

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 мо-ніторинг, 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; Gayet 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 диверти-кулярної хвороби ободової кишки, ускладненої кровоте-чею 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%) діагно-стовано 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-фагофіброгастро-дуоденоскопія (ЕФГДС), ургентна та у відстроченому періоді, фіброколоноскопія (ФКС), ірригоскопія. Останні 2 роки, при необ-хідності, застосовували багатofазну спіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним та пероральним контрастуванням. ГК-

ДОК 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 первинних 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 лікуванню. Операцій не було. Померло – 7 пацієнтів, старечого віку, із важкою ступеню важкості крововтрати. Шестеро з них – доставлені в клініку в стані ге-моррагічного шоку II-III з декомпенсацією серцево-легеневої діяльності і по-мерли в перші години перебування в стаціонарі. Виконання яких-небудь ін-струментальних методів досліджень, у них, визнано непереносимими. У од-ного хворого із ГКДОК, діагностовано цирроз печінки, кровотечу із вари-козно-розширених вен стравоходу і він помер на фоні наростання явищ печінково-ниркової недостатності. За останні 4 роки спостерігали тільки один летальний наслідок при ГКДОК (за цей період лікувалось 98 пацієнтів).

ВИСНОВКИ

1. У пацієнтів із підозрою на ГКДОК, обов'язковим є виконання екстренної ЕФГДС та ФКС, що дозволяє вчасно діагностувати супутню пато-логію в шлунку і 12-палій кишці, визначити локалізацію кровоточивих дивертикулів та невідкладно застосувати методи ендоскопічного гемостазу.

2. Завдяки розробленому діагностично-лікувальному алгоритму, в клініці досягнуто, в 100% випадків, ендоскопічну можливість зупинки кровото-чєю у хворих із ГКДОК.