

А. М. Авдеев<sup>1</sup>, М. А. Абдулаев<sup>1,2</sup>, М. Т. Афақ<sup>2</sup>, З. Т. Абдуллаев<sup>2</sup>, С. А. Варзин<sup>3</sup>

## ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ ЛАПАРОСКОПИИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОТСРОЧЕННЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

<sup>1</sup> Александровская больница, Российская Федерация, 193312, Санкт-Петербург, пр. Солидарности, 4

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,  
Российская Федерация, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41

<sup>3</sup> Санкт-Петербургский государственный университет,  
Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

В данной статье рассматриваются вопросы применения современных методов диагностики в периоде острых осложнений при дивертикулярной болезни ободочной кишки. В ходе исследования 24,6% пациентов с дивертикулитом были прооперированы в экстренном порядке. Первичная лапароскопия была выполнена у 58,9% больных, а традиционная лапаротомия — у 61,1%. Для оценки целесообразности первоочередного использования лапароскопии были сформированы две равнозначные группы пациентов. В первую включены пациенты, которым были выполнены только традиционные экстренные оперативные вмешательства. Во вторую — больные, которым в качестве первичного экстренного оперативного пособия выполнялась лапароскопия. Всем пациентам в первой группе выполнены обструктивные операции с выведением колостомы. Первоочередное использование лапароскопической методики у пациентов, которым показано экстренное оперативное лечение, дает возможность 60,6% больных отказаться от дальнейшего расширения экстренного оперативного пособия и закончить операцию одной лишь лапароскопией. Лапароскопически ассистированную колостомию удалось выполнить 6,1% от общего числа пациентов. Конверсия потребовалась только 33,3%. Проведенное исследование показало, что первичное использование лапароскопии позволяет снизить общее количество послеоперационных осложнений без изменения общей летальности. Отмечено значительное снижение числа выписанных пациентов с колостомой. Библиогр. 10 назв. Табл. 12.

*Ключевые слова:* дивертикулит, лапароскопия, хирургическое лечение, отсроченные операции, лапароскопически ассистированная операция.

## THE INTRODUCTION OF LAPAROSCOPY INTO PRACTICE WITH SUBSEQUENT DELAYED OPERATIONAL TREATMENT IN COMPLICATED DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON

A. M. Avdeev<sup>1</sup>, M. A. Abdulaev<sup>1,2</sup>, M. T. Afaq<sup>2</sup>, Z. T. Abdullaev<sup>2</sup>, S. A. Varzin<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Aleksandrovskaja hospital, 4, pr. Solidarnosti, St. Petersburg, 193312, Russian Federation

<sup>2</sup> North-West State Medical University named after I. I. Mechnikov, 41, ul. Kirochnaya, St. Petersburg,  
191015, Russian Federation

<sup>3</sup> St. Petersburg State University, 7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

During 5 years from 2011 to 2015, 656 patients with a diverticular disease of a colon were brought to the Aleksandrovsky hospital. From the total number of patients in 504 (76.8%) cases diverticulitis was diagnosed. 124 (24.6%) patients with diverticulitis underwent emergency operations. Primary laparoscopy was executed on 73 (58.9%) patients, and traditional laparotomy was executed on 51 (61.1%). For an assessment of the expediency of primary use of laparoscopy, two equivalent groups of patients were established. The first group included 39 patients who got only traditional emergency surgeries. Second group included 66 patients who received primary laparoscopic treatment. To all patients from the first group obstructive operations that ended with the removal of colostomy, were executed.

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2017

Primary use of a laparoscopic technique for patients whose had indications for emergency expeditious treatment gave the chance to 40 (60.6%) patients to refuse further expansion of the emergency operational intervention and to finish their operation with laparoscopy alone. To 4 patients (6.1%) laparoscopic assisted colostomy was carried on. Conversion was required only for 22 (33.3%) patients. The research conducted has shown that primary use of laparoscopy allows to lower total postoperative complications by 10.5%, from 43.7% to 33.3% without change in general mortality. Taking into account all the stages of treatment, a decrease by 54.4% of the number of patients with colostomy, from 92.3% to 37.9%, was observed. Refs 10. Tables 12.

*Keywords:* diverticulitis, a laparoscopy, surgical treatment, the delayed operations, the operation laparoscopic assisted.

### Актуальность

Подверженность дивертикулярной болезни повышается с возрастом — от 2–10% в период до 40 лет до 60–80% по достижении 80 лет [1; 2]. Острый дивертикулит развивается у 1–25% людей с дивертикулезом толстой кишки [3–5].

Актуальны вопросы выбора плановой или экстренной операции, при которых необходимо осуществить выбор варианта хирургического вмешательства: операция Гартмана или резекция кишки с наложением анастомоза, с превентивной колостомой или без нее. Оказывается, недостаточно изучены возможности малоинвазивной хирургии, в частности лапароскопии. Ошибки в диагностике и лечении осложненных форм дивертикулярной болезни регистрируются в 60–90% наблюдений [6; 7].

Перитонеальный лаваж 10–20 лет назад рассматривался как альтернатива резекции ободочной кишки при дивертикулах как источнике перитонита. При этом с помощью лапароскопического доступа эвакуировался гнойный экссудат, брюшная полость промывалась подогретым солевым раствором или другими антисептиками, на несколько дней (не менее трех) оставались в ней дренажные трубки. Лечение антибиотиками продолжалось в течение минимум 72 часов после операции, прием жидкости в первый послеоперационный день ограничивался [8]. Однако сохранялись сомнения в преимуществах перитонеального лаважа при лечении перфоративного дивертикулита [9]. Начиная с 1996 года опубликованы результаты 18 серий наблюдений за 806 больными, демонстрирующие впечатляющее преимущество простого промывания и дренирования брюшной полости [10]. В 2008 году Э.Майерс с соавторами [8] сообщил о своем исследовании. Из 1257 больных, поступивших по поводу острого дивертикулита в течение 7 лет, у 100 из них (8%) был перитонит. Эти больные получали интенсивную терапию, включавшую цефалоспорины третьего поколения и флагил (метронидазол), и направлялись в операционную для лапароскопической диагностики. Среди них у 8 человек был каловый перитонит (Хинчи-IV), им была выполнена операция Гартмана, санация и дренирование брюшной полости. Один больной из 8 (12,5%) умер. Остальным 92 больным осуществлялось лапароскопическое промывание и дренирование брюшной полости. Трое из них умерли. Такая послеоперационная летальность гораздо ниже, чем та, что представлена в литературе о результатах первичной резекции и наложения анастомоза или операции Гартмана. Причинами смерти двух больных была полиорганная недостаточность, одного — тромбозомболия легочной артерии (ТЭЛА). Таким образом, 89 из 92 больных выздоровели после промывания и дренирования брюшной полости. Они не подвергались плановой операции и были выписаны домой. В течение последующих 36 месяцев имели место лишь два рецидива.

## Материалы и методы

С 2011 по 2015 год, за 5 лет, в Александровскую больницу поступили 656 больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, у 504 (76,8 %) из них выявлен дивертикулит, по поводу которого 124 (24,6 %) пациентам потребовалось оперативное лечение в экстренном порядке. Первичная лапароскопия была выполнена у 73 (58,8 %) больных, а традиционная лапаротомия — у 51 (41,2 %).

Чтобы оценить роль и значение первоочередного использования лапароскопии пациентам, нуждающимся в экстренном оперативном лечении, и целесообразность проведения отсроченных операций при осложненной форме дивертикулярной болезни ободочной кишки, мы провели сравнительный анализ. Были сформированы две равнозначные группы пациентов.

В 1-ю группу включены 39 пациентов, которым были выполнены только традиционные экстренные оперативные вмешательства: обструктивные операции, закончившиеся выведением колостомы. Их возраст — от 27 до 80 лет, средний возраст  $57,5 \pm 1,6$  года. Мужчин было 16 (41,0 %) в возрасте от 27 до 73 лет, средний возраст  $50,6 \pm 2,4$  года, и женщин — 23 (59,0 %) в возрасте от 44 до 80 лет, средний возраст  $62,3 \pm 1,8$  (табл. 1).

Таблица 1. Половозрастной состав группы больных, оперированных традиционно

Пол	18–29 лет		30–44 года		45–59 лет		60–74 года		75–89 лет		Итого	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Мужчин	1	2,6	3	7,7	8	20,5	4	10,3	–	–	16	41
Женщин	–	–	1	2,6	9	23,1	9	23,1	4	10,3	23	59
Всего	1	2,6	4	10,3	17	43,6	13	33,3	4	10,3	39	100

Во 2-ю группу вошли больные, которым выполнено первоочередное лапароскопическое пособие. Всего отобрали 66 человек в возрасте от 26 до 81 года, их средний возраст  $57,5 \pm 1,2$  года. Мужчин — 26 (39,4 %) в возрасте от 26 до 81 года, средний возраст  $50,6 \pm 2,0$  года. Женщин было 40 (60,6 %) в возрасте от 41 до 79 лет, средний возраст  $62,1 \pm 1,3$  года (табл. 2).

Таблица 2. Половозрастной состав группы больных, оперированных лапароскопически

Пол	18–29 лет		30–44 года		45–59 лет		60–74 года		75–89 лет		Итого	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Мужчины	1	1,5	7	10,6	14	21,2	2	3,0	2	3,0	26	39,4
Женщины	1	1,5	2	3,0	12	18,2	19	28,8	6	9,1	40	60,6
Всего	2	3,0	9	13,6	26	39,4	21	31,8	8	12,1	66	100

Обработка медицинских карт пациентов проводилась в рамках ретроспективного и проспективного анализа материала. В исследовании рассматривались пациенты от 18 лет включительно и старше. Мы провели статистический анализ изучаемых групп пациентов, используя критерий Стьюдента ( $t$ ) для несвязанных выборок. Первоначально мы проверили равнозначность отобранных групп пациентов,

проведя анализ по целому ряду параметров (табл. 3, 4), прежде всего по возрасту и степени анестезиологического риска. Сравнимые группы оказались сопоставимыми по этим признакам.

Таблица 3. Сравнение групп пациентов по возрасту, лет ( $t_{ЭМП} = 0$ ;  $p > 0,05$ )

Возраст	1-я группа (39 чел.)	2-я группа (66 чел.)	Всего, чел.
18–29	1	2	3
30–44	4	9	13
45–59	17	26	43
60–74	13	21	34
75–89	4	8	12
Среднее значение	55,8 ± 1,4	59,3 ± 1,6	–

Таблица 4. Распределение пациентов с учетом анестезиологического риска по ASA ( $t_{ЭМП} = 0,3$ ;  $p > 0,05$ )

Параметр	1-я группа (39 чел.)	2-я группа (66 чел.)
Количество пациентов с анестезиологическим риском II класса	10	19
Количество пациентов с анестезиологическим риском III класса	29	47
Среднее значение анестезиологического риска	2,7 ± 0,1	2,7 ± 0,1

В исследовании мы воспользовались избранными шкалами APACHE-II и SAPS-II не для определения прогноза летальности, а для более достоверной количественной оценки равнозначности изучаемых групп пациентов (табл. 5).

Таблица 5. Сравнение групп по шкалам APACHE-II и SAPS-I в баллах

Средний балл	1-я группа (39 чел.)	2-я группа (66 чел.)	Критерий Стьюдента $t$ ( $p > 0,05$ )
5–18	9,4 ± 0,5	9,3 ± 0,4	0,1
8–30	18,5 ± 0,5	18,2 ± 0,5	0,3

Весьма важной является балльная оценка исследуемых выборок. При статистическом анализе групп по тяжести состояния мы более точно можем сравнить изучаемые выборки. Эти шкалы учитывают функциональные изменения организма пациента, возникающие вследствие не только тяжести основной патологии, но и сопутствующих заболеваний. Именно балльная оценка тяжести состояния дает возможность сформировать статистически равнозначные группы больных.

### Результаты и их обсуждение

Проведя первый этап исследования, мы доказали равнозначность изучаемых групп пациентов по исследуемым параметрам. Следующим этапом нашей работы являлось определение роли и значения первоочередного применения эндовидео-

хирургического метода всем нуждающимся в экстренном оперативном лечении. Сначала мы провели сравнительный анализ выполненных операций в обеих изучаемых группах (табл. 6, 7).

Таблица 6. Распределение больных 1-й группы (39 чел.) по видам оперативных вмешательств

Операции	Чел.	%
Лапаротомия, операция Гартмана	32	82,1
Лапаротомия, обструктивная гемиколэктомия	7	17,9
<i>Всего</i>	39	100

Таблица 7. Распределение больных 2-й группы (66 чел.) по видам оперативных вмешательств

Экстренные операции с первичной лапароскопией	Чел.	%
Диагностическая лапароскопия, дренирование брюшной полости	40	60,6
Лапароскопически ассистированное формирование двустольного ануса, дренирование брюшной полости	4	6,05
Лапароскопия. Лапаротомия, резекция сигмовидной кишки по Гартману	18	27,3
Лапароскопия. Лапаротомия, левосторонняя обструктивная гемиколэктомия	4	6,05
<i>Всего</i>	66	100

Как следует из данных, представленных в таблицах, всем пациентам 1-й группы выполнены обструктивные операции с наложением колостомы, с которой пациенты были выписаны на амбулаторное лечение. Безусловно, наличие колостомы существенно снижает качество жизни человека. Для устранения колостомы требуется повторная госпитализация и повторное хирургическое вмешательство.

Первоочередное использование лапароскопической методики у пациентов 2-й группы, которым показано экстренное оперативное лечение, дало возможность у 40 больных (60,6%) отказаться от расширения объема оперативного пособия и ограничиться лапароскопией и дренированием брюшной полости; еще в четырех случаях (6,1%) — лапароскопически ассистированной колостомией.

После выполнения лапароскопии пациентам проводилась консервативная терапия, а также подготовка к радикальному хирургическому лечению в максимально короткие сроки в период одной госпитализации (табл. 8). После повторного вмешательства только трое больных были выписаны с колостомой.

Выполнение лапароскопии в качестве первоочередного оперативного пособия позволяет разделить пациентов на две подгруппы: тех, у кого возможно завершить операцию лапароскопически, без наложения колостомы, и тех, кто действительно нуждается в большем объеме хирургического лечения. Лапароскопическая санация и установка дренажей позволяют удалить из брюшной полости воспалитель-

ный экссудат, который может в последующем послужить причиной формирования абсцесса. При послеоперационном ведении больных дренажи позволяют своевременно выявить перфорацию стенки воспаленного дивертикула, которая может образоваться, несмотря на проводимое лечение. В нашем исследовании выявлены два пациента (5,0%), которым потребовалось повторное экстренное оперативное вмешательство в связи с перфорацией дивертикула после лапароскопии на вторые и четвертые сутки. Осложнения были выявлены своевременно при поступлении патологической жидкости по дренажам. На лапаротомии у обоих пациентов процесс носил ограниченный характер, так как все патологическое содержимое сбрасывалось по дренажам наружу, а не растекалось по брюшной полости. В обоих случаях выполнена операция Гартмана.

Таблица 8. Виды отсроченных оперативных вмешательств во 2-й группе (24 чел.)

Операции	Чел.	%
Лапаротомия, резекция сигмовидной кишки по Гартману	1	4,2
Лапаротомия, левосторонняя обструктивная гемиколэктомия	1	4,2
Лапаротомия, резекция сигмовидной кишки с разгрузочной трансверзостомой	1	4,2
Лапаротомия, резекция сигмовидной кишки с первичным анастомозом	13	54,2
Лапаротомия, левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом	5	20,8
Лапаротомия, субтотальная колэктомия	2	8,3
Лапароскопически ассистированная резекция сигмовидной кишки с первичным анастомозом	1	4,2
<i>Всего</i>	<i>24</i>	<i>100</i>

В нашем исследовании удалось произвести лапароскопическую сигмостомию только двум пациентам (1,6%). Оба были в последующем оперированы в отсроченном порядке в период одной госпитализации. После купирования острой фазы воспалительного процесса и подготовки кишечника им была выполнена резекция сигмовидной кишки единым блоком с колостомой и наложением первичного анастомоза.

Одним из наиболее редких воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки является дивертикулит с формированием стриктуры толстой кишки. Эти пациенты, а их в нашем исследовании выявлено 6 (1,2%) из 504, поступали с клинической картиной острой кишечной непроходимости. Все они были оперированы в день поступления с подозрением на рак сигмовидной кишки, осложненный obturационной толстокишечной непроходимостью. Двум из них (1,6%) была выполнена традиционная операция Гартмана, а четверым (3,1%) — диагностическая лапароскопия. После лапароскопии у двух из этих больных (1,6%) произведен переход на лапаротомию для обструктивной резекции толстой кишки и еще у двух (1,6%) — двустольная сигмостомия непосредственно над выявленным инфильтратом, являющимся причиной толстокишечной непроходимости. Однако выводится не сам инфильтрат, а подвижный расширенный приводящий

сегмент толстой кишки, по возможности, расположенный как можно ближе к инфильтрату. Данная методика нами хорошо отработана и используется при хирургическом лечении рака толстой кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью. При раке толстой кишки после купирования явлений толстокишечной непроходимости мы также в ранние сроки выполняем резекцию толстой кишки вместе с колостомой. Провести идентификацию опухолевого или рубцово-воспалительного характера заболевания у этой категории пациентов удастся только после резекции пораженного отдела толстой кишки и вскрытия ее просвета.

Во всех остальных случаях и при выявлении перфорации выполнялся переход на лапаротомию с расширением объема оперативного лечения.

После проведения курса последующего лечения 24 (54,5%) из 44 больных, оперированных лапароскопически, было выполнено второе хирургическое вмешательство в отсроченном порядке. Обе операции осуществлены в период одной госпитализации.

Без колостомы выписан домой 21 пациент (31,8%). Общая продолжительность лечения больных 1-й группы больше, чем у аналогичных пациентов 2-й группы. Средний койко-день у больных 2-й группы получился даже незначительно меньше, чем у больных 1-й группы, подвергшихся сразу традиционной лапаротомии (табл. 9).

Сокращение продолжительности лечения (среднего койко-дня) составило 0,9 дня. Несмотря на то что окончательный анализ не выявил статистически значимых различий по этому критерию, мы считаем, что выбранная нами тактика лечения не уступает традиционной в непосредственной экономической оценке. А исключение последующих отдаленных этапов лечения при применении финансово-экономических расчетов, несомненно, может показать экономическое и медико-социальное преимущество описанного варианта лечебной тактики.

Другим значимым критерием эффективности проводимого лечения является частота развития осложнений. Осложнения, развившиеся в процессе лечения, возникают вследствие осложненного течения основного заболевания или декомпенсации сопутствующих заболеваний. Часть осложнений требует только консервативного лечения, часть — дополнительных оперативных вмешательств. Проведя анализ данных из медицинских карт пациентов в двух группах, мы выявили, что первоочередное использование лапароскопии позволяет снизить общее количество осложнений и летальность во 2-й группе пациентов.

Таблица 9. Сравнительный анализ продолжительности лечения, койко-дней

Группа больных и вид операции	Чел.	Количество дней	Средняя продолжительность
1-я (традиционные операции)	39	7–46	15,3 ± 1,2
2-я	66	4–45	14,4 ± 0,8
В том числе:			
лапароскопия с конверсией	22	4–45	13,7 ± 1,5
лапароскопия + консервативная терапия	20	3–25	9,8 ± 0,9
лапароскопия + отсроченная операция	24	11–38	18,9 ± 1,1

Для большей наглядности мы выделили три подгруппы в группе с первичной лапароскопией: 1) больные, которым потребовалась конверсия; 2) пациенты,

в отношении которых удалось ограничиться только лапароскопическим вмешательством; 3) прооперированные в отсроченном порядке после первичной лапароскопии. Наиболее тяжкие и грозные осложнения развились у пациентов, у которых тяжесть и запущенность осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки требовала немедленного перехода на традиционную лапаротомию. Об этом свидетельствует и наличие летальных исходов только в этой подгруппе больных. В тех случаях, где первичная операция завершилась только диагностической или еще и санационной лапароскопией, осложнения развивались значительно реже (табл. 10–12, при обращении к таблицам следует иметь в виду, что у некоторых больных встречается несколько осложнений).

Таблица 10. Распределение больных по видам оперативных вмешательств и характеру послеоперационных осложнений

Осложнения, пролеченные консервативно	1-я группа, традиционные операции, 39 чел.		2-я группа, 66 чел.					
			Лапароскопия с конверсией, 22 чел.		Лапароскопия + консервативная терапия, 20 чел.		Лапароскопия + отсроченная операция, 24 чел.	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Подкожная эвентрация	1	2,6	1	4,5	–	–	–	–
Пневмония и интоксикация	2 (1)	5,1 (2,6)	2 (1)	9,1 (4,5)	2	10,0	1	4,2
Делирий	1	2,6	–	–	1	5,0	–	–
Нагноение послеоперационной раны	3	7,7	2	9,1	–	–	1	4,2
Парез кишечника	1	2,6	1	4,5	–	–	–	–
Пароксизм фибрилляции предсердий	2	5,1	1	4,55	1	5,0	–	–
ТЭЛА	1	2,6	1 (1)	4,5 (4,5)	–	–	–	–
Острый инфаркт миокарда	1 (1)	2,6	–	–	–	–	–	–
Декомпенсация хронической сердечной недостаточности	1	7,7 (5,1)	1 (1)	4,5 (4,5)	–	–	–	–
<i>Итого</i>	<i>13 (2)</i>	<i>33,3 (5,1)</i>	<i>9</i>	<i>40,9</i>	<i>4</i>	<i>20,0</i>	<i>2</i>	<i>8,3</i>
<i>Всего</i>	<i>–</i>	<i>–</i>	<i>15 (3) чел., 22,7 (4,5) %</i>					

Примечание: в скобках указано количество умерших пациентов.

Дивертикулит является воспалительным заболеванием и в большинстве случаев сопровождается экссудацией в брюшную полость, которая и дает перитонеальную симптоматику. Хирург, выполнивший лапаротомию пациенту с перитонитом, который проявился клинически до операции, подтвердился во время операции, да еще при этом была выявлена воспалительная инфильтрация стенки сегмента



Таблица 11. Распределение больных по видам оперативных вмешательств и характеру послеоперационных осложнений, потребовавших дополнительного оперативного лечения

Осложнения, потребовавшие оперативного лечения	1-я группа, традиционные операции, 39 чел.		2-я группа, 66 чел.					
			Лапароскопия с конверсией, 22 чел.		Лапароскопия + консервативная терапия, 20 чел.		Лапароскопия + отсроченная операция, 24 чел.	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Некроз краев и «провал» колостомы — релапаротомия, переложение колостомы	-	-	1	4,5	-	-	-	-
Вялотекущий перитонит — санационная релапаротомия	1	2,6	1 (1)	4,5	-	-	-	-
Перфорация острых язв желудка — релапаротомия, ушивание перфорированной острой язвы желудка	1	2,6	-	-	-	-	-	-
Острая спаечная кишечная непроходимость — релапаротомия, рассечение спаек	-	-	1	4,5	-	-	-	-
Эвентрация — устранение вентрации	1	2,6	1	4,5	-	-	-	-
Пневмония — трахеостомия	1 (1)	2,6	1	4,5	-	-	-	-
Ятрогенный пневмоторакс — дренирование плевральной полости	-	-	-	-	-	-	1	4,2
<i>Итого</i>	<i>4 (1)</i>	<i>10,3 (2,6)</i>	<i>5 (1)</i>	<i>22,5</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>1</i>	<i>4,2</i>
<i>Всего</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>6 (1) чел., 9,1 (1,5) %</i>					

Примечание: в скобках указано количество умерших пациентов.

толстой кишки, просто психологически не готов остановиться на этапе санации и дренирования брюшной полости. Ему трудно завершить операцию и «зашить живот», даже если выпот будет носить серьезный характер. А если в экссудате будет несколько хлопьев фибрина, в том числе на самом инфильтрате, все его сомнения исчезнут и пациент будет просто обречен на большой оперативный объем вмешательства с выведением колостомы. Однако подавляющее число больных с дивертикулитом удается вести консервативно, следовательно, сопутствующий любому воспалению экссудат не должен служить сигналом для необоснованного выполнения большего (и большого) объема оперативного вмешательства. Не всегда перитонеальная симптоматика и выявленная свободная жидкость в брюшной полости свидетельствуют о перфорации дивертикула и перитоните, требующих лапаротомии с неизбежным расширением объема оперативного вмешательства.

Таблица 12. Общее количество осложнений и послеоперационная летальность

Результаты лечения	1-я группа, 39 чел.		2-я группа, 66 чел.	
	чел.	%	чел.	%
Осложнения, пролеченные консервативно	13	33,3	15	22,7
Осложнения, потребовавшие операции	4	10,3	6	9,1
Летальный исход	3	7,7	4	6,1
Выписка с колостомой	36	92,3	25	37,9
Выписка без колостомы	0	–	37	56,1

Первоочередное применение лапароскопии позволяет снизить на 10,5% общее количество послеоперационных осложнений. Снижается в два раза количество выписанных из стационара пациентов с колостомой. В случае отсутствия лапароскопии в алгоритме ведения больных при выписке колостому будут иметь почти все оперированные пациенты. Задачами, стоящими перед лапароскопической методикой, являются верификация диагноза и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями, исключение осложненного течения дивертикулита толстой кишки, требующего расширения объема оперативного пособия и санации брюшной полости. Лапароскопия позволяет уточнить лечебную тактику и в сомнительных случаях избежать необоснованной лапаротомии. Целесообразность первоочередного выполнения лапароскопии при оперативном вмешательстве может быть и при выявлении перфорации дивертикула, когда перитонит носит еще начальный реактивный и ограниченный характер и лапароскопическая санация брюшной полости может быть еще достаточно эффективной. У этой категории больных можно попытаться вывести сегмент толстой кишки вместе с перфорированным дивертикулом в качестве двустольного ануса. Правда, мы должны признать, что произвести эту манипуляцию на воспаленной и инфильтрированной толстой кишке, когда в инфильтрат вовлечена ее брыжейка, бывает технически трудновыполнимо.

## References

1. *World Gastroenterology Organization Practice Guidelines: Diverticular Disease*. Available at: [http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/07\\_diverticular\\_disease.pdf](http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/07_diverticular_disease.pdf) (accessed: 06.10.2014).
2. *NICE, C. K. S guidelines UK 2013 (NICE Pathways. NICE Guidance. Standards and indicators; Evidence services. Evidence search. Clinical Knowledge Summaries)*. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance> (accessed: 06.10.2014).
3. Eglinton T., Nguyen T., Raniga S., Dixon L., Dobbs B., Frizelle F. A. Patterns of recurrence in patients with acute diverticulitis. *Br. J. Surg.*, 2010, vol. 97, no. 6, pp. 952–957.
4. Shahedi K., Fuller G., Bolus R., Cohen E., Vu M., Shah R., Agarwal N., Kaneshiro M., Atia M., Sheen V., Kurzbard N., van Oijen M. G., Yen L., Hodgkins P., Erder M. H., Spiegel B. Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis found during colonoscopy. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 2013, no. 11, pp. 1609–1613.
5. Shahedi K., Fuller G., Bolus R., Snyder B. J., Cohen E. R., Vu M., Shah R., Modi R., Atia M. A., Sheen V., Agarwal N., Kaneshiro M., Yen L., Hodgkins P., Erder M. H., Poysofphon P., Spiegel B. M. Progression from incidental diverticulosis to acute diverticulitis. *Gastroenterology*, 2012, no. 142 (suppl. 1), p. 144.
6. Timerbulatov V. M., Mekhdiiev D. I., Men'shikov A. M., Verzakova I. V., Mikheeva E. A., Koval'skaia S. F., Galliamov A. Kh. Therapeutic tactics for diverticular disease of the colon. *Surgery*, 2000, no. 9, pp. 48–51. (In Russian)
7. Fearnhead N. S., Mortensen N. J. Clinical features and differential diagnosis of diverticular disease. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.*, 2002, vol. 16, no. 4, pp. 577–593.
8. Myers E., Hurley M., O'Sullivan G. C., Kavanagh D., Wilson I., Winter D. C. Laparoscopic peritoneal lavage for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis. *Br. J. Surg.*, 2008, no. 95, pp. 97–101.
9. Moore F. A., Catena F., Moore E. E., Leppaniemi A., Peitzmann A. B. Position paper: management of perforated sigmoid diverticulitis. *World Journal of Emergency Surgery*, 2013, vol. 8, no. 1, p. 55.
10. Swank H. A., Mulder I. M., Hoofwijk A. G. M., Nienhuijs S. W., Lange J. F., Bemelman W. A. Early experience with laparoscopic lavage for perforated diverticulitis. *British Journal of Surgery*, 2013, vol. 100, no. 5, pp. 704–710.

**Для цитирования:** Авдеев А. М., Абдулаев М. А., Аfaq М. Т., Абдуллаев З. Т., Варзин С. А. Внедрение в практику лапароскопии с последующим отсроченным оперативным лечением при осложненном течении дивертикулярной болезни ободочной кишки // Вестник СПбГУ. Медицина. 2017. Т. 12. Вып. 4. С. 354–364. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu11.2017.405>

**For citation:** Avdeev A. M., Abdulaev M. A., Afaq M. T., Abdullaev Z. T., Varzin S. A. The introduction of laparoscopy into practice with subsequent delayed operational treatment in complicated diverticular disease of the colon. *Vestnik SPbSU. Medicine*, 2017, vol. 12, issue 4, pp. 354–364. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu11.2017.405>

Статья поступила в редакцию 5 июня 2017 г.

Статья принята в печать 11 сентября 2017 г.

## Контактная информация:

Авдеев Алексей Михайлович — кандидат медицинских наук; [avdeev\\_74@mail.ru](mailto:avdeev_74@mail.ru)

Абдулаев Магомед Абдулаевич — доктор медицинских наук; [sumeta54@mail.ru](mailto:sumeta54@mail.ru)

Аfaq Мохаммад Тарик — аспирант; [tariqafaq@gmail.com](mailto:tariqafaq@gmail.com)

Абдуллаев Заур Тажудинович — аспирант; [vladimirlenin.1991@mail.ru](mailto:vladimirlenin.1991@mail.ru)

Варзин Сергей Александрович — доктор медицинских наук; [drvarzin@mail.ru](mailto:drvarzin@mail.ru)

Avdeev Alexey M. — PhD; [avdeev\\_74@mail.ru](mailto:avdeev_74@mail.ru)

Abdulaev Magomed A. — MD; [sumeta54@mail.ru](mailto:sumeta54@mail.ru)

Afaq Mohammad T. — Postgraduate; [tariqafaq@gmail.com](mailto:tariqafaq@gmail.com)

Abdullaev Zaur T. — Postgraduate; [vladimirlenin.1991@mail.ru](mailto:vladimirlenin.1991@mail.ru)

Varzin Sergey A. — MD; [drvarzin@mail.ru](mailto:drvarzin@mail.ru)