

ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА

Слепченко П. В., Жилинский Н. С., Соломонова Г. А.

Белорусский государственный медицинский университет
Вторая кафедра хирургических болезней

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь кишечника, колостомия, межкишечный анастомоз.

Резюме: В данном исследовании выявлена связь между методами лечения дивертикулярной болезни (наложение анастомозов, либо выведением колостом) и развитием неблагоприятных исходов.

Resume: An association was found between methods for treating diverticular disease (anastomotic overlap, or colostomy) and the development of adverse outcomes.

Актуальность. Дивертикулярная болезнь представляет собой морфофункциональный патологический процесс, характерным отличительным признаком которого является наличие мешковидных выпячиваний стенки ободочной кишки (дивертикулов). 30-дневная смертность при дивертикулярной болезни составляет 4,7%, в течение одного года от осложнений умирают 9,8% пациентов. Среди заболевших, требующих неотложного хирургического вмешательства, летальность составляет 10–20% [1]. Частота дивертикулярной болезни толстой кишки достигает 20% в популяции; с возрастом частота растёт, достигая 40–50% среди пациентов в возрасте 60–80 лет. До 40 лет возникает редко. Дивертикулез толстой кишки распространён больше в США и Европе, чем в менее индустриально развитых странах Африки, Южной Америки, и Азии. Заболевание встречается приблизительно с одинаковой частотой как среди мужчин, так и среди женщин [2]. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки по частоте занимают второе место после дивертикулов ободочной кишки (10% всех дивертикулов ЖКТ), чаще всего они - врождённые. Частота рождения детей с дивертикулом Меккеля в популяции – 2–3%. 50% случаев выявленных дивертикулов Меккеля – дети до 10 лет, остальные манифестируют в возрасте до 30 лет. Следует отметить, что дивертикулярная болезнь занимает важное место в ургентной хирургии.

Цель: оценка оперативных методов лечения дивертикулярной болезни кишечника.

Задачи:

1. Оценить метод колостомии после резекции участка кишки при лечении дивертикулярной болезни кишечника.
2. Оценить метод наложения анастомоза после резекции участка кишки при лечении дивертикулярной болезни кишечника.
3. Оценить время пребывания в стационаре пациентов при различных методах лечения дивертикулярной болезни.

Материал и методы. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 54 медицинских карт пациентов, находящихся на стационарном лечении в 1,2,3 хирургических отделениях и в гнойном отделении УЗ «ГКБСМП» г. Минска за период с 01.2015 по 12.2016 гг. Были отобраны пациенты с диагнозом K57.0–K.57.9

по МКБ-10. Пациенты были разделены на 2 группы: основная (пациенты, которым выводили колостому) и контрольная (пациенты, которым формировали анастомоз). Далее определялась корреляция между формированием колостомы и формированием анастомоза в качестве методов лечения с вероятностью развития неблагоприятного исхода. В качестве статистического критерия использовали точный критерий Фишера. Критический уровень значимости при проверке статистической гипотезы исследования был принят равным 0.05.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программ Excel 16.16.1, Statistica 10.0.1011.0. P – достигнутый уровень значимости.

Результаты и их обсуждение. Мужчины составили 57% - 31 пациента, женщины – 43% - 23 пациента. Средний возраст пациентов составил $55,5 \pm 16,2$ лет. Среди всех пациентов было 31 мужчин (57%), и 23 женщины (43%). В основной группе мужчины составили 52% (23), средний возраст которых составил $54,3 \pm 15,5$ лет; женщины 48% (21), средний возраст $64,8 \pm 13,8$ лет.

Средняя продолжительность лечения в стационаре основной группы составила $17,9 \pm 10,5$ дней, контрольной $16,4 \pm 13,4$ дней.

Пациентам контрольной группы формировали анастомозы: участки кишечника после резекции были соединены со сходными участками: сформированы толсто-толсто кишечные анастомозы. Несостоятельность анастомоза развилась у 4 пациентов из 10. Один пациент умер (10%). 3 пациентам была ушита несостоятельность и выведена петлевая илеостома с лечебно-профилактической целью сохранения анастомоза. Эти пациенты выздоровели.

Пациентам основной группы в большинстве случаев накладывали концевую сигмостому – 35 пациентов (77%), реже – концевую трансверзостому – 5 пациентов (11%), петлевые сигмостомы – 2 пациента (5%), по одному разу накладывали петлевую трансверзостому и концевую десцендостому. Положительный исход наблюдался у 91% (40). Нужно отметить, что пациенты данной группы были выписаны на амбулаторное лечение до повторной операции закрытия колостомы. В послеоперационном периоде 2 пациента (5%), которым была наложена сигмостома, умерли от осложнений и сопутствующих заболеваний.

Вероятность развития неблагоприятных исходов при наложении колостом меньше, чем при формировании анастомозов без превентивной илеостомии ($p=0.03$). При сравнении методов формирования анастомоза с превентивной илеостомией и без нее более эффективным оказался первый метод ($p=0.02$).

Выводы. 1. Формирование колостомы при выполнении операции по поводу дивертикулярной болезни является эффективным промежуточным этапом лечения, при условии дальнейшего их закрытия.

2. В случае операции по поводу осложненной дивертикулярной болезни кишечника целесообразно выводить концевые колостомы в условиях ургентной хирургии (время пребывания в стационаре практически одинаковое).

3. Целесообразно в зависимости от состояния, показаний и желаний пациента закрытие колостомы путем наложения анастомоза с превентивной стомой в других стационарах республики.

4. Накладывать анастомоз без превентивной илеостомии не рекомендуется.

Литература:

1. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии М., 2006. 432 стр.
2. Шельгин Ю. А., Благодарный Л. А. Справочник по колопроктологии. М.: Издательство «Литтера», 2012, 608 стр.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ