



В.К. Татьянченко, А.В. Овсянников, С.А. Шабаршин

О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЕЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ И СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней № 4 ФПК и ППС
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, E-mail: olempieva@yandex.ru*

Цель: обосновать рациональные методы лечения больных с дивертикулезом толстой кишки с сочетанной патологией печени путем изучения некоторых патогенетических механизмов формирования заболевания и особенностей его течения.

Материал и методы: обследовано 97 больных с дивертикулезом толстой кишки, из которых у 35 было диагностировано вовлечение в патологический процесс печени по оригинальной методике (Федеральный патент России № 2119168). Больные были разделены на две группы: первая группа (10 пациентов) получала традиционное лечение, во второй группе (25 пациентов) лечение проводили по разработанной методике.

Результаты: при дивертикулярной болезни толстой кишки в 87,63% случаев выявляется нарушение функции печени, причем чаще это встречается у людей в возрасте от 45 до 70 лет. Установлено, что патогенетическая взаимосвязь расстройств функции печени и толстой кишки при дивертикулезе обусловлена нарушением локальной гемодинамики, а также активацией процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Заключение: сочетанное применение антиоксидантной терапии и гепатопротекторов на фоне общепринятой терапии приводит к улучшению течения дивертикулеза толстой кишки у 72,6% больных.

Ключевые слова: дивертикулез толстой кишки, печень, консервативная терапия.

V.K. Tatiyanchenko, A.V. Ovsyannikov, S.A. Shabarshin

ABOUT TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH DIVERTICULOSIS OF THE COLON AND LIVER COMORBIDITY

*Rostov State Medical University,
Department of Surgical Diseases №4
29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: olempieva@yandex.ru*

Purpose: To prove rational methods of treatment of patients with diverticulosis of the colon and liver comorbidity by studying of some pathogenetic mechanisms of formation of disease and features of its current.

Material and Methods: 97 patients with diverticular disease of colon from which at 35 involving in pathological process of a liver by an original technique (the Federal patent of Russia № 2119168 has been diagnosed) are surveyed. Patients have been divided on two groups: the first group (10 patients) received traditional treatment, in the second group (25 patients) treatment spent by the developed technique.

Results: At diverticular disease of colon in 87,63% of cases infringement of function of a liver at what is more often it meets at aged people from 45 till 70 years comes to light. It is established that the pathogenetic interrelation of frustration of function of a liver and a thick gut at diverticular is caused by infringement of local hemodynamics, and also activation of processes peroxidation oxidations of lipids (FLOOR).

Summary: Combined application antioxidant positive therapies and hepatoprotectors against the standard therapy, leads to current improvement diverticulosis thick intestine at 72,6% patients.

Keywords: diverticulosis of the colon, a liver, conservative therapy.



Введение

В общей структуре колопроктологической патологии видное место занимает дивертикулез толстой кишки, что связано как с ростом заболеваемости, так и с частотой развития тяжёлых осложнений – от 30 до 60% [1-6]. В то же время вопрос о выработке тактики лечения больных с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, протекающими на фоне дивертикулеза толстой кишки, остается недостаточно освещенным в литературе. Так отмечают [7], что при спастической форме дивертикулеза толстой кишки часто встречаются калькулезный холецистит и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. По другим данным [8] при этой патологии в 55,8% случаев выявляется нарушение функции поджелудочной железы, причем чаще это встречается у людей в возрасте от 50 до 70 лет.

Внимание к состоянию печени при дивертикулезе толстой кишки обязано тому факту, что она является одним из регуляторов не только биохимических процессов пищеварения, но и его моторики. В то же время эта регуляция имеет обратную связь и нарушение перистальтической активности ведет к изменению функции печени. При двух сочетано протекающих патологических процессах одной физиологической системы (желудочно-кишечный тракт) один из них может скрываться под маской клинически выраженного другого. Это требует разработки чувствительных диагностических методов для дальнейшей коррекции тактики лечения данной категории больных.

Цель исследования: обосновать рациональные методы лечения больных с дивертикулезом толстой кишки с сочетанной патологией печени, путем изучения некоторых патогенетических механизмов формирования заболевания и особенностей его течения.

Материалы и методы

В основу клинического раздела работы положены результаты обследования 97 больных с дивертикулезом толстой кишки, находившихся на лечении в клиниках Ростовского государственного медицинского университета, БСМП № 2 (г. Ростов-на-Дону). В соответствии с целями исследования было проведено изучение клинических и биохимических особенностей течения дивертикулеза толстой кишки и выявление возможных патогенетических механизмов его взаимосвязи с сопутствующим поражением печени у больных на основании оценки клинического течения и исследования интенсивности процессов ПОЛ и состояния антиоксидантных систем. Нами были проведены исследования клинического течения, клинко-лабораторных показателей, рентгенологическое обследование (ирригография), ультразвуковое и доплерографическое, компьютерно-томографическое, эндоскопическое (фиброколоноскопия) исследование, оценка состояния свободно-радикальных процессов ПОЛ. Подготовка толстой кишки к указанным исследованиям состояла в двухдневном назначении бесшлаковой диеты, назначении легких слабительных (экстракт Сенны, или Крушины, или мукофальк), очистительных клизм (каждые 12 часов 3 раза и непосредственно перед исследованием). В ряде случаев применяли Фортранс (2-х кратный прием за сутки до исследования). Для изучения процессов свободно-радикального окисления липидов был избран наиболее информативный метод оценки - хемилюминисценция (ХЛ) в присутствии ионов двухвалентного железа. Интенсив-

ность ХЛ регистрировали на установке ХЛМ 1Ц-01. Кроме этого, состояние печени при дивертикулезе толстой кишки оценивали с помощью разработанного нами биохимического теста, прогнозирующего тяжесть течения основного заболевания (Федеральный патент России № 2119168). Он достигается тем, что в сыворотку крови больного с дивертикулезом толстой кишки инкубируют с гомогенатом ткани печени экспериментального животного в присутствии комплемента, определяют концентрации МДА в контрольной и опытной пробах и по разнице этих величин прогнозируют течение дивертикулеза толстой кишки, при этом при уменьшении ее в сравнении с нормой на 20% и более прогнозируют вовлечение в патологический процесс печени при дивертикулезе толстой кишки.

Результаты и обсуждение

Проведено обследование 97 больных с клинически выраженным дивертикулезом толстой кишки. Большинство из них было в возрасте от 45 до 75 лет. Что касается половых различий то у мужчин и женщин он встречался приблизительно в равной степени (1:1,15 соответственно). Из анамнеза жизни характерным были ранее перенесенные инфекционные заболевания: амебиаз – 12,37% (12 больных), дизентерия 16,49% (16 больных). Наиболее часто дивертикулами поражалась левая половина ободочной кишки (89,6% во втором зрелом и 85,9% в пожилом возрастных периодах).

У всех 97 больных диагноз дивертикулеза толстой кишки был подтвержден данными ирригографии или колоноскопии. При рентгенологической диагностике мы придерживались рентген-функциональной классификации дивертикулеза толстой кишки, которая выделила три степени изменений ободочной кишки. Так, при первой степени определялась дистония кишечной стенки с преобладанием гипертонуса. Такие изменения выявлены у 21 (21,65%) больных. При второй степени отчетливо прослеживался гипертонус ободочной кишки в зоне поражения дивертикулами и проксимальнее ее. Вторая степень рентген-функциональных изменений кишки нами выявлена у 59 (60,82%) пациентов. При третьей степени изменений определялся стойкий гипертонус. Просвет кишки не превышал 2 см. Гаустрация была хаотичной, деформированной, учащенной, вплоть до формирования «пилообразного контура». Изменения, соответствующие третьей стадии, выявлены нами в 17 случаях (17,53%). Более того, у 49 больных (50,51%) при ирригографии мы наблюдали явления спазма и признаки дискоординации моторной деятельности ободочной кишки проксимальнее зоны дивертикулярных выпячиваний. Рентгенологически она проявлялась патологической сегментацией (гаустрацией) с формированием высоких серповидных складок ободочной кишки. Так, при дивертикулезе сигмовидной и нисходящей ободочных кишок была спазмирована дистальная половина поперечно-ободочной. Выявленная рентгеносимптоматика свидетельствует о нарушении локальной моторики ободочной кишки и, косвенно, о повышении внутрикишечного давления, то есть о прогрессировании заболевания в проксимальном направлении. При проведении колоноскопии в диагностике дивертикулеза толстой кишки мы руководствовались прямыми (визуализация устьев дивертикулов) и косвенными (спазм, ригидность кишечной стенки и физиологических сфинктеров) признаками. Ее выполнению предшествовала ректороманоскопия, а обязательным условием являлась полноценная подготовка толстой кишки. При ректороманоскопии ни в



одном случае нам не удалось выявить устья дивертикулов. Так, при проведении колоноскопии дивертикулез был выявлен в 77,32% (75 пациентов). Более того, проксимальнее зоны расположения дивертикулов наблюдался спазм и ригидность кишечной стенки у 70 пациентов (72,16%).

Полученные результаты в процессе диагностики дивертикулеза толстой кишки подтверждают его патогенез – практически во всех случаях мы выявляли признаки дискоординации и повышение внутрикишечного давления. На основании полученных нами данных незначительно выраженная дискоординация толстой кишки была у 16 (16,49%), умеренно выраженная – 61 (62,89%), значительно выраженная у 20 (20,62%). Так, значительно выраженная степень дискоординации чаще наблюдалась при дивертикулезе сигмовидной и нисходящей ободочных кишок (11,34%) против 9,35% при поражении только сигмовидной ободочной кишки). Это указывает не только на нарушение физиологического режима функционирования, но и на нарушение морфологической структуры кишечной стенки. Примечательным был и тот факт, что степень дискоординации коррелировала у больных с продолжительностью болевого синдрома и его длительностью. Так, из 16 пациентов с незначительно выраженным дискоординационным синдромом 9 (9,28%) испытывали боль менее 1 года, 2 (2,06%) – на протяжении 1-2 лет, 5 (5,15%) – свыше 2-х лет. При умеренно выраженном дискоординационном синдроме отмечали болевой синдром не более 12 мес. 4 пациента (3,7%), на протяжении 1-2 лет в 22 случаях (20,6%), и 38 пациентов (35,5%) – свыше 2 лет. Из 26 больных со значительно выраженной степенью дискоординации болевой синдром был менее 1 года – 1 случай (0,9%), в течение 1-2 лет у 6 больных (5,6%); свыше 2-х лет у 19 пациентов (17,8%).

Следует отметить, что среди жалоб больных, связанных с клинически выраженным дивертикулезом толстой кишки, некоторые больные предъявляли жалобы, которые можно условно выделить в группу так называемых “печеночных” симптомов. Необходимо также отметить, что у 14 больных в анамнезе были выявлены хронические заболевания гепатобилиарной системы (9 больных страдали хроническим калькулезным холециститом; у 4-х в анамнезе был выявлен вирусный гепатит; один больной страдал циррозом печени алкогольной этиологии). Большинство больных – 93 (86,9%) – предъявляло жалобы на различные диспептические расстройства: тошноту, рвоту, запоры, чередование запоров и поносов. Это, по-видимому, связано с общим функциональным состоянием ЖКТ и основным заболеванием – дивертикулезом толстой кишки. Но у 81 (75,7%) больных при более детальном сборе анамнестических данных, были выявлены также жалобы на периодически возникающие боли в правом подреберье, тошноту, рвоту (иногда многократную и с примесью желчи), потерю аппетита, кожный зуд.

Осмотр и объективное исследование выявляло лишь симптомы, расценивающиеся как проявление дивертикулеза толстой кишки. Только у 23 (21,5%) пациентов была выявлена болезненность печени при пальпации, у 22 (20,6%) больных была выявлена субъиктеричность склер и слизистых, у 3 (2,8%) – желтуха, пальпаторно увеличение печени наблюдалось у 54 (50,5%) пациентов с дивертикулезом толстой кишки. При проведении лабораторной диагностики состояния печени у больных с дивертикулезом толстой кишки мы выявили следующие особенности. Общий анализ крови не обнаруживал каких-то типичных изменений. Так у 22 пациентов (20,6%) был незначительный лейкоцитоз ($11,4 \pm 0,8 \times 10^9/\text{л}$), у 63 (49,5%) больных было ускорено СОЭ, причем

она варьировала от 12 до 42 мм/ч. У больных были выявлены достоверные различия между всеми показателями функционального состояния печени. Но наиболее выраженными были различия уровня билирубина. Так содержание непрямого билирубина у больных дивертикулезом сигмовидной и нисходящей кишок составило в среднем $16 \pm 0,7$ мкмоль/л, в группе больных с дивертикулезом сигмовидной кишки составило в среднем $13 \pm 0,2$ мкмоль/л. Результаты наших исследований показали, что протеиногенная функция печени нарушается в 76,29 % случаев наблюдаемых случаев. Выраженные изменения обнаруживаются при измерении белковых фракций. У всех больных дивертикулезом толстой кишки происходит уменьшение содержания альбуминовых фракций и повышение содержания глобулиновых. Во всех случаях происходит снижение альбумин-глобулинового коэффициента. Наиболее сильно функция мочевинообразования в печени снижалась у больных дивертикулезом сигмовидной кишки. На снижение мочевинообразовательной функции печени указывало уменьшение концентрации мочевины в сыворотке крови, увеличение концентрации остаточного азота и активности ферментов переаминирования АЛТ и АСТ.

Таким образом, проведенная лабораторная диагностика состояния печеночной ткани подтверждает ее функциональное напряжение и перестройку, особенно выраженную при дивертикулезе сигмовидной и нисходящей ободочных кишок. Однако изучение лишь этих показателей было недостаточно для диагностики состояния печени.

У всех больных наблюдаемых групп приводилась ультразвуковая диагностика состояния печени, которая позволила установить, что экзогенная структура печени не всегда была однородна. В 64 случаях (59,8%) наблюдалось некоторое увеличение размеров печени, эхоструктура достаточно однородна, экзогенность повышена, что обусловлено отеком тканей, связанным с застойными явлениями. У 6 больных (5,6%) при ультразвуковой диагностике помимо увеличения печени изображение паренхимы характеризуется выраженной диффузной неоднородностью. На ее фоне визуализируются отдельные участки повышенной экзогенности, дающие эхотень, которые расценивались как отражения склерозированной стенки сосудов. Иногда встречалась неоднородность визуализируемой паренхимы за счет чередования зон пониженной и повышенной экзогенности, что обусловлено развитием отека тканей. С целью детального изучения гемодинамики сосудов печени у 37 больных дивертикулезом толстой кишки проводилась ультразвуковая доплерография. Во всех случаях изучался артериальный кровоток стволковой артерии правой доли печени. У 33 (89,2%) больных гемодинамика сосудов имела отличия от контрольной группы. У больных дивертикулезом толстой кишки наблюдался следующий характер артериального кровотока. Отсутствие 3 компонента пульсаторной волны, редуцирование 2 компонента, сглаженность 1-го компонента. У 9 больных (24,3%) наблюдался псевдовенозный кровоток. У больных дивертикулезом толстой кишки пульсаторный индекс достоверно снижался в сравнении с данными контрольной группы и составил $PI - 0,76 \pm 0,5$. Максимальная скорость кровотока также снижалась в группе больных дивертикулезом толстой кишки и составил $0,14 \pm 0,2$ м/с. Индекс сопротивления или Pourcelots Resistace Parameter (PR) составил для контрольной группы $0,70 \pm 0,06$, у больных дивертикулезом толстой кишки $0,54 \pm 0,08$. Для уточнения состояния ткани печени по данным ультразвукового исследования больным выполняли компьютерную то-



мографию. Данные, полученные посредством этого метода несколько отличались от УЗИ-исследования. Так, у 43 больных (40,2%) структура печени практически ничем не отличалась от нормы. У других 21 пациентов (19,6%) размеры печени были несколько увеличены, структура плотная, сосуды сужены. У 16 пациентов по данным КТ паренхима печени уплотнена, сосуды не прослеживаются, печеночные ходы имеют низкий денситометрический показатель (9-14 ед.Н).

Учитывая значимость процессов перекисного окисления липидов в патогенезе дивертикулеза толстой кишки, описанном в экспериментальном разделе работы, мы провели исследование состояния у больных ПОЛ. Анализируя данные хемилюминисценции (ХЛ), можно сделать вывод, что у больных имелась активация свободно-радикальных процессов по сравнению с практически здоровыми людьми. У больных дивертикулезом, особенно его распространенными формами выявлена чрезмерная активация ПОЛ с компенсаторным увеличением расхода антиоксидантов, глубокий сдвиг «буферной системы» в сторону усиления прооксидантной активности. Таким образом, у больных дивертикулезом толстой кишки было отмечено снижение функциональной активности системы антиоксидантной защиты и интенсификация триггерного механизма ПОЛ. Полученные результаты указывают на важную роль нарушений регуляции процессов ПОЛ у больных, что полностью соответствует результатам экспериментальных исследований по изменению ПОЛ в динамике его развития.

Имеющиеся в распоряжении методы исследования не позволили нам с точностью определить степень влияния основного заболевания на состояние печени. С этой целью нами был использован разработанный способ прогнозирования его течения, который позволяет непосредственно определить степень влияния высокой активности ПОЛ при дивертикулезе на ткань печени. Было установлено, что у больных с дивертикулезом толстой кишки, у которых был диагностирован хронический гепатоз, вираж пробы был высоким (75-96%). При дисфункции печени снижение активности пробы по сравнению со здоровыми составлял 52,93–71,33%, а при хроническом гепатозе оно не превышало 33,59%. Интересным было распределение виража пробы у больных с различной локализацией дивертикулов. Так, при тотальном дивертикулезе он составлял $88,46 \pm 3,75\%$ и указывал на высокую повреждающую активность ПОЛ на ткань печени. Достоверно высокая альтеративная активность отмечалась и при дивертикулезе сигмовидной и нисходящей ободочных кишок – $71,52 \pm 6,81\%$ ($p < 0,01$). У больных с дивертикулезом сигмовидной кишки мы регистрировали умеренное снижение активности пробы по сравнению с практически здоровыми лицами (разность экстинций была $0,061 \pm 0,009$ у.е./мл против $0,085 \pm 0,009$ у.е./мл у здоровых – то есть снижение на $28,23 \pm 10,58\%$ ($p < 0,05$). На основании выполненного нами биохимического теста вовлечение печени в патологический процесс выявлено у 90 больных (92,78%). Исключая больных, у которых уже диагностирована дисфункция (78 пациентов (80,41%)), вовлеченность в патологический процесс печени, несмотря на клиническое «благополучие», нами выявлена еще у 12 больных. Это подтверждает диагностическую чувствительность предложенного нами метода и позволяет диагностировать субклинические формы поражения печени.

Оценка эффективности терапии проведена у 35 больных с дивертикулезом толстой кишки, у которых согласно биохимического теста выявлено сопутствующее поражение

печени. Для анализа в исследование была включена группа больных (25 человек) подобранных двойным слепым методом. Группу сравнения составили 10 больных с клинически выраженным дивертикулезом толстой кишки которым проводилось общепринятое лечение с учетом рекомендаций ГНЦ колопроктологии (Москва), которая включала диету, спазмолитические (но-шпа, папаверина гидрохлорид) и противовоспалительные средства (бисептол курс не менее 7 дней). При склонности к запорам – лактулозу по 30-60 мл в день. В питании больных предусматривалось увеличение продуктов богатых растительной клетчаткой – овощей и фруктов, а также исключение из рациона раздражающих продуктов. Для нормализации моторной деятельности желудочно-кишечного тракта больным назначали пшеничные или ржаные отруби по 2-3 чайных ложки 3 раза в день. Кроме этого, больным рекомендовали увеличение объема потребляемой жидкости и стремились выработать привычку к регулярному ежедневному опорожнению кишечника. При необходимости в пищевой рацион добавляли рафинированное подсолнечное или оливковое масло (до 1 ст. ложки перед едой) – «базисная» терапия. Приведены результаты лечения одной репрезентативной группы больных с клинически выраженным дивертикулезом толстой кишки из 25 пациентов сравнимых по полу, локализации дивертикулов и диагностированному вовлечению печени в патологический процесс, что позволило провести сравнительный анализ. Продолжительность лечения составила от 2 до 4 недель.

В группу клинических наблюдений вошли больные которым помимо общепринятого традиционного лечения был назначен витамин Е из расчета 250-300 мг/сут на протяжении всего курса лечения. Кроме того больным этой группы проводилось внутривенное введение 300 мл 10 % раствора глюкозы с добавлением в него 10-20 мл эссенциале, 4 мл 5% раствора пиридоксина (витамин В6), 10 мл хофитола, 200 мл кокарбоксилазы. Эффект от проведенного лечения мы определяли на основании состояния больного, данных клинко-лабораторного исследования, а также предложенных нами теста и шкалы оценки состояния больного. Эффект от проведенного лечения мы определяли на основании состояния больного, данных клинко-лабораторных исследований, показателей ПОЛ и предложенного нами теста. Сочетанное применение всех указанных лечебных мероприятий у больных клинической группы наблюдения привело к усилению клинических эффектов лечения и проявлялось в регрессе клинической симптоматики у 72,6% больных. Выраженный клинический эффект при сочетанной терапии дивертикулеза толстой кишки возможно обусловлен влиянием на разные звенья патогенетической цепи витамина Е и гепатопротекторов, что определяет их взаимоусиливающий эффект на фоне общепринятой терапии. При изучении состояния процессов перекисного окисления в организме установлено, что концентрация гидроперекисей в сыворотке больных дивертикулезом толстой кишки наиболее значимо снижалась под воздействием сочетанного применения витамина Е и гепатопротекторов и к концу лечения приближалась к норме ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что под влиянием терапии витамином Е и гепатопротекторной терапии в комплексе с традиционным лечением происходило снижение спонтанного свечения (S), которое к концу лечения достоверно отличалось от S в группе традиционного лечения в конце курса терапии ($p < 0,05$). Выраженность и динамика светосуммы медленной вспышки (H), характеризующей способность липидов к перекисному окислению, у больных в сравниваемых группах была также различной в процессе проводимой терапии. В группе больных, пролеченных по разработанной



схеме, происходило некоторое снижение показателя Н (на $26,57 \pm 2,14\%$) по сравнению в контрольной группой. Анализ динамики показателя Н у больных в группе клинического наблюдения, свидетельствовал о более выраженной стабилизации процессов перекисидации липидов по сравнению данного показателя в остальных группах. При проведении различных видов терапии происходило приблизительно одинаковое снижение амплитуды быстрой вспышки (h), отражающего динамику содержания гидроперекисей, составляющее $20,2 \pm 2,3\%$ в 1 группе больных, $19,85 \pm 1,9\%$ в группе больных, леченных с помощью сочетанной терапии. Анализ динамики tga показал в 1 группе больных снижение данного показателя к концу курса терапии на $25,80 \pm 2,34\%$ ($p < 0,05$). Максимальный эффект нормализации показателя tga наблюдался в группе больных, получавших сочетанную терапию: достоверное ($p < 0,01$) приближение к нормальным показателям. Полученные данные позволили предположить сбалансированное действие витамина Е и гепатопротекторов, особенно при их сочетанном применении в комплексе с традиционной терапией, на соотношение про- и антиоксидантов у больных дивертикулезом толстой кишки, которое отражается при исследовании латентного периода L. Максимальное увеличение показателя латентного периода наблюдалось у лиц 2-й клинической группы лечения, у которых к концу проводимой терапии L возрос на $30,2 \pm 3,1\%$ по отношению к исходному уровню ($p < 0,05$).

Таким образом, анализ полученных данных позволил установить, что наиболее эффективным терапевтическим действием у больных с дивертикулезом толстой кишки при сопутствующей патологии печени обладает сочетанное применение разработанного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, дополненного терапией витамином Е и гепатопротекторами. Сочетанная терапия характеризовалась выраженным клиническим эффектом. По данным ХЛ оно способно предотвращать нарастание интенсивности ПОЛ и связанные с ним метаболические и деструктивные нарушения, стабилизировать систему антиоксидантной защиты. При сравнении данных, полученных с помощью биохимического теста для прогнозирования тяжести течения дивертикулеза толстой кишки у больных разных клинических групп, были выявлены следующие особенности. Так, снижение активности пробы по сравнению со здоровыми составило $63,53 \pm 16,47\%$ у больных дивертикулезом толстой кишки 1 группы, а к концу проводимого лечения он был $50,59 \pm 16,47\%$, то есть указывал на продолжающийся прогресс заболевания, несмотря на клиническую ремиссию. При сочетанном применении витамина Е и гепатопротекторов на фоне традиционного лечения был достигнут мак-

симальный положительный эффект – снижение активности пробы по сравнению со здоровыми $24,70 \pm 12,94\%$ и стремилось к нормальному, а разница между выражениями до и после лечения была $38,83 \pm 11,96\%$.

Итак, несмотря на достаточную эффективность лечения больных дивертикулезом толстой кишки с сопутствующей патологией печени с включением в базисную терапию витамина Е и гепатопротекторов, сохраняется органический субстрат заболевания. В тоже время стабилизация процессов перекисного окисления за счет применения природного биоантиоксиданта, витамина Е, защищает печень от неблагоприятного воздействия, а гепатопротекторы нормализуют процессы пищеварения и снижают функциональную нагрузку гепатоцитов, тем самым положительно влияя на моторную деятельность желудочно-кишечного тракта. Более того, применение данной схемы лечения у больных с дивертикулезом толстой кишки и сопутствующей патологией печени приводит к разобщению патологических процессов и уменьшает влияние гепатоза на течение основного заболевания. Поэтому, мы считаем применение предложенной нами схемы лечения патогенетически обоснованной и приносящей хороший клинический эффект.

Заключение

При дивертикулезе нисходящей ободочной и сигмовидной кишок и реактивном гепатозе в сыворотке крови наблюдается увеличение концентрации продуктов перекисного окисления липидов. Нарастание уровня свободных радикалов превышает норму в 2,5 – 3 раза, диеновых конъюгатов в 1,5 – 2,0 раза, гидроперекисей липидов в 1,2 – 2,8 раза, антиоксидантная активность снижается в 1,5 – 2,6 раза. При дивертикулезе сигмовидной кишки и реактивном гепатозе процессы перекисного окисления липидов протекают на более низком уровне. Оценка состояния больных дивертикулезом толстой кишки и сопутствующей патологией печени позволяет охарактеризовать степень тяжести патологического процесса, что определяет выбор лечебной тактики индивидуально для каждого пациента. Дифференцированный подход к лечению больных с дивертикулезом толстой кишки и сопутствующей патологией печени позволяет определить адекватный объем коррекции расстройств микроциркуляции и процессов перекисного окисления липидов. Сочетанное применение антиоксидантной терапии и гепатопротекторов на фоне общепринятой терапии, приводит к улучшению течения основного заболевания у 72,6 % больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И. Лечебная тактика при дивертикулезе толстой кишки // Хирургия. - 2003. - № 10. - С. 46 – 53.
2. Калаев Т.Н. К вопросу о дивертикулезе ободочной кишки // Актуальные проблемы колопроктологии. - Нижний Новгород, 2005. - С. 24 – 26.
3. Комаров Ф.И. Роль свободнорадикальных процессов в патологии желудочно-кишечного тракта // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2009. - Том 9, № 5. - С. 170 – 171.
4. Саламов К.Н. Особенности дивертикулярной болезни толстой кишки и исход восстановительного лечения // Проблемы проктологии. - Москва, 2005. - С. 55 – 58.
5. Татьянченко В.К. К вопросу о патогенезе взаимодействия функциональных нарушений ободочной кишки при дивертикулезе и состоянии поджелудочной железы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2009. - Том 12, № 4. - С. 6 – 15.
6. Федоров В.Д. Хирургическая тактика при дивертикулезе толстой кишки // Дивертикулез толстой кишки. - Саратов, 2009. - С. 57 – 60.
7. Frelschlag S. Does bowel diverticulosis the problem of industrial countries // Dis. Colon rectum. - 2006. - Vol. 29, № 10. - P. 639 – 643.
8. Vitali V. A rare case of a perforated diverticulum of the cecum // Minerva Chirurgica. - 2008. - Vol. 53, № 6. - P. 531 – 534.

ПОСТУПИЛА: 11.01.2012