

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛЯРНО- СПАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

М. Негребов, доктор медицинских наук, профессор,

О. Антонов, кандидат медицинских наук,

Ю. Заволович, М. Иванов

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

E-mail: oantonov78@mail.ru

Проанализированы результаты лечения 676 пациентов с дивертикулярно-спастической болезнью ободочной кишки в Городской клинической больнице №67 Москвы за последние 3 года. Показаны тенденции хирургической тактики, установлена прямая взаимосвязь между возрастом пациентов, сроками обращения за медицинской помощью и результатами лечения.

Ключевые слова: дивертикулярно-спастическая болезнь ободочной кишки, операция Гартмана, колостомия.

Дивертикулярно-спастическая болезнь ободочной кишки (ДСБОК) – одно из наиболее распространенных заболеваний у лиц старше 50 лет [1, 2, 4, 13, 15]. Научно-практическую и социальную значимость изучаемой проблемы определяют разнообразные этиологические факторы, сложность патогенеза заболевания, работоспособный возраст пациентов и трудности лечения [6, 8, 9, 14].

Число ежегодно выполняемых операций по поводу осложнений ДСБОК не уменьшается, наоборот, отмечается тенденция к его росту [10, 12, 15].

Причинами неудовлетворительных результатов и летальности являются: отсутствие единой хирургической тактики, четких критериев для дифференцированного выбора способа операции; поздняя обращаемость; наличие сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста [3, 5, 7, 11]. В связи с этим поиск эффективных методов лечения осложненной ДСБОК ободочной кишки – актуальная задача.

Изучены результаты обследования и лечения 676 пациентов в хирургических отделениях Городской клинической больницы (ГКБ) № 67 им. Л.А. Ворохобова (Москва) в период с 2011 по 2013 г. ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова – многопрофильный стационар на 1520 коек. Ежегодно на базе хирургических отделений ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова проходят лечение 5760 пациентов, в том числе 225 (3,9%) – с ДСБОК.

Из 676 (100%) больных только 2 (0,3%) были госпитализированы в срок до 2 ч с момента возникновения заболевания, 2 (0,3%) – через 2–4 ч, 15 (2,2%) – через 6–12 ч, 300 (44,4%) – через 12–24 ч и 357 (52,8%) – через 24 ч и более.

Показания к госпитализации больных представлены в табл. 1, распределение пациентов по полу и возрасту – в табл. 2.

При обследовании всем пациентам выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ брюшной полости, колоноскопию, ирригографию, а 25 (3,7%) в связи с трудностями диагностики и клинической картиной перитонита была произведена диагностическая лапароскопия.

Согласно данным колоноскопии, у 431 (63,8%) пациентов дивертикулы преимущественно локализовались в сигмовидной кишке, у 113 (16,7%) – в поперечной ободочной кишке и у 132 (19,5%) – во всех отделах ободочной кишки.

Из 676 пролеченных больных прооперированы 34 (5%). Показаниями к операции явились: у 21 (61,8%) пациента – перфорация дивертикула, у 9 (26,5%) – абсцесс брюшной полости, у 4 (11,8%) – картина распространенного перитонита. В экстренном порядке преимущественно выполняли

операцию Гартмана и петлевую колостомию (соответственно у 6 и 28 пациентов).

У 14 (41,2%) оперированных больных возникли осложнения в раннем послеоперационном периоде. Причинами летальных исходов явились: в 2 случаях – ОИМ, в 3 – ТЭЛА, в 2 – пневмония (табл. 3). Таким образом, летальность у прооперированных больных составила 20,6%.

При анализе длительности госпитализации установлено, что наименьшей она была у пациентов, которых не оперировали, и у пациентов с петлевыми колостомами, наибольшей – у тех, кому выполняли операцию Гартмана. Длительность пребывания в стационаре составила в среднем 7,6 дня (табл. 4).

Таким образом, причинами осложнений, летальных исходов и длительного пребывания в стационаре явились поздняя обращаемость за медицинской помощью, пожилой возраст больных, сопутствующие заболевания и большие объемы оперативной помощи.

Таблица 1
Показания к госпитализации пациентов с ДСБОК

Показания к госпитализации	Число больных, абс. (%)
Явления дивертикулита	409 (60,5)
Кровотечение	233 (34,5)
Инфильтрат с абсцедированием	9 (1,3)
Перфорация	21 (3,1)
Свищ	4 (0,6)
Всего	676 (100)

Таблица 2
Распределение пациентов по полу и возрасту; абс. (%)

Возраст, годы	Мужчины	Женщины	Итого
До 39	4 (0,6)	0	4 (0,6)
30–39	9 (1,3)	4 (0,6)	13 (1,9)
40–49	18 (2,7)	25 (3,7)	43 (6,4)
50–59	40 (5,9)	96 (14,2)	136 (20,1)
>60	111 (16,4)	369 (54,6)	480 (71)
Всего	182 (27)	494 (73)	676 (100)

Таблица 3
Частота осложнений у прооперированных пациентов с ДСБОК

Осложнение	Число больных, абс. (%)
Нагноение послеоперационной раны	5 (14,7)
Пневмония	4 (11,8)
ТЭЛА	3 (8,8)
ОИМ	2 (5,9)

Примечание. ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии; ОИМ – острый инфаркт миокарда.

Таблица 4
Средняя длительность пребывания в стационаре пациентов с ДСБОК

Метод лечения	Число пациентов	Длительность госпитализации, дни
Без операции	642	7,0
Колостомия	28	7,8
Операция Гартмана	6	8,2

Литература

1. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника / М.: 2000; с. 507–12.
2. Осипенко М.Ф. Клинико-патогенетическая характеристика аномалий ободочной кишки у взрослых. Дис. ... д-ра мед. наук. Новосибирск, 2001.
3. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Монография. Под ред. В.М. Тимебулатова, В.Г. Сахаутдинова, Д.И. Мехдиева / М: Успех, Триада-Х, 2001; 192 с.
4. Секачева М.И. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Рациональная фармакотерапия заболевания органов пищеварения. Под ред. В.Т. Ивашкина / М.: Литтерра, 2003; 36; с. 532–6.
5. Семионкин Е.И. Колопроктология / М.: Медпрактика, 2004.
6. Пасечников В.Д., Чуков С.З. Дивертикулы желудочно-кишечного тракта // Consillium Medicum. – 2005; 2: 35–41.
7. Шептулин А.А. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: клинические формы, диагностика, лечение // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006; 5: 68–74.
8. Козлова И.В., Мясина Ю.Н. Некоторые механизмы развития дивертикулярной болезни кишечника // Саратовский науч.-мед. журн. – 2008; 2: 71–6.
9. Painter N., Burkitt D. Diverticular disease of the colon, a 20th century problem // Clin. Gastroenterol. – 1975; 4: 3–21.
10. Wilkins T., Baird C., Pearson A. et al. Diverticular bleeding // Am. Fam. Physician. – 2009; 80 (9): 977–83.
11. Farrell R., Farrell J., Morrin M. Diverticular disease in the elderly // Gastroenterol. Clin. North. Am. – 2001; 30: 475–96.
12. Goh H., Bourne R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and perforated diverticular disease: a case-control study // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2002; 84: 93–6.
13. Simmang C., Shires G. Diverticular disease of the colon. In: Feldman M., Friedman L., Sleisenger M., eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management. 7th ed. / Philadelphia: Saunders, 2002; 12.
14. Murphy T., Hunt R., Fried M. et al. Diverticular disease. WGO-OMGE Global Guide-lines. 2005; P. 44–9
15. Nguyen G., Sam J., Anand N. Epidemiological trends and geographic variation in hospital admissions for diverticulitis in the United States // World J. Gastroenterol. – 2011; 17 (12): 1600–5.

EXPERIENCE IN TREATING PATIENTS WITH SPASTIC DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON

Professor M. Negrebov, MD; O. Antonov, Candidate of Medical Sciences; Yu. Zavolovich; M. Ivanov
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper analyzes the results of treatment in 676 patients with spastic diverticular disease of the colon at Moscow City Clinical Hospital Sixty-Seven in the past 3 years. It shows trends in surgical tactics and a direct relationship between the patients' age, the time to seeking medical advice, and treatment results.

Key words: spastic diverticular disease of the colon, Hartmann's operation, colostomy.