

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ ПО МАТЕРИАЛАМ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. ГРОДНО

Колоцей В.Н.,¹ Климович И.И.,¹ Страпко В.П.,² Юркевич С. В.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно»

DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON IN YOUNG PATIENTS ACCORDING TO THE MATERIALS OF THE EMERGENCY HOSPITAL OF GRODNO

Kolotsei V.N.,¹ Klimovich I.I.,¹ Strapko V.P.,¹ Yurkevich S.V.²

¹Grodno State Medical University,

²Grodno Clinical Hospital of Emergency Medical Care

Актуальность. Дивертикулярная болезнь (ДБ) толстой кишки является одним из наиболее распространенных заболеваний ЖКТ. В последние 30-40 лет происходит «омоложение» болезни. В настоящее время в мире заболеваемость ДБ наблюдается у 10-30 % пациентов моложе 40 лет в связи с чем прогрессивно увеличиваются расходы на диагностику и лечение, что переводит болезнь в социально значимую. Действительную частоту ДБ толстой кишки трудно определить в основном из-за отсутствия явной симптоматики у большинства пациентов. Кроме того, следует отметить, что симптоматика ДБ носит неспецифический характер. Больные могут предъявлять жалобы на боли в животе, метеоризм, неустойчивый стул, что присуще большинству больных с патологией кишечника. Как правило, пациенты наблюдаются с диагнозом «синдром раздраженного кишечника» до проведения исследования (колоноскопии, ирригоскопии или УЗИ).

Цель. Определить наиболее значимые клинические, лабораторные и дополнительные методы исследования для диагностики и лечения ДБ у молодых пациентов.

Методы исследования. Обследовано 156 пациентов ДБ, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2022-2024 г(8 месяцев 2024г). Мужчин было 57 (36,5%), женщин 99 (63,5%). Возраст пациентов от 22 до 92 лет, средний возраст составил 57,3 года. Самому младшему было 22 года(мужчина), а старшим (2 женщины) 87 лет. Среди всех обследованных молодых пациентов было 22(14,1%), женщин 12(54,5%), мужчин 10(45,5%). По классификации возраста Всемирной организации здравоохранения к молодому возрасту относили пациентов от 18-44 лет. Для постановки диагноза учитывались основные клинические симптомы ДБ, из лабораторных показателей определяли общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови - уровни общего белка, билирубина, глюкозы, активности трансаминаз- АСТ, АЛТ, содержание мочевины, креатинина, С-реактивного белка, активности ферментов поджелудочной

железы (амилазы и липазы) в плазме крови. Дополнительные методы включали УЗИ органов брюшной полости, гепатопанкреатодуоденальной зоны, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), компьютерная томография (КТ), магниторезонансная томография (МРТ), колоноскопия, ирригоскопия (по показаниям).

Результаты и их обсуждение. У молодых пациентов ДБ длительное время может не проявляться, и она обнаруживается случайно при обследовании пациентов по поводу других заболеваний желудочно-кишечного тракта. Таких пациентов у нас было 7(31,8%) Основными симптомами неосложненной ДБ у молодых пациентов являются боли в левой подвздошной области или над лобком, т. е. в зоне расположения сигмовидной кишки, проявляющиеся от легкого покалывания до сильных коликообразных. Таких пациентов у нас было 11(50,0%). Иногда сохраняется локализованная боль в нижней части живота, которая сохраняется в течение нескольких дней, то затухая, то заново начинаясь, и усиливается при физической нагрузке, кашле, а также после опорожнения кишечника, во время надавливания на живот. Таких пациентов у нас было 2(9,1%). Нарушение функции кишечника проявляется чаще в виде запоров, иногда отмечается диарея, неустойчивый стул, которые могут сочетаться с тошнотой или рвотой повышением температуры тела появлением не обильных кровянистых выделений, что наблюдали при осложнениях ДБ у 2(9,1%) пациентов. У пациента мужчины с 3 группой крови показатели коагулограммы были в пределах нормы. У пациентов со 2 группой крови (обе женщины) эритроциты, гемоглобин, гематокрит были снижены при увеличении фибриногена, у второй женщины по лабораторным данным отмечалось сгущение крови. Оперировано 1(4,5%) пациент 43 лет в связи с осложнениями ДБ и развитием перитонита, которого спасти не удалось, послеоперационная летальность 4,5%. Приводим этот частный случай осложнения ДБ сигмовидной кишки у пациента 43 лет страдающего ХПН, находившимся на гемодиализе, с развитием дивертикулита, осложнившимся абсцессом брюшной полости с разгерметизацией и развитием распространенного фибринозно-гнойного перитонита. По поводу, которого была проведена лапаротомия с обструктивной резекцией сигмовидной кишки. Операция закончена наложением концевой сигмостомы, санацией и дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде развились паралитическая кишечная непроходимость, двусторонняя полисегментарная пневмония. На фоне гипокоагуляции развилась гематурия, осложнившаяся гемотампонадой мочевого пузыря. По поводу последней произведена цистостомия, ликвидация гемотампонады мочевого пузыря. Кроме того, развились двусторонний гидроторакс двусторонний гидроперикард, острая легочно-сердечная недостаточность. У данного пациента также имели место сопутствующие патологии серонегативный ревматоидный артрит, активность 2, вторичный амилоидоз почек, азотемическая стадия. ХБП, киста левой почки, хронический колит, хронический тонзиллит, ЖКБ, хронический

гастрит, полип желудка, пролапс митрального клапана 1 ст с МР 1 ст, ТР 1 ст, АР 1 ст, Н0, аортальная недостаточность. Данное наблюдение показывает сложность клинического течения ДБ с развитием смертельно опасных осложнений со стороны органов и систем. Что требует дальнейшего изучения этиопатогенеза ДБ при тяжелых сопутствующих заболеваниях, с целью предотвращения летального исхода. При консервативном лечении ДБ с выраженными клиническими проявлениями у молодых пациентов проводили комплекс лечебных мероприятий: сбалансированная диета, содержащая большое количество растительной клетчатки, а при упорных запорах и жидкости; витамины; препараты, нормализующие функцию кишечника. При наличии явлений дивертикулита назначали антибиотики сначала широкого спектра действия, а затем соответственно чувствительности микрофлоры, при диарее использовали противодиарейные средства, нормализовали водно-солевой баланс и при наличии ферментативной недостаточности поджелудочной железы назначали ферментативные препараты.

Выводы

1. Основным методом диагностики ДБ толстой кишки у молодых пациентов является колоноскопия.
2. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника у молодых пациентов практически одинаково встречается у женщин и мужчин, и лечится наиболее часто консервативно.
3. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника у молодых пациентов часто сопровождается дивертикулитом с явлениями частичной кишечной непроходимости, особенно при дивертикулите сигмовидной кишки.
4. При прогрессировании воспалительного процесса при ДБ развиваются абсцесс дивертикула, непроходимость кишечника, перфорация дивертикула с развитием перитонита.