



В. В. Гапонов, Т. В. Левченко,
І. В. Гапонов, О. В. Полях

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня Д.О.Р.»

© Колектив авторів

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДИВЕРТИКУЛЯРНОЮ ХВОРОБОЮ КИШЕЧНИКУ

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 307 хворих з дивертикулярною хворобою тонкої та товстої кишок. Підкреслено зростання кількості хворих з ускладненою течією захворювання, особливо осіб старших вікових груп. Встановлено причини летальних наслідків при ускладненій течії хвороби, наявність у померлих важкої супутньої патології. Накреслено шляхи поліпшення результатів лікування, які полягають у ранній діагностиці дивертикульозу кишечника, виконанні радикальних резекційних оперативних втручань у хворих середнього та похилого віку, профілактиці післяопераційних гнійно-запальних ускладнень.

Ключові слова: *кишечник, дивертикулярна хвороба, ускладнення, результати лікування.*

Вступ

Серед хірургічних захворювань органів черевної порожнини дивертикулярна хвороба (ДХ) тонкої (ТнК) та товстої (ТК) кишок залишається актуальною медичною та соціальною проблемою. Зростання кількості хворих з дивертикулами кишечника супроводжується збільшенням розвитку ускладнень, а саме гнійно-запального характеру та кровотеч [3, 5]. Дивертикуліт з перфорацією, утворенням абсцесів, розвитком перитоніту та інших гнійних уражень черевної порожнини ускладнює перебіг захворювання в 15–30 % випадків [1, 6] та є однією з найчастіших причин, що приводить до термінової операції. В більшості випадків операції завершуються накладанням колостом, що зумовлено пізньою діагностикою та розповсюдженістю гнійного процесу, наявністю супутньої патології, особливо у хворих похилого віку [2, 4]. Інвалідизація пацієнтів супроводжується значним погіршенням якості життя. Частина хворих потребує повторних втручань для виконання реконструктивно-відновних операцій, що вимагає значних матеріальних витрат [7, 8].

Існує багато невирішених питань при виборі діагностичної та лікувальної тактики, а саме: вибір терміну та оптимального методу втручання, особливості техніки операції, профілактика ускладнень. Одними з важких та грізних ускладнень після таких операцій є запальні процеси в черевній порожнині та неспроможність швів анастомозів. Це вимагає удосконалення лікувально-діагностичної тактики і техніки хірургічних втручань, розробки засобів профілактики післяопераційних ускладнень.

Мета роботи

Аналіз частоти госпіталізації та результатів лікування хворих з дивертикулярною хворобою кишечника.

Матеріали та методи досліджень

Для здійснення поставленої мети проведено аналіз результатів лікування хворих з дивертикулярною хворобою ТнК та ТК та її ускладненнями, які знаходились в КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня Д.О.Р.». Для встановлення загальної кількості хворих та причин летальних наслідків при дивертикулах тонкої та товстої кишок проведено аналіз карт стаціонарних хворих, дані статистичних звітів та протоколи розтинів померлих за 2009–2013 рр. Це дозволило оцінити наслідки й недоліки методів лікування даної категорії хворих, визначити шляхи покращення та розробити оптимальну комплексну лікувально-діагностичну тактику.

Результати досліджень та їх обговорення

Проаналізовано 307 випадків лікування хворих з ДХ кишечника та її ускладненнями (шифр МКХ-10 – K57), які спостерігались в трьох хірургічних (100 ліжок), обласному проктологічному (45 ліжок) та міському гастроентерологічному відділеннях лікарні. Критеріями виключення з дослідження були пацієнти з дивертикулами ТнК та ТК на тлі онкологічних та запальних (виразковий коліт, хвороба Крона) захворювань, патологічними та травматичними ураженнями кишечника та інших органів черевної порожнини.

Розподіл хворих з ДХ кишечника, які протягом 2009–2013 рр. лікувались в різних відді-

леннях лікарні, в залежності від статі та віку наведено в таблицях 1 та 2. Як свідчать наведені дані, більшість хворих з ДХ лікувались в проктологічному відділенні (71,66 %). Серед них переважали особи похилого та старечого віку (понад 60 років) — 81,82 % серед хворих з ДХ в проктологічному відділенні (180 людей з 220) та 80,46 % серед аналогічних хворих в лікарні. Молодого віку (до 44 років, згідно вікового розподілу ВООЗ) було всього 16 осіб (5,21 %). Вік наймолодших чоловіків та жінок у проктологічному відділенні був відповідно 32 та 34 роки, в інших відділеннях лікарні — 23 та 24 роки. Найстаршими серед пацієнтів з ДХ були чоловік та жінка віком 93 роки.

Таблиця 1

Розподіл хворих з дивертикулярною хворобою кишечника за статтю та віком

Вік хворих/стать	Стать				Всього	
	чоловіки		жінки			
	п	%	п	%	п	%
Молодий вік (до 44 років)	10	8,20	6	3,24	16	5,21
Середній вік (45–59 років)	23	18,85	21	11,35	44	14,33
Похилий вік (60–74 років)	48	39,34	69	37,30	117	38,11
Старечий вік (75 років і старші)	41	33,61	89	48,11	130	42,35
Всього	122	100	185	100	307	100

Жінок було 185 (60,26 %), чоловіків — 122 (39,74 %). Серед цих хворих в проктологічному відділенні 61,36 % (135 осіб) склали жінки з ДХ кишечника, на чоловіків припало 38,64 % (85 осіб). В інших відділеннях лікарні також переважали жінки (50) над чоловіками (37), співвідношення жіночої та чоловічої статі 1,52:1 в лікарні, 1,59:1 в проктологічному відділенні, 1,35:1 в інших відділеннях. У гастроентерологічне відділення в 2009–2010 рр. хворі з ДХ кишечника (7 осіб) направлялись у плановому порядку сімейними лікарями та лікарями-терапевтами із встановленим раніше діагнозом, при відсутності загострення хвороби. Їм проводилось консервативне лікування, яке включало застосування дієти, спазмолітиків, анагетиків, внутрішньовенне введення білкових кровозамінників.

У хірургічному відділенні хворі поступали в ургентному порядку з ознаками шлунково-кишкової кровотечі, больовим синдромом в черевній порожнині, явищами перитоніту. При подальшому обстеженні, а також під час оперативного втручання або патолого-анатомічного розтину було діагностовано ДХ кишечника з ускладненнями.

Проведено аналіз причин летальних наслідків у хворих з дивертикулярними ураженнями кишечника. При цьому встановлено, що протягом 5 років в лікарні померло 32 хворих з ДХ кишечника, в т. ч. 15 пацієнтів — в проктологічному відділенні, що складає 6,82 % від всіх госпіталізованих у відділення з ДХ. В хірургічних відділеннях померло 17 осіб (19,54 %) з 87 хворих з ДХ. Впродовж 2009–2013 рр. летальність при ДХ коливалась в хірургічних відділеннях від 9,09 до 31,58 %, склавши в середньому 19,54 %. Аналогічні показники в проктологічному відділенні були від 4,92 до 10,71 % (в середньому 6,82 % за 5 років). В гастроентерологічному відділенні летальних наслідків не було.

Серед померлих в лікувальній установі жінок було 15 (46,88 %), чоловіків — 17 (53,12 %), при цьому в проктологічному відділенні співвідношення жінок до чоловіків склало 7 : 8, а в хірургічних відділеннях 8 : 9.

Летальні наслідки спостерігалися переважно у осіб похилого та старечого віку. Середній вік померлих в лікарні склав (75,34 ± 11,50) років, коливаючись від (74,88 ± 13,27) років у чоловіків до (75,87 ± 9,55) років у жінок. Вік померлих змінювався від 45 до 92 років, маючи в проктологічному відділенні розбіжність від 52 до 87 років. Хворі мали супутні захворювання, серед яких переважала серцево-судинна патологія (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, атеросклероз). У третини померлих в анамнезі були гострий інфаркт міокарду або інсульт. Серед інших супутніх нозологічних форм були хронічні захворювання легень, печінки, жовчного міхура, нирок, цукровий діабет, захворювання опорно-рухового апарату. Супутня патологія у стадії суб- та декомпен-

Таблиця 2

Розподіл хворих з дивертикулярною хворобою кишечника по роках та відділеннях

Відділення/рік	Хірургічне відділення (абс.ч./%)			Проктологічне відділення (абс.ч./%)			Разом (абс.ч./%)		
	кількість хворих	з ДХ	померло	кількість хворих	з ДХ	померло	кількість хворих	з ДХ	померло
2009	3879	8* (0,21 %)	1 (12,5 %)	1541	28 (1,82 %)	3 (10,71 %)	5420	36 (0,66 %)	4 (11,11 %)
2010	3513	19* (0,53 %)	6 (31,58 %)	1595	40 (2,51 %)	4 (10,0 %)	5108	59 (1,16 %)	10 (16,95 %)
2011	3455	16 (0,46 %)	3 (18,75 %)	1666	38 (2,28 %)	2 (5,26 %)	5121	54 (1,05 %)	5 (9,26 %)
2012	3592	22 (0,61 %)	2 (9,09 %)	1495	53 (3,55 %)	3 (5,66 %)	5087	75 (1,47 %)	5 (6,67 %)
2013	3819	22 (0,58 %)	5 (22,73 %)	1469	61 (4,15 %)	3 (4,92 %)	5288	83 (1,57 %)	8 (9,64 %)
Всього	18258	87 (0,48 %)	17 (19,54 %)	7766	220 (2,83 %)	15 (6,82 %)	26024	307 (1,18 %)	32 (10,42 %)

Примітка: * протягом 2009–2010 рр. в гастроентерологічному відділенні лікувалось 7 хворих з дивертикулярною хворобою кишечника (3 та 4 особи відповідно).



сації виявлена у половини пацієнтів. Не були оперовані 12 осіб (37,50 %), серед них 7 жінок та 5 чоловіків. Середній термін їх перебування в стаціонарі склав відповідно ($4,71 \pm 3,73$) та ($3,0 \pm 3,94$) ліжко/дів, в тому числі 3 особи померли в перші години після госпіталізації. Серед 20 прооперованих хворих жінок було 7, чоловіків — 13, термін їх перебування в стаціонарі коливався від кількох годин (2 особи) до 24 дів та склав відповідно ($10,72 \pm 4,96$) та ($4,46 \pm 6,36$) ліжко/дів.

Із 32 померлих патолого-анатомічний розтин був виконаний у 27 осіб, що склало 84,38 %. Серед причин летальних наслідків на першому місці знаходилися гнійно-запальні ускладнення ДХ кишечника (75,0 %), а саме перфорація дивертикула у вільну черевну порожнину (4), перфорація з формуванням гнояка з обмеженим (8) або розповсюдженим перитонітом (12). Явища дивертикуліту з кишковою кровотечею мали місце у 6 хворих (18,75 %), у 2 випадках спостерігалась гостра кишкова непрохідність, зумовлена набряком множинних дивертикулів ТК. Ургентно оперовані були 20 осіб (13 чоловіків та 7 жінок), їм виконувалась лапаротомія, резекція враженого дивертикулами кишечника з анастомозом (4), обструктивна резекція ТК за Гартманом (4) або Мікуличем (2), ушивання місця перфорації дивертикула з накладанням колостоми вище перфоративного отвору (3) або без неї (3). В 4 випадках у зв'язку з важким станом хворих, наявністю великих за розмірами інфільтратів в нижній частині черевної порожнини та непрохідністю ТК обсяг оперативних втручань був обмежений лапаротомією з накладанням колостоми. Усі операції завершувалися дренажуванням черевної порожнини. Особливі труднощі вибору обсягів оперативних втручань спостерігалися у випадках наявності в анамнезі супутньої патології серцево-судинної, нервової та інших захворювань.

У 3 випадках хворим було виконано релапаротомію в зв'язку з неспроможністю швів анастомозу та продовженням перитоніту, що не мало позитивного впливу на течію післяопераційного періоду. Летальні наслідки були зафіксовані в період від 1 до 10 доби після операції. Безпосередньо причинами смерті виявлялися інтоксикаційні прояви (24), тромбоемболія легеневої артерії (4), гостра серцево-судинна недостатність (2), післяопераційна пневмонія (2). Аналіз показав, що розвиток післяопераційних ускладнень та летальність певним чином залежали від віку хворих, наявності у них перитоніту різного ступеня тяжкості і поширеності, супутніх хвороб (гіпертонічної, ішемічної хвороби серця, цукрового діабету), а також стану кишківника. У всіх випадках спостерігалася пряма залежність кількості негативних

наслідків від означених факторів, тобто серед померлих переважали хворі віком понад 60 років, з розповсюдженим перитонітом, двома або більше супутніми захворюваннями. У 28 померлих (87,5 %) у додаткових методах обстеження спостерігалися суттєві зміни в загальному та біохімічному аналізах крові — гіпопротеїнемія, анемія, здвиг лейкоцитарної формули крові вліво.

Оцінка результатів лікування хворих з ДХ кишечника дозволила розробити шляхи поліпшення результатів при даній патології. Виходячи з того, що пізня госпіталізація є однією з головних причин незадовільних результатів лікування, а високий операційний ризик зумовлений старечим віком більшості хворих та супутньою патологією, неодноразовими загостреннями хвороби та гнійно-запальними ускладненнями, основні зусилля слід направити на ранню діагностику, адекватну передопераційну підготовку, раціональний вибір обсягів втручання та профілактику післяопераційних ускладнень. Виконання радикальних операцій після перших проявів ДХ кишечника у пацієнтів середнього та похилого віку дозволить поліпшити якість життя та зменшити вірогідність летальних наслідків.

Висновки

1. Аналіз пролікованих за останні 5 років хворих з дивертикульозом кишечника показує зростання кількості пацієнтів та розвиток у них гнійно-запальних ускладнень і кишкових кровотеч.

2. У проктологічному стаціонарі хворі з дивертикулярною хворобою кишечника щорічно складають від 1,82 % до 4,15 % від всіх пролікованих. Жіноча стать представлена в 1,5 раза частіше за чоловічу.

3. Причини незадовільних результатів хірургічного лікування дивертикулярної хвороби кишечника полягають в організаційній, тактичній та технічній площинах надання допомоги.

4. Шляхи поліпшення результатів лікування хворих з даною патологією полягають у ранній діагностиці, своєчасному виконанні радикальних оперативних втручань у хворих середнього та похилого віку і профілактиці післяопераційних гнійно-запальних та тромбоемболічних ускладнень.

5. Поліпшення результатів лікування дивертикульозу кишечника можливе при залученні до вирішення проблеми на різних етапах лікування висококваліфікованих спеціалістів відповідних профілів (терапевти, гастроентерологи, хірурги, анестезіологи, рентгенологи, ендоскопісти, лікарі функціональної діагностики) та дотримання єдиного стандартизованого підходу до надання медичної допомоги.



ЛІТЕРАТУРА

1. Ан В. К. Неотложная проктология / В. К. Ан, В. Л. Ривкин. — М.: Медпрактика, 2003. — 144 с.
2. Дорофеев А. Е. Захворювання кишечника / [під ред. А.Е. Дорофеева, Т. Д. Звягінцевої, Н.В. Харченко]. — Горлівка: ПП «Видавництво Ліхтар», 2010. — 532 с.
3. Ивашкин В. Т. Краткое руководство по гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин, Ф. И. Комаров, С. И. Рапопорт. — М.: М—Вести, 2001. — 457 с.
4. Клиническая колопроктология: руководство для врачей / П. Г. Кондратенко, Н. Б. Губергриц, Ф. Э. Эллин, Л. В. Смирнов. — Х.: Факт, 2006. — 406 с.
5. Степанов Ю. М. Желудочно-кишечные кровотечения (Причины, диагностика, лечение): монография / Ю. М. Степанов, В. И. Залевский, А. В. Косинский. — Донецк.: Лира, 2011.— 232с.
6. Хірургія. Т. 2 / за ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова. — Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2007. — 628 с.
7. Хірургія / за ред. П. Г. Кондратенко. — К.: Медицина, 2009. — 967 с.
8. Хірургія / за ред. М. П. Захараша. — К.: Медицина, 2006. — 655 с.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ КИШЕЧНИКА

*В. В. Гапонов, Т. В. Левченко,
І. В. Гапонов, О. В. Полях*

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 307 больных с дивертикулярной болезнью тонкой и толстой кишок. Подчеркнуто увеличение количества больных с осложненным течением заболевания, особенно лиц старших возрастных групп. Установлены причины смертельных исходов при осложненном течении заболевания, наличие у больных тяжелой сопутствующей патологии. Намечены пути улучшения результатов лечения, которые заключаются в ранней диагностике дивертикулеза кишечника, выполнении радикальных резекционных оперативных вмешательств у больных среднего и пожилого возраста, профилактике послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: *кишечник, дивертикулярная болезнь, осложнения, результаты лечения.*

ANALYSIS OF TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH DIVERTICULAR BOWELS DISEASE

*V. V. Gaponov, T. V. Levchenko,
I. V. Gaponov, O. V. Polyakh*

Summary. Analysis of treatment results of 307 patients with diverticular disease of small intestine and large intestine has been carried out. The increase in number of patients with complicated course of the disease has been emphasized especially in older age groups. Reasons of lethal consequences in case of the complicated course of the disease, presence of concomitant pathology in the dead patients have been determined. Ways of improving treatment results which include early diagnostics of diverticulosis of intestine, carrying out radical resection surgeries in patients of middle and older age, prophylaxis of post-operative pyo-inflammatory complications have been outlined.

Key words: *bowels, diverticular disease, complications, results of treatment.*