

- ration with the American Association for Thoracic Surgery and Society of Thoracic Surgeons. Journal of the American College of Cardiology. 2008, vol. 51, № 21, p. e1-e62. (in Eng)
13. Endorsed by: the European Stroke Organisation (ESO) et al. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries The Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). European heart journal, 2011, vol. 32, № 22, p. 2851-2906. (in Eng)
 14. Flaker G. et al. Death in patients with permanent pacemakers for sick sinus syndrome. American heart journal. 2003, vol. 146, № 5, p. 887-893. (in Eng)
 15. Israel C. W., Ekosso-Ejangue L. Probleme, Komplikationen und Notfälle bei der Schrittmacherimplantation. Herzschrittmachertherapie+ Elektrophysiologie. 2015, vol. 26, № 4. p. 309-319. (in Germany)
 16. John R. M., Kumar S. Sinus node and atrial arrhythmias. Circulation. 2016, vol. 133, № 19, p. 1892-1900. (in Eng)
 17. Lamas G. A. et al. Ventricular pacing or dual-chamber pacing for sinus-node dysfunction. New England Journal of Medicine. 2002, vol. 346, № 24, p. 1854-1862. (in Eng)
 18. Lau C. P. et al. Prospective randomized study to assess the efficacy of site and rate of atrial pacing on long-term progression of atrial fibrillation in sick sinus syndrome: Septal Pacing for Atrial Fibrillation Suppression Evaluation (SAFE) Study. Circulation. 2013, Circulationaha. 113.001644. (in Eng)
 19. Lei M. et al. SCN5A and sinoatrial node pacemaker function. Cardiovascular research. 2007, vol. 74, N 3, p. 356-365. (in Eng)
 20. Lopes A. C., DiDió L. J. A., Buffolo E. Anatomical and clinical aspects of the blood supply of the sinoatrial node. Revista da Associação Médica Brasileira. 1998, vol. 44, № 1, p. 47-49. (in Eng)
 21. Mohler P. J. et al. Ankyrin-B mutation causes type 4 long-QT cardiac arrhythmia and sudden cardiac death. Nature. 2003, vol. 421, № 6923, p. 634. (in Eng)
 22. Nielsen J. C. et al. A comparison of single-lead atrial pacing with dual-chamber pacing in sick sinus syndrome. European heart journal. 2011, vol. 32, № 6, p. 686-696. (in Eng)
 23. Sweeney M. O. et al. Minimizing ventricular pacing to reduce atrial fibrillation in sinus-node disease. New England Journal of Medicine. 2007, vol. 357, № 10, p. 1000-1008. (in Eng)
 24. Authors/Task Force Members et al. 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: the Task Force on cardiac pacing and resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC). Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association (EHRA). European heart journal. 2013/ vol. 34, № 29, p. 2281-2329. (in Eng)

УДК 616.348-007.64(048.8)
© Коллектив авторов, 2018

М.В. Тимербулатов¹, А.В. Куляпин², Д.В. Лопатин², Л.Р. Аитова¹
**ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОГО ДИВЕРТИКУЛИТА
С РАЗВИТИЕМ МЕСТНОГО ОГРАНИЧЕННОГО ПЕРИТОНИТА**

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа

Дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБТК) встречается у 30% населения. В 10 – 60% случаев ДБТК развиваются осложнения острого воспалительного характера, наиболее частым из которых являются перфорации (27,2 %).

Проведен анализ ранней диагностики и методов лечения осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки – перфоративного дивертикулита. В исследуемую группу вошли больные с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, осложненной перфоративным дивертикулитом, поступившие на стационарное лечение в ГБУЗ РБ ГКБ № 21 (г. Уфа) за период с 2000 по 2016 гг. В статье обсуждаются вопросы диагностики и варианты как консервативного, так и оперативного лечения пациентов с перфоративным дивертикулитом. Показана возможность консервативного лечения перфоративного дивертикулита, осложненного местным ограниченным перитонитом.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстой кишки, воспалительные осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки.

M.V. Timerbulatov, A.V. Kulyapin, D.V. Lopatin, L.R. Aitova
**EXPERIENCE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF PERFORATED DIVERTICULITIS WITH DEVELOPMENT
OF THE LOCAL LIMITED PERITONITIS**

Diverticular disease of the colon (DDC) occurs in 30% of population. 10-60% of DDC cases develop complications of acute inflammatory character, the most frequent being perforations (27.2%).

This paper presents the analysis of the results of early diagnostics and treatment of complications of DDC - perforated diverticulitis. The studied group included patients with DDC, complicated with perforated diverticulitis, admitted for in-patient treatment in State Clinical hospital № 21 (Ufa) over the period 2000 to 2016. The issues of diagnosis and both medicinal and surgical treatment of patients with perforated diverticulitis are discussed. The paper shows the possibility of conservative treatment of perforated diverticulitis complicated by local limited peritonitis.

Key words: diverticular disease of the colon, inflammatory complications of diverticular disease of the colon

Распространенность дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК) достигает до 30 % среди населения всей популяции [1,3,6]. Осложнения острого воспалительного характера в данной группе больных развиваются в 10-

60% случаев [2,5,7]. Наиболее частыми из них являются острый дивертикулит (20%), перфорации (27,2%), кишечные свищи (1-23%), абсцессы [5,9]. В 3,5-4 случаях на 100 тысяч человек в год диагностируется внутрибрюшной аб-

сцесс, или перитонит. Среди причин экстренного хирургического вмешательства перфорация дивертикула находится на четвертом месте после острого аппендицита [7,10].

Смертность при воспалительных осложнениях ДБТК в течение года достигает 9,8% [7,10,11]. Среди причин на первом месте стоит гнойный перитонит (84%), на втором – кишечная непроходимость (80%), на третьем – образование абсцесса (79%) и на последнем – каловый перитонит (44%) [5,11].

В связи с этим актуальным является анализ результатов диагностики и лечения пациентов с воспалительными осложнениями ДБТК, который позволит улучшить результаты лечения и ускорить диагностику больных с данной патологией.

Цель исследования – провести анализ диагностики и лечения пациентов с перфоративным дивертикулитом с развитием местного ограниченного перитонита в условиях ГБУЗ РБ ГKB № 21 (г. Уфа) за период с 2000 до 2016 гг.

Материал и методы

Поиск информации о пациентах, поступивших в отделение колопроктологии ГБУЗ РБ ГKB № 21 (г. Уфа) за период с 2000 по 2015 гг., проводился на основании архивных материалов с клиническим кодом «дивертикулярная болезнь» в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10, 1992 г.) с осложнением перфоративный дивертикулит с развитием местного ограниченного перитонита. При анализе учитывались следующие основные характеристики: возраст и пол пациента, количество предыдущих госпитализаций, связанных с дивертикулярной болезнью (ДБ) и осложнениями дивертикулеза; результаты клиничко-диагностического и инструментального обследований; данные консервативного лечения и оперативных вмешательств.

Все больные были госпитализированы в экстренном порядке по направлениям врачей скорой медицинской помощи, амбулаторного звена или переведены из других медицинских организаций, в которых отсутствуют специализированные отделения данного профиля. Диагностика и лечебная тактика при осложненной ДБ основывались на разработанных в клинике протоколах оказания неотложной хирургической помощи. Пациенты дневного стационара или получавшие лечение амбулаторно не рассматривались.

Согласно распределению больных с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни с 2000 до 2015 гг. были выделены 2 периода: первый с 2000 до 2007 гг. (первый период) и с 2008 по 2015 гг. (второй период).

Полученные результаты обработаны с применением методик математической статистики и использованием пакета программ MS Excel XP, Statistica 6.0. Количественные характеристики групп пациентов представлены как среднее стандартное отклонение. Сравнение групп больных и полученных числовых характеристик проводилось с применением параметрического критерия Стьюдента при соответствии выборок критериям нормального распределения, а при отсутствии нормального распределения – непараметрического критерия Вилкоксона, а также проводился частотный анализ с использованием критерия χ^2 . При этом статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

С перфоративным дивертикулитом с развитием местного ограниченного перитонита в условиях ГБУЗ РБ ГKB № 21 (г. Уфа) за период с 2000 до 2015 гг. поступили в экстренном порядке 73 больных. Мужчин было 23 (31,5%), женщин – 50 (68,5%).

Распределение больных по периодам наблюдения представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных с перфоративным дивертикулитом, осложненным местным ограниченным перитонитом, по периодам наблюдения

Пациенты	2000-2007 гг.		2008-2015 гг.		Всего	
	N	%	N	%	N	%
Мужчины	13	41,9	10	23,8	23	31,5
Женщины	18	58,1	32	36,2	50	68,5
Итого...	31	42,5	42	57,5	73	100

Как видно из представленных данных, в ГБУЗ РБ ГKB № 21 за период 2000-2007 гг. находился 31 (42,5%) больной с перфоративным дивертикулитом, осложненным местным ограниченным перитонитом, за период 2008-2015 гг. – 42 (57,5%) пациента из 73.

Статистически значимого увеличения числа пациентов за указанные периоды

наблюдения не отмечено, также отсутствует и статистически значимая разница между количеством мужчин и женщин ($p \geq 0,05$).

Распределение больных по возрасту, полу и периодам наблюдения представлено в табл. 2.

Как видно из представленных данных, все экстренно госпитализированные больные

были в возрастном диапазоне от 30 до 69 лет. В возрасте до 49 лет было 16 (21,9%) больных, с 50 до 69 лет – 57 (78,1%) больных. Увеличение числа больных в возрастной

группе 50-69 лет было статистически значимым ($P \geq 0,05$). Соотношение мужчин и женщин в обеих возрастных группах составило 1:2.

Таблица 2

Возраст, лет	2000-2007 гг.				2008-2015 гг.				Всего	
	М		Ж		М		Ж		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
30-49	1	7,7	4	22,8	4	40	7	21,9	16	21,9
50-69	12	92,3	14	77,7	6	60	25	78,1	57	78,1
Итого...	13	41,4	18	58,1	10	23,8	32	76,1	73	100

Перфоративный дивертикулит, осложненный местным ограниченным перитонитом, как первое проявление острого дивертикулита отмечен у 59 (80,8%) больных. У 14 (19,2%) имелся кишечный дискомфорт, по поводу которого больные обследовались амбулаторно или получили лечение по поводу острого дивертикулита.

Длительность заболевания у больных данной группы не превышала 1 года. Анализ анамнеза заболевания больных перфоративным дивертикулитом, осложненным местным ограниченным перитонитом, не выявил статистически значимой разницы между двумя периодами наблюдения.

У всех больных с перфоративным дивертикулитом ободочной кишки, осложненным местным ограниченным перитонитом, отмечались боли в животе и лихорадка.

Распределение клинических проявлений у данной категории больных представлено в табл. 3.

Таблица 3

Клинические проявления у больных с перфоративным дивертикулитом ободочной кишки, осложненным местным ограниченным перитонитом

Клинические проявления		N	%
Боли интенсивные		73	100
Локализация	Правая подвздошная область	2	2,7
	Эпигастральная и мезогастральная области	9	12,3
	Левый боковой канал	15	20,5
	Левая подвздошная область	47	64,4
Напряжение мышц передней брюшной стенки		68	93,2
Симптом Щеткина-Брюмберга		57	78,1
Тошнота		54	73,9
Сухость во рту		46	63,0
Рвота		51	69,8
Задержка стула		36	49,3
Метеоризм		48	65,7
Гипертермия до 38 °С		35	47,9
Гипертермия выше 38 °С		38	52,1
Неустойчивый стул		18	24,6
Дизурические явления		10	13,7

У всех больных с перфоративным дивертикулитом ободочной кишки, осложненным местным ограниченным перитонитом, боль была интенсивной. У большинства больных они локализовались в левой подвздошной

области – у 47 (64,4%), по ходу левого бокового канала – у 15 (20,5%), в эпигастральной и мезогастральной областях – у 9 (12,3%) и в 2(2,7%) случаях боли локализовались в правой подвздошной области. Характерной особенностью являлось то, что наибольшая болезненность при пальпации соответствовала локализации воспалительного процесса. Иррадиация болей в поясничную область, бедро, промежность выявлена в 17 (23,3%) случаях. Напряжение мышц передней брюшной стенки отмечено у 68 (93,2%) больных, а воспалительный инфильтрат без четких границ – у 72 (98,6%) госпитализированных больных с перфоративным дивертикулитом ободочной кишки, осложненным местным ограниченным перитонитом. Проведенный анализ вышесказанных жалоб показывает, что их удельный вес в двух группах больных оставался на одном уровне и разница не была статистически значимой ($p \geq 0,05$).

У всех 73 больных при поступлении отмечалась повышенная температура. Уровень повышения температуры был связан в основном с активностью воспалительного процесса и интенсивностью болевого синдрома.

Результаты сбора анамнеза, жалоб больного при диагностике с перфоративным дивертикулитом ободочной кишки, осложненным местным ограниченным перитонитом, зачастую имели ориентировочное значение, указывающее на наличие активного воспалительного процесса без детальной верификации последнего.

Лабораторное обследование больных включало клинические и биохимические анализы крови, общий анализ мочи. Особое внимание уделялось показателям лейкоцитоза, палочкоядерному сдвигу в лейкоформуле, скорости оседания эритроцитов и наличию С-реактивного белка. Результаты лабораторных исследований представлены в табл. 4.

Анализ результатов лабораторного обследования больных с перфоративным дивертикулитом ободочной кишки, осложненным местным ограниченным перитонитом, пока-

зал, что полученные лабораторные данные указывают на наличие активного воспалительного процесса у данной категории больных без конкретного указания на степень морфологических изменений.

Таблица 4
Результаты лабораторных исследований больных с перфоративным дивертикулитом, осложненным местным ограниченным перитонитом

Показатели	N	%
Количество лейкоцитов от $11-14 \times 10^9$ Ед/л	34	46,6
Количество лейкоцитов 15×10^9 Ед/л и выше	39	53,4
Палочкоядерный сдвиг влево	73	100
СОЭ до 25 мм/ч	28	38,4
СОЭ выше 25 мм/ч	45	61,6

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости являлось обязательным методом исследования при экстренной госпитализации у больных с перфоративным дивертикулитом ободочной кишки, осложненным местным ограниченным перитонитом. Основ-

ными УЗ-признаками перфоративного дивертикулита ободочной кишки, осложненного местным ограниченным перитонитом, являются: наличие локальной болезненности при обследовании датчиком над участком пораженной кишки; утолщение стенки более 5 мм; нечеткость контуров и сглаженность слизистой; замедление или отсутствие перистальтики пораженного сегмента; наличие инфильтрации в прилегающих к дивертикулу тканях или параколической клетчатке; наличие полости с жидкостным или газообразным содержимым; сообщение полости с пораженным дивертикулитом. Немалое значение для ультразвуковой диагностики играют наличие повышенного газообразования в кишечнике и избыточная подкожно-жировая клетчатка передней брюшной стенки, которые препятствуют верификации симптомов. Информативность УЗ-признаков представлена в табл. 5.

Таблица 5

Информативность УЗ-признаков у больных с перфоративным дивертикулитом ободочной кишки, осложненным местным ограниченным перитонитом

УЗ-признаки	2000-2007 гг.		2008-2015 гг.		Всего	
	N	%	N	%	N	%
Локальная болезненность	31	100	42	100	73	100
Утолщение стенки	31	100	42	100	73	100
Нечеткость контуров, сглаженность слизистой, деформация дивертикулов	24	77,4	38	90,5	62	84,9
Отсутствие перистальтики в зоне воспаления	25	80,6	37	88,1	62	84,9
Наличие инфильтрации в прилегающих к дивертикулу тканях или параколической клетчатке	31	100	42	100	73	100
Наличие полости в зоне расположения дивертикулов	29	93,5	40	95,2	69	94,5
Наличие свободной жидкости в брюшной полости в зоне воспаленного дивертикула	28	90,3	39	92,8	67	91,8

Как видно из представленных данных, отсутствие перистальтики в зоне пораженного сегмента и нечеткость контуров, сглаженность слизистой, деформация дивертикулов отмечены в 62 (84,9%) случаях. Характерными признаками, выявленными с помощью ультразвукового исследования у данной категории больных, являлись наличие полости в зоне расположения воспаленного дивертикула – 69 (94,5%) и наличие свободно расположенной жидкости вне кишечной стенки в зоне воспалительного дивертикула – 67 (91,5%).

Обзорная рентгенография органов брюшной полости выполнена у 31 (42,5%) пациента при наличии выраженного болевого синдрома, пальпируемого инфильтрата, мышечного напряжения, высоких показателей количества лейкоцитов и СОЭ. В 26 (35,6%) случаях отмечены признаки повышенной пневматизации кишечника, локального пареза кишечника, а также подозрение на наличие ограниченного жидкостного образования.

Для определения локализации воспалительного процесса и его отношения к участ-

кам ободочной кишки необходимо внутрипросветное контрастирование последней. Проведение рентгенологического исследования (ирригографии) у больных с перфоративным дивертикулитом, осложненным местным ограниченным перитонитом, является опасным, так как введение контраста под давлением может привести к усугублению перфорации и прорыву кишечного содержимого в брюшную полость. Поэтому после оценки состояния больного выполнялись КТ или КТ с контролируемым внутриспросветным введением водного раствора контрастного вещества. Контролируемое внутриспросветное введение контрастного вещества обеспечивает безопасность КТ, предотвращает такое возможное осложнение, как перфорация пораженного участка.

Применение компьютерной томографии с контролируемым внутриспросветным контрастированием и 3D-реконструкцией позволяет в первые сутки у больных с острыми воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни выявить точную локализацию патоло-

гического процесса, степень функционально-морфологических изменений в пораженных дивертикулах и пораженном сегменте кишки и параколической клетчатке, наличие зоны стеноза, размеры воспалительного процесса и размеры престенотического расширения.

В результате клинико-лабораторного и инструментального обследований у 18 (24,6%) из 73 больных с перфоративным дивертикулитом, осложнённым местным ограниченным перитонитом, выставлены показания для проведения экстренной лапароскопии, которая была выполнена в сроки от 4 до

12 часов от момента госпитализации. В 21 (28,6%) случае была начата интенсивная противовоспалительная терапия, спустя 48 часов положительной динамики не наблюдалось и была выполнена диагностическая лапароскопия. В 34 (46,6%) случаях после начатой интенсивной противовоспалительной терапии отмечена положительная динамика, вследствие чего возникла возможность проведения дальнейших диагностических мероприятий.

Распределение больных по локализации перфорации дивертикула и периодам наблюдения представлено в табл. 6.

Таблица 6

Локализация	Периоды наблюдения		Всего	
	2000-2007 гг.	2008-2015 гг.	N	%
Купол слепой кишки	1	1	2	2,7
Поперечно-ободочный отдел	5	4	9	12,3
Нисходящий отдел	7	8	15	20,5
Сигмовидный отдел	18	29	47	69,4
Итого...	31	42	73	100

Увеличение числа госпитализированных больных с данной патологией свидетельствует о тенденции роста. Однако данное увеличение не является статистически значимым ($p \geq 0,05$).

По локализации абсцесса перфоративный дивертикулит, осложненный местным ограниченным перитонитом, может быть внутрибрюшинный, забрюшинный и внутрибрыжеечный. Распределение больных по локализации абсцесса и периодам наблюдения представлено в табл. 7.

За период с 2008 по 2015 гг. отмечено увеличение на 16,1% числа больных с внутрибрыжеечным расположением абсцесса, однако данное увеличение не было статистически значимым ($p \geq 0,05$).

Перед проведением экстренной или отсроченной операций всегда выполнялась диагностическая лапароскопия. Соотношение лапароскопий перед экстренным или отсроченным оперативными вмешательствами у больных с перфоративным дивертикулитом, осложненным местным ограниченным перитонитом, представлено в табл. 8.

Таблица 7

Локализация процесса	Периоды наблюдения		Всего	
	2000-2007 гг.	2008-2015 гг.	N	%
Внутрибрюшная	15	14	29	39,7
Забрюшинная	4	5	9	12,3
Внутрибрыжеечная	12	23	35	48,0
Итого...	31	42	73	100

Таблица 8

Локализация процесса	Периоды наблюдения		Всего
	2000-2007 гг.	2008-2015 гг.	
Купол слепой кишки	1	1	2
Поперечно-ободочный отдел	3	1	4
Нисходящий отдел	4	3	7
Сигмовидный отдел	16	10	26
Итого...	24	15	39

За период наблюдения с 2000 до 2007 гг. количество выполненных лапароскопий в экстренном и отсроченном порядке статистически значимо выше ($p \leq 0,05$), что указывает на то, что лапароскопия в данный период наблюдения являлась единственным методом,

позволяющим объективно оценить характер патологического процесса и степень его распространённости.

Характер выполненных экстренных и отсроченных операций, выполненных после проведенной лапароскопии, представлен в табл. 9.

Таблица 9

Вид оперативного вмешательства	Периоды наблюдения		Всего
	2000-2007 гг.	2008-2015 гг.	
Лапаротомия, резекция поражённого участка, колостомия	19	8	27
Лапаротомия, дренирование, колостомия	5	2	7
Лапароскопическое дренирование, колостомия	-	35	5
Итого...	24	15	39

Как видно из представленных данных, за период с 2008-2015 гг. увеличилось число операций, выполненных с применением видеолапароскопии, так как характер поражения и степень распространенности процесса установлены с помощью КТ с внутрисветным контрастированием.

В 34 (46,6%) случаях после экстренной госпитализации начата интенсивная противовоспалительная терапия, спустя 24-36 часов получен положительный ответ. Отмечалось некоторое улучшение состояния больного, уменьшение болевого синдрома, уменьшение мышечного напряжения, снижение гипертермии. Спустя 48 часов назначалось повторное УЗИ органов брюшной полости, и при отсутствии признаков ухудшения больные готовились на КТ с внутрикишечным введением контрастного вещества. Данное исследование

выполнено у 27 пациентов, находившихся на лечении в период с 2008 по 2015 гг.

В 3 случаях перфоративного дивертикулита, расположенного в сигмовидном отделе ободочной кишки и осложненного местным ограниченным перитонитом, гнойная полость была локализована внутрибрюшечно, что обусловило проведения консервативной терапии.

Вид оперативных вмешательств, выполненных за два периода наблюдения, представлен в табл. 10.

Показанием к консервативной терапии являлось наличие перфорации дивертикула с внутрибрюшечным расположением полости, подтвержденное данными КТ с внутрисветным контрастированием, адекватным ответом на проводимую противовоспалительную терапию под контролем УЗИ ОБП.

Таблица 10

Вид оперативных вмешательств, выполненных у больных с перфоративным дивертикулитом, осложненным местным ограниченным перитонитом, после проведенной противовоспалительной терапии

Вид оперативного вмешательства	Периоды наблюдения		Всего	
	2000-2007 гг.	2008-2015 гг.	N	%
Лапаротомия, резекция с анастомозом	-	15	15	48,4
Лапаротомия, резекция с колостомой	5	2	7	22,6
Лапаротомия, дренирование, колостомия	2	3	5	16,1
Лапароскопическое дренирование, колостомия	-	4	4	12,9
Итого...	7	24	34	100

В 15 (48,4%) случаях у больных перфоративным дивертикулитом, осложненным местным ограниченным перитонитом, удалось выполнить резекцию пораженного участка с первичным анастомозом. Данный подход возможен в отделах ободочной кишки, имеющей брыжейку и внутрибрюшечное расположение гнойной полости.

При локализации перфоративного дивертикулита в отделах ободочной кишки, не имеющей брыжейки, наличие выраженных воспалительных изменений за пределами кишечной стенки необходимо выполнять лапаротомию с резекцией пораженного участка и наложения разгрузочной колостомы, лапаротомию или лапароскопию с дренированием брюшной полости и наложением колостомы.

Выводы

1. Перфоративный дивертикулит с развитием местного ограниченного перитонита превалирует в возрастной группе 50-69 лет.

2. Наиболее информативными УЗ-признаками являются локальная болезненность в зоне исследования, утолщение стенки пораженной кишки более 5 мм, наличие инфильтрации в прилегающих к дивертикулу тканях или параколической клетчатке.

3. Наиболее частой локализацией перфорации дивертикула является сигмовидный отдел ободочной кишки – в 64% случаев.

4. Показанием к консервативной терапии являлось наличие перфорации дивертикула с внутрибрюшечным расположением полости, подтвержденное данными КТ с внутрисветным контрастированием.

5. Проведение в ранние сроки рентгенологического обследования (КТ с внутрисветным контрастированием) позволило выявить характер патологического процесса и степень его распространенности и активности и провести дифференцированный подход к выбору метода оперативного лечения.

Сведения об авторах статьи:

Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, зав кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Куляпин Андрей Владиславович – к.м.н., зав. отделением колопроктологии ГБУЗ РБ ГКБ 21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3.

Лопатин Денис Валерьевич – врач отделения колопроктологии ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3. E-mail: gkb21_2010@mail.ru.

Антова Лилия Ринатовна – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болихов К.В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.В. Болихов. – М.: ГНЦК, 2006. – 25 с.
2. Воробьев, Г.И. Лечебная тактика при дивертикулёзе толстой кишки / Г.И. Воробьев, К.Н. Саламов, Т.А. Насырина // Хирургия. – 1993. – № 10. – С. 46-52.
3. Воробьев, Г.И. Определение границ резекции ободочной кишки при дивертикулёзе / Г.И. Воробьев, К.Н. Саламов, С.И. Ачкасов // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 80-86.
4. Гончарик, И.И. Модель протокола ведения больных с осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки / И.И. Гончарик // Медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С. 67-69.
5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов дивертикулярной болезнью ободочной кишки. – М., 2013. – 22 с.
6. Тимербулатов, В.М. Опыт лечения острого дивертикулита толстой кишки / В.М. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, Ш.В. Тимербулатов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – № 3. – С. 54-58.
7. Шельгин, Ю.А. Лапароскопический доступ при плановом хирургическом лечении дивертикулярной болезни / Ю.А. Шельгин, С.И. Ачкасов, А.И. Москалев // Колопроктология. – 2014. – № 4 (50). – С. 5-13.
8. Etsioni D.A. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment / D.A. Etsioni, T.M. Mack, R.W. Bear, A.M. Kaiser // *Ann Surg.* – 2009. – № 249 (2). – С. 210-217.
9. Miangolarra C.J. Divertikulit right colon: khirurgicheskaya important issue / C.J. Miangolarra // *Ann Surg.* – 1961. – № 153. – С. 861-870.
10. Nakaji S. Comparison of etiology of right-sided diverticula in japinees elevating diverticulum on the West / S. Nakaji, K. Danjo, A. Munakata, K. Sugavara, D. Makoley, G. Kernohan, D. Bakster // *Int J kolorektal'nogo Dis.* – 2002. – № 17. – С. 365-373.
11. Pittet O. Recurrent left colonic episodes: more Severe than the initial diverticulitis? / O. Pittet, N. Kotzampassakis, S. Schmidt [et al.] // *World J Surg.* – 2009. – №33(3). – С.547-552.
12. Streyt L.L. The use of aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs increases the risk of diverticulitis and diverticular bleeding / L.L. Streyt, YU.L. Lyu, E.S. Khuan, E.L. Dzhiovannuchchi, A.T. Chan // *Gastroenterologii.* – 2011. – № 140 (5). – С. 1427-1433.

REFERENCES

1. Bolihov K.V. Ostrye vospalitel'nye oslozhneniya divertikuljarnoj bolezni obodochnoj kishki (klinika, diagnostika, lechenie) (Acute inflammatory complications of diverticular colon disease (clinic, diagnosis, treatment)). Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 2006, 25 p.
2. Vorob'ev G.I., Salamov K.N., Nasyrina T.A. Lechebnaja taktika pri divertikuleze tolstoj kishki (Therapeutic strategy in diverticulosis of the colon). *Khirurgija*, 1993, № 10, p. 46-52.
3. Vorob'ev, G.I., Salamov K.N., Achkasov S.I. Opredelenie granits rezektsii obodochnoj kishki pri divertikuleze (Determination of the boundaries of colon resection in diverticulosis). *Khirurgiya*, 2001, № 1, P. 80-86.
4. Lobanov D.S. Model protocols for patients with complications of diverticular disease of the colon. *Journal of Volgograd State Medical University*, 2008, № 1, p. 67-69.
5. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu vzroslykh patsientov divertikulyarnoy bolezni obodochnoj kishki (Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of adult patients with diverticular colon disease). Moscow, 2013, 22 p.
6. Timerbulatov V.M., Fayzov R.R., Timerbulatov Sh.V., Mehdiev D.L., Bagautdinov F.Z., Gareev R.N. Treatment experience of colon diverticulosis. *Bashkortostan medical Journal*. 2009, № 3, С. 54-58.
7. Shelygin Yu.A., Achkasov S.I., Moskaev A.I. Classification of diverticular disease. *Koloproktologia (Coloproctology)*. 2014, № 4 (50), p. 5-13.
8. Etsioni D.A., Mack T.M., Bear R.W., Kaiser A.M. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment. *Ann Surg.* 2009, № 249 (2), p. 210-217.
9. Miangolarra C.J. Divertikulit right colon: khirurgicheskaya important issue. *Ann Surg.*, 1961. № 153, p. 861-870.
10. Nakaji S., Danjo K., Munakata A., Sugavara K., Makoley D., Kernohan G., Bakster D. Comparison of etiology of right-sided diverticula in japinees elevating diverticulum on the West. *Int J kolorektal'nogo Dis.* 2002, № 17, p. 365-373.
11. Pittet O., Kotzampassakis N., Schmidt S. et al. Recurrent left colonic episodes: more Severe than the initial diverticulitis? *World J Surg.*, 2009, №33(3), p.547-552.
12. Streyt L.L., Lyu YU.L., Khuan E.S., Dzhiovannuchchi E.L., Chan A.T. The use of aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs increases the risk of diverticulitis and diverticular bleeding. *Gastroenterologii*. 2011, № 140 (5), p. 1427-1433.

УДК 617.551

© Коллектив авторов, 2018

С.В. Соколов¹, В.П. Соколов², Г.Р. Баязитова³, И.З. Салимгареев²,
М.О. Логинов², Д.Р. Мушарапов³, Г.Н. Чингизова³, Ю.Р. Бахтиярова³, М.А. Нартайлаков³
**ЭНДОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ**

¹ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», г. Уфа

²ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

³ФГОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Основной причиной смерти пациентов с механической желтухой является прогрессирование печеночной недостаточности после хирургического вмешательства. Послеоперационная летальность среди пациентов с неопухолевой желтухой