

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ИНДЕКСА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

*Хаджи-Исмаил И.А., Воробей А.В., Костюк С.А., Полуян О.С.
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Дивертикулы ободочной кишки представляют собой мешковидные образования или карманоподобное выпячивание стенки разных размеров от 5 до 150 мм, в среднем 5-10 мм, появляющиеся вследствие перерастяжения ослабленных участков мышечного слоя стенки кишки или его отсутствия в этих местах. Все это происходит на фоне избыточного внутрипросветного давления [1,2]. По данным многих авторов вероятность перехода дивертикулов в дивертикулярную болезнь составляет 5 – 20%. При этом у 75% больных развивается острый дивертикулит, а у 25% все другие осложнения, такие, как абсцессы, перфорации и перитониты, свищи, от которых умирают 9,8% больных в течение одного года [3,4,5]. В новых условиях, т.е. в условиях развившихся осложнений и влияния токсических веществ, организм немедленно реагирует, находясь в подвешенном состоянии. На начальных стадиях происходит дезорганизации работы всех сегментов толстой кишки, что влияет в первую очередь на транзитную функцию. В конечном итоге развивается системный воспалительный ответ с последующей дисфункцией различных органов и тканей, что приводит к полиорганной недостаточности [6,7].

Цель. Определение степени тяжести гнойно-воспалительного процесса при различных осложнениях дивертикулярной болезни ободочной кишки с помощью формул эндогенного индекса интоксикации.

Материалы и методы. Анализированы показатели периферической крови 206 пациентов, которые прошли хирургическое лечение по поводу осложненной дивертикулярной болезни в Республиканском центре реконструктивной хирургии гастроэнтерологии и колопроктологии на базе УЗ «Минская областная клиническая больница» в период времени с 1998 г. по 2018 г. Среди них было 105 женщин (51%) в возрасте от 32 до 82 лет и 101 мужчина (49%) в возрасте от 35 до 87 лет. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от проводимого хирургического вмешательства. В первую группу вошли 94 (45,6%) повторных пациентов, которые ранее были оперированы и им сформированы различные кишечные стомы, в центре они прошли второй этап хирургического лечения в виде реконструктивно-восстановительных операций. Во вторую группу вошли 112 (54,4%) первичных пациентов, которые имели одно и более осложнений, но для правильности и удобства статического анализа, мы выбрали одно, но самое серьезное.

В зависимости от характера течения осложнения были разделены на: острые (67 (59,8%) пациентов): дивертикулит – 14 (12,5%); дивертикулит с инфильтратом – 10 (8,9%); прикрытая перфорация – 19 (16,9%); перфорация с абсцессом – 15 (13,4%); кишечное кровотечение – 2 (1,7%); перфорация с перитонитом – 3 (2,7%); толстокишечная непроходимость – 4 (3,5%);

Хронические (45 (40,2%) пациентов): наружный кишечный свищ – 12 (10,7%); моче-пузырно-толстокишечный свищ – 5 (4,5%); кишечно-вагинальный свищ – 3 (2,7%); тонко-толстокишечный свищ – 11 (9,8%); желчно-пузырно-толстокишечный свищ – 1 (0,9%); спаечная болезнь брюшной полости – 9 (8%); стеноз сигмовидной кишки – 4 (3,5%).

Расчет эндогенной интоксикации мы производили с помощью формул, наиболее известных и широко используемых коэффициентов, в которых представлены основные клетки периферической крови при поступлении пациента в стационар и непосредственно перед выпиской, повышающиеся при гнойно-воспалительных процессах:

1) Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по формуле Я.Я. Кальф-Калифа $(4M + 3Ю + 2П/Я + С/Я) X (Пл + 1)$
(Мо + Лимф) X (Э + 1)

2) Ядерный индекс интоксикации (ЯИИ) по формуле Г.Д. Даштаянца $мон. + ю. + п. с.$

Результаты. Исходя из основных показателей периферической крови, взаимосвязь ЛИИ и ЯИИ при госпитализации и перед выпиской рассчитали с помощью непараметрического критерия Спирмена. Коэффициент корреляции при острых осложнениях (кровотечение, дивертикулит, прикрытая перфорация с инфильтратом, перфорация с абсцессом) для ЛИИ $RS = 0,92$ и для ЯИИ $RS = 0,89$ что говорит о высоком уровне корреляции, но при развитии более тяжелых осложнений таких как перфорация с перитонитом, кишечная непроходимость для ЛИИ $RS = 0,58$ и для ЯИИ $RS = 0,54$ что говорит о низком уровне корреляции. При этом летальность после перитонита составила 66,7%, а на фоне кишечной непроходимости 50%.

При хронических осложнениях виден высокий уровень корреляции во всех случаях – RS для ЛИИ = 0,9 и для ЯИИ = 0,88.

Выводы. Клиническое значение ЛИИ и ЯИИ заключается в определении тяжести гнойно – воспалительного процесса, а также возможности применения его как критерия, помогающего наряду с клиническими и лабораторными исследованиями, диагностировать прогрессирование процесса или развитие гнойного осложнения.

Литература.

1. Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Благодарный Л.А. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов дивертикулярной болезнью ободочной кишки. М., 2013, 22 с.

2. Melchior S., Cudovic D., Jones J. et al. Diagnosis and surgical management of colovesical fistulas due to sigmoid diverticulitis. *J Urol* 2009 Sep;182(3):978-982.
3. Humes DJ. Changing Epidemiology: Does It Increase Our Understanding. *Dig Dis*, 2012, 30: 6–11.
4. Pittet O, Kotzampassakis N, Schmidt S et al. Recurrent left colonic episodes: more severe than the initial diverticulitis? *World J Surg*, 2009 Mar, 33(3): 547-552.
5. Young-Fadok TM, Roberts PL, Spencer MP, Wolff BG. Colonic diverticular disease. *Curr Prob Surg* 2000; 37: 459-514.
6. Cornwell, W., Kim, V., Song, C., Rogers, T. (2010). Pathogenesis of Inflammation and Repair in Advanced COPD. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 31 (03), 257–266. doi: 10.1055/s-0030-1254066.
7. Shmoilov, D. K., Karimov, I. Z., Odynets, T. N. (2012). Pathogenic role of endogenous intoxication. *Lab. Diagnostic*, 2, 65–69.