

Д. Ю. Котова

**ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ:
ВЛИЯНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРОЦЕССА
НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. С. А. Жидков

Кафедра военно-полевой хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** Данная работа выявляет корреляцию между размерами дивертикула, определяемыми на этапах диагностики или интраоперационно, и клиническим течением заболевания; а также определяет наиболее информативный метод диагностики дивертикулярной болезни.*

***Ключевые слова:** дивертикулярная болезнь клинические проявления диагностика.*

***Resume.** This work reveals the correlation between the size of the diverticulum, tapped on the stages of the diagnosis or during the operation, and the clinical course and the risk of the complications; and it also determines the most informative diagnostic method of the diverticular disease of the colon.*

***Keywords:** diverticular disease clinical manifestations diagnostics.*

Актуальность. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки остается важной проблемой современной практической хирургии. По данным Всемирной организации гастроэнтерологов, данная патология у лиц младше 40 лет встречается менее чем в 5% случаев, тогда как у пациентов старше 80 лет достигает 65% [1]. С возрастом также возрастает число осложненных форм данного заболевания.

Цель. Выявить различия в течении и клинических проявлениях дивертикулярной болезни ободочной кишки в зависимости от размеров дивертикула, а также проанализировать достоверность различных методов диагностики этой патологии в хирургических стационарах города Минска.

Задачи:

1. Проследить возрастной состав пациентов, показатель лейкоцитов в общем анализе крови, сутки верификации диагноза, а также время пребывания пациента в хирургическом стационаре в зависимости от диаметра дивертикула.

2. Выявить наиболее частые осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки и определить относительный риск развития дивертикулярного кровотечения в зависимости от исходного диаметра дивертикула.

3. Проанализировать используемые в хирургических стационарах методы диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки и определить наиболее информативный.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 270 медицинских карт пациентов, госпитализированных за период с 2012 года по 2014 год в хирургические отделения УЗ «2-я городская клиническая больница», УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» и проктологическое отделение УЗ «3-я городская клиническая больница» с диагнозом дивертикулярная болезнь тол-

стой кишки (K57.3). Обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 10. Все исследуемые пациенты разделены на три группы в зависимости от диаметра дивертикула: в первую группу вошло 103 пациента (38%) с диаметром дивертикула до 5 мм, во вторую группу – 100 (37%) с диаметром от 5 мм до 1 см, в третью группу – 67 (25%) с диаметром дивертикула более 1 см.

Результаты и их обсуждения. По данным Всемирной организации гастроэнтерологов дивертикулярная болезнь ободочной кишки одинаково часто встречается как у лиц мужского пола, так и женского [1]. Среди исследуемой выборки наблюдалась несколько иная зависимость: среди пациентов преобладали женщины – 57,7%. При этом, в первой группе женщины составили 50,5% (52 пациента), во второй группе – 64% (64), в третьей группе – 59,7% (40).

Исследуя возрастной состав пациентов, была выявлена следующая зависимость: меньшие размеры дивертикула (до 5 мм) встречаются у лиц моложе 60 лет. При этом между первой и второй, а также первой и третьей группами получены достоверные различия.

Таблица 1. Возрастные характеристики пациентов с ДБОК

	1-ая группа d < 0,5 см	2-ая группа d=0,5 – 1 см	3-ая группа d > 1 см
Средний возраст	58 лет	62 года	79 лет
Значимость	H = 16,1; p = 0,0003		
Достоверность	Z ₁₋₂ =3,4; p ₁₋₂ =0,002 Z ₁₋₃ =3,8; p ₁₋₃ =0,004		

Если анализировать такой показатель, как сутки верификации диагноза, можно отметить, что дивертикулы до 1 см в диаметре (первая и вторая группы) диагностируются позже, чем дивертикулы диаметром более 1 см (третья группа). Первая и вторая группы – Me = 5; 25% – 2; 75% – 7; 3-ая группа – Me = 2,5; 25% – 1; 75% – 5. Коэффициент Краскела-Уоллиса H = 6,7; p = 0,04. Это можно объяснить лучшей визуализацией дивертикула большего размера при различных методах диагностики.

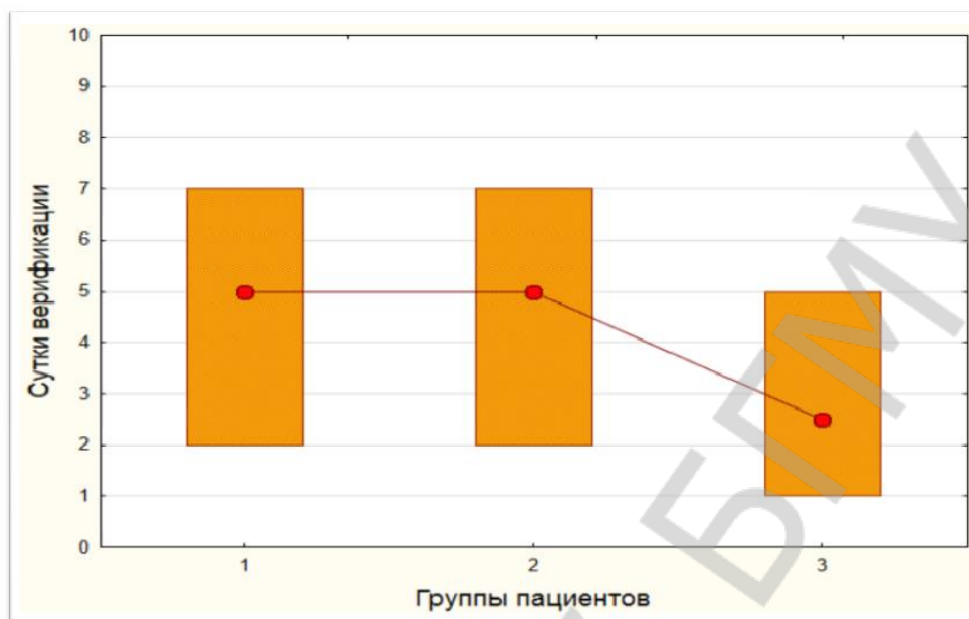


Рисунок 1 – Сутки верификации диагноза при ДБОК

С таким показателем, как время пребывания пациентов в стационаре, наблюдалась обратная зависимость: пациенты с диаметром дивертикула до 1 см (первая и вторая группы) достоверно меньше дней проводят в стационаре. Первая группа – Me = 7; 25% – 6; 75% – 9, вторая группа – Me = 7; 25% – 6; 75% – 10; третья группа – Me = 10; 25% – 7; 75% – 12. Коэффициент Краскела-Уоллиса $H = 6,7$; $p = 0,04$. Это связано с тем, что большинство пациентов первых двух групп относятся к лицам трудоспособного возраста. Они не настроены долго находиться в стационаре и часто не заканчивают обследование в амбулаторных условиях.

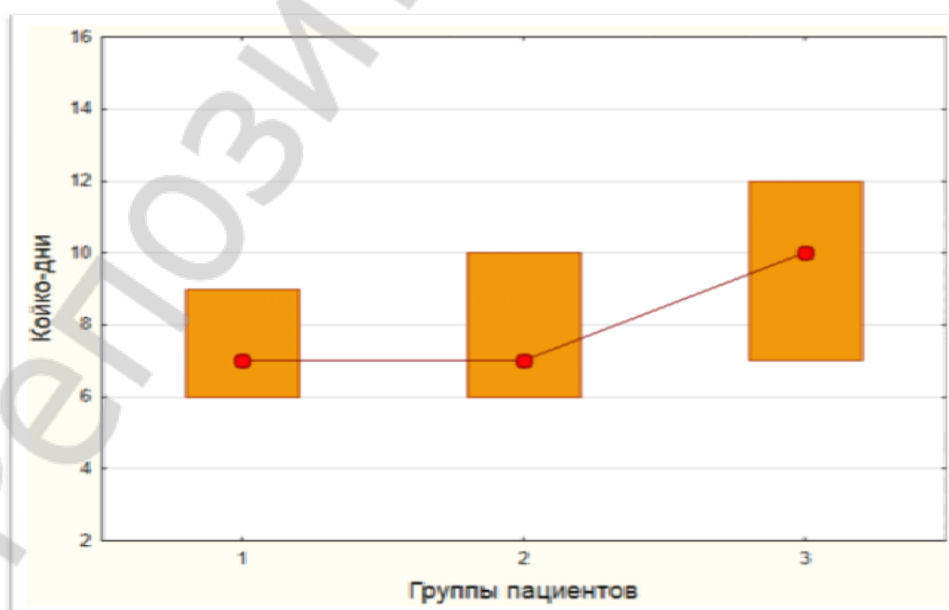


Рисунок 2 – Время пребывания пациентов с ДБОК в стационаре

Повторно обратились в стационар 47 человек (17,4%): из первой группы – 24 пациента (51,1%), из второй – 21 пациент (44,7%), из третьей – 2 (4,2%).

Среди исследуемых пациентов 194 человека (72%) были с осложнениями. Замечено, что увеличение риска осложнений дивертикулярной болезни связано с курением, применением нестероидных противовоспалительных средств и ацетоминофена (особенно парацетамола), ожирением и диетой с низким содержанием пищевых волокон. Зависимости между риском развития осложнений и употреблением кофе и спиртных напитков не выявлено [1].

Из числа осложненных форм встречались следующие:

- дивертикулярное кровотечение – 33,9%;
- дивертикулез – 24,9%;
- дивертикулит – 23,2%;
- перфорация дивертикула – 14,4%;
- образование инфильтрата – 2,7%;
- формирование кишечного свища – 0,7%.

Проводился анализ развития кровотечения, как одного из наиболее грозных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки в зависимости от диаметра дивертикула. Достоверно было выявлено, что относительный риск развития кровотечения при диаметре дивертикула до 5 мм выше в 1,35 раза, чем при диаметре дивертикула более 5 мм.

Первым этапом диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки, как и многих других хирургических патологий, являются лабораторные исследования, где на себя обращает внимание такой показатель, как уровень лейкоцитов. В этом показателе также была выявлена статистически значимая разница: в первой группе пациентов наблюдался достоверно более высокий уровень лейкоцитов, что можно объяснить нарушением эвакуации содержимого дивертикула в кишку за счет маленького диаметра, что приводит к усугублению локального воспалительного процесса, а на системном уровне это проявляется более выраженным лейкоцитозом.

Таблица 1. Уровень лейкоцитов по данным ОАК при различных диаметрах дивертикула

	1-ая группа d < 0,5 см	2-ая группа d=0,5 – 1 см	3-ая группа d > 1 см
Средний уровень лейкоцитов	14,7*10 ⁹ /л	12,5*10 ⁹ /л	8,1*10 ⁹ /л
Значимость	H = 12,9; p = 0,002		
Достоверность	Z ₁₋₂ =3,1; p ₁₋₂ =0,006 Z ₁₋₃ =2,7; p ₁₋₃ =0,02		

Для диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки проводились такие инструментальные методы, как ультразвуковое исследование (у 55,7% пациентов) и рентгенография органов брюшной полости (36,8%), сигмоскопия (6,7%), ко-

лоноскопия (52,3%), ирригоскопия (45,3%), а также компьютерная томография (3,7%) и диагностическая лапароскопия (1,9%).

Наиболее информативными из этих методов исследования являются ирригоскопия (48% случаев) и колоноскопия (в 30%).

Выводы.

1. Диаметр дивертикула влияет на клинические проявления и течение дивертикулярной болезни ободочной кишки: меньшие диаметры дивертикула встречаются у лиц более молодого возраста (до 60 лет), при этом у данной группы пациентов достоверно более высокий уровень лейкоцитов по данным общего анализа крови; дивертикулы маленького размера позже диагностируются, но такие пациенты достоверно меньше дней проводят в стационаре.

2. Относительный риск развития кровотечения при маленьких диаметрах дивертикула (до 5 мм) в 1,35 раза выше, чем при дивертикулах большего размера.

3. Наиболее информативным инструментальным методом диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки является ирригоскопия, что делает это исследование первой и оптимальной линией диагностики исследуемого заболевания.

D. Y. Kotova

DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON: INFLUENCE OF THE EXPRESSION OF THE PROCESS ON THE DISEASE CLINICAL COURSE

Tutor: MD, Professor S. A. Zhidkov,

Department of Military surgery,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Diverticular disease: World Gastroenterology Organisation practice guidelines [Электронный ресурс] / Dr. T. Murphy, Prof. R.H. Hunt, Prof. M. Fried et al. – Электронные данные – Milwaukee: WGO, 2007 – Режим доступа: <http://worldgastroenterology.org>. (Дата обращения: 22.02.2016).

2. Медицинская статистика: Учебное пособие / Жижин К.С. – Ростов на Дону: Феникс, 2007. – 160 с.