

ной форме язвенного колита проведена обструктивная резекция прямой кишки. Восстановление непрерывности толстой кишки после ранее перенесенных оперативных вмешательств по поводу язвенного колита выполнено 9 (15%) пациентам.

В структуре послеоперационных осложнений наиболее частыми были гнойно-воспалительные (8,3%): нагноение лапаротомной раны имело место у 2 больных (3,3%), неперфоративный перитонит на фоне длительной гормонотерапии – у 2 (3,3%), внутрибрюшное кровотечение – у 1 пациента (1,7%).

Послеоперационная летальность составила 3,3% (2 пациента) и была обусловлена прогрессированием полиорганной недостаточности на фоне проводимой адекватной терапии.

Средняя продолжительность неосложненного послеоперационного периода в 1-й группе составила  $28,5 \pm 1,4$  дня, а во 2-й и 3-й –  $18,3 \pm 1,2$  дня ( $p < 0,05$ ). Увеличение средней продолжительности стационарного лечения в 1-й группе было обусловлено экстренностью оперативного лечения и в дальнейшем проведением интенсивной консервативной терапии тяжелой атаки язвенного колита.

Вопрос о возможности второго этапа реконструктивной операции решали в течение 6–24 месяцев после резекции толстой кишки при проведении местной терапии, направленной на уменьшение воспаления в культе прямой (местные формы препаратов 5-АСК в дозе 2–4 г в сутки, микроклизмы с 125 мг гидрокортизона).

Таким образом, оптимизация лечебно-диагностической тактики позволила добиться благоприятных послеоперационных результатов у большинства пациентов (87,6%), оперированных по поводу язвенного колита.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада-Х, 1998. – 496 с.
2. Белоусова Е. А. Реальные и потенциальные возможности лечения рефрактерных форм воспалительных заболеваний кишечника // РМЖ. – 2011. – № 13. – С. 11.

3. Воробьев Г. И., Халиф И. Л. и др. Эндоскопические и морфологические особенности слизистой оболочки толстой кишки при дистальной форме язвенного колита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – № 1. – С. 80–86.

4. Григорьева Г. А., Мешалкина Н. Ю. Болезнь Крона. – М.: Медицина, 2007. – 184 с.

5. Комаров Ф. И., Осадчук А. М., Осадчук М. А., Кветной И. М. Неспецифический язвенный колит. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 256 с.

6. Румянцев В. Г., Михайлова Т. Л., Куркин Б. В. Гормонозависимые формы воспалительных заболеваний кишечника и подход к их лечению // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрокт. – 1999. – № 4. – С. 55–58.

7. Семченко Л. Ю., Люст А. Я., Семченко Е. В. Неотложная помощь при осложненных формах язвенного колита // Неотложная хирургия: Сб. науч. тр. пленума РАМН (Омск, 20–22 дек. 2000 г.). – М., 2001. – Т. 2. – С. 265–266.

8. Халиф И. Л., Лоранская И. Д. Язвенный колит и болезнь Крона. – М.: МИА, 2004. – 152 с.

9. Шимановский Н. Л. Резистентность к глюкокортикоидам: механизмы и клиническое значение // Фарматека. – 2005. – № 7. – С. 30–33.

10. Barisic G., Krivokapic Z., Markovic V. Ulcerative colitis indications and timing for surgery // Acta chirurgica yugosl. – 2004. – V. 51. № 2. – P. 123–126.

11. Gyde S. N. Screening of colorectal cancer in ulcerative colitis: dubious benefits and high costs // Gut. – 1990. – № 31. – С. 1089.

12. Menees S., Higgins P., Korsnes S., Elta G. Does colonoscopy cause increased ulcerative colitis symptoms? // Inflammatory bowel diseases. – 2007. – № 13 (1). – P. 12–18.

13. Riddell R. H., Path F. R. C. Pathology of idiopathic inflammatory bowel disease. In: Inflammatory bowel disease (ed. by J. B. Kirsner) // Fifth edition. saunders. – 2000. – P. 427–447.

14. Sachar D. B. Indication for surgery in inflammatory bowel disease: a gastroenterologist, s opinion. In: Inflammatory bowel disease (ed. By J. B. Kirshner) // Fifth edition. – Saunders, 2000. – P. 611–616.

15. Tsujikawa T., Andoh A., Sakaki M., Ishizuka I., Araki Y., Koyama S., Fujiyama Y. Operative indications for patients with refractory or severe ulcerative colitis // Hepatogastroenterology. – 2005. – V. 52. № 5. – P. 1470–1473.

Поступила 18.02.2013

Е. Г. ЕРМОЛЕНКО<sup>1</sup>, Г. К. КАРИПИДИ<sup>1</sup>, Е. С. БАБЕНКО<sup>1</sup>, А. А. БГАНЕ<sup>2</sup>

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Кубанского государственного  
медицинского университета Минздрава,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

<sup>2</sup>муниципальное учреждение здравоохранения Краснодарская городская клиническая  
больница скорой медицинской помощи,  
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14.  
Тел. +79184947849. E-mail: katy-ermolenko@yandex.ru

Ретроспективно проведен анализ методов диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки, осложненной перфорацией. Диагностика данной нозологии остается сложной. Клиническую картину определяет локализация дивертикула. А симптомов, лабораторных и инструментальных данных, свойственных только для перфорации дивертикула ободочной кишки, нет.

Ключевые слова: перфорация, дивертикул ободочной кишки, диагностика.

DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS OF DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON COMPLICATED BY PERFORATION

<sup>1</sup>Department of hospital surgery Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedina, 4;

<sup>2</sup>municipal institution of public health Clinical hospital of ambulance of Krasnodar city, Russia, 350000, Krasnodar, str. 40 let Pobedy, 14. Tel. +79184947849. E-mail: katy-ermolenko@yandex.ru

The methods of diagnosis of diverticular disease of the colon complicated by perforation have been retrospectively analyzed. Diagnosis of this nosology remains difficult. Localization of diverticulum is determined by clinical picture. There are no unique symptoms, laboratory and tool data for perforation of diverticula of the colon only.

**Key words:** perforation, diverticula of the colon, diagnosis.

**Введение**

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки представляет собой морфофункциональный патологический процесс, отличительным признаком которого является мешковидное выпячивание стенки ободочной кишки (рис. 1). Согласно многочисленным публикациям, в течение последних 30 лет наблюдается неуклонный рост заболеваемости дивертикулярной болезнью ободочной кишки, что, естественно, приводит к росту частоты её осложнений [3, 7, 9]. Перфорация дивертикулов наиболее частое клиническое осложнение, возникающее у 10–25% пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, вызывающее перитонит и имеющее угрожающий жизни характер [1, 2, 4].

Цель – обзор методов диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки, осложненной перфорацией.

**Материалы и методы**

Ретроспективно проведен анализ 142 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях муниципального бюджет-

ного учреждения здравоохранения Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи (МБУЗ КГК БСМП) с 2007 по 2012 г. с диагнозом: осложненная дивертикулярная болезнь ободочной кишки.

В структуре осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки преобладала перфорация дивертикулов – 122 (86,0%) (рис. 2).

Мужчин было 58 (47,54%), женщин – 64 (52,46%). В возрастной группе преобладали категории больных от 40 до 70 лет (65,56%) (табл. 1).

Проведен анализ каналов поступления больных в стационар. Бригадой скорой помощи был доставлен 61 (50,0%) больной, 23 (19,0%) и 8 (6,4%) пациентов направлены из поликлиник и других лечебных учреждений города соответственно. Самостоятельно в связи с возникшей болью в животе обратились 30 (24,5%) человек.

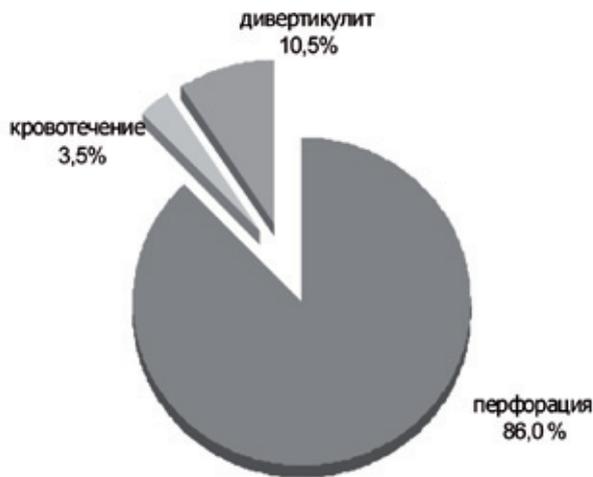
Больные, поступающие в приемное отделение МБУЗ КГК БСМП, по каналу скорой медицинской помощи, поликлиник и других лечебных учрежде-



Рис. 1. Дивертикулы ободочной кишки

**Распределение больных с осложненной дивертикулярной болезнью ободочной кишки по возрасту**

Возраст	Мужчины	Женщины	Итого
До 30 лет	2 (1,64%)	1 (0,82%)	3 (2,46%)
30–40 лет	7 (5,74%)	3 (2,46%)	10 (8,20%)
40–50 лет	12 (9,84%)	9 (7,38%)	21 (17,21%)
50–60 лет	17 (13,93%)	16 (13,11%)	33 (27,04%)
60–70 лет	10 (8,20%)	16 (13,11%)	26 (21,31%)
70–80 лет	7 (5,74%)	12 (9,84%)	19 (15,58%)
Старше 80 лет	3 (2,46%)	7 (5,74%)	10 (8,20%)
Всего	58 (47,54%)	64 (52,46%)	122 (100%)

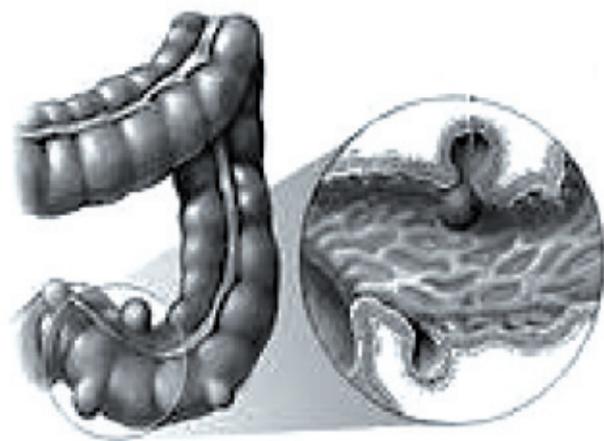


**Рис. 2. Структура осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки**

ний имели различные направительные диагнозы: острый аппендицит – 10 (10,9%), перитонит неясной этиологии – 31 (33,7%) (из них пельвиоперитонит – 6 [19,4%]), острый панкреатит – 20 (21,7%), острая кишечная непроходимость – 12 (13,0%), острый холецистит – 6 (6,5%), пиелонефрит – 10 (10,9%), перфорация язвы гастродуоденальной зоны – 3 (3,3%). Диагноз «дивертикулярная болезнь ободочной кишки, осложненная перфорацией на догоспитальном этапе» ни в одном случае установлен не был.

### Результаты и обсуждение

Процесс, в результате которого в дивертикуле возникает воспаление, связан с обструкцией дивертикула путем фиксации кусочка плотного кала в области его шейки, что в конце концов ведет к его перфорации (рис. 3).



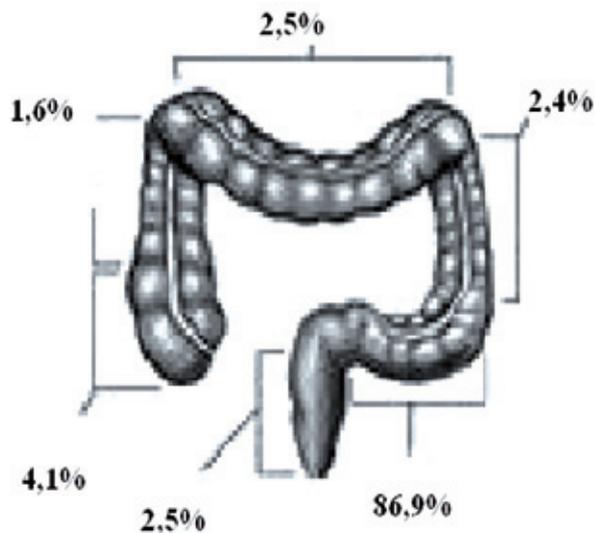
**Рис. 3. Механизм воспаления и перфорации дивертикула**

При ретроспективном анализе в анамнезе у 21 (17,2%) больного было указание на периодически возникающую боль в животе, уменьшающуюся после акта дефекации. Также длительное время эти больные страдали запорами. Были обследованы и знали о наличии дивертикулярной болезни ободочной кишки 9 (7,4%) больных. Один из них ранее оперирован по поводу перфорации дивертикула сигмовидной кишки, была выполнена обструктивная резекция сигмовидной

кишки с последующей реконструктивной операцией. У остальных пациентов заболевание началось впервые.

Наиболее часто встречалась перфорация дивертикулов сигмовидной кишки – 106 (86,9%). Дивертикулы правой половины ободочной кишки, как правило, одиночные, перфорация их встречалась значительно реже – 16 (13,1%) (рис. 4). Анатомическая локализация дивертикулов ободочной кишки у наших больных при анализе историй болезни соответствует данным, имеющимся в литературе [6, 8].

Перфорация дивертикула характеризовалась внезапным болевым синдромом, чаще в левой половине живота, что отражает значительную склонность локализации, задержкой стула, повышением температуры тела.



**Рис. 4. Анатомическая локализация перфорации дивертикула толстой кишки**

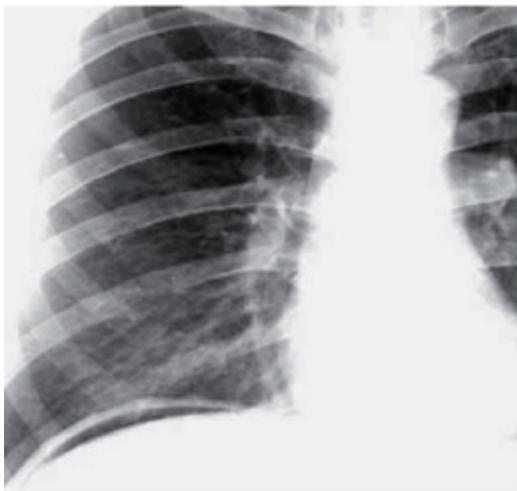
Перфорация в свободную брюшную полость быстро приводила к развитию прогрессирующего перитонита, клинические проявления которого не отличались от таковых при других формах острого воспаления брюшины.

При физикальном обследовании у всех больных была выявлена местная болезненность, причем у 10% пальпировалось болезненное образование (чаще в левой подвздошной области), у 80% определялись защитное напряжение мышц живота и перитонеальные симптомы.

В общем анализе крови у 60% больных выявлен лейкоцитоз, у остальных изменений не было. Другие лабораторные исследования обычно малоинформативны.

При поступлении в приемное отделение всем больным была выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости. У 6 (4,9%) пациентов выявлен «свободный газ» под куполом диафрагмы (рис. 5), у 10 (8,2%) – признаки кишечной непроходимости (тонкокишечные арки и «чаши» Клойбера).

При УЗИ-исследовании больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, осложненной перфорацией, выявлялась следующая картина: симптом поражения полого органа (гипоэхогенное утолщение стенок толстой кишки) – у 7 (5,7%) больных, у 12 (9,8%) – визуализация признаков инфильтрата, размеры которого



**Рис. 5.** «Свободный газ» под куполом диафрагмы



**Рис. 6.** УЗИ. Симптом поражения полого органа

колебались от незначительных до больших (у всех в левой подвздошной области). Также у 15 (12,3%) больных выявлены признаки гидроперитонеума, у 9 (7,4%) – энтеростаза.

В последние годы все большую роль в диагностике дивертикулярной болезни ободочной кишки, осложненной перфорацией, играет компьютерная томография [5, 6]. Хотя этот технический подход при обследовании наших больных применялся очень редко.

В случае перфорации дивертикула ободочной кишки необходимо оперативное вмешательство в экстренном порядке. В большинстве случаев больные оперированы в первые часы с момента поступления с предварительным диагнозом «перитонит».

В экстренном порядке 40 (32,9%) больным, наличие перитонита у которых вызывало сомнение, была произведена диагностическая видеолапароскопия. Наличие перитонита было подтверждено, но топический диагноз установлен не был. В связи с этим метод лапароскопии при данной патологии не является достаточно информативным.

Необходимо сказать, что, учитывая распределение больных с перфорацией дивертикулов ободочной кишки по возрасту (таблица), почти у всех отмечались сопутствующие заболевания, а в более половины случаев их сочетание. Наиболее часто встречалась патология со стороны сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, ПИКС, артериальная гипертензия, атеросклероз) – у 76 (62,3%); желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хронический холецистит, хронический панкреатит, хронический колит) – у 36 (29,5%); системные заболевания – сахарный диабет – у 28 (23,0%), ожирение – у 20 (16,4%).

Следует отметить, что ранее был оперирован 31 (21,8%) больной (холецистэктомия – 10 (7,0%), аппендэктомия – 11 (7,8%), по поводу осложнений язвенной болезни и гинекологической патологии – по 5 [3,5%]), что также определяло трудности в диагностике.

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки, осложненная перфорацией, занимает важное место в urgentной хирургии. Трудности диагностики данной нозологии связаны с отсутствием характерных клинических симптомов, лабораторных и инструментальных

данных, на основании которых можно установить правильный диагноз. Анатомическая локализация дивертикула ободочной кишки, осложненного перфорацией, определяет клиническую картину. Симптомов, а также лабораторных и инструментальных данных, свойственных только перфорации дивертикула ободочной кишки, нет, так как появляющаяся симптоматика и все перечисленные инструментальные данные могут встречаться при многих других острых заболеваниях органов брюшной полости. Ранее перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, наличие ряда сопутствующих заболеваний также осложняют диагностический процесс.

Таким образом, диагностика дивертикулярной болезни толстой кишки, осложненной перфорацией, остается сложной, и в большинстве случаев точный диагноз выставляется во время лапаротомии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е., Кубачёв К. Г., Малкова С. К. Перфорация дивертикула сигмовидной кишки // Вестник хирургии им. Грекова. – 2003. – № 162 (2). – С. 94–96.
2. Воробьев Г. И., Панцырев Ю. М. и др. Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2007. – № 4. – С. 44–48.
3. Ногаллер А. М. Дивертикулез // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2005. – № 6. – С. 3–5.
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. 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.
7. Petruzzello L. Review article: uncomplicated diverticular disease of the colon // Aliment. pharmacol. ther. – 2006. – Vol. 23. – P. 1379–1391.
8. Salem T. A., Molloy R. G., O'Dwyer P. J. Prospective, five year follow-up study of patients with symptomatic uncomplicated diverticular disease // Dis. colon. rectum. – 2007. – № 50. – P. 1460–1464.

Поступила 14.02.2013