

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Зельдин Э.Я.<sup>1</sup>, Становенко В.В.<sup>1</sup>, Фомин А.В.<sup>1</sup>, Выхристенко С.П.<sup>2</sup>,  
Мацуганов А.В.<sup>2</sup>, Холупов А.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>УО «Витебский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup> Витебская городская клиническая БСМП

**Введение.** В настоящее время отмечается тенденция к неуклонному росту частоты выявления заболеваний толстой кишки. Это обстоятельство можно объяснить не только улучшением диагностики, но и истинным ростом заболеваемости. Из колопроктологических заболеваний чаще встречается дивертикулярная болезнь, при этом с каждым годом увеличивается число осложненных форм. Среди заболеваний толстой кишки, требующих оперативного лечения, дивертикулярная болезнь занимает второе место после рака. По данным О.Ю.Карпухина с соавт. (2018) дивертикулярная болезнь встречается у одного из 10 человек, достигших 40-летнего возраста, а к 70 годам у половины населения. Дивертикулярная болезнь толстой кишки в настоящее время представляет собой серьезную и сложную клиническую и социально-экономическую проблему, т.к. частота заболеваемости и развития воспалительных осложнений постоянно увеличивается, достигая 50-60% и 15-20% соответственно [П.А.Резнецкий и др., 2017]. В настоящее время от 15% до 30% пациентов острым дивертикулитом, поступивших в общехирургические стационары, нуждаются в хирургическом лечении [Е.С.Сказываева и др., 2022].

Из осложнений дивертикулярной болезни большое значение в клинике занимают гнойно-воспалительные процессы, которые достаточно трудны для диагностики и лечения. Увеличение частоты заболеваемости, сложность диагностики и лечения осложненных форм делают эту проблему колопроктологии достаточно актуальной.

**Цель.** Клиническим проявлением воспалительных осложнений дивертикулярной болезни является абдоминальный болевой синдром различной интенсивности, что предполагает оказание им экстренной хирургической помощи в общехирургическом стационаре [Б.К.Гиберт и др., 2018]. Учитывая это обстоятельство целью работы явилось изучение диагностических возможностей и тактики лечения при гнойно-воспалительных осложнениях в условиях БСМП.

**Материалы и методы.** В хирургической клинике ВГМУ на базе городской клинической больницы СМП за последние 8 лет наблюдали 604 пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки, осложненной острым дивертикулитом, абсцессом в полости дивертикула, перфорацией. Среди наблюдаемых пациентов мужчин 167 (27,6%), женщин 437 (72,4%). По классификации О.Hansen, W.Stoch (1999) осложненные формы дивертикулита

диагностированы у 96 (15,8%). Возраст колебался от 31 до 82 лет (медиана 56). Дивертикулит левой половины толстой кишки у 601, слепой кишки – у 3.

Группы пациентов распределяли по классификации О.Hansen, W.Stoch (1999), представленной в Клинических рекомендациях Российского научного общества терапевтов, ... гастроэнтерологов «Дивертикулярная болезнь толстой кишки» (2002):

0 ст. – дивертикулы без клинических проявлений

I ст. – острый неосложненный дивертикулит

II ст. – острый осложненный дивертикулит

а) перидивертикулит /флегмонозный дивертикулит;

б) дивертикулярный абсцесс / прикрытая перфорация дивертикула;

в) свободная перфорация дивертикула

III ст. – хронический дивертикулит.

**Результаты и обсуждение.** При анализе клинических проявлений острого дивертикулита выявлено, что симптоматика острого дивертикулита нисходящей и сигмовидной кишки вполне укладываются в определение «левосторонний аппендицит» (А.Г.Земляной, 1970; В.И.Юхтин, 1988). Для острого дивертикулита ободочной кишки характерны боли различной интенсивности и локализации, метеоризм, нерегулярный стул (запоры / диарея), тенезмы, иногда ректальное кровотечение, тошнота, рвота, лихорадка. Возникновению болевого синдрома, как правило, предшествовали упорные запоры, иногда тяжелая физическая работа. Характерна постоянная интенсивная боль в левой мезо- либо гипогастральной областях. В большинстве пациенты поступали на 2-3 сутки от возникновения болевого синдрома. Для диагностики дивертикулита в настоящее время используется метод ультразвукового исследования. Мы также использовали УЗИ в диагностике дивертикулита. При наличии дивертикулита выявляются утолщение стенки кишки, внутрстеночные и внекишечные инфильтративные образования, неровность наружного контура. В сомнительных случаях и для выявления абсцесса применяем компьютерную томографию с контрастированием (отек брыжейки сигмовидной кишки, инфильтрация стенки кишки).

При наличии перитонеальных симптомов производили обзорную рентгенографию брюшной полости, но ни в одном наблюдении свободного газа не выявлено.

При неосложненных формах дивертикулита и локализованной области воспаления I – II ст. или отеке мягких тканей проводим базовую терапию, рекомендуем рациональное питание. При наличии клиники острого дивертикулита лечение направлено на быстрое купирование воспалительного процесса. С целью нормализации стула назначаем бесшлаковую диету, слабительные на основе лактулозы (дюфалак), пробиотики, спазмолитики (дротаверин, мебеверин). Антибиотикотерапия включает внутривенное введение препаратов, преимущественно воздействует на грамотрицательные палочки и анаэробы (метронидазол, ципрофлоксацин, аминогликозиды) в

течение 3-5 суток. Затем переходим на пероральную антибиотикотерапию длительностью 10-12 дней.

Консервативное лечение пациентов оказалось эффективным у большинства пациентов при остром неосложненном дивертикулите (I стадия и осложненной II а).

При обратном развитии воспалительного процесса в «холодном периоде» выполняем фиброколоноскопию, в ряде случаев ирригоскопию с двойным контрастированием для исключения онкопатологии. У 85% обследованных дивертикулы локализовались в сигмовидной кишке. После этого пациенты получали рекомендации по дальнейшему лечению. Однако следует иметь в виду, что клинические проявления дивертикулярной болезни сохраняются после острого дивертикулита в 65,8%, а после острого воспалительного паракишечного инфильтрата (ОВПИ) у 96,2% пациентов [Г.И.Воробьев и др., 2007]. Авторы считают, что риск возникновения многократных (более 3) эпизодов воспаления составляет 68,9%, поэтому повторный эпизод острого дивертикулита или первый эпизод ОВПИ служат показанием для рекомендации пациенту планового хирургического лечения в условиях колопроктологического отделения.

Показания к экстренной операции выставляли при наличии деструктивных форм дивертикулита, образовании гнойников и забрюшинных флегмон, перфорации с развитием перитонита, острой кишечной непроходимости, отсутствия эффекта от консервативного лечения (сохраняется болевой синдром, лихорадка, высокий лейкоцитоз) в течение 1-2 суток. Оперированы 53 (8,7%). При наличии выраженного воспалительного процесса с некрозом и свободной перфорацией стенки кишки, распространенного перитонита выполняли резекцию сигмовидной кишки либо левостороннюю гемиколонэктомию с формированием одноствольной колостомы (у 34). При наличии небольшого абсцесса в зоне дивертикула и при микроперфорации / прикрытой (1-2 мм) в клинике разработана оперативная тактика, заключающаяся в выведении измененного отдела кишки на кожу в левой половине живота, но без вскрытия просвета кишки (экстратерриторизация воспаленного очага) [у 18]. Кроме продолжающейся базовой терапии проводилось лечение местное (мазевые стерильные повязки на выведенную петлю) и общее. По мере ликвидации воспалительного процесса в стенке кишки последняя погружалась в брюшную полость обычно на 4-5 сутки без резекции кишки и наложения каких-либо швов с хорошим результатом. Из осложнений отмечено нагноение операционной раны в левой половине живота у одного пациента.

После операций умерли 4. Летальность связана с наличием анаэробного перитонита с абдоминальным или тяжелым абдоминальным сепсисом.

#### **Выводы:**

1. Частота осложненных форм острого дивертикулита толстой кишки достигает 15%.

2. Для острого дивертикулита нет характерных клинических симптомов, они протекают под видом различных заболеваний, что требует тщательной дифференциальной диагностики.

3. При хирургическом лечении инфильтративных форм, абсцесса и прикрытой перфорации дивертикула может быть использован метод «экстратерриторизации» воспалительного очага с последующим погружением кишки в брюшную полость.