

О. В. Попков, Г. П. Рычагов, В. А. Гинюк, С. О. Попков

## ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

---

**А**ктуальность. Наблюдается неуклонный рост пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки в последнее время, в связи с чем увеличивается количество осложнений дивертикулярной болезни.

**Цель.** Анализ методов диагностики, выбора лечебной тактики при осложнениях дивертикулярной болезни толстой кишки.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ лечения 300 пациентов с ослож-

нениями дивертикулярной болезни толстой кишки в УЗ «3 клиническая больница им. Е. В. Клумова» г. Минска за 2009–2014 гг.

Мужчин было 84 (28%), женщин – 216 (72%). Возраст пациентов варьировал от 38 до 80 лет.

Структура осложнений:

- кровотечения-126 (42%),
- дивертикулит-90 (30%),
- перфорация с перитонитом-54 (18%),
- инфильтрат, абсцесс-30 (10%).

Алгоритм обследования включал: клиническое, лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое, ультразвуковое, морфологическое обследование пациентов. По показаниям – компьютерную томографию, лапароскопию. Сопутствующие заболевания зарегистрированы у всех пациентов анализируемой группы.

### **Результаты и обсуждение**

Консервативное лечение проведено 192 (64%) пациентам. Критериями оценки эффективности консервативного лечения служили исчезновение клинических симптомов дивертикулеза, нормализация моторно-эвакуаторной функции. Оперировано 108 (36%) пациентов.

Хирургическая тактика определялась характером и тяжестью осложнений, общим состоянием и возрастом пациентов, степенью распространенности дивертикулеза. В экстренных случаях усилия были направлены на устранения

угрозы жизни и профилактику гнойных осложнений. Объем оперативного вмешательства: резекция толстой кишки или тотальная колэктомия с первичным анастомозом или наложением колостомы, дренирование брюшной полости.

Частота послеоперационных осложнений (несостоятельность швов кишечного анастомоза, прогрессирование перитонита, инфекция области хирургического вмешательства) составила 12,5%. Летальных исходов не было. Средняя длительность лечения в стационаре до операции-4,6, после операции-15,5 к-дней.

Таким образом, адекватная оценка индивидуальных функциональных возможностей, предоперационная подготовка, дифференцированный выбор (по объему и характеру) хирургических вмешательств позволяют добиться у пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью хороших непосредственных результатов лечения.