

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Арипова Н.У., Исроилов Б.Н., Иватов М.

### ЎЎҒОН ИЧАК ДИВЕРТИКУЛЁЗИНИ ЁШИ КАТТАЛАР ВА ҚАРИЯЛАРДА ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Арипова Н.У., Исроилов Б.Н., Иватов М.

### DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT TACTICS OF COLON DIVERTICULOSIS AT ELDERLY AND SENILE AGE PATIENTS

Akhmedov M.A., Mirzakhmedov M.M., Aripova N.Y., Isroilov B. N., Ivatov M.

Ташкентская медицинская академия

**Мақсад:** жарроҳлик йўли билан даволашда ўўғон ичак дивертикулёзи ва унинг асоратларини яхшилаш.

**Материал ва усуллар:** ўўғон ичакнинг дивертикуляр касаллигини 176 беморда кечиши ўрганилди. Булардан 62 (35,3%) беморларда касалликни асоратсиз кечиши кузатирилган. Қолган 114 (64,7%) беморларда асоратланган ўўғон ичак дивертикуллари аниқланган (дивертикулит, қон кетиш, дивертикул атрофида инфилтрат, ичак тутилиши, ташқи ичак оқмалари, дивертикул малигнизацияси). 98 (55,7%) беморга консерватив даво ўтказилган. **Натижалар:** жарроҳлик даво 78 (44,3%) беморда амалга оширилган. Операциядан кейинги асоратлари 8 (10,2%) та беморда кузатирилган. **Хулосалар:** ўўғон ичак дивертикулёзининг ҳамма асоратлари жарроҳлик давога кўрсатма бўлади. Жарроҳлик амалиётининг ҳажми шошилиш ҳоллари индивидуал равишда белгиланади. Оғир аҳволдаги беморларда бир неча босқичли операциялар амалга ошириш афзал, хусусан, биринчи босқичда ичакнинг шикастланган қисми олиб ташланади ва илео- ёки колостома қўйиш билан чекланиш тавсия этилади.

**Калит сўзлари:** дивертикулёз, ўўғон ичак дивертикулити, дивертикуляр касаллик.

**Objective:** To improve the results of surgical treatment of diverticulosis of the colon and its complications. **Material and methods:** Under observation were 176 patients with diverticular disease of the colon. 62 (35.3%) patients had an uncomplicated course of the disease, the remaining 114 (64.7%) were diagnosed with complicated colon diverticulosis. **Results:** The volume of surgical intervention in emergency cases was determined individually. In a serious condition, stage operations were performed, in particular, at the first stage, the affected part of the intestine was removed, limited to the formation of an ileo- or colostomy. Postoperative complications were observed in 10 (12.8%) patients. **Conclusions:** An indication for surgical treatment is all types of complications of diverticulosis of the colon.

**Key words:** diverticulosis, colonic diverticulosis, diverticulosis disease.

Дивертикулёз толстого кишечника (ДзТК), который в основном является приобретенной патологией, занимает первое место среди дивертикулов желудочно-кишечного тракта. Его называют еще болезнью пожилых и старых людей.

Распространенность дивертикулярной болезни толстой кишки в популяции достигает 30% [1,3,4,8,10]. Она зависит от возраста обследуемых и варьирует от менее чем 2% среди лиц моложе 30 лет до 20-30% у пациентов старше 50 лет, достигая 50-60% у людей старше 80 лет [3,4,8].

Различают дивертикулы истинные и ложные. Ложные дивертикулы встречаются часто, обычно они бывают множественными и представляют собой выпячивание слизистой оболочки между мышечными волокнами. Высокая частота осложнений при ложных дивертикулах обусловлена особенностями их строения [9]. Их стенка не содержит мышечного слоя, и они не могут активно опорожняться.

Дивертикулёз толстой кишки может долго протекать без существенного нарушения жизнедеятельности больного, но нередко приводит к абдоминальной катастрофе.

Поздний диагноз обусловлен, прежде всего, отсутствием специфических клинических симптомов и поэтому разнообразием клинической картины.

Несмотря на столь широкое распространение этого заболевания, вопросы, связанные с его диагностикой, и тактика лечения, остаются нерешенными или спорными, так как летальность после неотложных вмешательств, по разным данным, колеблется от 15,4 до 61,1% [1,2,4,5]. Среди хирургов нет единого мнения в вопросе о том, какой объем оперативного вмешательства избрать при том или ином осложнении [7]. Не подлежит сомнению необходимость удаления всей пораженной дивертикулами толстой кишки, но как его осуществлять – одномоментно или поэтапно, так как основной контингент – лица пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Это может влиять на выбор метода лечения и объем оперативного вмешательства.

#### Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения дивертикулёза толстой кишки и его осложнений.

#### Материал и методы

Под наблюдением были 176 больных, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научном центре колопроктологии в 2004-2019 гг. 63 (36%) пациента были госпитализированы в плановом порядке, 113 (64%) поступили по экстренным

показаниям. Больные были в возрасте от 32 лет до 91 года, средний возраст 58,6±1,95 года.

Распределение больных дивертикулезом по полу и возрасту представлено в таблице 1.

**Таблица 1**  
**Распределение больных дивертикулезом по полу и возрасту**

Пол	Возраст, лет				Всего больных, абс. (%)
	до 20	21-40	41-60	61 и старше	
Муж	-	4	12	52	68 (38,6)
Жен.	-	8	15	85	108 (61,4)
Итого		12	27	137	176 (100)

Как видно из таблицы, среди пациентов преобладали женщины старше 40 лет.

С целью оценки состояния больных, выбора лечебной тактики, объема оперативного лечения всем больным было проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование по стандартной схеме.

Распределение наблюдаемых нами больных в зависимости от клинической формы и времени поступления в стационар представлены в таблице 2.

**Таблица 2**  
**Распределение больных в зависимости от клинической формы и сроков поступления в стационар**

Клиническая форма	Срок поступления, ч				Всего больных, абс. (%)
	до 6	6-12	12-24	более 24	
Неосложненный дивертикулез	-	-	-	62	62 (35,3)
Острый дивертикулит	1	8	24	9	42 (24)
Кровотечение	16	9	26	4	55 (31,3)
Перидивертикулярный инфильтрат	-	-	-	4	4 (2,2)
Кишечная непроходимость	-	1	1	2	4 (2,2)
Наружный кишечный свищ	-	-	1	4	5 (2,8)
Малигнизация дивертикула	-	-	-	4	4 (2,2%)
Всего	17	18	52	89	176 (100)

Как видно из таблицы, дивертикулез с клиническими проявлениями был у 62 (35,2%) больных, дивертикулез осложненный (дивертикулит, кровотечение, кишечная непроходимость, наружные свищи и малигнизация) – у 114 (64,8%). Что касается сроков поступления больных в стационар, то подавляющее большинство из них госпитализированы в поздние сроки. Наши исследования подтвердили эти данные.

У 138(78,4%) больных дивертикулы были выявлены в левой половине толстой кишки, чаще всего в сигмовидной – у 102 (74%) и нисходящей кишке – у 36 (26%) больных. Поражение поперечно-ободочной кишки наблюдали у 6 (3,5%) больных. Правая половина толстой кишки реже поражается дивертикулезом: в слепой и восходящей кишке они локализовались у 9 (51%) пациентов. Тотальное поражение толстой кишки было у 23 (13%) больных.

## Результаты и обсуждение

При наблюдении за больными выявлена зависимость клинической симптоматики болезни от вида её осложнений. У больных с неосложненным ДзТК специфическая симптоматика отсутствовала, но имелись преобладающие симптомы.

**Таблица 3**  
**Распределение больных в зависимости от клинических симптомов неосложненного дивертикулеза толстой кишки, n=62**

Клинический симптом	Число больных, абс. (%)
Спонтанные боли в животе	56 (90)
Боли при пальпации живота	57 (92)
Метеоризм	51 (82)
Примесь слизи в кале	51 (82)
Запоры	38(62)
Примесь крови в кале	11 (18)

При таких осложнениях как кровотечение, острый дивертикулит, перидивертикулярный инфильтрат, кишечная непроходимость, наружные и внутренние свищи, малигнизация и др., присутствовала обязательная соответствующая симптоматика, такая как кишечное кровотечение, боли в животе, болезненный инфильтрат, симптомы кишечной непроходимости, выделение кишечного содержимого из свища и др.

Диагностика дивертикулярной болезни, наряду с клиническими симптомами, базируется на данных эндоскопических, рентгенологических, УЗ-исследований и компьютерной томографии. Однако каждый из методов имеет свои показания и ограничения.

Колоноскопия позволяет не только диагностировать дивертикул, но и в ряде случаев провести необходимые лечебные меры. Но при множественных дивертикулах даже опытных эндоскопистов могут испытывать технические трудности, что повышает риск инструментальной перфорации стенки кишечника [6].

Рентгенологическое исследование толстой кишки с бариевой клизмой, а именно одномоментное двойное контрастирование, остается одним из ведущих в диагностике дивертикулов ободочной кишки и их осложнений. По данным D.G. Rocky и др. (2004), чувствительность метода в выявлении дивертикулов диаметром 1 см и более достигает 100%, но он противопоказан при ожидаемых осложнениях из-за опасности перфорации. Поэтому будущее за неинвазивными методами: УЗИ, компьютерной томографией, МРТ-колоноскопией. Однако точность этих исследований, техника выполнения, диагностические критерии, показания к применению дискутируются.

На выбор методов лечения и результаты его влияет наличие сопутствующих заболеваний.

Клиническое значение сопутствующих заболеваний заключается в их влиянии на развитие ряда кишечных симптомов, они усложняют клиническую картину дивертикулеза, что в свою очередь требует проведения дополнительных диагностических исследований, создаются трудности в лечении, связанные с коррекцией вызванных ими изменений.

**Таблица 4**  
**Распределение больных с дивертикулярной болезнью в зависимости от сопутствующих заболеваний, n=176**

Сопутствующее заболевание	Число больных, абс. (%)	
Хронический толстокишечный стаз	102	58,0
Гипертоническая болезнь	86	49,0
ИБС: стенокардия	84	47,7
Наружный и внутренний геморрой	76	43,2
Варикозное расширение вен нижних конечностей	38	21,6
Сахарный диабет	62	35,2
Аденома простаты	58	33,0
Желчнокаменная болезнь	18	10,2
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	4	2,3
Хронический бронхит	6	3,4
Мочекаменная болезнь	4	2,3
Цирроз печени	1	0,6

В большинстве случаев при неосложненном дивертикулёзе проводится консервативное лечение, включающее лечебно-профилактические мероприятия для нормализации моторно-эвакуаторной активности кишечника и снятия болевого синдрома.

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что в вопросах выбора тактики лечения существуют различия, а иногда специалисты высказывают даже прямо противоположные суждения [1-3,5]. Это больше всего касается лечения больных с неосложненным дивертикулёзом ободочной кишки. Многие исследователи выступают за проведение предварительного консервативного лечения даже при возникновении определенных осложнений дивертикулёза [2,7,8]. Некоторые авторы при осложненном дивертикулёзе предлагают только оперативное лечение, хотя большинство хирургов операции предпринимали только при безуспешности консервативной терапии [1-3,5].

По нашему мнению, хирургическая тактика должна определяться:

- характером и тяжестью осложнения: чем тяжелее осложнение, тем меньше должен быть объем и больше этапов выполнения оперативного вмешательства;
- общим состоянием и возрастом больных: в состоянии декомпенсации при тяжёлых сопутствующих заболеваниях операции проводятся по абсолютным показаниям;
- степени распространенности дивертикулёза – определяет объем оперативного вмешательства.

Имеются абсолютные и относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни.

#### **1. Абсолютные показания к оперативному вмешательству:**

- 1) свободная перфорация и перитонит;
- 2) выраженный стеноз и непроходимость кишечника;
- 3) непрекращающееся кровотечение;
- 4) неэффективность консервативной терапии;
- 5) подозрение на малигнизацию дивертикула.

#### **2. Относительные показания:**

- 1) рецидивирующий дивертикулит;
- 2) рецидив кровотечения;

- 3) наружные и внутренние свищи;
- 4) сохранение симптоматики, несмотря на проводимую консервативную терапию.

Консервативное лечение проводилось 98 (55,7%) из 176 больных. Основной причиной отказа от оперативного лечения послужило то, что риск операции превышал риск заболевания из-за старческого возраста больных и наличия тяжелых сопутствующих соматических заболеваний. Другая значительная часть больных отказались от предложенного оперативного лечения в пользу консервативного в связи с эффективностью последнего.

Хирургическое лечение проведено у 78 (44,3%) больных дивертикулёзом толстой кишки (табл. 5).

**Таблица 5**  
**Распределение больных в зависимости от клинической формы дивертикулёза, при которой выполнено хирургическое вмешательство, n=78**

Клиническая форма	Число больных, абс. (%)	
Дивертикулёз с клиническими проявлениями	14	18,0
Острый дивертикулит	21	27,0
Кровотечение	26	33,3
Перидивертикулярный инфильтрат	4	5,1
Кишечная непроходимость	4	5,1
Наружные кишечные свищи	5	6,4
Малигнизация дивертикула	4	5,1
Всего	78	100

Дивертикулёз с клиническими проявлениями был у 14 (18%) больных, дивертикулёз, осложненный острым дивертикулитом, – у 21 (27%), кровотечением – у 26 (33,3%), перидивертикулярным инфильтратом – у 4 (5,1%), кишечной непроходимостью – у 4 (5,1%), наружными кишечными свищами – у 5 (6,4%), малигнизацией дивертикула – у 4 (5,1%).

После предоперационной подготовки больным выполнены следующие виды оперативных вмешательств (табл. 6).

**Таблица 6**  
**Распределение больных с зависимости от характера оперативных вмешательств при дивертикулёзе толстой кишки и его осложнениях, n=78**

Вид операции	Число больных, абс. (%)	
Левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзоректального анастомоза	23	29,5
Тотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов (ЦСА)	21	27,0
Тотальная колэктомия с формированием одноствольной илеостомии	2	2,6
Резекция сигмовидной кишки с формированием десцендоректального анастомоза	11	14,1
Резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной десцендостомы	12	15,3
Правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза	9	11,5
Всего	78	100

Как видно из таблицы, 23 (29,5%) больным выполнена левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзоректального анастомоза. У 14 из них имелось левостороннее поражение дивертикулезом без осложнений, но консервативное лечение оказалось неэффективным. У 4 больных была диагностирована малигнизация дивертикула, у 2 – острый дивертикулит с выраженным перифокальным воспалением, у 3 – кровотечение из дивертикула. У этих больных консервативными методами кровотечение остановить не удалось. Тотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза выполнена 21 больному. 2 больным из-за тяжести состояния, обусловленной тяжелой анемией и сопутствующей патологией (гипертоническая болезнь, ИБС: стенокардия и др.), произведена тотальная колэктомия с формированием одностольной илеостомы.

Резекция сигмовидной кишки с формированием десцендоректального анастомоза выполнена 11 больным. У 5 из этих больных был диагностирован наружный свищ толстой кишки после перфорации дивертикула, у 6 – острый дивертикулит с распространенным перифокальным инфильтратом.

Резекция сигмовидной кишки с формированием десцендостомы выполнена 12 больным. Из них у 4 имелась непроходимость кишечника, у 8 больных выявлен дивертикулит с выраженным перифокальным инфильтратом.

Правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза выполнена 9 больным. У этих больных имелись множественные дивертикулы с рецидивирующим кровотечением.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 8 (10,2%) больных (табл. 7).

**Таблица 7**

**Характер послеоперационных осложнений.**

Вид осложнения	Число больных, абс. (%)	
Нагноение послеоперационной раны	4	5,1
Несостоятельность межкишечного анастомоза	3	3,8
Кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки	1	1,3
Острый инфаркт миокарда	1	1,3
Обострение хронического калькулезного холецистита	1	1,3
Всего	10	12,8

Как видно из таблицы 7, послеоперационные осложнения наблюдались у 10 (12,8%) больных. Нагноение послеоперационной раны имело место у 4 (5,1%) больных, несостоятельность межкишечного анастомоза – у 3 (3,8%). Всем больным произведена релапаротомия, разобщение анастомоза, формирование одностольной колостомы. 1 больной умер от продолжающего перитонита и сердечно-сосудистой недостаточности. У одного больного на 3-й день после операции возникло желудочное кровотечение. При эзофагогастроуденоскопии обнару-

жена хроническая язва двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. Кровотечение было остановлено консервативно. У 1 больного в послеоперационном периоде развился острый инфаркт миокарда, состояние улучшилось после проведенного лечения. Еще у 1 больного после операции наступило обострение хронического калькулезного холецистита.

**Выводы**

1. Дивертикулез толстой кишки является распространенным заболеванием, встречающимся преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста; у 20-27% развиваются опасные осложнения, при которых показано оперативное лечение.

2. Несмотря на отсутствие специфических клинических симптомов, диагностика неосложненной дивертикулярной болезни не представляет трудности. Основными методами исследования являются эндоскопический, рентгенологический, УЗИ и компьютерная томография.

3. Дивертикулез толстой кишки, по нашим данным, протекает в неосложненной форме у 35,3% больных, в осложненной – у 64,7%. Показаниями к хирургическому лечению являются все виды осложнений (дивертикулит, осложненный абсцессом, перфорация, кровотечение, кишечная непроходимость, наружные и внутренние свищи, малигнизация).

4. При осложненных формах дивертикулеза объем экстренного оперативного вмешательства определяется индивидуально. При плановых операциях необходимо стремиться к удалению всех отделов толстой кишки, пораженных дивертикулезом, вплоть до тотальной колэктомии с формированием первичного межкишечного анастомоза.

5. В ряде случаев при таких осложнениях как перфорация дивертикула с развитием разлитого перитонита, по нашему мнению, необходимо проведение этапных операций, в частности, на первом этапе после удаления пораженной кишки ограничиться формированием концевой илео- или колостомии.

**Литература**

1. Борисов А.Е., Малкова С.К. Кровотечение из дивертикулов ободочной кишки // Вестн. хир. – 2001. – Т. 160, №3. – С. 96-98.
2. Воробьев Г.И., Панцырев Ю.М., Жученко А.П. и др. Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2007. – Т. XVII, №4. – С.44-48.
3. Левченко С.В. Дивертикулез ободочной кишки и его осложнения у лиц старших возрастных групп // Клин. геронтол. – 2006. – №9. – С. 34.
4. Левченко С.В. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки: современные состояние проблемы // Клин. геронтол. – 2008. – №1. – С. 35-37.
5. Саламов К.Н., Воробьев Г.И., Ачкасов С.И. и др. Определение границ резекции ободочной кишки при дивертикулезе // Хирургия. – 2001. – №1. – С. 80-85.
6. Сацукевич В.Н., Назаренко В.А. Клиническая и ультразвуковая диагностика дивертикулита толстой кишки и его осложнений // Хирургия. – 2005. – №12. – С. 47-50.
7. Тимербулатов В.М. Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И. Собственный опыт лечения осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2009. – №5. – С. 68-71.

8. Хаджибаев А.М., Халилов А.С., Хаджимухамедова Н.А., Остроумова А.В. Дивертикулярный болезнь толстой кишки // Мед. журн. Узбекистана. – 2007. – №2. – С. 70-74.

9. Халилов А.С. Возможные ошибки диагностики и лечения осложненной дивертикулез толстой кишки // Мед. журн. Узбекистана. – 2007. – №3. – С. 116-117.

10. Young-Fadok T.M., Roberts P.L., Spencer M.P. Colonic diverticular disease // Curr. Probl. Surg. – 2000. – Vol. 37. – P. 457-514.

#### **ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Арипова Н.У., Исроилов Б.Н., Иватов М.

**Цель:** улучшение результатов хирургического лечения дивертикулеза толстой кишки и его осложне-

ний. **Материал и методы:** под наблюдением были 176 больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки. У 62 (35,3%) больных было неосложненное течение болезни, у остальных 114 (64,7%) диагностирован осложненный дивертикулез толстой кишки. **Результаты:** Объем оперативного вмешательства в экстренных случаях определялся индивидуально. При тяжелом состоянии проводили этапные операции, в частности на первом этапе удаляли пораженный отдел кишки, ограничиваясь формированием илеоили колостомы. Послеоперационные осложнения наблюдались у 10 (12,8%) больных. **Выводы:** показанием к хирургическому лечению являются все виды осложнений дивертикулеза толстой кишки.

**Ключевые слова:** дивертикулез толстой кишки, дивертикулярная болезнь.

