

4 (68)  
2018

# ХІРУРГІЯ УКРАЇНИ

S U R G E R Y   O F   U K R A I N E  
Х И Р У Р Г И Я   У К Р А И Н Ы

Н А У К О В О - П Р А К Т И Ч Н И Й   Ж У Р Н А Л

ДОДАТОК №1

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
СУЧАСНОЇ ХІРУРГІЇ



КИЇВ – 2018

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України  
Асоціація хірургів-гепатологів України  
Асоціація кардіологів, судинних та серцевих хірургів м. Києва

# ХІРУРГІЯ УКРАЇНИ

ХИРУРГИЯ УКРАИНЫ  
SURGERY OF UKRAINE

---

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

---

4 (68)(ДОДАТОК №1) / 2018

---

Заснований 19 червня 2001 року

Виходить чотири рази на рік

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ ХІРУРГІЇ

*За редакцією проф. В.Г. Мішалова (Київ),  
проф. Л.С. Білянського (Київ),  
доц. Л.Ю. Маркулана (Київ),  
доц. В.М. Селюка (Київ),*

# ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЮ ХВОРОБОЮ ОБОДОВОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОЮ ГОСТРОЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Фомін П.Д., Повч О.А., Курбанов А.К., Пруднікова О.Б.

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця*

Проведений аналіз лікування 236 хворих із гострокровоточивими дивертикулами ободової кишки (ГКДОК). Розроблений алгоритм екстренної діагностики, у залежності від ступеню важкості крововтрати та вираженості супутньої патології. Завдяки своєчасній діагностиці, ендоскопічному моніторингу та застосуванню сучасних ендоскопічних методів ге-мостазу, досягнуто 100% зупинки кровотечі у хворих із ГКДОК.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА.** Гострокровоточиві дивертикули ободової кишки, ендоскопічний моніторинг, ендоскопічна зупинка кровотечі.

У структурі кровотеч із нижніх відділів шлунково-кишкового тракту, гострокровоточиві дивертикули ободової кишки (ГКДОК) мають місце в 17-33,5% випадків (Маев І.В., 2005; Gayer С., 2009). У 14,7-20% пацієнтів кон-сервативна терапія при ГКДОК не приносить успіху і обумовлює виконання екстренних операцій (Тимербулатов В.М., 2007). Тому, проблема дивертикулярної хвороби ободової кишки, ускладненої кровотечею є актуальною і потребує подальшого вивчення.

## МЕТА РОБОТИ

Визначити алгоритм хірургічної тактики у хворих із ГКДОК, у залежності від віку, статі пацієнтів, ступеню важкості крововтрати, наявності та вираженості супутньої патології у них.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

За 9 років (2008-2016 рр.) у Київському міському центрі шлунково-кишкових кровотеч перебувало на лікуванні 360 хворих із ускладненою дивертикулярною хворобою ободової кишки. Серед них, у 236 (65,6%) діагностовано ГКДОК. Чоловіків було – 77 (32,6%), жінок – 159 (67,4%). Переважали хворі похилого (61-70 років) – 48 (20,3%) пацієнтів та старечого віку (більше 70 років) – 152 (64,4%) досліджуваних. Помірна крововтрата діагностована у 132 (56%), середня – у 53 (22,5%) і важка – у 51 (21,5%) випадках. Для встановлення діагнозу ГКДОК виконувались екстренна езо-фагофіброгастродуоденоскопія (ЕФГДС), ургентна та у відстроченому періоді, фіброколоноскопія (ФКС), ірригоскопія. Останні 2 роки, при необхідності, застосовували багатофазну спіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним та пероральним контрастуванням. ГК-

ДКОК локалізува-лись: у всіх відділах товстого кишківника – 134 (56,8%) хворих, у сигмо-подібній кишці – 74 (31,4%), у лівих відділах ободової кишки – 22 (9,3%), у нисхідній кишці – 4 (1,7%), у сліпій кишці – 1 (0,4%), тотальне ураження тонкого і товстого кишківника – 1 (0,4%) випадків.

## РЕЗУЛЬТАТИ І ОБГОВОРЕННЯ

В клініці запропонований і впроваджений діагностичний алгоритм при підозрі на ГКДОК, який включає обов'язкове виконання кожному пацієнту екстренної ЕФГДС, при якій виявлено, що у 3-х хворих мала місце порталь-на гіпертензія із кровотечею із варикозно-розширених вен стравоходу, а в 9-х – виразки шлунку та 12-палої кишки із ознаками кровотечі, що вимагало виконання різних методів ендоскопічного гемостазу. При середній та важкій ступенях крововтрати – застосовували ургентну ФКС, використовуючи різні методики екстренної підготовки товстого кишківника для виконання даного дослідження. При цьому, застосовували ендоскопічний моніторинг та різні методи ендоскопічної зупинки кровотечі, у залежності від ступеню гемостазу в зоні кровото-чивого дивертикулу. Всього виконано 85 екстренних первин-них ФКС. Повторні ФКС виконували при рецидиві кишкової кровотечі – 6 випадків чи для контролю гемостазу після зупинки кровотечі у хворих із Forrest IA та IB – 12 досліджень. При помірній крововтраті – застосовували відстрочену ірригоскопію чи ФКС, у залежності від вираженості супутньої патології.

Всі, 236 хворих із ГКДОК, підлягали тільки консервативному лікуван-ню. Операцій не було. Померло – 7 пацієнтів, старечого віку, із важкою сту-пеню важкості крововтра-ти. Шестеро з них – доставлені в клініку в стані ге-моррагічного шоку II-III з декомпенса-цією серцево-легеневої діяльності і по-мерли в перші години перебування в стаціонарі. Виконання яких-небудь ін-струментальних методів досліджень, у них, визнано непе-реносимими. У од-ного хворого із ГКДОК, діагностовано цирроз печінки, кровотечу із вари-козно-розширених вен стравоходу і він помер на фоні наростання явищ печінко-во-ниркової недостатності. За останні 4 роки спостерігали тільки один летальний наслі-док при ГКДОК (за цей період лікувалось 98 пацієнтів).

## ВИСНОВКИ

1. У пацієнтів із підозрою на ГКДОК, обов'язковим є виконання екс-тренної ЕФГДС та ФКС, що дозволяє вчасно діагностувати супутню пато-логію в шлунку і 12-палій киш-ці, визначити локалізацію кровото-чивих ди-вертикулів та невідкладно застосувати ме-тоди ендоскопічного гемостазу.

2. Завдяки розробленому діагностично-лікувальному алгоритму, в клініці досягну-то, в 100% випадків, ендоскопічну можливість зупинки крово-течі у хворих із ГКДОК.