

Д. А. Далимаева
**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДИВЕРТИКУЛА
ТОЛСТОЙ КИШКИ**

Научный руководитель д-р мед. наук, доц. В. Е. Корик

Кафедра военно-полевой хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** В статье приведены результаты ретроспективного анализа медицинских карт пациентов с перфорацией дивертикула толстой кишки и статистической обработки полученных данных, направленных на выбор наиболее оптимальной лечебно-диагностической тактики при*

перфорации дивертикула толстой кишки.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, перфорация дивертикула, перитонит.

Resume. The results of a retrospective analysis of medical records of patients with diverticular perforation of the colon, and statistically processing the data obtained, aimed at selecting the most optimal diagnostic and treatment tactics in diverticulum perforation of the colon.

Keywords: diverticular disease, perforation of a diverticulum, peritonitis.

Актуальность. Заболеваемость дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) в развитых странах достигает 30% от всей популяции, а в возрастной группе старше 70 лет - 40% [1]. Количество случаев ДБТК неуклонно увеличивается, в том числе у лиц молодого возраста [2]. Не до конца решенной проблемой ДБТК является профилактика, диагностика и лечение ее осложнений, таких как острый дивертикулит, перидивертикулярный инфильтрат, кишечное кровотечение, кишечный свищ, перфорация дивертикула [3]. Данные категории пациентов поступают не только в специализированные (проктологические) стационары, но и в общехирургические и нуждаются в оказании экстренной помощи. Одним из наиболее опасных осложнений ДБТК является перфорация дивертикула. На данный момент отсутствует единый лечебно-диагностический алгоритм при данной патологии.

Цель: оптимизировать лечебно-диагностическую тактику при дивертикулярной болезни толстой кишки, осложненной перфорацией дивертикула.

Задачи:

1. Проанализировать и сравнить подходы к диагностике дивертикулярной болезни толстой кишки, осложненной перфорацией дивертикула.
2. Сравнить эффективность различных видов оперативных вмешательств при перфорации дивертикула толстой кишки.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 478 медицинских карт пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям в хирургические отделения УЗ «БСМП» г. Минска и УЗ «2ГКБ» г. Минска, а также в проктологическое отделение УЗ «3 ГКБ им. Е. В. Клумова» г. Минска с диагнозом ДБТК за 2012-2014 гг. Проводилась статистическая обработка полученных данных при помощи программы Statistica v. 6.0. Для определения статистически значимых различий между оцениваемыми параметрами у выделенных групп пациентов в количественных непараметрических данных использовались критерии Kruskal-Wallis (K-W H test) и Mann-Whitney (M-W U test). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Наблюдается неуклонный рост числа пациентов с ДБТК, в 2012г в вышеуказанные клиники г. Минска в сумме госпитализировано 117 человек, 2013г -174, 2014г – 188 человек (рисунок 1).

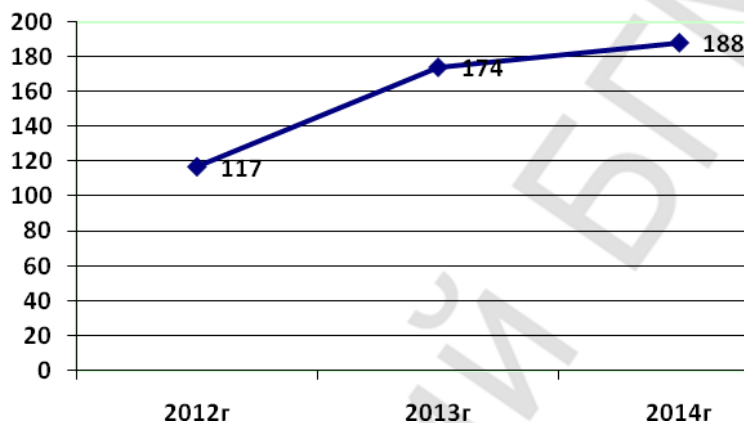


Рисунок 1 – Динамика роста числа пациентов с ДБТК за 2012-2014 гг.

Чаще дивертикулярная болезнь встречалась у лиц женского пола (72% случаев). Средний возраст пациентов с ДБТК – 68 ± 7 лет.

Дивертикулы чаще изолированно локализовались в сигмовидной кишке – в 70% случаев. Дивертикулез всех отделов толстой кишки отмечен в 12% случаев, восходящей ободочной кишки - 2%, поперечной ободочной - 2%, нисходящей ободочной - 2%, слепой кишки – 1%. В 11% случаев выявлено сочетанное поражение нескольких отделов толстой кишки.

По результатам исследования среди пациентов с ДБТК госпитализированных по экстренным показаниям осложненные формы составили 75%. Наиболее частыми осложнениями были кишечное кровотечение – 33,9% и острый дивертикулит – 23,2%. Перфорация дивертикула наблюдалась в 14,4% случаев, перидивертикулярный инфильтрат – 2,7%, кишечный свищ - 0,7% случаев (рисунок 2).

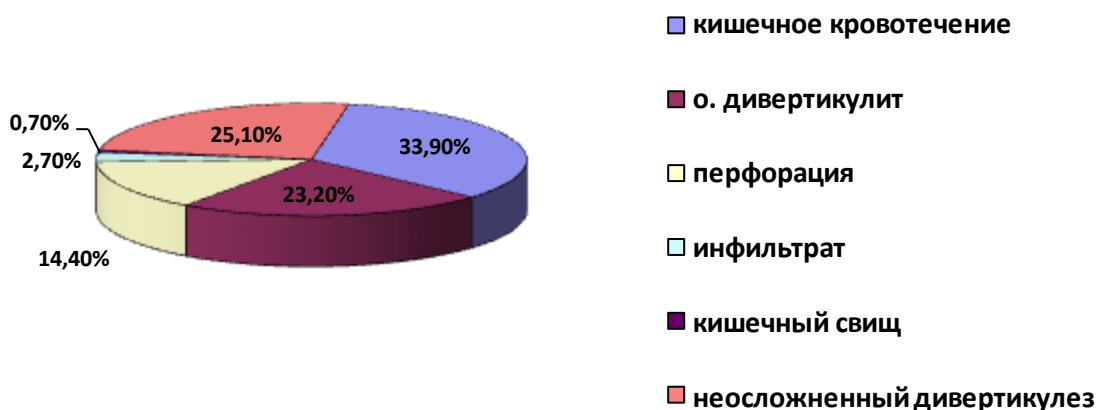


Рисунок 2 – Осложнения ДБТК у пациентов, госпитализированных по экстренным

показаниям

Летальный исход был отмечен у 12 пациентов, что составило 2,5% случаев. Из них 75% - пациенты с перфорацией дивертикула и 25% с кишечным кровотечением, что заставляет обратить особое внимание на перфорацию дивертикула, как на наиболее опасное осложнение ДБТК. Непосредственными причинами летального исхода явились послеоперационные осложнения в виде острого коронарного синдрома, тромбоза легочной артерии (ТЭЛА), развития синдрома системной полиорганной недостаточности на фоне пожилого возраста (более 65 лет), поздней госпитализации и тяжелых сопутствующих заболеваний.

Наиболее информативными методами диагностики при перфорации дивертикула толстой кишки были:

1. обзорная рентгенография органов брюшной полости (в 33% случаев выявлен свободный газ в брюшной полости);
2. диагностическая лапароскопия (выполнена в 32% случаев и позволила выявить патологию со стороны толстой кишки);
3. УЗИ (в 14% случаев выявлена свободная жидкость в брюшной полости).

Перфорация дивертикула сигмовидной кишки была выявлена нами в 66% случаев. В 12% случаев наблюдалась перфорация дивертикула ректосигмоидного отдела, 8% - слепой кишки, 6% - восходящей, 5% - нисходящей, 3% - поперечной ободочной кишки.

Среди пациентов, госпитализированных с перфорацией дивертикула, в 11% случаев наблюдалась перфорация в результате проведения фиброколоноскопии (ФКС) в амбулаторных условиях. Вместе с тем проведение ФКС под внутривенным наркозом и стационарное наблюдение за пациентом в течение нескольких часов после проведения процедуры позволяют снизить риск перфорации и своевременно оказать необходимую помощь.

Выявленная перфорация дивертикула является абсолютным показанием к экстренному оперативному лечению. Пациентам с перфорацией в 67% случаев выполнялась обструктивная резекция пораженного участка кишки; ушивание перфорации дивертикула – 16%; резекция с наложением первичного анастомоза – 8%; выведение петлевой стомы – 7% случаев.

Учитывая современные взгляды на возрастающий риск послеоперационной ТЭЛА при длительности оперативного вмешательства более 45 минут, оценивалась зависимость между видом оперативного вмешательства и его длительностью, однако не было выявлено статистически значимых различий ($p > 0.05$, K-W).

Нами было выявлено, что длительность оперативного вмешательства при перфорации дивертикула толстой кишки в проктологическом стационаре достоверно ниже, чем в хирургическом ($p < 0.05$ M-W), что, возможно, связано с более специализированным техническим оснащением проктологических стационаров, примером чего является более частое применение аппаратного шва.

При выборе вида оперативного вмешательства важную роль играет наличие и распространенность перитонита. Отсутствие перитонита наблюдалось в 9% случаев, наиболее частой операцией в таких случаях было ушивание перфорации. Эту группу составили пациенты с перфорациями после проведения ФКС, прооперированные в сроки менее 6 ч с момента перфорации. Одним из условий для данного оперативного вмешательства явилась подготовка толстой кишки к проведению ФКС. Местный перитонит был отмечен у 57% пациентов, распространенный - 23%, отграниченный - 11 %. При наличии перитонита независимо от его распространенности чаще всего выполнялась обструктивная резекция пораженного участка кишки.

Нами выявлено, что длительность послеоперационного пребывания в отделении реанимации пациентов, которым было выполнено ушивание перфорации дивертикула, была достоверно ниже, чем при других видах оперативного вмешательства ($p < 0.05$, K-W).

Среди послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости в 9% случаев развился послеоперационный перитонит. Среди послеоперационных осложнений со стороны раны в 15% случаев наблюдалось нагноение раны. Не было выявлено статистически значимой зависимости между видом операции и наличием послеоперационного перитонита ($\chi^2 = 0,03$, $p > 0.05$). Также не было выявлено значимого влияния стомирующих операций на развитие нагноения послеоперационной раны ($\chi^2 = 0,122$, $p > 0.05$). Нагноение послеоперационной раны достоверно чаще наблюдалось в группе пациентов с послеоперационным перитонитом ($\chi^2 = 4,022$; $p < 0.05$).

Выводы:

1. Комплексная оценка клинических, рентгенологических, видеолапароскопических и УЗИ - данных, с учетом их информативности и инвазивности по принципу «от простого к сложному» позволяет своевременно заподозрить перфорацию дивертикула толстой кишки.

2. При перфорации дивертикула толстой кишки операцией выбора является обструктивная резекция пораженного участка кишки.

3. В связи с риском перфорации дивертикула толстой кишки при ФКС, данную процедуру следует проводить в стационарных условиях под общей анестезией, что позволит при необходимости оказать своевременную помощь.

4. При перфорации дивертикула толстой кишки во время проведения колоноскопии операцией выбора является ушивание перфорации в сроки менее 6 часов с момента перфорации.

D. A. Dalimaeva

SURGICAL TREATMENT OF PERFORATION OF A COLONIC DIVERTICULUM

69-я научно-практическая конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины и фармации-2015»

Tutor Doctor of medicine, Associate professor V. E. Koryk
Department of military surgery
Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Тимербулатов, В. М. Дивертикулярная болезнь толстой кишки / В.М. Тимербулатов, В.Г Сахаутдинов, Д.И. Мехдиев. – М.: Триада-Х, 2001. – 190 с.
2. Буторова, Л. И. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: клинические формы, диагностика и лечение: пособие для врачей / Л. И. Буторова. – М.: 4ТЕ Арт, 2011. – 48 с.
3. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.