



© Коллектив авторов, 2026
УДК 616.345-007.64
<https://doi.org/10.24884/1607-4181-2026-33-2-67-74>

А. Ю. Корольков, Т. О. Никитина*, Р. В. Князьков, В. В. Федорова, С. Ф. Багненко

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова
197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ. ОПЫТ ПСПбГМУ ИМ. АКАД. И. П. ПАВЛОВА

Поступила в редакцию 11.02.2026 г.; принята к печати 04.03.2026 г.

Резюме

Цель — проанализировать опыт хирургического лечения пациентов с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки в ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и предложить пути совершенствования лечебного алгоритма с целью улучшения результатов лечения данной категории больных.

Методы и материалы. Произведен анализ результатов лечения 280 пациентов с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки, госпитализированных в экстренном порядке в клинику НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова в период с 2017 – 2025 гг. Всего оперировано 17,5 % (n = 49) пациентов. В экстренном порядке — 63,3 % (n = 31) пациентов, в срочном — 22,4 % (n = 11), и 14,3 % (n = 7) — оперировано в плановом порядке. В структуре выполненных экстренных оперативных вмешательств преобладали три основных вида: операция Гартмана — выполнена у 67,7 % (n = 21) пациентов, лапароскопический лаваж — у 25,8 % (n = 8) пациентов, операция Микулича — у 6,5 % (n = 2) пациентов. В срочном и плановом порядке пациентам выполняли резекцию измененного участка толстой кишки с формированием первичного анастомоза.

Результаты. При анализе результатов лечения пациентов, оперированных в экстренном порядке, отмечается высокий уровень послеоперационных осложнений, общая частота которых составила 54,8 % (n = 17). В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 32,2 % (n = 10) случаев. Отдаленные осложнения зафиксированы в 22,6 % (n = 7) случаев. Повторные оперативные вмешательства в раннем послеоперационном периоде потребовались в 22,6 % (n = 7) случаев. Восстановление непрерывности толстой кишки выполнено в 73,9 % (n = 17) случаев, при этом отмечается высокий уровень послеоперационных осложнений — 52,9 % (n = 9) случаев. В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 35,3 % (n = 6) случаев. Отдаленные осложнения зафиксированы в 17,6 % (n = 3) случаев. Повторные оперативные вмешательства в раннем послеоперационном периоде потребовались в 29,4 % (n = 5) случаев. При выполнении оперативных вмешательств в срочном порядке отмечено, что всего лишь у 9 % (n = 1) пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечено развитие осложнений. У пациентов, оперированных в плановом порядке — осложнений, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, зафиксировано не было.

Заключение. Накопленный опыт свидетельствует о высоком уровне жизнеугрожающих, как ранних, так и отдаленных послеоперационных осложнений после традиционной операции Гартмана и восстановления непрерывности толстой кишки, выполняемых при осложненном течении дивертикулярной болезни, что требует радикального пересмотра хирургической тактики. Формирование первичного анастомоза в условиях неотложной хирургии представляется технически выполнимым и оправданным шагом новой стратегии хирургического лечения пациентов с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки, которая позволяет избежать большого количества осложнений в послеоперационном периоде и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, дивертикулит, хирургическое лечение, перфорация, инфильтрация

Для цитирования: Корольков А. Ю., Никитина Т. О., Князьков Р. В., Федорова В. В., Багненко С. Ф. Современные подходы к лечению осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки. Опыт ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. *Ученые записки ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. 2026;33(2):67 – 74. <https://doi.org/10.24884/1607-4181-2026-33-2-67-74>.

* Автор для связи: Татьяна Олеговна Никитина, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: dr.nikitina11@yandex.ru.

Andrey Yu. Korolkov, Tatyana O. Nikitina*, Roman V. Knyazkov., Valeria V. Fedorova, Sergey F. Bagnenko

Pavlov University
6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON. EXPERIENCE OF THE PAVLOV UNIVERSITY

Received 11.02.2026; accepted 04.03.2026

Summary

The objective was to analyze the experience of surgical treatment of patients with complicated diverticular disease of the colon at the Pavlov First Saint Petersburg State Medical University and propose ways to improve the treatment algorithm to improve treatment outcomes for this category of patients.

Methods and materials. The analysis of treatment outcomes of 280 patients with complicated diverticular disease of the colon, hospitalized on an emergency basis in the clinic of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine of the Pavlov First Saint Petersburg State Medical University in the period from 2017 to 2025, was performed. A total of 17.5 % (n = 49) of patients underwent surgery. 63.3 % (n = 31) of patients underwent emergency surgery, 22.4 % (n = 11) underwent urgent surgery, and 14.3 % (n = 7) underwent elective surgery. Three main types of emergency surgical interventions were performed: the Hartmann procedure, performed in 67.7 % (n = 21) of patients; laparoscopic lavage, performed in 25.8 % (n = 8); and the Mikulicz procedure, performed in 6.5 % (n = 2). Both urgent and elective patients underwent resection of the affected colon with primary anastomosis.

Results. Analysis of treatment outcomes for patients undergoing emergency surgery revealed a high rate of postoperative complications, with an overall incidence of 54.8 % (n = 17). Early postoperative complications occurred in 32.2 % (n = 10) of cases. Late complications were recorded in 22.6 % (n = 7) of cases. Repeat surgeries in the early postoperative period were required in 22.6 % (n = 7) of cases. Restoration of colonic continuity was achieved in 73.9 % (n = 17) of cases, with a high rate of postoperative complications — 52.9 % (n = 9). Early postoperative complications occurred in 35.3 % (n = 6) of cases. Late complications were recorded in 17.6 % (n = 3). Repeat surgical interventions in the early postoperative period were required in 29.4 % (n = 5) of cases. In emergency surgeries, only 9 % (n = 1) of patients experienced complications in the early postoperative period. In patients undergoing elective surgery, no complications were recorded in either the early or the late postoperative periods.

Conclusion. Accumulated experience demonstrates a high rate of life-threatening, both early and late, postoperative complications following the traditional Hartmann procedure and colonic continuity restoration performed for complicated diverticular disease, necessitating a radical revision of surgical tactics. Formation of a primary anastomosis in emergency surgery appears to be a technically feasible and justified step in a new strategy for surgical treatment of patients with complicated forms of diverticular disease of the colon, which allows avoiding a large number of complications in the postoperative period and improving the quality of life of patients.

Keywords: diverticular disease, diverticulitis, surgical treatment, perforation, infiltration

For citation: Korolkov A. Yu., Nikitina T. O., Knyazkov R. V., Fedorova V. V., Bagnenko S. F. Modern approaches to the treatment of complicated forms of diverticular disease of the colon. Experience of the Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. *The Scientific Notes of Pavlov University*. 2026;33(2):67–74. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/1607-4181-2026-33-2-67-74>.

* **Corresponding author:** Tatyana O. Nikitina, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, Russia, 197022. E-mail: dr.nikitina11@yandex.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Дивертикулез толстой кишки — распространенное заболевание, которое встречается от 180–300 случаев на 100 тыс. человек [1]. Он поражает 60 % людей старше 60 лет и увеличивается до 70 % к 85 годам [2]. У пациентов моложе 50 лет встречается с частотой до 25–35 %, и данная цифра неуклонно растет с каждым годом в более молодых возрастных группах [2]. В 10–25 % случаев у пациентов с дивертикулезом толстой кишки развивается осложненное течение заболевания [3]. При этом у 75 % пациентов развивается острый дивертикулит, а у 25 % — другие осложнения (включая перфорацию дивертикула, кровотечение, образование свищей и стриктур) [3]. Осложненный дивертикулит, требующий хирургического вмешательства, может привести к смерти примерно у 5 % пациентов [3]. Перфорация толстой кишки с перитонитом увеличивает риск смерти до 20 % [3].

По статистике Территориального фонда ОМС по г. Санкт-Петербург за последние пять лет отмечено увеличение числа случаев заболеваемости осложненными формами дивертикулярной болезни почти в 2 раза. Число экономических затрат на лечение возросло почти в 2,5 раза, длительность койко-дня в 2 раза, цифры летальности сохраняются на прежнем высоком уровне (табл. 1).

Современная тактика хирургического лечения осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки, согласно российским национальным клиническим рекомендациям, представляет собой следующее.

1. При дивертикулите, осложненном формированием абсцесса > 3 см — показано выполнение транскутанного дренирования под контролем УЗИ.

2. При отсутствии эффекта или технической возможности малоинвазивного лечения, а также развитии гнойного/калового перитонита — показано выполнение экстренного оперативного вме-

Таблица 1

Статистика по оказанию медицинской помощи в г. Санкт-Петербург за 2020–2024 гг. пациентам с осложненным течением дивертикулярной болезни

Table 1

Statistics on the provision of medical care in Saint Petersburg for 2020–2024 for patients with complicated course of diverticular disease

Год	Число случаев заболевания	Экономические затраты на лечение, руб.	Количество койко-дней	Летальность
2020	1609	37 510 447,70	10 837	37 (2,3 %)
2021	1610	36 533 397,75	10 022	42 (2,6 %)
2022	1925	56 399 341,35	13 779	27 (1,4 %)
2023	1875	66 911 546,90	13 535	33 (1,8 %)
2024	2952	87 008 440,42	19 701	49 (1,7 %)

шательства в объеме резекции измененного участка толстой кишки и формирования одностольной колостомы (операция Гартмана) или выведение перфоративного отверстия в виде двустольной колостомы (операция Микулича) [4].

Вышеописанная тактика хирургического лечения пациентов с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки сопряжена с развитием большого количества осложнений [5, 6].

Согласно данным мировой литературы, осложнения, связанные с формированием колостомы, достигают 20–70 % и, как правило, требуют выполнения повторных оперативных вмешательств в экстренном порядке [5, 6]. Среди данных осложнений в 6–20 % случаев развивается некроз колостомы; в 15 % случаев ее миграция, в 3,2 % случаев несостоятельность, в 0,74–1,2 % случаев кровотечение, в 1–17 % случаев развивается стриктура колостомы и в 30–86 % случаев формируется параколостомальная грыжа [5, 6].

Вторым этапом, после выполнения экстренного оперативного вмешательства, связанного с формированием колостомы, примерно через 6 месяцев, производят восстановление непрерывности толстой кишки [7].

При этом закрытие колостомы происходит в среднем всего лишь в 26 % случаев, что связано либо с отсутствием технической возможности (при наличии короткой культи прямой кишки), либо с наличием выраженной сопутствующей патологии пациентов старческого возраста, которая не позволяет выполнить безопасно плановое оперативное вмешательство, что значительно ухудшает качество жизни [5, 6].

Стоит отметить, что даже при выполнении планового оперативного вмешательства по восстановлению непрерывности толстой кишки, развиваются жизнеугрожающие осложнения, общий процент которых достигает 20–55 % [7–9].

Среди данных осложнений в 5,5–35 % случаев развивается несостоятельность толстокишечного анастомоза; нагноение послеоперационной раны в 46,7 % случаев; острая кишечная непроходимость

в 13,3 % случаев; внутрибрюшное кровотечение в 6,7 % случаев [7–9].

Учитывая вышеописанные осложнения и неудовлетворенность результатами оперативного лечения данной категории больных, в последнее десятилетие в мировой хирургической практике произошла фундаментальная трансформация подхода к лечению осложненных форм дивертикулярной болезни. На смену травматичным вмешательствам, связанным с формированием колостомы, пришла стратегия, в центре которой — максимальное сохранение анатомической и функциональной целостности желудочно-кишечного тракта. Современная парадигма ставит своей главной целью не только купирование неотложного состояния, но и долгосрочное благополучие пациента, что выражается в активном стремлении избежать формирования стомы и обеспечить первичное восстановление непрерывности толстой кишки.

На сегодняшний день «мировым золотым стандартом» в лечении пациентов с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки является выполнение резекции измененного участка толстой кишки с формированием первичного анастомоза.

Так, согласно данным мировой литературы, в частности Гайдлайнам международного общества неотложной хирургии (WSSES), на сегодняшний день определена следующая тактика лечения пациентов с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки [10, 11]:

1) при развитии дивертикулита, осложненного формированием абсцесса >4 см — показано чрескожное дренирование под контролем УЗИ/КТ;

2) при отсутствии технической возможности, неэффективности малоинвазивного лечения, а также развитии гнойного/калового перитонита у стабильных пациентов, без выраженной сопутствующей патологии и септического шока — показано выполнение резекции измененного участка толстой кишки с формированием первичного анастомоза;

3) операция Гартмана — показана при гнойном/каловом перитоните у пациентов с выраженной

сопутствующей патологией и развитием септического шока [10, 11].

Современная доказательная медицина располагает значительным объемом данных, подтверждающих безопасность и клиническую эффективность формирования первичных анастомозов у данной категории больных. Целый ряд авторитетных рандомизированных контролируемых исследований и систематических обзоров, демонстрируют ключевые преимущества, такие как: снижение уровня летальности, меньшую частоту послеоперационных осложнений, сокращение длительности койко-дня и экономических затрат на лечение, при выполнении первичных анастомозов в сравнении с операцией Гартмана [12–15].

Таким образом, данные мировой литературы, обосновывают целесообразность перехода от операции Гартмана к формированию первичных анастомозов. Руководствуясь этой логикой, мы не только проанализировали собственный опыт хирургического лечения данной категории больных в стенах ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, но и, изменили хирургическую парадигму в своей клинической практике.

Цель — проанализировать опыт хирургического лечения пациентов с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки в ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и предложить пути совершенствования лечебного алгоритма с целью улучшения результатов лечения данной категории больных.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ

Произведен анализ результатов лечения 280 пациентов с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки, госпитализированных в экстренном порядке в клинику НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова в период с 2017 – 2025 гг. Средний возраст пациентов составил $(71,4 \pm 9,5)$ года. Больше половины пациентов 63,5 % ($n = 178$) была представлена лицами пожилого возраста. Мужчин было 112 (40 %), женщин 168 (60 %). Консервативно пролечен 231 (82,5 %) пациент, оперированы 49 (17,5 %) пациентов.

Всем больным при поступлении проводилось комплексное обследование, которое включало клинико-лабораторный минимум, а также такие инструментальные исследования, как: ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП), компьютерная томография органов брюшной полости (КТ ОБП).

Для оценки выраженности воспалительных изменений по данным КТ ОБП использовалась модифицированная классификация Hinchey.

Согласно данной классификации дивертикулит толстой кишки делится следующим образом:

Ia стадия — периколическое воспаление (инфильтрат);

Ib стадия — периколический абсцесс;

II стадия — формирование абсцесса в малом тазу, межкишечный абсцесс;

III стадия — генерализованный гнойный перитонит;

IV стадия — генерализованный каловый перитонит.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В зависимости от степени выраженности воспалительных изменений, все пациенты распределены по классификации Hinchey, на основании данных КТ ОБП. Данные представлены в таблице (табл. 2).

Из данной таблицы видно, что у наибольшего количества 79,3 % ($n = 222$) пациентов был выявлен параколярный инфильтрат. Такие пациенты были пролечены консервативно и выписаны на амбулаторное лечение. Оперировано 17,5 % ($n = 49$) пациентов. При этом в экстренном порядке оперировано 63,3 % ($n = 31$) пациентов, в срочном порядке — 22,4 % ($n = 11$), и 14,3 % ($n = 7$) — в плановом порядке.

В структуре выполненных экстренных оперативных вмешательств преобладали три основных вида: операция Гартмана — выполнена у 67,7 % ($n = 21$) пациентов, лапароскопический лаваж — у 25,8 % ($n = 8$) пациентов, операция Микулича — у 6,5 % ($n = 2$) пациентов.

Нами был произведен анализ результатов хирургического лечения пациентов с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки, оперированных в экстренном порядке 63,3 % ($n = 31$). Отмечается высокий уровень послеоперационных осложнений, общая частота которых составила 54,8 % ($n = 17$). В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 32,2 % ($n = 10$) случаев. В структуре осложнений раннего послеоперационного периода преобладало нагноение послеоперационной раны — 25,8 % ($n = 8$) случаев, реже встречались острая кишечная непроходимость — 3,2 % ($n = 1$) случаев и внутрибрюшное кровотечение — 3,2 % ($n = 1$) случаев. Отдаленные осложнения зафиксированы в 22,6 % ($n = 7$) случаев и были представлены формированием послеоперационных вентральных грыж в 9,7 % ($n = 3$) случаев, и параколомических грыж в 12,4 % ($n = 4$). Данные представлены в таблице (табл. 3).

Повторные оперативные вмешательства в раннем послеоперационном периоде потребовались в 22,6 % ($n = 7$) случаев. В экстренном порядке оперировано 6,4 % ($n = 2$) пациентов. В одном случае 3,2 % ($n = 1$) у пациента на 3-и сутки послеоперационного периода развилась ранняя спаечная острая тонкокишечная непроходимость. По данному поводу была выполнена релапаротомия, адгезиолизис, назогастроинтестинальная интубация тонкой кишки. У 3,2 % ($n = 1$) пациента на 1-е сутки послеопераци-

Таблица 2

Распределение пациентов по классификации Hinchey

Table 2

Distribution of patients according to the Hinchey classification

Hinchey	IIa	IIb	III	IIIb	IV
Количество пациентов (n = 280)	79,3 % (n = 222)	8,6 % (n = 24)	5,3 % (n = 15)	4,6 % (n = 13)	2,2 % (n = 6)

Таблица 3

Результаты хирургического лечения пациентов с осложненным течением дивертикулярной болезни, оперированных в экстренном порядке

Table 3

Results of surgical treatment of patients with a complicated course of diverticular disease who were operated on urgently

Осложнения	В раннем послеоперационном периоде 32,2 % (n = 10)			Отдаленные 22,6 % (n = 7)	
	Нагноение послеоперационной раны	ОКН	Внутрибрюшное кровотечение	Послеоперационная вентральная грыжа	Парастомальная грыжа
Количество осложнений 54,8 % (n = 17)	25,8 % (n = 8)	3,2 % (n = 1)	3,2 % (n = 1)	9,7 % (n = 3)	12,9 % (n = 4)

Таблица 4

Результаты хирургического лечения пациентов, которым выполнялось восстановление непрерывности толстой кишки

Table 4

Results of surgical treatment of patients who underwent restoration of colonic continuity

Осложнения	В раннем послеоперационном периоде 35,3 % (n = 6)				Отдаленные 17,6 % (n = 3)
	Нагноение послеоперационной раны	ОКН	Эвентрация	Несостоятельность анастомоза	Послеоперационная вентральная грыжа
Количество осложнений 52,9 % (n = 9)	11,8 % (n = 2)	5,9 % (n = 1)	5,9 % (n = 1)	11,8 % (n = 2)	17,6 % (n = 3)

онного периода развилось внутрибрюшное кровотечение. В связи с этим выполнена релапаротомия. Источник кровотечения — сосуды брыжейки резецированной части толстой кишки. Выполнено прошивание, санация и дренирование брюшной полости. В срочном порядке оперировано 16,1 % (n = 5) пациентов с нагноением послеоперационной раны. Данным пациентам потребовалось лечение отрицательным давлением с наложением NPWT-системы.

Остальные 9,7 % (n = 3) пациентов с нагноением послеоперационной раны — успешно пролечены консервативно.

Из 31 пациента, прооперированного в экстренном порядке, колостома была сформирована в 74,1 % (n = 23) случаев. Из них операция Гартмана была выполнена в 91,3 % (n = 21) случаев, операция Микулича в 8,7 % (n = 2) случаев. Вторым этапом, через 6 месяцев от момента экстренного оперативного вмешательства, пациентам выполнялось восстановление непрерывности толстой кишки, которое было выполнено лишь в 73,9 % (n = 17) случаев. У 26,1 % (n = 6) восстановление не выполнялось по следующим причинам: в 50 % (n = 3) случаев ввиду возраста и наличия тяжелой сопутствующей пато-

логии, в 33,3 % (n = 2) в связи с короткой культей прямой кишки и в 16,7 % (n = 1) вследствие отказа пациента от оперативного вмешательства.

Нами был произведен анализ результатов хирургического лечения пациентов, которым выполнялось восстановление непрерывности толстой кишки 73,9 % (n = 17).

Отмечается высокий уровень послеоперационных осложнений, общая частота которых составила 52,9 % (n = 9). В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 35,3 % (n = 6) случаев. В структуре осложнений раннего послеоперационного периода преобладали такие осложнения, как: нагноение послеоперационной раны — 11,8 % (n = 2) случаев, а также развитие несостоятельности толстокишечного анастомоза в 11,8 % (n = 2). Реже встречались острая кишечная непроходимость — 5,9 % (n = 1) случаев и полная эвентрация — 3,2 % (n = 1) случаев. Отдаленные осложнения зафиксированы в 17,6 % (n = 3) случаев и были представлены формированием послеоперационных вентральных грыж. Данные представлены в таблице (табл. 4).

Повторные оперативные вмешательства в раннем послеоперационном периоде потребовались в

29,4 % ($n = 5$) случаев. В экстренном порядке оперировано 23,5 % ($n = 4$) пациентов. В одном случае 5,9 % ($n = 1$) на 4-е сутки послеоперационного периода у пациента развилась ранняя спаечная острая тонкокишечная непроходимость. По данному поводу была выполнена релапаротомия, адгезиолизис, назогастроинтестинальная интубация тонкой кишки. У 5,9 % ($n = 1$) пациента на 7-е сутки послеоперационного периода развилась полная эвентрация, которая потребовала выполнения повторного ушивания передней брюшной стенки. У 11,8 % ($n = 2$) пациентов развилась несостоятельность толстокишечного анастомоза, которая потребовала в обоих случаях выполнения релапаротомии, разобщения анастомоза и выведение одностольной колостомы. Стоит отметить, что у 5,9 % ($n = 1$) пациента с развитием несостоятельности толстокишечного анастомоза, на фоне прогрессирования полиорганной недостаточности наступил летальный исход.

В срочном порядке оперирован 5,9 % ($n = 1$) пациент с нагноением послеоперационной раны. Данному пациенту потребовалось лечение отрицательным давлением с наложением NPWT-системы. Один 5,9 % ($n = 1$) пациент с нагноением послеоперационной раны — успешно пролечен консервативно.

Накопленный неудовлетворительный клинический опыт, отмеченный значительным количеством осложнений после выполнения операции Гартмана и Микулича, а также восстановления непрерывности толстой кишки, заставил нас отказаться от этой классической тактики в пользу более эффективной. Проанализировав мировую литературу и собственный опыт, мы изменили парадигму хирургического лечения данной категории больных и пришли к убеждению, что необходимо стремиться к формированию первичного анастомоза даже в условиях экстренной и срочной хирургии.

В качестве первого шага новой стратегии мы сосредоточились на группе пациентов, требующих срочного оперативного вмешательства: больных с острым дивертикулитом, осложненным формированием абсцесса (Hinchey Ib, II), у которых: оказалось неэффективным консервативное или малоинвазивное лечение (чрескожное дренирование), отсутствовала техническая возможность безопасного дренирования, отмечалось нарастание системной воспалительной реакции.

Всего было оперировано 22,4 % ($n = 11$) пациентов в срочном порядке. Всем пациентам выполнена лапароскопическая резекция измененного участка толстой кишки с формированием первичного анастомоза. Мы проанализировали результаты лечения пациентов данной группы и отметили, что всего лишь у 9 % ($n = 1$) пациента в раннем послеоперационном периоде отмечено развитие осложнения в виде развития микронесостоятель-

ности толстокишечного анастомоза. Пациенту выполнена КТ ОБП, по данным которой: в области сформированного толстокишечного анастомоза имеется отграниченная полость размером $2 \times 2,5$ см, свободного газа, жидкости в брюшной полости не обнаружено. Пациент успешно пролечен консервативно и выписан на амбулаторное лечение. Других осложнений, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде отмечено не было.

Параллельно мы расширили применение данной стратегии и на пациентов, оперированных в плановом порядке. В данную группу вошли 14,3 % ($n = 7$) пациентов с дивертикулитом (Hinchey Ib, II), у которых первоначально было успешно выполнено чрескожное дренирование абсцесса, а спустя рекомендованные 6 недель проведена плановая резекция толстой кишки с формированием первичного анастомоза. Важно отметить, что в этой группе пациентов не отмечено развития послеоперационных, как ранних, так и отдаленных осложнений.

Опыт, полученный при лечении пациентов с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки, наглядно демонстрирует ограничения и риски выполнения операции Гартмана и Микулича, которые напрямую связаны с большим количеством осложнений в послеоперационном периоде, зачастую требующих выполнения повторных оперативных вмешательств в экстренном порядке и значительно ухудшающих качество жизни пациентов. Долгое время операция Гартмана, предложенная почти столетие назад, оставалась безальтернативным «золотым стандартом» при осложненных формах дивертикулярной болезни толстой кишки. Данный консерватизм был основан на страхе перед несостоятельностью толстокишечного анастомоза в условиях воспалительного процесса. Однако наш опыт, согласующийся с растущим числом публикаций последних лет, демонстрирует, что сама операция Гартмана и в последующем технически сложно выполняемая операция по восстановлению непрерывности толстой кишки, сопряжены с высоким уровнем значимых осложнений и летальностью.

Изменение парадигмы хирургического лечения осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки, в контексте формирования первичных анастомозов, как в плановом, так и в экстренном порядке, представляет собой обоснованный и безопасный подход, при котором значительно сокращается процент послеоперационных осложнений, летальности и значительно улучшается качество жизни пациентов, что подтверждается данными мировой литературы и нашим растущим опытом.

Представленные данные отражают существенную эволюцию в хирургическом подходе к лечению осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки.

ВЫВОДЫ

1. Накопленный опыт свидетельствует о высоком уровне жизнеугрожающих, как ранних, так и отдаленных послеоперационных осложнений после традиционной операции Гартмана и восстановления непрерывности толстой кишки, выполняемых при осложненном течении дивертикулярной болезни, что требует радикального пересмотра хирургической тактики.

2. Формирование первичного анастомоза в условиях неотложной хирургии представляется технически выполнимым и оправданным шагом новой стратегии хирургического лечения пациентов с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки, которая позволяет избежать большого количества осложнений в послеоперационном периоде и улучшить качество жизни пациентов.

Конфликт интересов

Автор заявил об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

Author declares no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Автор подтверждает, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The author confirms that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

Вклад авторов

Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработке концепции статьи, получении и анализе фактических данных, написании и редактировании текста статьи, проверке и утверждении текста статьи.

Authors' contribution

All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

ЛИТЕРАТУРА

1. Phan H. S., Strate L. L. Management of Colonic Diverticular Disease in the Older Adult // *Curr Gastroenterol Rep.* – 2025. – Vol. 27, № 1. – P. 42. <https://doi.org/10.1007/s11894-025-00986-4>.
2. Włodarczyk J. R., Yoon D., Owens J. et al. Prevalence of and Risk Factors for Incidental Colonic Diverticulosis // *J Surg Res.* – 2022. – № 280. – P. 348–354. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2022.07.021>.
3. Linzay C. D., Pandit S. Acute Diverticulitis (Archived) // *StatPearls.* – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025 Jan. – 2023.

4. Шельгин Ю. А., Ивашкин В. Т., Ачкасов С. И. и др. Клинические рекомендации: дивертикулярная болезнь (K57.2, K57.3), взрослые // *Колопроктология.* – 2024. – Т. 23, № 2. – С. 10–27. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-2-10-27>.

5. Alexandre Z. F., Edson U., Otto M. S. et al. Colostomy Closure: Risk Factors for Complications // *Arq Bras Cir Dig.* – 2017. – Vol. 30, № 4. – P. 231–234. <https://doi.org/10.1590/0102-6720201700040001>.

6. Nuri E. G., Ceren C. G., Kenan C. et al. Evaluation of Risk Factors for Complications after Colostomy Closure // *Ann Ital Chir.* – 2019. – № 90. – P. 324–329. PMID: 31144673.

7. Parini D., Bondurri A., Ferrara F. et al. Surgical Management of Ostomy Complications: a MISSTO-WSES Mapping Review // *World J Emerg Surg.* – 2023. – Vol. 18, № 1. – P. 48. <https://doi.org/10.1186/s13017-023-00516-5>.

8. Salusjärvi J. M., Koskenvuo L. E., Mali J. P. et al. Stoma Reversal after Hartmann's Procedure for Acute Diverticulitis // *Surgery.* – 2023. – Vol. 173, № 4. – P. 920–926. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2022.10.028>.

9. Liu F., Luo X. J., Li Z. W. et al. Early Postoperative Complications after Transverse Colostomy Closure, a Retrospective Study // *World J Gastrointest Surg.* – 2024. – Vol. 16, № 3. – P. 807–815.

10. Sartelli M., Weber D. G., Kluger Y. et al. 2020 Update of the WSES Guidelines for the Management of Acute Colonic Diverticulitis in the Emergency Setting // *World J Emerg Surg.* – 2020. – Vol. 15, № 1. – P. 32. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00313-4>.

11. Fugazzola P., Ceresoli M., Coccolini F. et al. The WSES/SICG/ACOI/SICUT/AcEMC/SIFIPAC Guidelines for Diagnosis and Treatment of Acute Left Colonic Diverticulitis in the Elderly // *World J Emerg Surg.* – 2022. – Vol. 17, № 17. – P. 5. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00408-0>.

12. Rios Diaz A. J., Bevilacqua L. A., Habarth-Morales T. E. et al. Primary Anastomosis with Diverting Loop Ileostomy vs. Hartmann's Procedure for Acute Diverticulitis: What Happens after Discharge? Results of a Nationwide Analysis // *Surg Endosc.* – 2024. – Vol. 38, № 5. – P. 2777–2787. <https://doi.org/10.1007/s00464-024-10752-8>.

13. Baldock T. E., Brown L. R., McLean R. C. Perforated Diverticulitis in the North of England: Trends in Patient Outcomes, Management Approach and the Influence of Subspecialisation // *Ann R Coll Surg Engl.* – 2019. – Vol. 101, № 8. – P. 563–570.

14. Facile I., Galli R., Dinter P. et al. Short- and Long-Term Outcomes for Primary Anastomosis versus Hartmann's Procedure in Hinchey III and IV Diverticulitis: a Multivariate Logistic Regression Analysis of Risk Factors // *Langenbecks Arch Surg.* – 2020. – Vol. 406, № 1. – P. 121–129. <https://doi.org/10.1007/s00423-020-02015-6>.

15. Perrone G., Giuffrida M., Abu-Zidan F. et al. Goodbye Hartmann Trial: a Prospective, International, Multicenter, Observational Study on the Current Use of a Surgical Procedure Developed a Century Ago // *World J Emerg Surg.* – 2024. – Vol. 19, № 1. – P. 14.

REFERENCES

1. Phan H. S., Strate L. L. Management of Colonic Diverticular Disease in the Older Adult // *Curr Gastroenterol ReP.* 2025;27(1):42. <https://doi.org/10.1007/s11894-025-00986-4>.
2. Włodarczyk J. R., Yoon D., Owens J. et al. Prevalence of and Risk Factors for Incidental Colonic Diverticulosis // *J Surg Res.* 2022;(280):348–354. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2022.07.021>.
3. Linzay C. D., Pandit S. Acute Diverticulitis (Archived) // *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025 Jan. 2023.

4. Shelygin Yu. A., Ivashkin V. T., Achkasov S. I. et al. CLINICAL GUIDELINES Diverticular disease (57.2, 57.3), adults // *Koloproktologia*. 2024;23(2):10–27. (In Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-2-10-27>.
5. Alexandre Z. F., Edson U., Otto M. S. et al. Colostomy Closure: Risk Factors for Complications // *Arq Bras Cir Dig*. 2017;30(4):231–234. <https://doi.org/10.1590/0102-6720201700040001>.
6. Nuri E. G., Ceren C. G., Kenan C. et al. Evaluation of Risk Factors for Complications after Colostomy Closure // *Ann Ital Chir*. 2019;(90):324–329. PMID: 31144673.
7. Parini D., Bondurri A., Ferrara F. et al. Surgical Management of Ostomy Complications: a MISSTO-WSES Mapping Review // *World J Emerg Surg*. 2023;18(1):48. <https://doi.org/10.1186/s13017-023-00516-5>.
8. Salusjärvi J. M., Koskenvuo L. E., Mali J. P. et al. Stoma Reversal after Hartmann's Procedure for Acute Diverticulitis // *Surgery*. 2023;173(4):920–926. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2022.10.028>.
9. Liu F., Luo X. J., Li Z. W. et al. Early Postoperative Complications after Transverse Colostomy Closure, a Retrospective Study // *World J Gastrointest Surg*. 2024;16(3):807–815.
10. Sartelli M., Weber D. G., Kluger Y. et al. 2020 Update of the WSES Guidelines for the Management of Acute Colonic Diverticulitis in the Emergency Setting // *World J Emerg Surg*. 2020;15(1):32. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00313-4>.
11. Fugazzola P., Ceresoli M., Coccolini F. et al. The WSES/SICG/ACOI/SICUT/AcEMC/SIFIPAC Guidelines for Diagnosis and Treatment of Acute Left Colonic Diverticulitis in the Elderly // *World J Emerg Surg*. 2022;17(17):5. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00408-0>.
12. Rios Diaz A. J., Bevilacqua L. A., Habarth-Morales T. E. et al. Primary Anastomosis with Diverting Loop Ileostomy vs. Hartmann's Procedure for Acute Diverticulitis: What Happens after Discharge? Results of a Nationwide Analysis // *Surg Endosc*. 2024;38(5):2777–2787. <https://doi.org/10.1007/s00464-024-10752-8>.
13. Baldock T. E., Brown L. R., McLean R. C. Perforated Diverticulitis in the North of England: Trends in Patient Outcomes, Management Approach and the Influence of Subspecialisation // *Ann R Coll Surg Engl*. 2019;101(8):563–570.
14. Facile I., Galli R., Dinter P. et al. Short- and Long-Term Outcomes for Primary Anastomosis versus Hartmann's Procedure in Hinchey III and IV Diverticulitis: a Multivariate Logistic Regression Analysis of Risk Factors // *Langenbecks Arch Surg*. 2020;406(1):121–129. <https://doi.org/10.1007/s00423-020-02015-6>.
15. Perrone G., Giuffrida M., Abu-Zidan F. et al. Good-bye Hartmann Trial: a Prospective, International, Multicenter, Observational Study on the Current Use of a Surgical Procedure Developed a Century Ago // *World J Emerg Surg*. 2024;19(1):14.

Информация об авторах

Корольков Андрей Юрьевич, доктор медицинских наук, руководитель отдела общей и неотложной хирургии, НИИ хирургии и неотложной медицины, зав. кафедрой хирургии госпитальной № 2 с клиникой имени академика Ф. Г. Углова, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-7449-6908; **Никитина Татьяна Олеговна**, врач-хирург хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии), ассистент кафедры хирургии госпитальной № 2 с клиникой имени академика Ф. Г. Углова, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-2743-7128; **Князьков Роман Владимирович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии госпитальной № 2 с клиникой имени академика Ф. Г. Углова, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0009-0009-3462-0738; **Федорова Валерия Валерьевна**, врач-ординатор хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии), Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0009-0007-4288-5360; **Багненко Сергей Федорович**, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, ректор, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-6380-137X.

Information about authors

Korolkov Andrey Yu., Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of General and Emergency Surgery, Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Head of the Department of Hospital Surgery № 2 with the Clinic named after Academician F. G. Uglov, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-7449-6908; **Nikitina Tatyana O.**, Surgeon of the Surgical Department № 4 (Emergency Surgery), Assistant of the Department of Hospital Surgery № 2 with the Clinic named after Academician F. G. Uglov, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-2743-7128; **Knyazkov Roman V.**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Hospital Surgery № 2 with the Clinic named after Academician F. G. Uglov, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0009-0009-3462-0738; **Fedorova Valeria V.**, Surgical Resident, Department of Surgery № 4 (Emergency Surgery), Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0009-0007-4288-5360; **Bagnenko Sergei F.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Rector, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-6380-137X.