

НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

¹*Хаджи-Исмаил И.А.,¹ Шулейко А.Ч.,¹ Вижинис Е.И.,
²Коротыш В.Н., Высоцкий Э.Ф.*

¹*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь
²УЗ «Минская областная клиническая больница»*

A NEW APPROACH TO SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS OF DIVERTICULAR COLON DISEASE

¹*Hadji-Ismail I.A.,¹ Shuleiko A.CH.,¹ Vizhinis E. I.,
²Karatysh V.M., Vysotsky E. F.*

¹*Institute for advanced training and retraining of healthcare personnel of the
educational establishment “Belarusian state medical university”, Minsk, Republic
of Belarus
²Minsk Regional Clinical Hospital*

Введение. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБ) в структуре доброкачественных заболеваний ободочной кишки, имеет широкую распространенность среди жителей Европейских стран, Северной Америки и Канады, у которых диагностируется так называемый западный тип дивертикулярной болезни, поражающий левый фланг ободочной кишки. К сожалению, в последние годы отчетливо прослеживается тенденция к «омоложению» этой патологии. В возрастной группе до 30 лет данный показатель составляет 1–2 %, у лиц до 40 лет – 5 %, в возрастной группе старше 80 лет – 70 %. В то время, как у 75-80 % пациентов встречается бессимптомная дивертикулярная болезнь, у 20-25% развиваются различные формы осложнений (дивертикулиты, прикрытые перфорации дивертикулов с развитием различных степеней инфильтратов, перфорация дивертикулов с развитием перитонита). Эти и другие осложнения вызывают хирургический интерес, которому до сих пор нет четких критериев и показаний.

Цель. Обосновать объем резекции ободочной кишки у пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью.

Материалы и методы. Для этой цели проведены молекулярно-генетические, морфологические и электронно-микроскопические исследования материалов из стенки кишки (из областей осложненных и неосложненных дивертикулов и области без дивертикулов) и лимфатических узлов (эпикальные и мезоколические). С помощью молекулярно-генетических исследований (154 образца) установили роль микрофлоры ободочной кишки (*Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus species*, *Streptococcus species*, Herpes simplex virus I, II типов, Cytomegalovirus, Epstein-Barr virus) в развитии ДБ путем её транслокации в слизистую оболочку и

мезентериальные лимфатические узлы. При морфологических исследованиях (257 срезов толщиной 3-4мкм) определены изменения, происходящие во всех слоях стенки кишки от слизистой до серозной. С помощью электронной микроскопии определено состояние коллагена, эластина и интестинальных клеток (клетки Кахаля).

Результаты и обсуждение. Молекулярно-генетические исследования подтвердили транслокацию микрофлоры в слизистую оболочку и лимфоузлы (пристеночные и промежуточные). Подтверждением этому наличие в стенке кишки без дивертикулов и с дивертикулами без осложнений ДНК условно-патогенной флоры аэробной этиологии семейства *Enterobacteriaceae* – $54,28 \pm 6,63\%$ ($n=19$), рода *Staphylococcus species* – $40,00 \pm 5,86\%$, рода *Streptococcus species* – $48,57 \pm 6,35\%$; микс-инфицирование стенки кишки возбудителями бактериальными и вирусными (ДНК *Herpes simplex virus I*, II типов – $36,36 \pm 5,39\%$, *Cytomegalovirus* – $7,27 \pm 2,64\%$, *Epstein-Barr virus* – $14,55 \pm 3,66\%$) в материалах из осложненных дивертикулов – 100%. ДНК вирусов обнаружены в лимфоузлах.

Электронно-микроскопические и морфологические исследования показывали в стенке ободочной кишки без дивертикулов следующие изменения: дегенеративные клетки Кахаля с одним отростком, фрагментированные коллагены и регрессивные эластины. В области неосложненных дивертикулов: диффузно-умеренная воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки, гипертрофия мышечной пластинки слизистой оболочки, которая представлена 3 рядами миоцитов, коллагенизация и слабое разволокнение мышечных волокон, увеличение количества бокаловидных экзокриноцитов, образование очагов лизиса и пересокращения мышечных волокон, дегенерация клеток Кахаля. В области осложненных дивертикулов: диффузно-очаговый склероз, расплавление стенки кишки, количество нейронов в ганглиях резко уменьшено, разрастание коллагена в области разрушенной собственной пластинки слизистой оболочки, атрофированные клетки Кахаля.

На основании всего выше сказанного мы предлагаем следующую тактику хирургического вмешательства с учетом локализации осложнения и распространенности дивертикулов: удаление всех дивертикулов в пределах одного сегмента или фланга. Удаление пристеночных и промежуточных лимфатических узлов /лимфодиссекция в объеме D2-D1/. Операции могут быть экстренными и плановыми, одномоментными и двухмоментными.

Таким образом, основными моментами предлагаемого нами хирургического метода лечения осложненных форм дивертикулярной болезни ободочной кишки являются: резекция сегментов ободочной кишки, в которых развились осложнения (дивертикулиты, инфильтрированные прикрытия перфорация дивертикулов, абсцедированные прикрытия перфорации дивертикулов, перфорация дивертикулов); резекция сегментов ободочной кишки, в зависимости от распространенности неосложненных

дивертикулов; удаление параколических и мезоколических лимфоузлов (т.е. выполнение лимфодиссекции в объеме D2-D1).

Выводы. Основную роль в выполнении той или другой операции отводится месту локализации осложнений и уровню распространенности дивертикулов. Если дивертикулы локализованы в пределах сигмовидной кишке, там же где осложнение, то выполняется мезосигмоэктомия. Если дивертикулы распространены по всему левому флангу ободочной кишки, а осложнение имеется в одном из его сегментов (сигмовидная или нисходящая), то выполняется левосторонняя мезоколэктомия.