

УДК 616.349:616.344-007.64-002-036.11-07-089

© Г.И. Воробьёв, Ю.М. Панцырев, А.П. Жученко, С.И. Ачкасов,
А.Г. Манвелидзе, А.И. Москалёв, К.В. Болихов, 2008

Г.И. Воробьёв, Ю.М. Панцырев, А.П. Жученко,
С.И. Ачкасов, А.Г. Манвелидзе, А.И. Москалёв, К.В. Болихов
ОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ:
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
«ФГУ ГНЦ колопроктологии Росздрава», г. Москва
Городская клиническая больница № 31, г. Москва

В статье приведены результаты обследования и лечения 223 пациентов, перенесших острый дивертикулит сигмовидной кишки (ОД) – в 223, и острый воспалительный паракишечный инфильтрат (ОВПИ) – в 28 случаях. Выяснилось, что консервативные мероприятия при остром дивертикулите и паракишечном инфильтрате эффективны у 100% больных. Тем не менее, оказалось, что клинические проявления дивертикулярной болезни сохранялись в дальнейшем: после эпизода ОД – в 65,8% наблюдений и после эпизода ОВПИ – у 96,2% пациентов. Повторные эпизоды воспаления были обнаружены нами после эпизода ОД – в 39,6%, а после эпизода ОВПИ – в 65,4% случаев. Риск возникновения многократных (более 3-х), эпизодов воспаления, составил 68,9% среди перенесших рецидив ОД, и 82,3% после эпизода ОВПИ. Выяснилось так же, что более тяжёлые осложнения возникли после эпизода ОД – в 16,2% случаев, а после ОВПИ – в 11,8% наблюдений. В этой связи, мы считаем, что повторный эпизод ОД и первый эпизод ОВПИ являются показанием для рекомендации пациенту планового хирургического лечения в объёме резекции поражённых дивертикулами отделов сигмовидной кишки.

Ключевые слова: острый дивертикулит, сигмовидная кишка, паракишечный инфильтрат, дивертикулярная болезнь

G.I. Vorobyev, Yu.M. Pansyrev, A.P. Zhuchenko,
S.I. Achkasov, A.G. Manvelidze, A.I. Moskalyev, K.B. Bolikhov
ACUTE DIVERTICULITIS OF THE SIGMOID COLON
CLINIC, DIAGNOSTICS AND TREATMENT

The paper focuses on the results of examination and treatment of 223 patients with acute diverticulitis of the sigmoid colon (AD) and 28 cases with acute inflammatory paracolic infiltration (AIPI). Conservative treatment of patients with acute diverticulitis and paracolic infiltration has been shown to be effective in 100% of cases. However, clinical manifestations of diverticular disease had a tendency towards persistence: after AD episodes in 65,8% of cases and after AIPI – in 96,2% of subjects. Repeated inflammatory events were detected in 39,6% of patients with AD and with AIPI – in 65,4% of cases. Multiple (more than 3) inflammatory events occurred in 68,9% of subjects who had had AD recurrence and in 82,3% of those who had had AIPI. More severe complications developed after AD in 16,2% of cases and after AIPI – in 11,8%. In this respect we think that AD recurrence and a first event of AIPI can be indications for planned surgery involving the sigmoid colon diverticular resection.

Key words: acute diverticulitis, sigmoid colon, paracolic infiltration, diverticular disease.

Дивертикулёз ободочной кишки является одним из наиболее распространённых заболеваний современной индустриальной цивилизации, выявляемых у 1/3 лиц старше 60 лет и у 2/3 старше 80 лет [1, 4, 8, 12].

Клинические проявления, широко варьирующие от чувства незначительного дискомфорта до резких болей в животе, тяжёлых воспалительных осложнений и профузных кишечных кровотечений, развиваются в 20-25% наблюдений при дивертикулёзе ободочной кишки [1, 6, 9, 14, 15].

Дивертикулёз с клиническими проявлениями. В отечественной и зарубежной литературе называют - **дивертикулярной болезнью (ДБ) ободочной кишки** [10, 14, 16].

Острые воспалительные осложнения, такие как: острый дивертикулит (ОД), острый воспалительный паракишечный инфильтрат (ОВПИ), перфорация дивертикула с развитием перитонита, возникают в 10-25% случаев дивертикулярной болезни [6, 9, 14, 16]. Наиболее часто встречающимся воспалительным осложнением ДБ является ОД [1, 3, 5-7], состав-

ляющий в структуре клинических проявлений 25 - 35% [1, 4-6]. Среди острых воспалительных осложнений ОД составляет 60-75% [5, 7, 11-16].

Несмотря на столь широкое распространение этого заболевания, некоторые вопросы, связанные с его диагностикой и лечением, остаются нерешёнными или спорными до сегодняшнего дня. Диагностические ошибки при возникновении ОД регистрируются в 60-90% наблюдений [4, 9, 14, 16]. Острый дивертикулит хорошо поддаётся консервативной терапии. Однако возникновение рецидива воспаления после курса консервативного лечения отмечается у 16-87% пациентов, а развитие в дальнейшем угрожающих жизни осложнений - встречается в 15-23% наблюдений [5-7, 11, 13-15].

Характеристика больных: исследование основано на анализе клинических наблюдений и отдалённых результатов лечения 251 больного, перенесшего острое воспалительное осложнение дивертикулярной болезни и получавшего консервативную терапию. Среди них ОД был выявлен в 223 (88,8%) наблюдениях, а прогрессирование воспалительного процесса с возникновением острого воспалительного паракишечного инфильтрата (ОВПИ), верифицировано в 28 (11,2%) случаях. Источниками воспалительного процесса во всех случаях являлись дивертикулы сигмовидной кишки.

Результаты исследования.

Острый дивертикулит (ОД).

Среди 223 пациентов, страдавших острым дивертикулитом (ОД), мужчин было 60 (26,9%), женщин - 163 (73,1%), в возрасте от 34 до 92 лет. Средний возраст составил $69,0 \pm 10,4$ года.

Клиническая картина ОД характеризовалась болями в животе и лихорадкой во всех наблюдениях. Реже встречались нарушения стула - 46,2%, метеоризм - 21,1%, тошнота - 20,6%, патологические выделения из прямой кишки - 12,1%, нарушения мочеиспускания - 9,4%, рвота - 6,7%.

У подавляющего числа больных - в 187 (83,9%) наблюдениях - боли локализовались в левой подвздошной или левой

боковой областях живота. Жалобы на боли в нижних отделах живота, без чёткой локализации, предъявляли 19 (8,5%) пациентов. У 14 (6,3%) человек боли локализовались преимущественно в правой подвздошной или правой мезогастральной областях. Боли в эпигастральной области беспокоили трёх человек (1,3%) из числа поступивших.

Боли носили разнообразный характер - от умеренных до интенсивных (см.Таблицу 1). Умеренные боли отметили 143 (64,1%) человека, а интенсивные боли - 80 (35,9%) из 223 обследованных пациентов. По характеру боли были: постоянные или приступообразные. Постоянные боли преобладали, они встретились у 167 (74,9%) из 223 пациентов, а приступообразные - у 56 (25,1%) человек.

Таблица 1

Характеристика болей в животе
у пациентов с острым дивертикулитом

Характер болей	Число больных	Муж.	Жен.
Интенсивные постоянные	31 (13,9%)	14 (6,3%)	17 (7,6%)
Интенсивные приступообразные	49 (22,0%)	10 (4,5%)	39 (17,5%)
Умеренные постоянные	136 (61,0%)	34 (15,2%)	102 (45,7%)
Умеренные приступообразные	7 (3,1%)	2 (0,9%)	5 (2,2%)
Итого:	223 (100%)	60 (26,9%)	163 (73,1%)

При поступлении состояние было расценено, как удовлетворительное, у 169 (75,8%) больных, а средней тяжести - у 54 (24,2%) пациентов. Клиническое обследование проводилось по «стандартной» схеме, которая подразумевала общепринятый алгоритм обследования пациента, поступившего с клиническими симптомами острого воспалительного процесса в брюшной полости. Кроме осмотра и срочного лабораторного исследования, 103 (46,2%) пациентам выполнялась обзорная рентгенография органов брюшной полости, 72 (32,3%) - УЗИ, а в 32 (14,3%) случаях - срочная лапароскопия.

Всем пациентам, у которых клинический диагноз в последующем был сформулирован, как острый дивертикулит, с момента поступления в стационар назначалась консервативная терапия,

включавшая: бесшлаковую диету, парентеральное введение антибактериальных и спазмолитических препаратов, а так же приём вазелинового масла. Выбор антибактериального препарата для консервативной терапии основывался на том, что при возникновении воспалительного процесса в толстой кишке, в очаге инфекции чаще всего находятся грамм-негативные палочки и анаэробы. Комплексная антибактериальная терапия включала: препарат широкого спектра действия (цефалоспорины 3-го поколения) и аминогликозиды или метрогил.

Консервативная терапия проводилась в течение 7 - 10 дней, в среднем $8,7 \pm 2,4$ дня. При этом проводилось наблюдение за динамикой воспалительного процесса (контроль температуры тела, уровня лейкоцитов в крови). Улучшение общего состояния больных наступало на 2-3-е сутки. Курс антибактериальной терапии проводился в течение 7-10 дней, в среднем $8,9 \pm 3,2$ дня. Консервативная терапия была эффективна у всех больных.

Основываясь на результатах проведенного исследования, мы установили, что острый дивертикулит в 100% случаев поддается консервативному лечению. Учитывая это, мы можем рекомендовать проведение консервативной терапии всем больным ОД. Тем не менее, проведение консервативной терапии не устраняет причины возникновения осложнения. Повторные атаки ОД отмечены у 74 (39,6%) больных, не смотря на соблюдение ими лечебных рекомендаций, включающих прием пшеничных отрубей и спазмолитических препаратов. Это свидетельствует о необходимости динамического наблюдения за всеми больными, перенесшими первый эпизод ОД. Более того, у 51 (68,9%) из 74 пациентов, после возникновения повторного рецидива ОД, отмечена тенденция к развитию непрерывно – рецидивирующего течения осложнения, а в 12 (16,2%) из 74 наблюдений возникновение рецидива воспаления сопровождалось развитием инфильтрата паракишечной

полости.

При изучении клинической картины и данных инструментальных методов исследования при первой атаке ОД и сравнении их с отдалёнными результатами лечения, нам удалось выделить критерии, прогностически значимые для формирования группы пациентов с высоким риском возникновения рецидива воспаления:

- 1) Возникновение первого эпизода ОД в возрасте до 60 лет ($p < 0,05$). Так же выяснилось, что риск возникновения рецидива воспалительного процесса обратно пропорционален возрасту, в котором возник первый эпизод ОД (критерий Спирмена, ($p = 0,001$));
- 2) Наличие интенсивных болей в левой подвздошной области при возникновении первого эпизода ОД сигмовидной кишки ($p < 0,05$);
- 3) Воспалительные изменения сигмовидной кишки, определяемые при первом осмотре пациента и в ходе срочной лапароскопии ($p < 0,05$).
- 4) Температура тела выше $38,0^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,05$);
- 5) Ограничение распространения дивертикулов левыми отделами ободочной кишки ($p < 0,05$);
- 6) Рентгенологические признаки стойкого повышения тонуса в левых отделах ободочной кишки, сохраняющиеся даже в условиях медикаментозной гипотонии (функциональный компонент) ($p < 0,05$);
- 7) Наличие признаков перенесенного воспалительного процесса (фиксация дивертикулов между собой и фиксация сигмовидной кишки в окружающих тканях, сочетающиеся с деформацией контура кишки), выявляемые при дальнейшем обследовании ($P < 0,05$);

Для обоснования выявленных критериев мы использовали метод последовательных испытаний Вальда – Гублера [2]. С помощью этого метода были вычислены диагностические коэффициенты, суммирование которых составляет число, сравниваемое с пороговым значением 13 баллов.

**Прогнозирование рецидива воспаления после эпизода
острого дивертикулита (метод Вальда - Гублера) :**

$\alpha \backslash \beta$	20%	10%	5%
20%	+ 6 - 6	+ 6,5 - 9	+ 7 - 12
10%	+ 9 - 6,5	+ 9,5 - 9,5	+ 10 - 12,5
5%	+ 12 - 7	+ 12,5 - 10	+ 13 - 13

α – допустимый процент ошибок первого рода (просмотр более серьезного заболевания)

β – допустимый процент ошибок второго рода (гипердиагностика заболевания)

Если в результате суммирования баллов полученное значение превышает пороговое (> 13 баллов), то у данного пациента следует ожидать развития рецидива воспалительного процесса с вероятностью 95%. В случае, если сумма баллов меньше (-13), то рецидива не будет с той же вероятностью. Если же полученное значение находится в интервале от -13 до +13, то информации для прогнозирования возникновения рецидива воспалительного процесса недостаточно.

Рис. Использование метода Вальда-Гублера для прогнозирования рецидива воспаления после эпизода острого дивертикулита

Построенная диагностическая схема (см.рисунок) была протестирована на проспективной выборке из 29 пациентов с острым дивертикулитом (из них мужчин-8, женщин-21), находившихся на лечении с 2000 по 2001 г.г. Из них сумма баллов превысила пороговую (13 баллов) в 15 (93,8%) наблюдениях.

В ходе анализа отдалённых результатов, рецидивирующий характер течения заболевания был отмечен в 16 (55,2%) наблюдениях. Из них 15 (94,0%) больных были из выявленной группы риска, а ещё у одного пациента сумма баллов составила 8, что свидетельствовало о недостаточной информации для прогнозирования развития рецидива. Случаев ошибочной диагностики (ошибки первого рода (α), или второго рода (β) (см. рисунок. 1)), не было.

Среди 13 (44,8%) из 29 пациентов, у которых рецидив воспалительного процесса в дальнейшем не возникал, в 2 случаях сумма баллов составила (-13) и (-24) балла, что говорит о прогнозируемом безрецидивном течении заболевания. У 10 пациентов сумма баллов была в пределах от >-13 до +13<, что говорит о недостаточной информации для прогнозирования рецидива. Сумма баллов превысила пороговое число у 1 (7,7%) из 13 пациентов (ошибка второго рода).

Таким образом, наличие указанных

признаков и их сочетание являются основанием для формирования группы пациентов, прогностически неблагоприятных с точки зрения возможности возникновения рецидива острого дивертикулита.

Острый воспалительный паракишечный инфильтрат (ОВПИ).

Формирование паракишечного инфильтрата происходило в случае, если воспалительный процесс с дивертикула распространяется на брыжейку сигмовидной кишки, большой сальник, тонкую кишку и органы малого таза. Это осложнение было диагностировано у 28 наших пациентов.

Клинических или инструментальных признаков абсцедирования инфильтрата не было зафиксировано ни в одном случае. Среди 28 пациентов мужчин было 9 (32,1%), женщин - 19 (67,9%), в возрасте от 42 лет до 81 года. Средний возраст составил $60,3 \pm 11,6$ года.

Клиническая картина характеризовалась наличием болей в животе и высокой лихорадки у всех пациентов. В 24 (85,7%) из 28 наблюдений боли в животе локализовались в левой подвздошной или левой мезогастральной областях живота. Жалобы на боли в нижних отделах живота, над лоном, предъявили 4 (14,3%) пациента. Жалобы на тошноту – 78,6%, рвоту – 67,8%, задержку стула и газов – 82,1%.

Иррадиацию болей в левую пояс-

ничную область отличали в 10 (35,7%) из 28 человек, в бедро – 2 (7,1%) больных, во влагалище – 5 (17,9%) пациенток. Начало болей в эпигастральной области, с постепенным смещением в левую подвздошную область, отмечено у 1 (3,6%) больной.

Все пациенты на момент поступления отличали боли в животе, как интенсивные. При этом преобладали боли постоянного характера, наблюдавшиеся у 17 (60,7%) из 28 пациентов. Сухость во рту была отмечена у 14 (50,0%) пациентов, тошнота – у 22 (78,6%) наблюдениях, рвота – у 19 (67,8%) больных. Указанные явления сопровождалась вздутием живота в 18 (64,3%) наблюдениях, задержкой стула – в 23 (82,1%) случаях.

При поступлении общее состояние у 16 (57,1%) больных было расценено, как удовлетворительное, у 12 (42,9%) пациентов – как средней тяжести.

Диагностический алгоритм при наличии ОВПИ был тот же, что и при обследовании пациентов с ОД. Физикальное обследование дополнялось данными инструментальных методов исследования: обзорной рентгенографией органов брюшной полости у 26 (92,9%) пациентов, УЗИ органов брюшной полости – в 14 (50,0%) наблюдениях, лапароскопией – у 14 (50,0%) больных и компьютерной томографией в 1 (3,6%) случае.

Всем больным с ОВПИ проводилась консервативная терапия, аналогичная лечению ОД. Она включала: бесшлаковую диету, масляные слабительные, применение антибактериальных и спазмолитических средств.

Консервативная терапия была эффективна у всех больных. Тем не менее, у 7 (25,0%) больных этой группы, в связи с сохраняющейся до 10-20 дня гипертермией и лейкоцитозом, возникла необходимость в проведении дополнительного курса антибактериальной терапии. Он проводился цефалоспорином 3-го поколения или фторхинолоном, в сочетании с парентеральным введением метронидазола, в течение 6-8 дней.

Острые воспалительные явления были купированы консервативно у всех

пациентов с паракишечным инфильтратом, после чего больные были обследованы с помощью ирриго- и сигмоскопии с биопсией. Инструментальное исследование выполнялось не ранее 6-7-го дня от момента госпитализации и начала проведения консервативной терапии, и было направлено, в первую очередь, на исключение бластомы сигмовидной кишки. Пребывание в стационаре колебалось от 9 до 24 дней и составило в среднем $14,7 \pm 3,7$ дня.

Анализ отдалённых результатов лечения пациентов с этим воспалительным осложнением свидетельствует о сохраняющихся клинических проявлениях дивертикулярной болезни в 25 (96,2%) из 26 прослеженных случаев.

Рецидив воспалительного процесса после эпизода ОВПИ развился в 65,4% наблюдений (у 17 из 26 больных). Риск возникновения многократных (более 3-х) эпизодов воспаления составил 82,3% (у 14 из 17 больных), а более тяжёлые осложнения возникли в 2 (11,8%) из 17 наблюдений.

С целью выделения группы больных с высоким риском возникновения повторного эпизода воспаления дивертикулов после перенесенного ОВПИ, мы сравнили данные клинического и инструментального обследований при поступлении 17 (65,4%) пациентов, у которых в дальнейшем возникли рецидивы воспалительного процесса, и 9 (34,6%) больных с неосложнённым течением заболевания. Эти две группы больных сравнивались по тем же критериям, что и пациенты, перенесшие эпизод ОД. При этом выяснилось, что между группами пациентов с рецидивирующим и неосложнённым в дальнейшем течением заболевания, статистически значимой разницы не было выявлено ни по одному из указанных факторов ($p > 0,05$).

Основываясь на вышеизложенном, мы считаем, что наличие даже первой атаки ОВПИ может служить относительным показанием к плановому хирургическому лечению. Несомненным критерием может являться и частота возникновения рецидивов воспалительного процесса. Такие больные ежегодно вынуждены обра-

щаться за помощью к хирургу.

Не зависимо от этого, лечение дивертикулярного инфильтрата необходимо начинать с комплекса консервативных мероприятий, чтобы максимально уменьшить воспалительные изменения кишечной стенки и создать благоприятные условия для операции. Однако, учитывая особенности данного заболевания, показания для хирургического лечения необходимо определять индивидуально в каждом конкретном случае. Вопрос о формировании первичного анастомоза так же следует решать индивидуально в каждом случае.

Обсуждение.

Таким образом, мы выяснили, что консервативные мероприятия при остром дивертикулите и паракишечном инфильтрате эффективны в 100% случаев.

Тем не менее, оказалось, что клинические проявления дивертикулярной болезни сохранялись в дальнейшем: после эпизода ОД - в 65,8% случаев (123 из 187 прослеженных пациентов) и после эпизода ОВПИ - в 96,2% наблюдений (25 из 26 прослеженных пациентов). Соблюдение лечебных рекомендаций, включающих прием пшеничных отрубей и спазмолитических препаратов не снижало вероятность повторного возникновения атак воспаления ($p > 0,05$).

Это свидетельствует о необходимости динамического наблюдения за всеми больными, перенесшими первый эпизод острого дивертикулита или паракишечного инфильтрата. Вероятнее всего, в ходе проведения консервативной терапии не устраняются причины возникновения осложнения, и сохраняется вероятность повторных воспалительных атак, что было обнаружено нами в 39,6% случаев (74 пациента) после эпизода ОД и в 65,4% наблюдений (17 больных), после эпизода ОВПИ.

Необходимо так же отметить, что риск возникновения в дальнейшем многократных (более 3-х) эпизодов воспаления, составил 68,9% случаев (51 пациент) среди 74 больных, перенесших рецидив ОД. Мы считаем это основанием для рекомендации планового хирургического лечения

после второго эпизода ОД.

Мы провели поиск критериев, позволяющих прогнозировать возникновение рецидива воспалительного процесса после эпизода ОД. При изучении клинической картины и данных инструментальных методов исследования при первой атаке острого дивертикулита и сравнении их с отдалёнными результатами лечения, нам удалось сформировать комплекс прогностически значимых критериев:

- Возникновение первого эпизода острого дивертикулита в возрасте до 60 лет;
- Наличие интенсивных болей при поступлении;
- Воспалительные изменения стенки сигмовидной кишки при пальпации и по данным лапароскопии;
- Преимущественная локализация дивертикулов в левых отделах ободочной кишки;
- Наличие рентгенологических признаков стойкого повышения тонуса в сигмовидной кишке (функциональный компонент);
- Рентгенологические признаки перенесенного воспалительного процесса в сигмовидной кишке, выявляющиеся в дальнейшем при обследовании.

С помощью метода последовательных испытаний Вальда – Гублера [2] были вычислены диагностические коэффициенты, соответствующие указанным критериям, и составлена диагностическая таблица, которая позволяет при первой госпитализации пациента с острым дивертикулитом сформировать группу больных, прогностически неблагоприятных с точки зрения возможности возникновения рецидива острого дивертикулита.

Аналогичным образом мы сравнили группу из 17 (60,7%) пациентов, перенесших повторный эпизод воспаления после эпизода ОВПИ, и 11 (39,3%) больных с неосложнённым в дальнейшем течением заболевания. При сравнении этих двух групп пациентов, статистически значимой разницы между ними не было выявлено ни по одному из факторов ($p > 0,05$). Основываясь на этом, а так же учитывая, что в 82,3% наблюдений (у 14 из 17 больных),

воспалительный процесс приобрёл непрерывно рецидивирующий характер, мы считаем, что наличие даже первой атаки ОВПИ может служить относительным показанием к плановому хирургическому лечению.

Не зависимо от этого, лечение дивертикулярного инфильтрата необходимо начинать с комплекса консервативных мероприятий, чтобы максимально уменьшить воспалительные изменения кишечной стенки и создать благоприятные условия для операции.

Выводы

1. Источник острых воспалительных осложнений дивертикулярной болезни во всех случаях локализовался в сигмовидной кишке.
2. Острый дивертикулит является ведущим среди других острых воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки и встречается у

большинства больных - в 69,0% наблюдений.

3. Острый воспалительный паракишечный инфильтрат характеризуется распространением воспалительного процесса с дивертикула на окружающую клетчатку, органы и ткани и развивается у 9,0% больных.

4. ОД и ОВПИ являются осложнениями, при которых консервативная терапия позволяет добиваться эффекта в 100% случаев. Рецидив острого воспаления возникает в 40,0% наблюдений после лечения эпизода ОД и у 65,0% больных после эпизода ОВПИ.

5. Повторный эпизод ОД и первый эпизод ОВПИ являются показанием для рекомендации пациенту планового хирургического лечения в объёме резекции поражённых дивертикулами отделов сигмовидной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьёв Г.И. и др. Основы колопроктологии. Ростов-на-Дону, Феникс, 2001. С. 294-308.
2. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов-Ленинград Медицина, 1978. - С. 150 - 163.
3. Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Лопатин В.М., Афанасьев С.Н. Хирургическая тактика при остром дивертикулите ободочной кишки // Сов. Медицина – 1989 - N 10. - С. 91-93.
4. Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Меньшиков А. М., Верзакова И. В., Михеева Э.А., Ковальская С. Ф., Галлямов А.Х. Лечебная тактика при дивертикулярной болезни толстой кишки // Хирургия, 2000, N 9. - С. 48-51.
5. Ambrosetti P. Sigmoid diverticulitis: when and to whom should an elective colectomy be offered? // Ann Chir 2002 Jun; 127(6):413-5.
6. Buchanan GN, Kenefick NJ, Cohen CR. Diverticulitis // Best Pract Res Clin Gastroenterol 2002 Aug; 16(4):635-47.
7. Chapman JR; Dozois EJ; Wolff BG; Gullerud RE; Larson DR. Diverticulitis: A Progressive Disease?: Do Multiple Recurrences Predict Less Favorable Outcomes? // Annals of Surgery 243(6):876-883, June 2006.
8. Delvaux M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention // Aliment Pharmacol Ther 2003; 18 (Suppl. 3): 71-74.
9. Fearnhead NS, Mortensen NJ. Clinical features and differential diagnosis of diverticular disease // Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2002; 16(4):577-93.
10. Floch MH, White JA. Management of diverticular disease is changing // World J Gastroenterol, 2006; 12(20): 3225-3228.
11. Hoffmann RM, Kruis W. Diverticulosis and diverticulitis // Internist (Berl). 2005 Jun; 46 (6):671-83; quiz 684.
12. Jun S, Stollman N. Epidemiology of diverticular disease // Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2002; 16(4):529-42.
13. Mueller MH; Glatzle J; Kasperek MS; Becker HD; Jehle EC; Zittel TT; Kreis ME. Long-term outcome of conservative treatment in patients with diverticulitis of the sigmoid colon //

European Journal of Gastroenterology & Hepatology. 17(6):649-654, June 2005.

14. Murray CD, Emmanuel AV. Medical management of diverticular disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2002; 16(4):611-20.

15. Simpson JA, Neal KR, Scholefield JH, Spiller RC. Patterns of pain in diverticular disease and the influence of acute diverticulitis // European Journal of Gastroenterology & Hepatology 2003; 15(9):1005-1010.

16. Wong WD, Steven D. Wexner. Ann Lowry et al. Practice Parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis – supporting documentation // Dis Colon Rectum 2000; 43(3): 289-97.

УДК 616-006.6-033.2:617.557:616.428-089.87
© Ш.Х. Ганцев, 2008

Ш.Х. Ганцев
**ОПЕРАЦИЯ ДЮКЕНА – НОВЫЙ ВЗГЛЯД
НА КЛАССИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ**
*ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет» Росздрава, г. Уфа*

Предложена новая технология классической операции Дюкена, которая позволяет снизить травматичность, лимфоррею, повысить абластичность операции. Модифицированный вариант операции отличается тем, что она выполняется с использованием сонолиподеструкции, разобщением звена оттока, звена коллатерального сброса и звена притока. Полученные автором результаты позволяют продолжить исследования по практической реализации этой операции.

Ключевые слова: операция Дюкена, сонолиподеструкция, лимфатические узлы, метастазы рака, лимфатическая диссекция.

Sh.Kh. Gantsev
**THE DUKEN TECHNIQUE IS A NEW APPROACH
TO TRADITIONAL SURGERY**

The new technology of classical Duken's operation which allows to lower traumatization, lymphorrhoe, and improve of ablastic level. The modified variant of operation differs by use sonolipodestruction, dissociation of a outflow link, collateral link dump and inflow link. The authors results allow to continue researches on practical realization of this operation.

Key words: Duken's operation, sonolipodestruction, lymphatic nodes, cancer metastasis, lymphatic dissection

Прошло более 70 лет с момента описания Дюкеном техники операции на путях лимфатического оттока при метастатическом поражении пахово-бедренных лимфатических узлов и бедренного лимфатического коллектора.

Методика паховой лимфаденэктомии, описанная Дюкеном, стала классической [1,5, 8]. Операция Дюкена состоит в удалении лимфатического аппарата пахово-бедренной области вместе с клетчаткой, фасцией и участком большой подкожной вены бедра. Вертикальным разрезом выше середины паховой связки и ниже ее рассекают кожу до подкожной жировой клетчатки. Кожные лоскуты отсепаровывают на уровне поверхностной подкожной фасции. Подкожный жировой

слой иссекают с таким расчетом, чтобы обнажить подвздошную часть брюшной стенки и весь бедренный треугольник. Разрез продолжают до подлежащих мышц. Следующим этапом являются выделение, перевязка и пересечение большой подкожной вены в нижнем углу раны (вершина бедренного треугольника). После пересечения большой подкожной вены блок клетчатки с лимфатическими узлами оттесняют кнутри, а портняжную мышцу отводят крючками кнаружи, что позволяет легко обнаружить ложе бедренных сосудов. Постепенно весь удаляемый блок тканей вместе с наружной стенкой сосудистого влагалища отделяют от бедренных сосудов и поднимают вверх к месту впадения большой подкожной вены