



В. В. Міщенко<sup>1</sup>,  
П. І. Пустовойт<sup>2</sup>,  
Р. Ю. Вододюк<sup>2</sup>,  
В. В. Величко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Одеський національний  
медичний університет,  
кафедра хірургії № 1

<sup>2</sup>Одеська обласна клінічна  
лікарня

© Колектив авторів

## ВИБІР ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ГОСТРОМУ ДИВЕРТИКУЛІТІ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА З РОЗВИТКОМ МІСЦЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ ЗАПАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ

**Резюме.** *Вступ.* Дивертикулярна хвороба товстого кишечника становить 30–60 % всіх патологій органу, серед яких гострий дивертикуліт складає 20–60 %.

*Метою дослідження* було вибір лікувально-діагностичних заходів при гострому дивертикуліті товстого кишечника з розвитком місцевих ускладнень запального характеру.

*Матеріали та методи.* Проведено аналіз результатів лікування 68 хворих з гострим дивертикулітом. Діагностика включала клініко-лабораторні дослідження, іригоскопію, колоноскопію, УЗД, комп'ютерну томографію.

*Результати дослідження.* 61,8 % хворих з Іа, Іб стадією гострого дивертикуліту лікувалися консервативно. У 10,3 % хворих на гострий дивертикуліт в стадії Іб встановлено дренаж під контролем УЗД у зону абсцесу. У 22,1 % хворих виконано лапароскопічне втручання. Оперовані за екстремними показаннями 33,8 % хворих з ІІ, ІІІ, ІV стадіями гострого дивертикуліту з лапаротомного доступу. Післяопераційна летальність склала 8,7 % випадків.

*Висновки.* 1. Комплексна оцінка клінічних, рентгенологічних, ендоскопічних даних, даних УЗД, КТ дозволяє встановити клінічну форму і стадію гострого дивертикуліту товстої кишки і вибрати правильну лікувальну тактику. 2. Багатокомпонентна медикаментозна терапія є раціональним методом лікування у хворих з Іа, Іб стадією гострого дивертикуліту. 3. При гострому дивертикуліті, ускладненому перфорацією і перитонітом, профузною кишковою кровотечею або кишковою непрохідністю, викликану рубцевою стриктурою, показано оперативне лікування. 4. Запропонований лікувально-діагностичний алгоритм при гострому дивертикуліті товстого кишечника з розвитком гнійно-запальних ускладнень необхідно впроваджувати в практику відділень загальнохірургічного профілю.

**Ключові слова:** *гострий дивертикуліт товстого кишечника, лікувально-діагностичні заходи.*

### Вступ

У структурі непухлинних захворювань ободової кишки дивертикульоз, або дивертикулярна хвороба товстого кишечника (ДХТК), становить 30–60 % всіх патологій органу і виявляється у 30–40 % у осіб у віці 60–70 років та у 60–66 % — у віці 80 років і старше, складаючи 0,58–1,20 на 1000 чоловік населення. Ускладнення гострого гнійно-запального характеру в даній групі хворих розвиваються в 10–60 % випадків. Найбільш частими з них є гострий дивертикуліт (ГД) (20–60 %), перфорації (27,2 %), кишкові свищі (1–23 %), абсцеси. У 3,5–4 випадках на 100 тисяч осіб на рік діагностується внутрішньочеревний абсцес, або перитоніт. Смертність при запальних ускладненнях ДХТК досягає 9,8 %. Серед причин смертності на першому місці стоїть гнійний перитоніт (84 %), на другому — кишкова непрохідність (80 %),

на третьому — утворення абсцесу (79 %) і на останньому — каловий перитоніт (44 %). У 60 % випадків дивертикули розташовуються в сигмовидної кишці, в 24 % — в низхідному відділі ободової кишки [1, 2, 3].

Не до кінця вирішеною проблемою ДХТК є профілактика, діагностика та лікування її ускладнень. Якщо при ДХТК, ускладненої перфорацією дивертикула і перитонітом, профузною кишковою кровотечею або кишковою непрохідністю, яка викликана рубцевою стриктурою, необхідність оперативного лікування не викликає сумніву, то при ГД, обмеженого локальною зміною стінки товстої кишки, яка відповідає місцю локалізації дивертикула і паракалічним інфільтратом без поширення запального процесу в черевну порожнину і заочеревинний простір, в переважній більшості випадків консервативна терапія виявляється

обгрунтованою і найбільш ефективною. Однак виникнення рецидиву запалення після курсу консервативного лікування відзначається у 16–87 % пацієнтів, а розвиток ускладнень надалі загрожують життю в 15–23 % спостережень [4, 5, 6].

Хворі з зазначеними ускладненнями в основному надходять в загальнохірургічні стаціонари. Помилки в лікувально-діагностичній тактиці призводять до високих показників післяопераційних ускладнень і летальності [7, 8, 9].

Вихід з даної ситуації бачиться у впровадженні протоколів ведення хворих з гострим дивертикулітом в практику загальнохірургічних відділень.

### Мета дослідження

Вибір лікувально-діагностичних заходів при гострому дивертикуліті товстого кишечника з розвитком місцевих ускладнень запального характеру.

### Матеріали та методи досліджень

Проведено аналіз результатів лікування за останні 5 років у 68 хворих з ГД за матеріалами Одеської обласної клінічної лікарні у віці від 32 до 78 років. Серед них чоловіків було 26 (38,2 %) і жінок — 42 (61,8 %).

Анамнез захворювання не перевищував 6 місяців у 46 (67,7 %) хворих, а у 22 (32,3 %) — тривалість захворювання варіювала від 6 місяців і більше.

Усі хворі були госпіталізовані в екстреному порядку за направленням лікарів швидкої медичної допомоги, амбулаторної ланки або переведені з інших медичних установ. Діагностика і лікувальна тактика при ГД ґрунтувались на розпрацьованих у клініці протоколах надання невідкладної хірургічної допомоги. Діагностика ГД включала клініко-лабораторні дослідження, іригографію, колоноскопію, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерну томографію черевної порожнини і малого таза з подвійним контрастуванням (оральним і внутрішньовенним), за необхідності — лапароскопію.

Клінічне обстеження проводилося за «стандартною» схемою, яка передбачала загальноприйнятий алгоритм обстеження пацієнта, що надійшов з клінічними симптомами гострого запального процесу в черевній порожнині. Ступінь вираженості ГД оцінювали за класифікацією Hinchey E. J. [4]:

Стадія Ia: циркулярне периколічне запалення.

Стадія Ib: циркулярний периколічний абсцес (<3 см).

Стадія II: дивертикуліт з формуванням абсцесу в малому тазу.

Стадія III: дивертикуліт із генералізованим гнійним перитонітом.

Стадія IV: дивертикуліт із генералізованим каловим перитонітом.

Консервативне лікування було багатокомпонентним і включало спазмолітики, антибіотики, пробіотики, протизапальну антибактеріальну терапію і безшлакову дієту.

Для купірування спазму гладкої мускулатури товстої кишки і больового синдрому призначали спазмолітик міотропної дії - дюспаталін по 200 мг вранці і ввечері а також прийом вазелінового масла по 1 ст. л 2 рази в день.

З метою корекції кишкового дисбіозу використовували ентерол 250 мг по 1 капсулі 2 рази на день протягом 7-10 діб.

Для лікування інфекційно-запальних процесів застосовується Ніфуроксазид в дозі 500 мг 2 р після їжі на протязі 8–10 днів. Ніфуроксазид ефективний відносно грамозитивних і грамнегативних бактерій: *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *E. coli*, *Salmonellae*, *Shigellae*.

У терапевтичних дозах ніфуроксазид практично не пригнічує нормальну мікрофлору кишечника, не викликає появу стійких мікробних форм, а також розвиток перехресної стійкості бактерій до інших антибактеріальних препаратів. Лікувальний ефект досягається з перших годин лікування.

Сульфосалазін: володіє протизапальною активністю, має протимікробну дію відносно *Streptococcus spp.*, включаючи *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Escherichia coli*. При прийомі всередину у дорослих препарат застосовують після їжі: в 1-й день по 500 мг 4 рази/добу; у 2-й день по 1 г 4 рази/добу; в 3-й і наступні дні по 1,5–2 г 4 рази/добу. Після стихання гострих клінічних симптомів застосовують підтримуючу дозу по 500 мг 3–4 рази/добу протягом кількох місяців.

Салофальк: таблетки по 500 мг, що містять 250 мг месалазину (5-аміносаліцилової кислоти). Має протидіарейні, кишкові протизапальні/протимікробні властивості. Месалазін при пероральному прийомі діє переважно локально на слизову оболонку кишок і на підслизову тканину з боку порожнини кишок. Месалазін є доступним у зонах запалення.

Для профілактики і лікування ГД визначення важкості стану пацієнта проводилось за шкалою АРАСНЕ I-II. При показниках менше 13 балів застосовували фторхінолони (Левовофлоксацин 500 мг 2 рази, Моксифлоксацин 400 мг 1 раз, Пефлоксацин 0,4 г 2 рази на добу), або цефалоспори́ни (Цефтриаксон по 2 г, Цефоперазол + Сульбактам по 2,0 г), комбінуючі їх з введенням Орнідозола 0,5 % по 100,0 2 рази на добу.

У хворих, які були оперовані, при стані пацієнта за шкалою АРАСНЕ I-II більше 13 балів у післяопераційному періоді призначали кар-



бопенеми (Меропенем 500 мг, або Іміпенем + циластатин 500 мг/500 мг 4 рази на добу; Цефепім 1,0 г — бета-лактамний цефалоспориновий антибіотик IV покоління + Орнідозол 0,5 % по 100,0 2 рази на добу). Препарати вводили в/в крапельно протягом 7 діб.

Отримані результати оброблені із застосуванням методик математичної статистики і використанням пакета програм MS Excel XP, Statistica 6.0. Порівняння груп хворих і отриманих числових характеристик проводилося із застосуванням параметричного критерію Стьюдента. При цьому статистично значущими вважалися відмінності при  $p < 0,05$ .

### Результати досліджень і їх обговорення

Клінічна картина ГД характеризувалася болем в животі і лихоманкою у всіх спостереженнях. Рідше зустрічалися порушення стільця — 31 (45,6 %), метеоризм — 14 (20,6 %), нудота — 14 (20,6 %), патологічні виділення з прямої кишки — 8 (11,8 %), порушення сечовипускання — 6 (8,8 %), блювота — 5 (7,4 %).

У 53 (77,9 %) хворих біль локалізувався в лівій клубовій або лівій боковій областях живота. Біль в нижніх відділах живота, без чіткої локалізації виявлено у 6 (8,8 %) пацієнтів. У правій клубовій або правій мезогастральній областях локалізація болю відзначена у 3 (4,4 %) хворих. У 5 (7,4 %) осіб біль розповсюджувався по всьому животу.

Помірний біль відзначено в 44 (64,7 %) випадках, інтенсивний — в 24 (35,3 %). Біль носив постійний характер у 51 (75,0 %) хворих, нападopodobний — у 17 (25,0 %) осіб.

При надходженні загальний стан задовільний був у 52 (76,5 %) пацієнтів, середньої тяжкості — у 10 (14,4 %), важкий — у 6 (8,8 %).

При лабораторному дослідженні у всіх хворих спостерігалися лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ, підвищена концентрація С-реактивного білка.

Кількість лейкоцитів від  $11-14 \cdot 10^9$  Од/л виявлено у 32 (47,1 %) хворих, від  $15 \cdot 10^9$  Од/л і вище — у 37 (54,4 %). Паличкоядерне зрушення вліво відзначено у 100 % випадків. ШОЕ до 25 мм / год діагностовано у 26 (38,2 %) пацієнтів, більше 25 мм/год — у 42 (61,8 %). Підвищена концентрація С-реактивного білка відмічена у 68 (100 %) пацієнтів.

Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини виконано 68 (100 %) хворим при надходженні. У 24 (35,3 %) випадках відзначені ознаки підвищеної пневматизації кишечника, локального парезу кишечника, а також підозра на наявність обмеженого рідинного утворення. У 3 (4,4 %) випадках визначено наявність вільного газу під куполами діафрагми.

При госпіталізації УЗД виконано 22 (32,4 %) пацієнтам. В подальшому УЗД використано у всіх пацієнтів для контролю за ефективністю лікування при консервативному веденні хворих, постановки дренажів до зони запального інфільтрату або дренивання осумкованих абсцесів в черевній порожнині. За даними УЗД відсутність перистальтики в зоні ураженого сегмента і нечіткість контурів, згладженість слизової, деформація дивертикулів відзначені у 58 (85,3 %) випадках, наявність порожнини в зоні розташування запаленого дивертикулу — у 64 (94,1 %) і наявність вільно розташованої рідинної поза кишкової стінки в зоні запального дивертикулу — у 62 (91,2 %).

Проведення рентгенологічного дослідження (іригографії) у хворих на ГД з підозрою на перфорацію є небезпечним, може привести до посилення перфорації та прориву кишкового вмісту в черевну порожнину. Іригографія для діагностики виконана у 20 (47,6 %), фіброколоноскопія — у 22 (52,4 %) пацієнтів з Іа, Ів стадіями ГД. Після оцінки стану хворого виконувалися КТ або КТ з контрольованим внутрішньопросвітним введенням водного розчину контрастної речовини. Контрольоване внутрішньопросвітне введення контрастної речовини забезпечує безпеку КТ, запобігає такому можливому ускладненню, як перфорація ураженої ділянки.

Застосування комп'ютерної томографії з контрольованим внутрішньопросвітним контрастуванням і 3D-реконструкцією дозволяє в першу добу у хворих з ГД виявити точну локалізацію патологічного процесу, ступінь функціонально-морфологічних змін в уражених дивертикулах, ураженому сегменті кишки і параколичній клітковині, наявність зони стенозу, розміри запального процесу і розміри пристіночного розширення. Комп'ютерна томографія черевної порожнини і малого таза з подвійним контрастуванням (оральним і внутрішньовенним) виконана 56 (82,4 %) хворим для діагностики та уточнення внутрішньоабдомінальної ситуації для вибору лікувальної тактики.

У 2 (2,9 %) хворих з перфоративним дивертикулітом, ускладненим місцевим обмеженим перитонітом, виконана екстрена лапароскопія у терміни від 4 до 12 годин від моменту госпіталізації.

За результатами проведеного обстеження локалізація дивертикулів в сигмовидній кишці визначена у 49 (72,0 %) пацієнтів, у 19 (28,0 %) — в дистальній частині низхідної ободової кишки. Стадія Іа ГД: циркулярне периколічне запалення виявлено у 35 (51,5 %) пацієнтів, стадія Ів: циркулярний периколічний абсцес

(< 3 см) — у 7 (10,3 %), стадія II: дивертикуліт з формуванням абсцесу в малому тазі — у 25 (36,9 %), стадія III: дивертикуліт із генералізованим гнійним перитонітом — у 2 (2,9 %), стадія IV: дивертикуліт із генералізованим каловим перитонітом — у 1 (1,5 %).

Розподіл хворих за локалізацією абсцесу у хворих з ГД було наступним: внутрішньочеревинна — 3 (4,4 %), заочеревинна — 7 (10,3 %), внутрішньобрижова — 5 (7,3 %), абсцес малого тазу — 25 (36,9 %).

42 (61,8 %) хворих з Ia, Ib стадією ГД лікувалися консервативно. У 7 (10,3 %) хворих ГД в стадії Ib: циркулярний периколічний абсцес (<3 см) в комплексному лікуванні використано встановлення дренажу під контролем УЗД у зону абсцесу. Консервативна терапія проводилася протягом 7–10 днів, у середньому  $(8,7 \pm 2,4)$  дня.

Способи оперативного лікування ГД товстої кишки представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Способи оперативного лікування ГД товстої кишки

Вид втручання	Абс.	%
Лапароскопія, санація зони запалення, встановлення дренажів в порожнину малого тазу і до запального інфільтрату	11	16,2
Лапароскопія, ревізія органів черевної порожнини, санація і дренування абсцесу в малому тазу	5	20,0
Лапаротомія, виведення перфорованого дивертикулу сигмовидної кишки за межі черевної порожнини у вигляді двоствольної колостоми	19	82,6
Операція типу Гартмана	4	17,4

У 11 (16,2 %) хворих на тлі консервативної терапії виконано лапароскопічне втручання, яке полягало в санації зони запалення і установці дренажів в порожнину малого тазу і до запального інфільтрату.

У 5 (20,0 %) хворих II стадії ГД лапароскопічне втручання полягало в ревізії органів черевної порожнини, санації і дренування абсцесу в малому тазу. Оперовані за екстремими показаннями 23 (33,8 %) хворих з II, III, IV стадіями ГД з лапаротомного доступу.

Виконували лапаротомію із серединного доступу, розкриття, санація і дренування абсцесу і черевної порожнини. Виведення перфорованого дивертикулу сигмовидної кишки за межі черевної порожнини у вигляді двоствольної колостоми виконано 19 (82,6 %), операція типу Гартмана — 4 (17,4 %). Резекція ураженої ді-

лянки низхідної товстої і сигмовидної кишок з накладенням первинного анастомозу не проводилася.

Летальних випадків при консервативному лікуванні хворих з Ia, Ib стадією ГД, після постановки дренажу під контролем УЗД в зону абсцесу і лапароскопічних втручань не спостережено.

Післяопераційна летальність склала 2 (8,7 %) випадки. Це були хворі з ГД III, IV стадії, ускладненим генералізованим гнійним і каловим перитонітом. Причиною летального результату є абдомінальний сепсис з системною поліорганною недостатністю, які розвинулися на тлі літнього віку, пізньої госпіталізації і важких супутніх захворювань.

Актуальність проблеми ГД обумовлена суперечливістю поглядів на вибір оптимального способу лікувальної тактики, відсутністю до теперішнього часу єдиної і загальноприйнятої концепції, яка так необхідна для визначення стратегії і тактики лікування ГД. Багатокомпонентна медикаментозна терапія є раціональним методом лікування у хворих з Ia, Ib стадією ГД, яка дозволяє ефективно купірувати гострий запальний процес. При ГД, ускладненому перфорацією і перитонітом, профузною кишковою кровотечею або кишковою непрохідністю, викликаною рубцевою стриктурою, необхідність оперативного лікування не викликає сумніву.

### Висновки

1. Комплексна оцінка клінічних, рентгенологічних, ендоскопічних даних, даних УЗД, КТ дозволяє встановити клінічну форму і стадію гострого дивертикуліту товстої кишки і вибрати правильну лікувальну тактику.

2. Багатокомпонентна медикаментозна терапія є раціональним методом лікування у хворих з Ia, Ib стадією гострого дивертикуліту.

3. При гострому дивертикуліті, ускладненому перфорацією і перитонітом, профузною кишковою кровотечею або кишковою непрохідністю, викликаною рубцевою стриктурою, показано оперативне лікування.

4. Запропонований лікувально-діагностичний алгоритм при гострому дивертикуліті товстої кишки з розвитком гнійно-запальних ускладнень необхідно впроваджувати в практику відділень загальнохірургічного профілю.

### ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов дивертикулярной болезнью ободочной кишки. М.; 2013. 22 с.
2. Свистунов АА, Осадчук МА, Криеева НВ, Золотовицкая АМ. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Клиническая медицина. 2018; 96(6): 498-505.
3. Tursi A, Picchio M, Elisei W, Di Mario F, et al. Current management of patients with diverticulosis and diverticular disease: a survey from the 2-nd International Symposium in Diverticular Disease. J Clin Gastroenterol. 2016;50: Suppl2: 97-100. DOI: 10.1097/ MCG0000000000000645.



4. Помазкин ВИ, Ходаков ВВ. Отдаленные результаты оперативного лечения дивертикулярной болезни толстой кишки. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2016; 175(2): 101- 104. DOI: 10. 24884/0042-4625-2016-175-2-101-104.
5. Feinquad D, Steele SR, Lee S, Kaiser A, et al. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2014;3(57):284-294. DOI: 10.1097/DCR 0000000000000075.
6. Gallo A, Ianiro G, Montalto M, Cammarota G. The role of biomarkers in diverticular disease. J Clin Gastroenterol. 2016; 50(Suppl 1): 26-28. DOI: 10.1097/MCG000000000000648.
7. Шельгин ЮА, Ачкасов СИ, Москалев АИ. Лапароскопический доступ при плановом хирургическом лечении дивертикулярной болезни. Колопроктология. 2014; 4(50): 5-13.
8. Barroso AO, Quigly EM. Diverticula and diver diverticulitis: Time for reappraisal. Gastroenterol Hepatol. (N-Y). 2015;10(11):680-688.
9. Lahner E, Annibale B. Probiotics and diverticular disease: evidence-based. J Clin Gastroenterol. 2016;50(Suppl 2): 159-160.

## REFERENCES

1. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of adult patients with diverticular disease of the colon. M.; 2013. 22 p.
2. Svistunov AA, Osadchuk MA, Krieva NV, Zolotovitskaya AM. Diverticular disease of the colon. Clinical medicine. 2018; 96 (6): 498-505.
3. Tursi A, Picchio M, Elisei W, Di Mario F, et al. Current management of patients with diverticulosis and diverticular disease: a survey from the 2nd Internatioanl Symposium in Diverticular Diaease. J Clin Gastroenterol. 2016; 50: Suppl2: 97-100. DOI: 10.1097 / MCG000000000000645.
4. Pomazkin VI, Khodakov VV. Long-term results of surgical treatment of diverticular disease of the colon. Bulletin of surgery I.I. Grekov. 2016; 175 (2): 101- 104. DOI: 10.24884 / 0042-4625-2016-175-2-101-104.
5. Feinquad D, Steele SR, Lee S, Kaiser A, et al. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2014; 3 (57): 284-294. DOI: 10.1097 / DCR 0000000000000075.
6. Gallo A, Ianiro G, Montalto M, Cammarota G. The role of biomarkers in diverticular disease. J Clin Gastroenterol. 2016; 50 (Suppl 1): 26-28. DOI: 10.1097 / MCG000000000000648.
7. Shelygin YA, Achkasov SI, Moskalev AI. Laparoscopic approach for planned surgical treatment of diverticular disease. Coloproctology. 2014; 4 (50): 5-13.
8. Barroso AO, Quigly EM. Diverticula and diver diverticulitis: Time for reappraisal. Gastroenterol Hepatol. (N-Y). 2015; 10 (11): 680-688.
9. Lahner E, Annibale B. Probiotics and diverticular disease: evidence-based. J Clin Gastroenterol. 2016; 50 (Suppl 2): 159-160.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНО-  
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ  
МЕРОПРИЯТИЙ  
ПРИ ОСТРОМ  
ДИВЕРТИКУЛИТЕ  
ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА  
С РАЗВИТИЕМ МЕСТНЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ  
ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО  
ХАРАКТЕРА

*В. В. Мищенко,  
П. И. Пустовойт,  
Р. Ю. Вододюк,  
В. В. Величко*

**Резюме:** *Вступление.* Дивертикулярная болезнь толстого кишечника составляет 30–60 % всех патологий органа, среди которых острый дивертикулит составляет 20–60 %.

*Целью исследования* было выбор лечебно-диагностических мероприятий при остром дивертикулите толстого кишечника с развитием местных осложнений воспалительного характера.

*Материалы и методы.* Проведен анализ результатов лечения 68 больных с острым дивертикулитом. Диагностика включала клиничко-лабораторные исследования, ирригографию, колоноскопию, УЗИ, компьютерную томографию.

*Результаты исследования.* 61,8 % больных с Ia, Ib стадией острого дивертикулита лечились консервативно. В 10,3 % больных острым дивертикулитом в стадии Ib установлено дренаж под контролем УЗИ в зону абсцесса. В 22,1 % больных выполнено лапароскопическое вмешательство. Оперированы по экстренным показаниям 33,8 % больных со II, III, IV стадиями острого дивертикулита из лапаротомного доступа. Послеоперационная летальность составила 8,7 % случаев.

**Выводы:** 1. Комплексная оценка клинических, рентгенологических, эндоскопических данных, данных УЗИ, КТ позволяет установить клинической форму и стадию острого дивертикулита толстой кишки и выбрать правильную лечебную тактику. 2. Многокомпонентная медикаментозная терапия является рациональным методом лечения у больных с Ia, Ib стадией острого дивертикулита. 3. При остром дивертикулите, осложненном перфорацией и перитонитом, профузным кишечным кровотечением или кишечной непроходимостью, вызванной рубцовой стриктурой, показано оперативное лечение. 4. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм при остром дивертикулитах толстого кишечника с развитием гнойно-воспалительных осложнений необходимо внедрять в практику отделений общехирургического профиля.

**Ключевые слова:** *острый дивертикулит толстого кишечника, лечебно-диагностические мероприятия.*



CHOICE OF THERAPEUTIC  
AND DIAGNOSTIC  
MEASURES FOR ACUTE  
DIVERTICULITIS OF THE  
COLON INTESTINAL  
WITH DEVELOPMENT OF  
LOCAL INFLAMMATORY  
COMPLICATIONS

*V. V. Mishchenko,  
P. I. Pustovoi,  
R. Yu. Vododyuk,  
V. V. Velichko*

**Summary:** *Introduction.* Diverticular disease of the large intestine accounts for 30-60 % of all organ pathologies, among which acute diverticulitis is 20-60 %.

*The aim* of the study was to select therapeutic and diagnostic measures for acute diverticulitis of the large intestine with the development of local inflammatory complications.

*Materials and methods.* The results of treatment of 68 patients with acute diverticulitis were analyzed. Diagnostics included clinical and laboratory studies, irrigography, colonoscopy, ultrasound, computed tomography.

*Research results.* 61.8 % of patients with Ia, Ib stages of acute diverticulitis were treated conservatively. Drainage was installed under ultrasound control into the abscess area in 10.3 % of patients with acute diverticulitis in stage Ib. Laparoscopic intervention was performed in 22.1 % of patients. Operated on emergency indications 33.8 % of patients with II, III, IV stages of acute diverticulitis from laparotomic access. Postoperative mortality was 8.7 % of cases.

*Conclusions:* 1. Comprehensive assessment of clinical, radiological, endoscopic data, ultrasound, CT data allows to establish the clinical form and stage of acute colon diverticulitis and to choose the correct treatment tactics. 2. Multicomponent drug therapy is a rational method of treatment in patients with stage Ia, Ib acute diverticulitis. 3. Surgical treatment is indicated in acute diverticulitis complicated by perforation and peritonitis, profuse intestinal bleeding or intestinal obstruction caused by cicatricial stricture. 4. The proposed therapeutic and diagnostic algorithm for acute diverticulitis of the large intestine with the development of pyoinflammatory complications should be introduced into the practice of general surgical departments.

**Key words:** *acute diverticulitis of the large intestine, therapeutic and diagnostic measures.*