

## **ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Хаджи- Исмаил Исмаил Аббас*

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
г. Минск, Беларусь*

**Введение.** Проблема диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки (ДБОК) остается актуальной в связи с широким её распространением, высоким риском развития осложнений и летальных исходов. На сегодняшний день не существует конкретного диагностического алгоритма ДБОК, обеспечивающего постановку правильного диагноза на всех этапах её проявлений и позволяющего выработать тактику хирургического лечения в дооперационном периоде.

**Цель.** Выработать диагностические критерии дивертикулярной болезни ободочной кишки для выбора оптимальной тактики хирургического лечения.

**Материалы и методы.** За период времени с января 2020 по декабрь 2022 гг. находились на лечение с различными формами осложнений ДБОК в отделении колопроктологии МОКБ при поддержке кафедры хирургии БелМАПО и Республиканского центра реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии 142 пациента. Среди них 79 женщин, что составляет 55,6% и 63 мужчин что составляет 44,4%. В качестве инструментальных методов диагностики применяли компьютерную томографию у 102 пациентов, ирригоскопию у 133 пациентов, ультразвук у 82 пациентов и колоноскопию у 34 пациентов. Для систематизации данных каждого метода разработана диагностическая карта, включающая в себя основные патологические параметры, происходящие в стенке кишки и в её просвете. Объединив данные диагностических карт всех инструментальных методов, удалось выработать критерии ДБОК, позволяющие выбрать оптимальный метод лечения (терапевтический или хирургический). В случае необходимости выполнить хирургическое вмешательство и планировать его объем мы проводили молекулярно-генетические, электро-микроскопические и морфологические исследования материалов из стенки кишки без дивертикулов, из областей осложненных и неосложненных дивертикулов, а также из мезентериальных лимфоузлов.

**Результаты и обсуждение.** Локализации дивертикулов по сегментам ОК следующие: сигма – 87 (61,3%), левый фланг – 34 (23,9%), правый фланг – 1 (0,7%), левый и правый фланги – 3 (2,1%) тотальное поражение – 17 (12%). Локализация дивертикулов по отношению к брыжейке: брыжеечный край – 73 (51,4%), противобрыжеечный край – 43 (30,3%), смешанная локализация – 26 (18,3%). Хирургическое лечение прошли 118 человек (83%), при этом несостоятельность диагностирована у 3-х пациентов, что составляет (2,5%) и 2 случая летального исхода, что составляет 1,7%. Были выполнены следующие варианты операции с учетом локализации воспалительного процесса и

распространенности дивертикулярной болезни: сегментарная резекция – воспалительный процесс и дивертикулы находятся в пределах одного сегмента; гемиколэктомия (левая, правая или сочетание) – воспалительный процесс находится в одном из сегментов, а дивертикулы занимают весь фланг; колэктомия (дистальная, тотальная) – воспалительный процесс находится в разных сегментах, а дивертикулы занимают всю ОК. Во всех случаях выполняется лимфодиссекция в объеме D2-D1.

**Выводы.** Диагностика дивертикулярной болезни и ее осложнений представляет определенные сложности и требует системного подхода, тесной работы врачей диагностических специальностей и хирургов, учет анамнестических, клинических, клинико-лабораторных данных. При выполнении оперативного вмешательства и планировании резекции ободочной кишки необходимо учитывать не только место локализации осложнений, но и распространенность дивертикулов в пределах одного сегмента, фланга или по всей ободочной кишке.