

## ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

<sup>1</sup>*Смотрин С.М.,* <sup>1</sup>*Колоцей В.Н.,* <sup>2</sup>*Страпко В.П.,* <sup>2</sup>*Ковалевский П.И.*

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

<sup>2</sup>*УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,  
г. Гродно», Республика Беларусь*

**Введение.** Дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБТК) характеризуется высокой распространенностью среди взрослого населения и прогрессирующим ростом количества осложненных форм. Выбор оптимальной диагностической тактики при осложнениях ДБТК является чрезвычайно актуальной задачей неотложной хирургии, так как от ее результатов зависят и результаты лечения.

**Цель.** Оптимизация диагностики осложненных форм ДБТК и оценка результатов проводимого лечения.

**Материал и методы.** В исследование включены 132 пациента с ДБТК, находившихся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» с 2020 года. Все пациенты поступили в экстренном порядке. Из поступивших женщин было 90 (68,3%), мужчин 42 (31,7%). Преобладали пациенты пожилого (43,2%) и среднего возраста (34,8%), 66 пациентов (50%) были в трудоспособном возрасте. Всем пациентам с подозрением на ДБТК и ее осложнения выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости для выявления свободного газа, а также УЗИ брюшной полости для исключения или подтверждения жидкостных скоплений в брюшной полости или забрюшинном пространстве, КТ брюшной полости с контрастным усилением. Главной задачей диагностического алгоритма заключалось в определении распространения воспалительного процесса при осложнениях ДБТК.

**Результаты и обсуждение.** Основной жалобой при поступлении были боли в животе. Чаще всего боли локализовались в левой подвздошной области и левой половине живота (60,4%), в нижних отделах живота (17,2%). В 4,1% наблюдений боли носили нелокализованный характер и распространялись по всему животу, в 2,3% наблюдений в правой подвздошной области. Боли неинтенсивного характера имели место у 86,5% пациентов, интенсивные боли отмечены у 9,0% пациентов, «кинжальные боли имели место у 5 пациентов (3,5%). Повышение температуры тела до субфебрильных отмечено у 80 (60,6%) пациентов, до фебрильных значений – у 17 (12,9%) пациентов. У 35 (26,5%) пациентов температура тела оставалась нормальной. У 21 (16%) пациента основной жалобой являлось выделение крови из прямой кишки.

Срок от начала заболевания у 15 (23,5%) пациентов составлял не более суток. Основанием для обращения явилось появление болей «необычной» локализации и выделение крови из прямой кишки при дефекации. В 70 (60,6%)

наблюдениях давность заболевания составляла 2-3 суток, в 27 (20,5%) наблюдениях – 4-6 суток и в 10 (7,5%) более 6 суток.

Свободный газ в брюшной полости выявлен у 16 пациентов (12,1%). УЗИ брюшной полости включалось в обязательную программу обследования пациентов с подозрением на ДБТК. При ультразвуковом исследовании диффузное гипоэхогенное утолщение стенки кишки имело место в 32,6% случаев, наличие абсцесса в брюшной полости, малом тазу, забрюшинном пространстве отмечено в 12,9% наблюдений, а наличие жидкости в нескольких анатомических областях было в 5,3% наблюдений. Ирригоскопия для диагностики осложнений ДБТК по экстренным показаниям не проводилась. Наиболее информативным методом диагностики ДБТК и ее осложнений в остром периоде явилось КТ, данное исследование позволяет установить уровень, характер, степень поражения кишки, забрюшинного пространства. В ряде случаев КТ дополнялось МРТ. Данные методы позволяют более четко визуализировать внекишечные осложнения, оценить состояние близлежащих органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Фиброколоноскопия выполнена 85 (64,4%) пациентам в холодном периоде для исключения рака толстой кишки, уточнения источника толстокишечного кровотечения.

У 9 пациентов, поступивших с давностью заболевания от 4 суток и более, имела место клиническая картина распространенного перитонита, что потребовало оперативного лечения в объеме обструктивной резекции сигмовидной кишки с выведением одноствольной колостомы. В послеоперационном периоде 1 пациент умер от полиорганной недостаточности.

Лечебно-диагностическая лапароскопия была выполнена 19 пациентам. Из них у 8 пациентов установлено наличие плотного инфильтрата в левой подвздошной и левой мезогастральной области с наличием небольшого количества жидкости. Исследование завершилось дренирование брюшной полости с последующей интенсивной антибактериальной терапией. В 5 случаях наблюдали abortивное развитие инфильтрата и после дообследования пациенты оперированы в плановом порядке в объеме резекция сигмовидной кишки с наложением межкишечного анастомоза. У 3 пациентов наступило абсцедирование инфильтрата, что потребовало обструктивной резекции сигмовидной кишки с наложением концевой колостомы. У 11 пациентов исследование завершилось постановкой контрольного дренажа в брюшную полость.

#### **Выводы:**

1. Комплексная оценка клинических данных и результатов инструментальных методов исследования позволяет установить клиническую форму и характер осложнений ДБТК и, на основании этого выбрать рациональную лечебную тактику.

2. Фиброколоноскопия при ДБТК показана в случаях толстокишечного кровотечения с целью диагностики и возможности

эндоскопического гемостаза, а также исключения онкологических трансформаций дивертикулеза.

3. Ирригографию применять в ургентном порядке нецелесообразно. Следует более широко использовать КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием, ввиду его более высокой диагностической ценности.

4. Скрининговое УЗИ позволяет определить не только поражение кишечной стенки, но и степень распространения воспалительного процесса в брюшной полости и забрюшинном пространстве.