

Е.Г. Ермоленко, Г.К. Карипиди, С.В. Авакимян, М.А. Шевляева

**ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ  
В ПРАКТИКЕ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ****ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ  
(Краснодар)**

Ретроспективно изучены истории болезни пациентов с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки. В структуре осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки преобладала перфорация дивертикулов. Наиболее часто встречалась перфорация дивертикулов сигмовидной кишки. В возрастной группе преобладала категория больных от 50 до 60 лет. При хирургическом лечении больных с перфорациями дивертикулов толстой кишки использовались как одноэтапные операции, так и многоэтапные вмешательства. Предпочтение отдавали оперативным вмешательствам с формированием колостомы.

**Ключевые слова:** перфорация дивертикула, колостомы

**COMPLICATED FORMS OF DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON IN THE PRACTICE  
OF EMERGENCY SURGERY**

E.G. Ermolenko, G.K. Karipidi, S.V. Avakimyan, M.A. Shevlyayeva

*Kuban State Medical University, Krasnodar*

Case histories of patients with complicated forms of diverticular disease of the colon were retrospectively studied. Diverticulum perforation prevailed in the structure of the complications of diverticular disease of the colon. The most common complication was perforation of diverticulum of sigmoid colon. In the age + group the patients of 50–60 years dominated. Both one-step operations and multi-stage intervention were used in the surgical treatment of patients with perforations of diverticulum of the colon. The preference was given to surgical interventions with the formation of colostomy.

**Key words:** diverticulum perforation, colostomy

**ВВЕДЕНИЕ**

Дивертикулярная болезнь толстой кишки является важной медицинской и социально-экономической проблемой современного общества. Развитие заболевания у лиц в трудоспособном возрасте, возникновение осложнений, приводящих к инвалидизации пациентов, обуславливают высокую медико-социальную значимость данной патологии. Заболевание выявляется у 10 % обследованных старше 40 лет, в 30 % случаев — после 60 лет, а начиная с 75-летнего возраста, диагностируется у каждого второго жителя европейского континента [1, 4, 6, 8]. Дивертикулярная болезнь толстой кишки занимает пятое место среди заболеваний желудочно-кишечного тракта [11, 12]. По данным различных авторов, осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки развиваются у 10–25 % пациентов [3, 7, 9, 10]. Хирургическому вмешательству подлежат пациенты, у которых возникают опасные для жизни осложнения заболевания (перфорация, кровотечение, дивертикулит) [2, 3, 5]. Первое место в структуре осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки занимает перфорация дивертикула, что является абсолютным показанием к операции. Хирургическое лечение этого осложнения сопряжено с высоким риском послеоперационных осложнений, летальностью.

При хирургическом лечении больных с перфорациями дивертикулов толстой кишки могут использоваться как одноэтапные операции, так и многоэтапные вмешательства [1, 4, 5, 12].

**Цель исследования:** анализ тактики хирургического лечения при перфорации дивертикула толстой кишки.

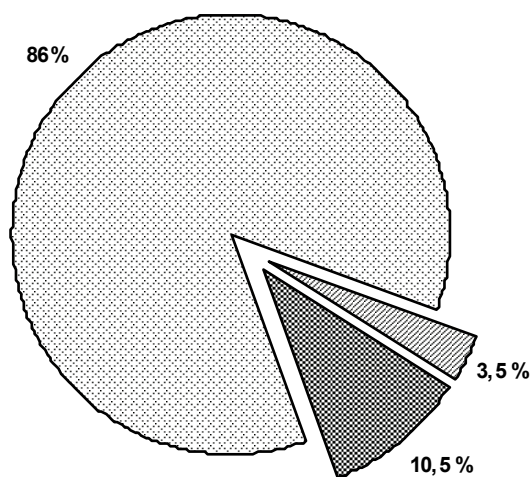
**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В основу работы положен ретроспективный анализ 142 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи (МБУЗ КГК БСМП) г. Краснодара с 2007 по 2011 гг. с диагнозом: осложненная дивертикулярная болезнь толстой кишки. Мужчин — 68 (47,9 %), женщин — 74 (52,1 %). В возрастной группе преобладали категории больных от 50 до 60 лет (24,0 %) (табл. 1).

**Таблица 1**  
**Возрастная категория больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки**

Возраст	Мужчины	Женщины	Итого
до 30 лет	2 (1,4 %)	1 (0,7 %)	3 (2,1 %)
30–40 лет	8 (5,6 %)	3 (2,1 %)	11 (7,7 %)
40–50 лет	12 (8,5 %)	9 (6,3 %)	21 (14,8 %)
50–60 лет	18 (12,7 %)	16 (11,3 %)	34 (24 %)
60–70 лет	13 (9,2 %)	16 (11,3 %)	29 (20,5 %)
70–80 лет	11 (7,7 %)	19 (13,4 %)	30 (21,1 %)
старше 80 лет	4 (2,8 %)	10 (7 %)	14 (9,8 %)
<b>Всего</b>	<b>68 (47,9 %)</b>	<b>74 (52,1 %)</b>	<b>142 (100 %)</b>

По поводу продолжающегося кровотечения из дивертикулов толстой кишки, несмотря на проводимую консервативную терапию, было оперировано 5 (3,5 %) больных (выполнена гемиколэктомия в различном объеме с формированием анастомоза), по поводу дивертикулита — 15 (10,5 %) (10 больным с диагностической целью выполнена видеолaparоскопия с последующим консервативным лечением и 5 больным произведено оперативное лечение в отсроченном порядке (гемиколэктомии в различном объеме с формированием анастомоза)). В структуре осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки преобладала перфорация дивертикулов — 122 случая (86,0 %) (рис. 1).



■ перфорация ■ кровотечение ■ дивертикулит

Рис. 1. Структура осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В данной статье проанализирована тактика оперативного лечения 122 больных с перфорациями дивертикулов толстой кишки. Наиболее часто встречалась перфорация дивертикулов сигмовидной кишки — 106 случаев (86,9 %) (рис. 2).

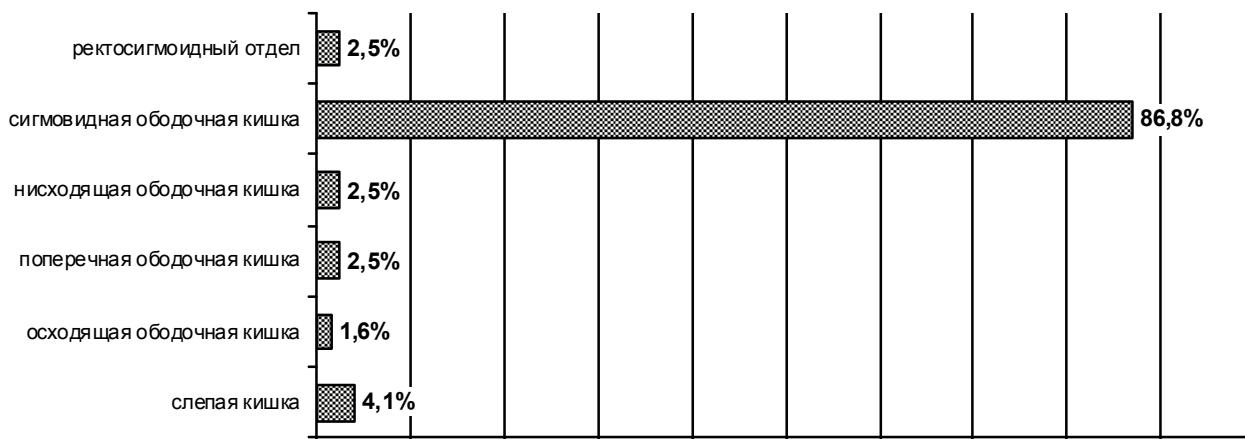


Рис. 2. Анатомическая локализация перфорации дивертикула толстой кишки.

Все больные с перфорацией дивертикулов толстой кишки были оперированы в экстренном порядке, после предоперационной подготовки. В 19 (15,6 %) случаях были применены одномоментные операции: ушивание перфоративного отверстия дивертикула толстой кишки — 10 (52,6 %); резекция толстой кишки в различном объеме с формированием анастомоза — 9 (47,4 %). В 103 (84,4 %) случаях были выполнены операции с выведением стомы. К ним относятся: обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной колостомы — 81 (78,6 %); резекция пораженного участка с двухствольной колостомой — 13 (12,6 %); левосторонняя колэктомия, трансверзостомия — 6 (5,9%); другие — 3 (2,9 %) (цекостомия, резекция печеночного угла, асцендостомия, илеостомия). Из 103 оперированных больных с наложением стомы реконструктивные операции выполнены у обратившихся 28 человек (27 %).

Преимуществом многоэтапных методов в хирургическом лечении больных с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки является надежное устранение источника перитонита на первом этапе и проведение восстановительной операции на втором. Но у пациентов, излеченных от основного заболевания, страдает качество жизни в связи с наличием функционирующей колостомы. Кишечная стома оказывает влияние на здоровье больного, его психологический статус, трудоспособность, требует физической и социальной реабилитации. Операции по восстановлению естественного пассажа по кишечнику достаточно сложны, чреватые тяжелыми осложнениями, и попытки восстановить его проходимость нередко оканчиваются безуспешно. Формирование анастомоза без соответствующей предоперационной подготовки кишки в условиях перитонита очень опасно, но при этом больного избавляют сразу и от заболевания, и его осложнения, устраняют риск повторных операций и возможных после каждой из них послеоперационных осложнений.

### ВЫВОДЫ

Первое место в структуре осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки занимает перфорация дивертикула. Большинство операций выполняется, как правило, у пожилых, ослабленных сопутствующими заболеваниями пациентов, что влияет на показания, выбор метода и объем оперативного вмешательства. Таким образом, проанализировав тактику оперативного лечения больных с перфорациями дивертикулов толстой кишки, можно сделать вывод, что предпочтение отдавали оперативным вмешательствам с формированием колостомы. В подобных ситуациях хирургическая тактика направлена на спасение жизни больного и зачастую не излечивает от основного заболевания. Одномоментные хирургические вмешательства выполнялись редко из-за опасности несостоятельности швов, в результате плохой подготовки толстой кишки и отсутствия объективной информации о распространенности дивертикулеза.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Кубачёв К.Г., Малкова С.К. Перфорация дивертикула сигмовидной кишки // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 2003. — Вып. 162 (2). — С. 94–96.
2. Ногаллер А.М. По материалам Фальксимпозиума 148 (июнь 2005 г., Мюнхен). Дивертикулез // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2005. — № 6. — С. 3–5.
3. Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение / Г.И. Воробьев, Ю.М. Панцырев [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2007. — № 4. — С. 44–48.

### Сведения об авторах

**Ермоленко Екатерина Геннадьевна** – очный аспирант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (350063, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14; тел.: 8 (861) 252-18-88, 8 (861) 252-23-52; e-mail: katy-ermolenko@yandex.ru)  
**Карипиди Геннадий Константинович** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ  
**Авакимян Сергей Владимирович** – ассистент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ  
**Шевляева Марианна Анатольевна** – заочный аспирант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ

4. Пасечников В.Д. Дивертикулы желудочно-кишечного тракта // Consilium-medicum. — 2005. — № 2. — С. 3–13.
5. Сацукевич В.Н. Клиническая и ультразвуковая диагностика дивертикулита толстой кишки и его осложнений // Хирургия: Научно-практический журнал им. Н.И. Пирогова. — 2005. — № 5. — С. 47–50.
6. Blachut K. Prevalence and distribution of the colonic diverticulosis. Review of 417 cases from Lower Silesia in Poland // Rom. J. Gastroenterol. — 2004. — N 13. — P. 281–285.
7. Buttenschon K. Chirurgischer Strategiewandel bei akuter und komplizierter Colondivertikelerkrankung // Chirur. — Vol. 66. — P. 487–492.
8. Delvaux M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2003. — Vol. 18 (Suppl. 3). — P. 577–593.
9. Fearnhead N.S. Clinical features and differential diagnosis of diverticular disease // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 16, N 4. — P. 577–593.
10. Murray C.D. Medical management of diverticular disease // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 16, N 4. — P. 611–620.
11. Petruzzello L. Review article: uncomplicated diverticular disease of the colon // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2006. — Vol. 23. — P. 1379–1391.
12. Salem T.A., Molloy R.G., O'Dwyer P.J. Prospective, fiveyear follow-up study of patients with symptomatic uncomplicated diverticular disease // Dis. Colon Rectum. — 2007. — Vol. 50. — P. 1460–1464.