти с дивертикулозна болест

Причина за реоперация	Брой
Междугъначни абсцеси	1
Анастомозит (след реституция на пасажа)	1
Дехисценция на оперативната рана	1
Общо	3

Наблюдаваната ранна следоперативна смъртност е 7,14%, като тя е свързана предимно с нехирургични усложнения. По-голямата част от починалите пациенти са силно увредени, в сепсис на базата на тотален пурулентен или фекулентен перитонит. Разпределението на починалите според причината за оперативна намеса е представена на таблица №22.

Табл. №22 Разпределение на починалите пациенти, оперирани в КОЧПХ по повод ДБ, според причините за хирургична намеса

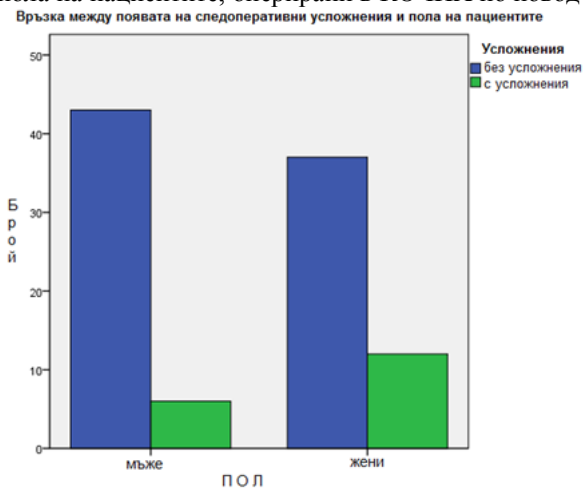
Леталитет при оперираните пациенти по повод ДБ		
Проява на дивертикулозната болест	Брой	%
Перфорация на дебелочревен дивертикул. Дифузен перитонит	5	5.10
Перфорация на тънкочревен дивертикул. Дифузен перитонит	1	1.02
Глеещ дивертикулит - имунокомпроментиран пациент	1	1.02
Общо	7	7.14

За да се установят факторите, влияещи на резултатите в ранния следоперативен период, са анализирани редица показатели. Целта е въз основа на получените резултати да се прецизира изборът на оперативна техника, което да доведе до намаляване на следоперативните усложнения и леталитет. Установява се, че статистически значим фактор за развитие на следоперативни усложнения е наличието на левкоцитоза ($p=0,039$). Според същия анализ стойностите на хемоглобина и възрастта не са

сигнификантни по отношение ранните следоперативни резултати. Във връзка с тези данни се анализира и наличието на придружаващата патология на пациентите. От получените резултати става ясно, че определящо за развитието на ранни следоперативни усложнения е именно наличието на съществени съпътстващи заболявания (артериална хипертония, захарен диабет, мозъчно-съдова болест) – $p=0,014$, а не възрастта. Други значими предиктори за развитие на постоперативни усложнения са извършването на хемотрансфузии периоперативно ($p=0,027$) и наличието на хипопротеинемия ($p=0,001$).

Ранните следоперативни резултати се анализираха и по отношение на пола. Постоперативни усложнения са наблюдавани по-често при жените, но въпреки това резултатът не е статистически значим ($p=0,118$).

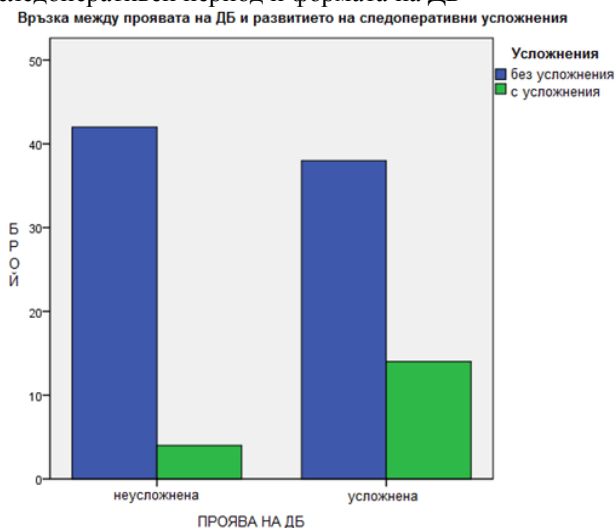
Фиг. № 20 Връзка между появата на следоперативни усложнения и пола на пациентите, оперирани в КОЧПХ по повод ДБ



Тъй като клиничните прояви на дивертикулозната болест са много разнообразни, се направи анализ за наличие на връзка между развитието на ранни следоперативни усложнения и точната диагноза на пациентите в извадката. От една страна, случаите бяха разделени по отношение на усложнена или неусложнена форма на ДБ. Тъй като перфорацията на дивертикул на долния отдел на ГИТ е най-честото усложнение сред оперираните в КОЧПХ по повод ДБ,

пациентите допълнително се разделиха на 2 групи – случаи на перфорация и други. По първия показател се установи статистическа значимост поради факта, че при случаите с усложнена ДБ се наблюдават значително по-често следоперативни усложнения. Резултатите от направения анализ са представени на Табл. №24 и Фиг. №21.

Фиг. №21 Връзка между появата на усложнения в ранния следоперативен период и формата на ДБ



От представените данни става ясно, че броят на развилите следоперативно усложнения пациенти е по-голям в групата на случаите с усложнена форма на заболяването. Това е обяснимо и с факта, че при повечето от тях оперативната намеса се налага да бъде извършена по спешност, без да е възможно осъществяването на оптимална предоперативна подготовка на пациентите. В групата на неусложнените случаи постоперативна морбидност е наблюдавана при едва 8,7% от тях, докато в групата на усложнените форми на заболяването този процент съответства на 26,9%.

Табл. №24 Връзка между проявата на ДБ (усложнена или неусложнена) и развитието на усложнения в ранния следоперативен период

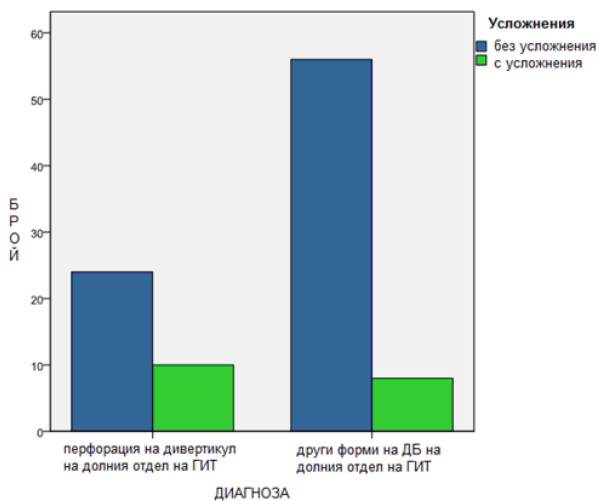
Проява на ДБ * Усложнения Кростабулация					
			Усложнения		Общо
			Без усложнения	С усложнения	
Проява на ДБ	неусложнена	Брой	42	4	46
		%	91.3%	8.7%	100.0%
	усложнена	Брой	38	14	52
		%	73.1%	26.9%	100.0%
Общо		Брой	80	18	98
		%	81.6%	18.4%	100.0%
Chi-Square тест					
	Стойност	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.408	1	.020		
Continuity Correction	4.261	1	.039		
Likelihood Ratio	5.716	1	.017		
Fisher's Exact Test				.035	.018
Linear-by-Linear Association	5.353	1	.021		
Брой случаи	98				

Наличието на перфоративен дивертикулит е значим прогностичен фактор за развитие на следоперативни усложнения, в това число и ранен следоперативен леталитет. От една страна, това е свързано с увреденото общо състояние на пациентите и развитието на сепсис поради наличието на перитонит, а от друга – възстановяването на интестиналния пасаж след приложен 2-етапен подход корелира с допълнителна възможност за усложнения. От 34 пациенти с перфорация на дивертикул на долния отдел на ГИТ 10 (29,4%) са развили усложнения в ранния следоперативен период. В другата група пациенти (64 на брой) постоперативна морбидност е наблюдавана при едва 8 (12,5%) от тях. Резултатите от анализа са представени на Табл. №25 и Фиг. №22.

Табл. №25 Връзка между появата на усложнения в ранния следоперативен период и типа на проява на ДБ

			Усложнения		Общо
			Без усложнения	С усложнения	
Диагноза	Перфорация	Брой	24	10	34
		%	70.6%	29.4%	100.0%
	Други	Брой	56	8	64
		%	87.5%	12.5%	100.0%
Общо		Брой	80	18	98
		%	81.6%	18.4%	100.0%
Chi-Square тест					
	Стойност	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.235	1	.040		
Continuity Correction	3.183	1	.074		
Likelihood Ratio	4.055	1	.044		
Fisher's Exact Test				.05	.039
Linear-by-Linear Association	4.192	1	.041		
Брой случаи		98			

Фиг. №22 Сравнение между пациентите с перфорация на дивертикул и останалите оперирани по повод ДБ по отношение на следоперативните усложнения



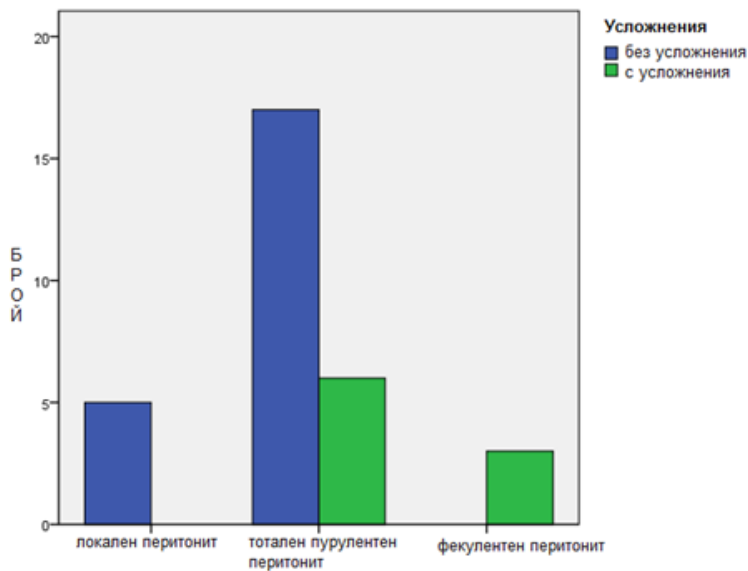
Пациентите с перфорация на дивертикул на дебелото черво допълнително са разделени на групи според типа на установения перитонит – локален, тотален пурулентен или фекулентен. Очаквано, при направения анализ се установява, че с разпространение на процеса рискът за развитие на следоперативни усложнения, включително летален изход в ранния следоперативен период, значимо се увеличава. Резултатите са илюстрирани на Табл. №26,27 и Фиг. №23,24.

Табл. №26 Сравнение на пациентите с перфоративни дивертикулити според степента на развития перитонит и появилите се следоперативно усложнения

Табл. №26 Вид перитонит на базата на перфорация на дивертикул * Усложнения
Кростабулация

			Усложнения		Общо
			Без усложнения	С усложнения	
Диагноза	Локален перитонит	Брой	5	0	5
		%	100.0%	.0%	100.0%
	Тотален пурулентен перитонит	Брой	17	6	23
		%	73.9%	26.1%	100.0%
	Фекулентен перитонит	Брой	0	3	3
		%	.0%	100.0%	100.0%
Общо		Брой	22	9	31
		%	71.0%	29.0%	100.0%
Chi-Square тест					
		Стойност	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square		9.476 ^a	2	.009	
Likelihood Ratio		10.949	2	.004	
Linear-by-Linear Association		7.651	1	.006	
Брой случаи		31			

Фиг. №23 Анализ на базата на вида перитонит, следствие от перфорацията на дебелочревен дивертикул, и развитите следоперативни усложнения



Във връзка с избора на най-подходяща хирургична намеса в условията на спешност по повод перфорация на дебелочревен дивертикул са сравнени видовете използвани методи по отношение на появата на следоперативни усложнения и ранен леталитет (Табл.№28 и Фиг. № 25).

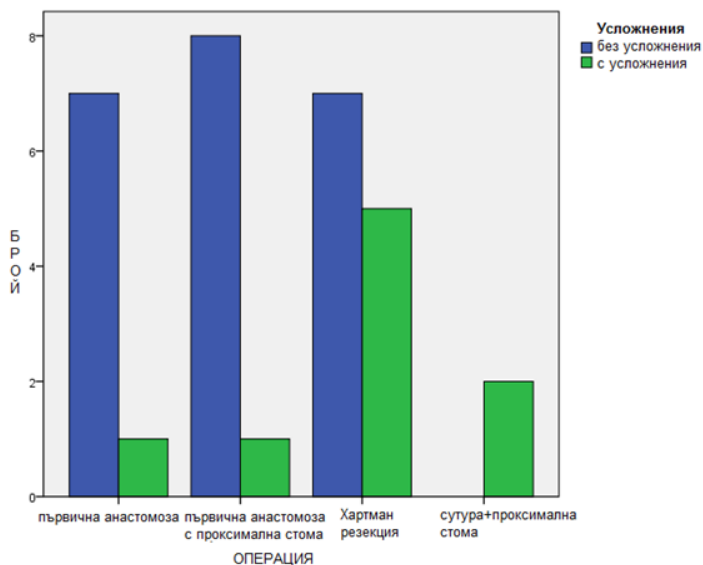
Табл. №28 Резултати от приложените Крос табулация и Chi-Square тест за сравнение между типа на осъществената хирургична намеса и появата на усложнения в ранния следоперативен период

Оперативна намеса при перфорация на дебелочревен дивертикул* Усложнения

			Усложнения		Общо	
			Без усложнения	С усложнения		
Операция	Първична анастомоза	Брой	7	1	8	
		%	87.5%	12.5%	100.0%	
	Първична анастомоза+проксимална стома	Брой	8	1	9	
		%	88.9%	11.1%	100.0%	
	Хартман резекция	Брой	7	5	12	
		%	58.3%	41.7%	100.0%	
	Сутура+ проксимална стома	Брой	0	2	2	
		%	.0%	100.0%	100.0%	
	Общо		Брой	22	9	31
			%	71.0%	29.0%	100.0%
Chi-Square тест						
	Стойност	df	Asymp. Sig. (2-sided)			
Pearson Chi-Square	8.283	3	.041			
Likelihood Ratio	8.743	3	.033			
Linear-by-Linear Association	5.837	1	.016			
Брой случаи		31				

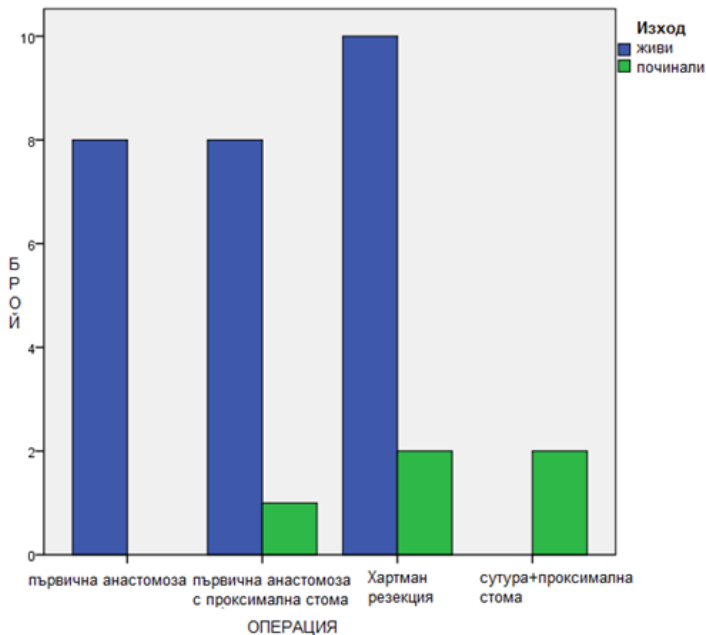
От таблица №28 се вижда, че при извършване на сутура с проксимална стома процентът на случаите с проявени усложнения е най-висок и тази разлика е статистически значима ($p=0,041$). Този резултат е лесно обясним с факта, че в КОЧПХ този подход се прилага единствено при пациентите с тотален перитонит, обикновено фекулентен, в силно увредено общо състояние и тежка придружаваща паталогия. Най-нисък е процентът на усложнения при прилагане на резекция с първично възстановяване на пасажа и проксимална стома (11,1%).

Фиг. №25 Сравнение на типовете оперативни намеси по отношение поява на ранни следоперативни усложнения



Анализът по отношение на ранната следоперативна смъртност показва сходни резултати ($p=0,007$). (Фиг. №26) Отново най-често се е стигнало до летален изход при пациентите, при които е приложена сутура с проксимална стома. Разликата в разпределението на техниките по последния показател е, че прилагането на резекция с първична анастомоза е без смъртен изход. Този резултат корелира и с факта, че последният метод се прилага при пациенти без съществена придружаваща патология и обикновено при локален перитонит на базата на перфорация на дебелочревен дивертикул.

Фиг. №26 Сравнение на типовете оперативни намеси по повод перфорация на дебелочревен дивертикул по отношение на ранния следоперативен леталитет



Затова, за да бъде статистически достоверно проучването, анализът за избор на оперативна техника по отношение на поява на следоперативни усложнения се извърши селективно според степента на развилия се перитонит. Интерес представлява хирургичната тактика при пациентите с остър дивертикулит в стадий III по Hinchey (23 на брой). Резултатите от направения анализ са представени на Табл. №29.

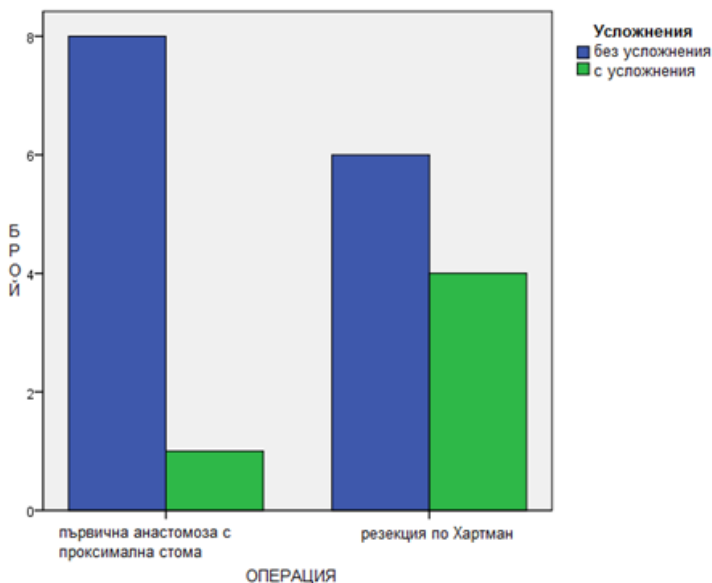
Табл. №29 Сравнение на оперативните техники, прилагани при пациенти с остър дивертикулит в стадий III по Hinchey, по отношение появата на следоперативни усложнения

Операция * Усложнения Кростабулация

			Усложнения		Общо
			Без усложнения	С усложнения	
Операция	Първична анастомоза	Брой	3	1	4
		%	75.0%	25.0%	100.0%
	Първична анастомоза с проксимална стома	Брой	8	1	9
		%	88.9%	11.1%	100.0%
	Хартман резекция	Брой	6	4	10
		%	60.0%	40.0%	100.0%
Общо		Брой	17	6	23
		%	73.9%	26.1%	100.0%

От таблицата се вижда, че най-нисък процент на усложнения е наблюдаван при пациентите с първично извършена анастомоза с протективна стома. Броят на пациентите с първично възстановяване на пасажа, без проксимална протекция, е твърде малък, поради което статистическата обработка не би могла да бъде точна. Затова основно сравнението е извършено между случаите с резекция по Хартман и тези с първична анастомоза и проксимална стома. (Фиг. №27) След изолирано изследване на двете групи по отношение на следоперативната морбидност се установява, че разликата между тях е статистически значима ($p=0,05$). Представените данни показват, че **извършването на резекция с първична анастомоза и проксимална протективна стома е метод на избор, тъй като не води до повишаване на ранните следоперативни морталитет и морбидитет.**

Фиг. №27 Сравнение на резекцията по Хартман и първична анастомоза с проксимална стома, прилагани при пациенти с остър дивертикулит в стадий III по Hinchey, по отношение появата на следоперативни усложнения



Техниката на протективна проксимална стома е приложена при проследените пациенти в 2 варианта – извършване на двучевна трансверзостома и тръбна илеостома тип Витцел. Последните, приложени при пациентите в стадий III по Hinchey, се сравниха по отношение на следоперативната морбидност. От направения анализ се установява, че процентът на усложнения е по-нисък при осъществяване на илеостомия, което я прави сигурен метод на избор. (Табл. №30)

Табл. №30 Сравнение между типове използвана протективна стома според появилите следоперативни усложнения

Табл. №30 Проксимална стома* Усложнения Кростабулация					
			Усложнения		Общо
			Без усложнения	С усложнения	
Проксимална стома	трансверзостомия	Брой	1	1	2
		%	50.0%	50.0%	100.0%
	илеостомия	Брой	7	0	7
		%	100.0%	.0%	100.0%
Общо		Брой	8	1	9
		%	88.9%	11.1%	100.0%
Chi-Square тест					
	Стойност	df	Asymp. Sig. (2-sided)		
Pearson Chi-Square	3.938	1	.047		
Continuity Correction	.502	1	.479		
Likelihood Ratio	3.506	1	.061		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3.500	1	.061		
Брой случаи	9				

➤ **БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ.**

Средният болничен престой на оперираните пациенти с ДБ на долния отдел на ГИТ е 14,9 дни в интервала между 3 и 37 дни, като средният предоперативен престой е 3,51 дни, а следоперативният – 11,42 дни. Тъй като ДБ на долния отдел на ГИТ включва множество разнообразни прояви, се отделиха случаите с перфорация на дивертикул поради спешния характер на този тип усложнения. Средният болничен престой на тези пациенти е 14,77 дни. **При сравняване на болничния следоперативен престой на пациентите, подложени на Хартман резекция и първична анастомоза с проксимална стома, не се установява сигнификантна разлика (p=0,37).**

➤ ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ С ДЕБЕЛОЧРЕВНА ДИВЕРТИКУЛОЗА И ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО ИМ НА ЖИВОТ.

През 2008г. започна проспективно проучване върху пациентите с дебелочревна дивертикулоза, включващо както медикаментозно лекуваните, така и оперираните. Проследяването се осъществи както чрез регулярни контролни прегледи, независимо от наличието на оплаквания, така и при последващите хоспитализации поради рецидивирание на оплакванията или поради поява на усложнения на заболяването. Оценено беше качеството на живот на пациентите в периодите на ремисия, по време на симптоматичните епизоди, както и след хирургичната намеса (ако е осъществена такава). Чрез попълване на въпросника (GIQLI) от всеки пациент се получава индивидуален точков резултат, който може да варира минимално до 0 точки, а максимално до 144.

Тринадесет от пациентите, които са подложени на консервативно лечение в КОЧПХ, са хоспитализирани повече от един път поради рецидивирание на оплакванията. Трикратно са приети в Клиниката 4 души, а двукратно – 9 пациенти. Периодът между хоспитализациите варира между 2 и 16 месеца. По време на ремисиите резултатите на проследените значимо се повишават ($p=0,26$), което определя и подобряване в качеството на живот.

За изследвания 5-годишен период само при един болен, при който в КОЧПХ е диагностицирана дебелочревната дивертикулоза и е третиран консервативно, при последваща атака е установена перфорация, поради която пациентът е опериран. При анализиране на анамнестичните данни от всички 31 пациенти, оперирани по повод перфорация на дебелочревен дивертикул, едва 2-ма (6,45%) са предходно диагностицирани по отношение на ДБ. При всички останали перфорацията е първа изява и повод за установяване на заболяването.

Във връзка с избора на оптимална стратегия в лечението на пациентите с перфорация на дебелочревен дивертикул се сравниха пациентите, подложени на Хартман резекция, и тези, при които е осъществена първична анастомоза. Очаквано, резултатите на първата група са значително по-ниски от тези на втората ($p=0,007$), като най-голяма разлика се отчита по отношение на въпросите, свързани с емоционалното състояние и стабилност на пациентите.

Интерес представляват планово оперираните пациенти по повод неусложнена ДБ. Проследени по отношение на качеството им на живот предоперативно и съответно след операцията са 17 души. Оценката е осъществена отново чрез попълване на валидиран въпросник GIQLI предоперативно, в деня на дехоспитализацията и при контролните прегледи, провеждащи се на всеки 3 месеца в рамките на 12-месечен период на проследяване.

Индикациите за пристъпване към планова оперативна намеса по повод ДБ в практиката на КОЧПХ са индивидуализирани. Все пак можем да обобщим, че хирургична интервенция предлагаме на пациента при персистиране на симптоматиката на фона на консервативна терапия повече от 3 месеца. При голяма част от пациентите основният симптом, който води до понижаване в резултатите им по отношение качество на живот, е тежкият обстипационен симдром, който обикновено с времето се засилва, а ефектът на лаксативните средства намалява. На второ място са коликообразните болки, чиято поява често е свързана именно със затруднената дефекация.

Към хирургична намеса пристъпваме и след 3-4 остри епизода на неусложнен остър дивертикулит. По този критерий стратегията ни не е абсолютизирана, т.е. решението за пристъпване към хирургично лечение се съобразява и с тежестта на острите атаки, наличието на придружаващи заболявания, общото състояние на пациента, така че в някои случаи операцията се извършва след първия или втория остър епизод. Стандартно, тя се осъществява 4-8 седмици след острата атака на заболяването.

Базирайки се на възприетите от нас показания за извършване на планова хирургична намеса, в КОЧПХ за периода 1999-2012г. са оперирани 25 пациенти с дебелочревна дивертикулозна болест. Седемнадесет от тях, хоспитализирани в Клиниката между 2008 и 2012г., са проследени и анализирани проспективно по отношение на качеството им на живот предоперативно и след хирургичната интервенция. Средният предоперативен GIQLI резултат на пациентите, включени в изследването, е 97,41 като варира при отделните случаи между 89 и 110. При второто попълване на въпросника (в деня на дехоспитализацията) се отчита подобрение в показателите, въпреки че разликата е само с една единица (GIQLI=98,47), но все пак е статистически значима ($p=0,000$). Този факт е лесно обясним с оперативната травма и индивидуалните особености при възстановяването в ранния следоперативен период.

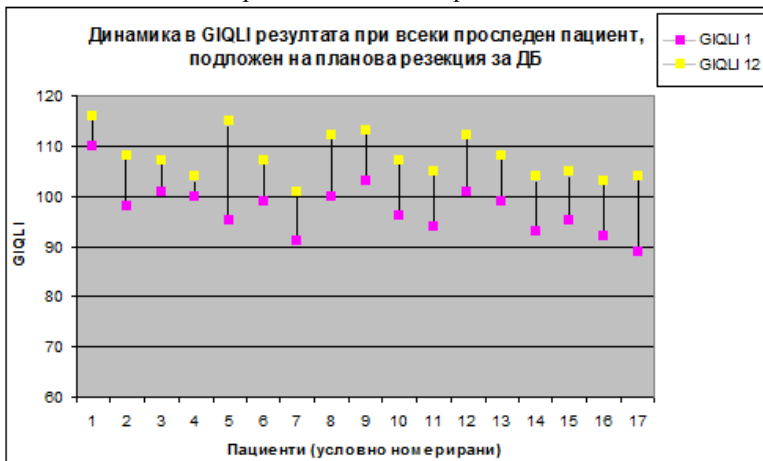
На 3-ия месец средната стойност на GIQLI е 107,94 ($p=0,000$). При всички пациенти се отчита повишаване в качеството на живот като при 13 от тях индексът е по-висок с около 10 единици. При едногодишното проследяване се запазва високият среден GIQLI индекс ($p=0,482$). (Табл. №31) При по-голямата част от случаите няма съществена динамика в състоянието. Единствено при 2 пациенти се отчита понижаване в стойността на индекса поради рецидивирание на оплакванията, макар и субективно в по-слаба форма. При контролното ендоскопско изследване не се установява наличие на рецидив на дивертикулозата. На базата на направените изследвания се прецени, че се касае за подлежащ синдром на раздразненото черво.

Табл. №31 Резултати от анализа на стойността на GIQLI на проследените пациенти (*GIQLI1 = предоперативен резултат; GIQLI2 = резултат при дехоспитализацията; GIQLI3 = резултат на 3-ия месец; GIQLI12 = резултат на 12-ия месец*)

Статистически анализ на двойки променливи									
		Средна	Брой	Ст. отклонение	Ст.грешка				
Двойка 1	GIQLI1	97.41	17	5.124		1.243			
	GIQLI2	98.47	17	5.363		1.301			
Двойка 2	GIQLI1	97.41	17	5.124		1.243			
	GIQLI3	107.94	17	4.841		1.174			
Двойка 3	GIQLI3	107.94	17	4.841		1.174			
	GIQLI12	107.71	17	4.413		1.070			
Paired Samples Test									
		Разлики в двойките				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Средна	Ст.отклонение	Ст.грешка	95% доверителен интервал на разликата				
					Лява граница				Дясна граница
GIQLI1 - GIQLI2		-1.059	.827	.201	-1.484	-.634	-5.279	16	.000
GIQLI1 - GIQLI3		-10.529	3.145	.763	-12.146	-8.913	-13.805	16	.000
GIQLI3 - GIQLI12		.235	1.348	.327	-.458	.928	.720	16	.482

Динамиката в GIQLI резултата на всеки един от проследените пациенти е представен на следващата фигура. За по-добро графично представяне пациентите бяха условно номерирани.

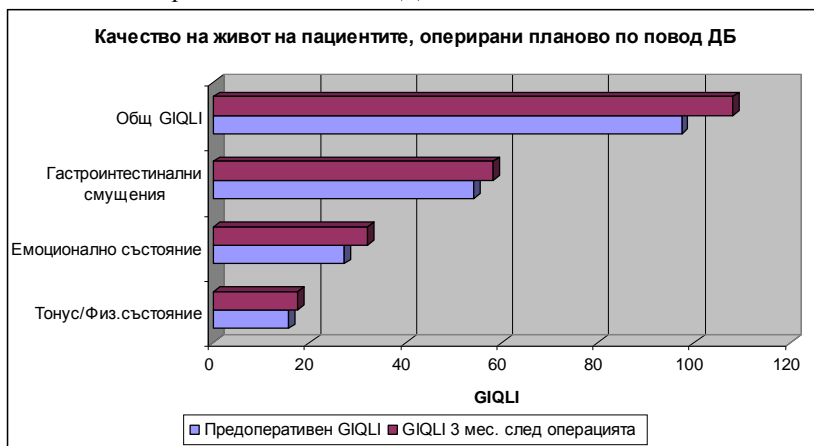
Фиг. №29 Разлика между предоперативните стойности на GIQLI и тези на 12-ия месец при всеки един от проследените пациенти



Резултатите от попълването на въпросника се разделиха по няколко критерия – физическо състояние/ тонус, емоционално състояние, наличие на гастроинтестинални оплаквания. Както вече споменахме, общият GIQLI варира между 0 и 144 точки. Колкото стойността на индекса е по-висока, толкова пациентът се чувства по-добре, а оплакванията са по-слабо проявени или липсват. Съответно в трите категории, описани по-горе, възможните резултати са в следните граници: физическо състояние/ тонус (0-24 точки), емоционално състояние (0-40 точки), наличие на гастроинтестинални оплаквания (0-80 точки).

При сравняване на качеството на живот предоперативно и на 3-ия месец в отделните категории се забелязва, че най-голяма промяна се отчита в емоционалното състояние на пациентите, което корелира със значително подобрение на показателите по отношение на гастроинтестиналните оплаквания. Динамиката в описаните критерии за оценка качеството на живот е представена на Фиг. №30.

Фиг. №30 Оценка качеството на живот на пациентите, подложени на планово оперативно лечение на ДБ



V. ОБСЪЖДАНЕ

Дивертикулозата на долния отдел на ГИТ включва появата на дивертикули на тънкото черво, включително Мекелови, и на колона. Последните са изключително често срещани в развитите страни. Поради високата си честота, както и поради значителните финансови средства, изразходвани годишно за лечението ѝ, ДБ на дебелото черво се нарежда на пето място сред най-значимите гастроинтестинални заболявания в световен мащаб. Въпреки че едва 20-30% от пациентите развиват усложнена форма на болестта, перфорацията на дивертикул е най-честата причина за смърт сред доброкачествените хирургични заболявания след руптурата на аневризма на абдоминалната аорта. Представените данни показват **социалната значимост на заболяването.**

По литературни данни съществуват съществени различия по отношение на честотата на дебелочревната ДБ при анализ според географската област, пола, възрастта и расовата принадлежност. За европейската раса, към която принадлежи и населението в България, е характерно засягане предимно на левия колон (90-99% от случаите), без значима предилекция между половете и нарастване честотата на заболяването с напредване на възрастта –

над 70% при хората над 85 години. Тези закономерности се потвърждават и от проведеното от нас проучване, обхващащо 113 (45,2%) мъже и 137 (54,8%) жени в съотношение 1: 1,2. Най-засегнати са пациентите на възраст 51-80 години с пик 61-70 години.

Интерес представляват пациентите с установен Мекелов дивертикул, включени в проучването – 29 на брой. От тях 23 (79,31%) са мъже, а едва 6 (20,69%) са жени т.е. **Мекеловият дивертикул се среща почти 4 пъти по-често при мъжкия пол**, което отговаря на литературните данни. По принцип аномалията се открива по-често в детска възраст, но възрастовото разпределение (между 20 и 83 години) на пациентите в нашето изследване, не отразява обективно разпределението по възраст на патологията в общата популация. Това се дължи на факта, че в КОЧПХ се хоспитализират пациенти над 18 години. Друга впечатляваща зависимост, установена от материала на настоящото проучване, е, че **Мекеловият дивертикул при възрастни се изявява клинично с около 10 години по-рано при мъжете в сравнение с жените**, което е статистически значим резултат ($p=0,026$). Според нашия материал Мекеловите дивертикули обикновено са разположени на 60-80 см от Баухиниевата клапа.

Тънкочревните дивертикули са относително редки. По данни от световната литература честотата им варира между 0,5-2,3%. Това обяснява, че въпреки големия период на проведеното от изследване (13 години) в КОЧПХ са оперирани едва 5 пациенти с тази патология – 4 жени и 1 мъж.

При анализ на пациентите в проследената от нас серия по отношение на локализация на дивертикулите в рамките на долния отдел на ГИТ се установява, че **най-често те се откриват в дебелото черво – при 88% от случаите**. Както вече беше споменато, **най-засегнат е левият колон**. Представените резултати напълно съответстват на литературните данни.

Клиничната проява на дивертикулозата на долния отдел на ГИТ варира от асимптомно протичане до заболяване с потенциално летални усложнения. Оплакванията, физикалната находка, както и типа на прилаганите образно-диагностични методи се различават и зависят от формите на ДБ, които са много разнообразни. Обобщено, симптоматичната дивертикулоза на долния отдел на ГИТ включва неусложнена проява на заболяването, най-често с хронично-рецидивиращ ход, и усложнени форми, изразяващи се в: остър

дивертикулит, формиране на абсцеси, перфорация с локален, тотален пурулентен или фекулентен перитонит, фистула, илеус на базата на стриктура или възпалителни адхезии, кървене и др.

Наблюдаваните симптоми и тяхната честота при проследените от нас пациенти са в унисон с представените в литературата данни. Тъй като тънкочревната дивертикулоза, включително Мекеловите дивертикули, са редки, установените резултати от нашето проучване по отношение на анамнезата и физикалния преглед има предимно дескриптивен характер. Най-често срещаният симптом е коремната болка, следвана от положителния симптом на Блумберг, фебрилитета и левкоцитозата. По-редки са горнодиспептичният синдром, затруднената дефекация и ректохеморагията. От пациентите с тънкочревна дивертикулоза двама са с перфорация, един – с фистула, един – с илеусна симптоматика и един болен е с множествена тънкочревна дивертикулоза с хронично протичане.

При пациентите с дебелочревна дивертикулоза най-широко представени са следните симптоми: коремна болка, предимно в долен ляв квадрант (61,9%-100%), подуване на корема (33,3%-48,15%) и затруднена дефекация (20%-62,96%). По-редки са горнодиспептичните оплаквания (4,76%-66,67%), фебрилитетът, ректохеморагията, изтичането на фекални материи от отворстие на предна коремна стена или per vaginam, пневмо- и фекалурия (при фистулозна форма на заболяването). Посочените оплаквания са различно представени и комбинирани по честота според различните прояви на заболяването, подробно представени в раздела „АНАМНЕСТИЧНИ, ЛАБОРАТОРНИ И ОБРАЗНО-ДИАГНОСТИЧНИ ДАННИ”. Установените от нас резултати са съпоставими с представените в литературата данни. От гледна точка на диференциалната диагноза и последващото най-оптимално лечение интерес представляват 2 наскоро описани в литературата форми на дебелочревната дивертикулоза. При едната пациентите съобщават за болка в долен ляв квадрант и констипация, без наличие на фебрилитет и левкоцитоза, с давност на симптомите над 3 месеца. Обикновено медикаментозната терапия при тях е била с временен или краткотраен ефект. Тези форми на протичане на ДБ класифицирахме като тлесщ дивертикулит след хистологична верификация и планова оперативна интервенция. Подобни оплаквания, но с по-малка давност и хронично-рецидивиращ ход на заболяването, са установени при пациентите с колит в областта на

дебелото черво с налична дивертикулоза. Възпалителните промени са доказани хистологично чрез биопсия, взета при ендоскопското изследване. За разлика от първата група пациенти, тези със сегметен колит се повлияват много добре от консервативната терапия.

Резултатите от параклиничните изследвания при всички форми на заболяването в проследената от нас серия са неспецифични. Отклонения от нормата се наблюдават предимно при усложнена ДБ. Най-често са представени от левкоцитоза, повишени стойности на CRP и СУЕ при наличие на възпалителен процес, хипопротеинемия и проявен в различна степен анемичен синдром – при хеморагия, септично състояние и др.

По отношение на образната диагностика най-често използваните изследвания в нашето проучване са ФКС, контрастното рентгеново изследване на колона и КТ. При по-голямата част от пациентите е приложена и ехография като обикновено се използва като допълнителен метод към гореописаните. Поради своята достъпност, относително ниска цена, неинвазивност и липсата на лъчево натоварване влиза в съображение и за уточняване на заболяването в диференциално-диагностичен план. Изборът на образно-диагностичен метод е от съществено значение както за диагностиката на ДБ, така и за разграничаване на отделните ѝ прояви. Установената находка до голяма степен предопределя и терапевтичното поведение и планирането на оперативната намеса при необходимост от такава. Преди навлизането в практиката на КТ, контрастните изследвания и в частност иригографията са били метод на първи избор за оценка на пациентите с ДБ. Тези методи показват едва 82% сензитивност и 81% специфичност. Въпреки това поради достъпността и ниската си цена иригографията се прилага често в практиката на КОЧПХ и понастоящем при неусложнени и хронично протичащи форми на ДБ. Предимствата ѝ включват възможността за визуализиране на целия колон, дифузността на дивертикулите, наличието или отсъствието на Пайеровата болест, на базата на които може да се планира обемът на резекцията. **КТ представлява най-важният образно-диагностичен метод, предимно в спешен порядък,** поради високите си сензитивност и специфичност, съответно 97% и 100%. Чрез КТ се установяват дивертикули както на тънкото, така и на дебелото черво, задебеляване на чревната стена, възпалителни промени на червото, формиране на абсцеси и фистули, наличие на свободна течност или газ в коремната кухина. В нашето проучване

тази техника не е прилагана. От особено значение е извършването на КТ при клинични данни за остър дивертикулит, тъй като изследването дава представа за разпространението и тежестта на възпалителния процес, което пряко корелира с типа на последващото терапевтично поведение. **В проследената от нас серия изследването е използвано във всички случаи, при които се предполага остър дивертикулит.**

ФКС е друг често използван метод за диагностика на ДБ, но тя не е показана в случаите на остър дивертикулит поради възможността за перфорация на дивертикула при инсуфлацията на въздух и произтичащите от това последствия. Контролна ФКС може да бъде извършена 4-6 седмици след острия епизод. Неразпознаването на острия дивертикулит и прилагането на ФКС е за съжаление не рядко срещано явление. От проследените 31 пациенти с перфорация на дебелочревен дивертикул при 4 случая тя се е развила след извършване на ендоскопско изследване и пациентите са преведени в КОЧПХ за оперативно лечение по спешност. От друга страна, изследването е незаменимо при съмнение за малигнен процес, наличие на персистиращи или рецидивирани оплаквания, кървене от долния отдел на ГИТ или suspectна чревна стеноза. ФКС дава възможност за извършване на биопсии и на ендоскопска хемостаза в случаите на хеморагия.

МРТ е приложена при единични случаи, обикновено при пациенти с фистулизиращо заболяване с цел оценка на фистулния ход и взаимоотношенията между засегнатите органи. При хоспитализация на пациентите по спешност при всички болни е извършена обзорната рентгенография на корем за установяване на свободен газ в коремната кухина и наличие на хидроаерични сенки.

Както става ясно от представените данни от направеното от нас проучване и анализирането на литературните източници, проявите на ДБ са изключително разнообразни. За класифицирането им през годините са създадени множество системи. Нито една от публикуваните до момента класификации на заболяването не обхваща многообразието в проявите на ДБ, което ги прави неприложими. При започване на проведеното от нас проучване най-често бяха използвани класификациите по отношение на острия дивертикулит, без да може да се получи стандартизация на резултатите. Това наложи последващо анализиране и обработка на данните за изграждане и прецизиране на нова класификационна система, според която стадият да служи като критерий при

определяне на терапевтичния алгоритъм и като прогностичен фактор.

На базата на извършеното 13-годишно проучване в КОЧПХ и на възможностите на вече известните в литературата класификации се разработи нова модифицирана класификация на дебелочревната дивертикулозна болест с подчертана насоченост към възможностите и оптималния избор на лечение (Табл. №36).

Табл. №36 Класификация на дебелочревната ДБ, разработена от екип на КОЧПХ

Класификация на дивертикулозната болест	Възможности за лечение
I. Симптоматична неусложнена дивертикулоза	Консервативно лечение
II. Хронично протичащо заболяване	Консервативно лечение При изчерпани медикаментозни опции – планова оперативна намеса
II. 1. Колит, асоцииран с дивертикулоза	
II. 2. Тлееш дивертикулит	
II. 3. Субилеус, резултат от постинфламаторни адхезии	
II. 4. Рекурентно кървене от дивертикули	Планова оперативна интервенция след преценка на периоперативния риск
II. 5. Фистулизиращо заболяване	
II. 6. Симптоматично заболяване при наличие на вече прекарани остри епизоди на заболяването	Консервативно лечение Преценка за профилактична планова оперативна намеса
III. Остри форми на ДБ	
III.0. Неусложнен остър дивертикулит	Консервативно лечение При прогресиране – оперативна намеса по спешност
III.1. Периколични или мезоколични абсцеси под 3 см	
III.2. Периколични или мезоколични абсцеси над 3см, тазови, интраабдоминални, ретроперитонеални абсцеси	При селектирани пациенти – перкутанен дренаж Оперативно лечение по спешност
III.3. Дифузен пурулентен перитонит	Оперативно лечение по спешност
III.4. Дифузен фекулентен перитонит	
III.5. Остра масивна кръвозагуба	
III.6. Илеус	

Представената класификация обединява всички форми на ДБ, описани в литературата и наблюдавани в клиничната практика. Подреждането на проявите по стадии на базата на направеното проучване определя освен типа на лечение, но и до голяма степен прогнозата на заболяването. Например при първи и втори стадий е налице симптоматично заболяване, при което в съображение влиза консервативното лечение. При изчерпани медикаментозни възможности е уместно извършването на планова оперативна

интервенция. Проявата на заболяването в първи или втори стадий е свързано с значително намаляване в качеството на живот на пациентите, без да е налице непосредствена опасност за живота им. При трети стадий са налице остри форми на ДБ. Умишлено като Ш.О. е означен неусложненият остър дивертикулит. Това е така, тъй като при тази проява в голям процент от пациентите консервативното лечение е успешно. В същото време в хода на лечението е възможно заболяването да прогресира, което да доведе до операция по спешност. Останалите форми на ДБ, включени в трети стадий, са показани за хирургична намеса по спешност, често по витални индикации. Или ако в първи и втори стадий е нарушено качеството на живот на пациентите, то проявите на ДБ в трети стадий непосредствено заплашват живота им. **Приложеното лечение е свързано с висок процент на усложнения.**

Предвид хирургичната насоченост на настоящия труд ще се спрем по-подробно върху индикациите, мястото и вида на оперативните интервенции при дивертикулозната болест както в спешен, така и в планов порядък. От всичко казано до тук става ясно, че **планирането на терапевтичното поведение, особено хирургичното лечение по спешност, се базира на данните от предоперативните клинични, лабораторни и образно-диагностични данни, както и класифицирането на проявата според тях, но окончателното решение за типа на хирургичното лечение се взема на операционната маса.**

Еволюцията в хирургичния подход при острите усложнени дивертикулити е разгледана подробно в раздела „ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР”. Най-често прилагана техника според литературните данни е резекцията по Хартман. Както вече беше споменато, едно от най-големите изследвания, включващо анализ на 54 комбинирани проучвания за периода 1966г.-2003г. върху общо 1051 пациенти, показват, че при ХР се наблюдава висок процент следоперативен морбидитет – супурация на раната в 24-29,1%, компликации на стомата 10-12%, инсуфициенция на анастомозата в 30% от случаите при възстановяване на пасажа и морталитет при 15-30%. По редица причини 30-70% от пациентите не се подлагат на реституция, което значително и статистически значимо влошава качеството на живот на пациентите. Като се има предвид, че се касае за доброкачествено заболяване, възможността изведената стома да остане дефинитивен anus praeter е довела до търсене на алтернативи. Резекцията на червото с първична анастомоза с или

без протективна проксимална стома е друг метод на избор при усложнените остри дебелочревни дивертикулити. През последните няколко години в литературата се появиха няколко големи проучвания, утвърждаващи ролята на едноетапните операции като се изтъкват предимствата на първичното възстановяване на пасажа, комбинирано с протективна двуцевна стома. **В настоящото проучване бяха сравнени трите гореописани подхода (ХР, резекция с първична анастомоза с или без протективна стома) като резултатите потвърдиха съвременния световен опит.** Анализирани бяха пациенти със сравнително еднакъв стадий на усложнен остър дивертикулит. Броят на пациентите с първично възстановяване на пасажа, без проксимална протекция, е твърде малък, поради което статистическата обработка не би могла да бъде точна. След изолирано изследване на останалите двете групи по отношение на следоперативната морбидност се установява, че разликата между тях е статистически значима ($p=0,05$). Представените данни показват, че **извършването на резекция с първична анастомоза и проксимална протективна стома е метод на избор, тъй като не води до повишаване на ранните следоперативни морталитет и морбидитет.**

Техниката на протективна проксимална стома е приложена при проследените пациенти в 2 варианта – извършване на двуцевна трансверзостома и тръбна илеостома тип Витцел. От направения анализ и сравнение на техниките се установява, че **процентът на усложнения е по-нисък при осъществяване на илеостомия, което я прави сигурен метод на избор.** Тръбната илеостома тип Витцел за отбременяване на пасажа се предпочита в практиката на КОЧПХ. Предимството на описания метод пред прилагането на бистомиялна деривация е постигането на адекватна протекция на дебелочревната анастомоза при липса на необходимост от повторна оперативна намеса за възстановяване на пасажа. **Анализът на приложимостта на техниката при усложнените остри дивертикулити е специфичен за настоящия труд,** тъй като в съществуващите в литературата проучвания се разглежда двуцевната техника, която е свързана с повторна операция за затварянето ѝ, макар тя да не е толкова травматична, колкото възстановяването на чревния пасаж след ХР.

При проведеното от нас проучване не се установиха пациенти, при които да е приложен перкутанен дренаж под КТ контрол. До голяма степен като цяло за България това се обяснява с

масово късното търсене на медицинска помощ от страна на пациентите – средно 4-5 дни от началото на оплакванията по наши данни. Поради описаното забавяне при хоспитализацията пациентите обикновено са в по-висок стадий на острия дивертикулит, което е индикация на хирургично лечение.

На базата на резултатите от 13-годишното изследване върху патологията и практиката в КОЧПХ **се формулираха абсолютни и релативни контраиндикации за извършване на първична анастомоза при остри усложнени дивертикулити.** Представяват модификация на постулатите на Rothenberger и Garcia-Aguilar, съставена според нашия опит. **Използвайки тези критерии, в представената серия не е наблюдавана инсуфициенция на анастомозата.**

Табл. №37 Контраиндикации за извършване на първична анастомоза

Абсолютни
Хемодинамична нестабилност
Дифузен фекулентен перитонит
Тежка придружаваща патология
Релативни (относителни)
Неподготвено черво
Технически трудности
Хронична абсцесна кухина
Дифузен пурулентен перитонит

При останалите усложнени форми на дебелочревна дивертикулозна болест хирургичната тактика, възприета в КОЧПХ и представена в настоящия труд, не се различава от описаната в съвременната литература. При фистулизиращо заболяване се извършва ексцизия на наличната фистула като отстраняването на засегнатия от дивертикулоза сегмент и решаването на чревния пасаж се осъществява чрез ХР или резекция с първична анастомоза според тежестта на асоциираното възпаление. При ДБ, проявена като илеус, отново се прилагат последните 2 описани техники. Решението и тук зависи от степента на дилатация на червото и съпътстващите възпалителни и интоксикационни промени.

По отношение хирургичните намеси при установен Мекелов дивертикул според нас критерий за избора на оперативна интервенция, в частност тънкочревна резекция, е основно наличната промяна в тъканите, особено в основата на дивертикула – степен на възпаление, установяване на палпаторна туморна маса (ектопична тъкан), съотношение на размера на основата на дивертикула и ширината на червото, както и неговата големина. В настоящото проучване при инцидентна находка преобладава прилагането на резекция на дивертикула т.е. дивертикулектомия, докато при симптоматичните случаи се наблюдава превес на осъществяването на парциални тънкочревни резекции като резултатът е статистически значим ($p=0,024$). В литературата няма единно мнение по въпроса. Въпреки това можем да кажем, че представените от нас резултати са в синхрон със съвременните литературни данни, тъй като подобни резултати, съобщават и автори от Mayo Clinic, провели уникално по своя обем проучване върху 1476 пациенти с тази аномалия.

При наличие на тънкочревна дивертикулоза – усложнена или не, възприетият от нас подход съпада със световния опит. **Стандартен метод е извършването на парциална тънкочревна резекция с първично възстановяване на пасажа, предимно с латеро-латерална анастомоза.**

Интерес представляват индикациите за извършване на планова оперативна интервенция по повод дебелочревна дивертикулозна болест. **Показанията за пристъпване към планова оперативна намеса по повод ДБ в практиката на КОЧПХ са индивидуализирани.** Все пак можем да обобщим, че хирургична интервенция предлагаме на пациента **при персистиране на симптоматиката на фона на консервативна терапия повече от 3 месеца.** При голяма част от пациентите основният симптом, който води до понижаване в резултатите им по отношение качество на живот, е тежкият обстипационен синдром, който обикновено с времето се засилва. На второ място са коликообразните болки, чиято поява често е свързана именно със затруднената дефекация. Към хирургична намеса прибегваме и след 3-4 остри епизода на неусложнен остър дивертикулит. В подкрепа на това становище е фактът, че при анализ на анамнестичните данни от всички пациенти, оперирани в КОЧПХ по повод перфорация на дебелочревен дивертикул, едва 2-ма от оперираните (6,45%) са предходно диагностицирани по отношение на ДБ. При всички

останали перфорацията е първа изява и повод за установяване на заболяването.

По последния критерий стратегията ни не е абсолютизирана, т.е. **решението за пристъпване към хирургично лечение се съобразява и с тежестта на острите атаки, наличието на придружаващи заболявания, общото състояние на пациента, така че в някои случаи операцията се извършва след първия или втория остър епизод.** Стандартно, тя се осъществява 4-8 седмици след острата атака на заболяването. Според нашия опит и резултатите от проведеното проучване **не се налага прилагане на по-агресивен подход при пристъпване към операция за превенция на усложненията при пациенти в млада възраст. По отношение на имunosупресирани пациенти индикациите и моментът за планова оперативна намеса трябва да бъдат максимално прецизирани, тъй като тези болни са изложени на по-висок риск от тежки усложнения на ДБ. Всяка хирургична интервенция, била тя и планова, е свързана с повишен процент на следоперативен морбидитет и леталитет.**

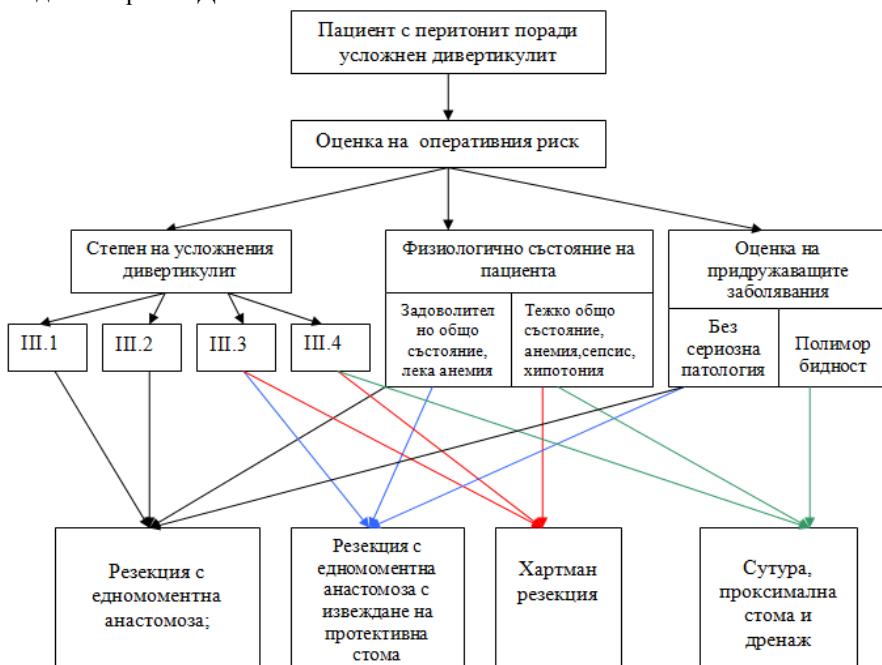
Преди пристъпването към оперативна интервенция е необходимо цялостно изследване на дебелото черво, диагностицирането на колит или Пайерова болест. Принципите на хирургията по отношение на превенцията на рецидиви и усложнения на ДБ са свързани със съхраняване на A.Mesenterica inferior поради доброкачествения характер на заболяването и постигането на по-добри функционални резултати. При резекция на левия колон от изключително значение е отстраняването на цялото сигмоидно черво с цел избягване на рецидив.

Значението на плановата хирургия по повод ДБ по отношение качество на живот се анализира чрез проспективно проучване върху 17 случая. **При всички пациенти на 3-ия месец след операцията се отчита сигнификантно повишаване в качеството на живот** като при 13 от тях GIQLI е по-висок с около 10 единици. При едногодишното проследяване високият среден GIQLI резултат остава стабилен, без съществена динамика в стойността ($p=0,482$). Единствено при 2-ма пациенти е отчетено понижаване в стойността на индекса на 12-ия месец поради рецидивизиране на оплакванията след първоначално подобрение. При контролното ендоскопско изследване не се установява наличие на рецидив на дивертикулозата.

Анализът на следоперативните резултати показва, че статистически значими фактори за развитие на постоперативни усложнения при пациентите с дивертикулоза на долния отдел на ГИТ са: левкоцитозата, наличието на съществени съпътстващи заболявания (артериална хипертония, захарен диабет, мозъчно-съдова болест, извършването на хемотрансфузии периоперативно, наличието на хипопротеинемия, усложнената форма на заболяването, в частност перфорация и наличие на дифузен перитонит.

Проучването на постигнатите резултати от хирургичното лечение на пациентите с дебелочревна ДБ, сравними със световния опит, и направеният анализ ни дават основание да съставим и предложим терапевтичен алгоритъм при този тип патология с акцент върху хирургичното лечение (Фиг. №31)

Фиг. №31 Терапевтичен алгоритъм при пациенти с усложнена дебелочревна ДБ



VI. ИЗВОДИ

1. Клиничната проява на дивертикулозата на долния отдел на ГИТ варира от асимптомно протичане до заболяване с потенциално летални усложнения, изискващи хирургично лечение в условията на спешност.

2. КТ е златен стандарт в образната диагностика на острите дивертикулити, докато за проследяване и диференциално-диагностично уточняване в планов порядък е уместно осъществяването на ФКС и иригография.

3. Нито една от множеството публикувани до момента класификации на дебелочревната дивертикулозна болест не обхваща цялото разнообразие от прояви на тази патология, поради което са неприложими като прогностичен фактор и критерий в определяне на терапевтичното поведение. Тези факти показват нуждата от изграждане на единна и пълна класификация на заболяването.

4. При усложнени остри дивертикулити при наличие на подходящи условия извършването на резекция с първична анастомоза и проксимална протективна стома е метод на избор, тъй като не води до повишаване на ранните следоперативни морталитет и морбидитет.

5. Предпочитаната тръбна илеостомия тип Витцел е метод на избор, тъй като осъществява адекватна протекция на дебелочревната анастомоза и не изисква оперативна намеса за възстановяване на пасажа. Процентът на усложнения при осъществяване ѝ е по-нисък спрямо двуцевната трансверзостомия. Не са наблюдавани инсуфициенции на анастомозата в изследваната серия.

6. По отношение хирургичните намеси при установен Мекелов дивертикул според нас критерий за избора на оперативна интервенция, в частност тънкочревна резекция, е основно наличната промяна в тъканите, особено в основата на дивертикула – степен на възпаление, установяване на палпаторна туморна маса (ектопична тъкан), съотношение в размерите на основата на дивертикула и ширината на червото.

7. Показанията за пристъпване към планова оперативна намеса по повод ДБ в практиката на КОЧПХ са индивидуализирани. Решението се съобразява с давността и тежестта на симптоматиката, качеството на живот на пациентите,

тежестта на острите атаки, наличието на придружаващи заболявания и общото състояние.

8. При проследяване на пациентите, оперирани планово по повод ДБ на дебелото черво, се установява сигнификантно повишение в качеството на живот като резултатите са без съществена динамика при период на изследване от 12 месеца.

9. Статистически значими фактори за развитие на постоперативни усложнения при пациентите с дивертикулоза на долния отдел на ГИТ са: левкоцитозата, наличието на съществени съпътстващи заболявания (артериална хипертония, захарен диабет, мозъчно-съдова болест, извършването на хемотрансфузии периперативно, наличието на хипопротеинемия, усложнената форма на заболяването, в частност перфорация и наличие на дифузен перитонит.

VII. ПРИНОСИ

1. Представя се най-голямата серия за страната от проследени пациенти – оперирани и консервативно лекувани, по повод дивертикулоза на долния отдел на ГИТ.

2. Въвежда се нова, единна класификация на дебелочревната дивертикулоза, даваща възможност за планиране на терапевтичното поведение и прогноза от него.

3. Предлага се прилагането на резекция с първично възстановяване на пасажа и протективна илеостома тип Витцел при селектирани пациенти с пурулентен перитонит на базата на перфорация на дебелочревен дивертикул.

4. Предлагат се критерии и формулирани контраиндикации за извършване на първична анастомоза при пациенти с перфорация на дебелочревен дивертикул.

5. Представя се изследване и анализ на следоперативните резултати при пациенти с пурулентен перитонит на базата на перфорация на дебелочревен дивертикул като се сравнява прилагането на Хартман резекция, резекция с първично възстановяване на пасажа и резекция с първична анастомоза и проксимална протективна стома.

6. Представя се изследване и анализ на следоперативните резултати при пациенти с пурулентен перитонит на базата на перфорация на дебелочревен дивертикул, подложени на резекция с първична анастомоза и протективна стома като се сравнява използването на илеостома тип Витцел и двуцевна трансверзостома.

7. Посочва се необходимостта от индивидуализиран подход при пациентите с хронично протичане на дебелочревната дивертикулозна болест по отношение на пристъпване към планова оперативна намеса като се вземат предвид честотата и тежестта на острите епизоди, качеството на живот, общото състояние и придружаващата патология на пациента.

8. Представя се изследване и анализ на качеството на живот на пациентите, подложени на планова оперативна интервенция по повод хронично-рецидивираща форма на дебелочревната дивертикулозна болест.

9. Предлага се терапевтичен алгоритъм при пациентите с усложнена дебелочревна дивертикулозна болест.

VIII. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Арабаджиева Е.**, С. Бонев, П. Токов, В. Димитрова, Хирургично лечение при усложнени форми на дивертикулоза на гастроинтестиналния тракт, Български Медицински Журнал, 2012, №1, стр. 58-65;

2. **Е. Арабаджиева**, С. Бонев, В. Димитрова, Хирургично лечение по повод усложнена тънкочревна дивертикулоза. По повод 4 клинични наблюдения, Хирургия, 2013, том 79, №1, стр. 8-11;

3. **Е. Арабаджиева**, Ролята на хирургията в лечението на дивертикулозната болест на долния отдел на гастроинтестиналния тракт, Хирургия, 2013, том 79, №1, стр.36-46;

4. **Е. Арабаджиева**, С. Бонев, В. Попов, В. Димитрова, Мястото на плановата хирургия в лечението на дебелочревната дивертикулозна болест и профилактиката на усложненията ѝ, Здраве и наука, 2013, №3 (*под печат*).