

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Левченко С. В.¹, Лазебник Л. Б.¹, Потапова В. Б.², Rogozina В. А.

¹ Кафедра терапии, гериатрии и апитерапии ФПДО МГМСУ

² Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Левченко Светлана Владимировна, к.м.н., ассистент кафедры терапии, гериатрии и апитерапии ФПДО МГМСУ

Тел. (495) 304–30–36

E-mail: sv_levchenko@list.ru



РЕЗЮМЕ

В статье представлены собственные результаты исследования, состоящего из двух этапов. Первый этап включал в себя ретроспективный анализ 3681 рентгенологического исследования толстой кишки, проведенного в 2002–2004 гг., для определения структуры заболеваний толстой кишки и выявления гендерных отличий. Второй этап — проспективное исследование заключалось в динамическом наблюдении 486 больных с дивертикулярной болезнью в период 2003–2012 гг. Проводилась оценка динамики жалоб, качества жизни, особенностей клинической картины, проводилось неоднократное повторное рентгенологическое и /или эндоскопическое исследование с количественной оценкой числа и размеров дивертикулов, характера изменений слизистой оболочки толстой кишки, сопоставление результатов рентгенологического исследования толстой кишки с эндоскопическим методом в оценке осложнений. На основании проведенного исследования выделены два основных клинико-морфологических варианта течения дивертикулярной болезни (ДБ) толстой кишки: СРК-подобный и ДБ толстой кишки с ишемическим компонентом. Эти варианты различаются по характеристикам болевого синдрома, наличию сопутствующих заболеваний, показателям качества жизни, результатам морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки толстой кишки. Высказано предположение о различных этиопатогенетических факторах развития каждого варианта ДБ толстой кишки, влияющих на прогноз заболевания и выбор патогенетической терапии

SUMMARY

Our own results of two-stage research are presented in the article. The first stage contains the retrospective analysis of 3682 X-ray examining of large bowel which were conducted in 2002–2004 to define the structure of colon disease and to determine gender differences. The second stage is prospective research which took place from 2003 to 2012 and 486 patients with diverticular disease were regularly observed. Following parameters were estimated: dynamics of complaints, life quality, clinical symptoms. Multiple X-ray and endoscopic examining were done with estimation of quantity and size of diverticula, changes of colon mucosa, comparison of X-ray and endoscopic methods in prognosis of complications.

Two basic clinical morphological variants of diverticular disease (DD) of colon are made out as a result of our research. There are IBD-like and DD with ischemic component. The variants differ by pain characteristics, presence of accompanying diseases, life quality parameters and description of colon mucosa morphological research. We suppose that different ethiopathogenetic factors of development of both variants mentioned above influence the disease prognosis and selection of treatment.

Актуальность проблемы дивертикулярной болезни (ДБ) толстой кишки связана прежде всего с увеличением продолжительности жизни, ростом в популяции удельного веса пожилых и старых людей и высокой распространенностью ДБ именно в старших возрастных группах. В развитых странах траты на лечение осложненной ДБ толстой кишки остаются очень высокими. Истинная распространенность ДБ неизвестна, поскольку крупных эпидемиологических исследований не проводилось. Однако результаты небольших исследований как отечественных, так и зарубежных авторов демонстрируют частоту дивертикулов ободочной кишки в общей структуре заболеваний кишечника 16–20%, а в старших возрастных группах — до 60% [1–3].

Дивертикулярная болезнь прочно входит в пятерку заболеваний желудочно-кишечного тракта, где прямые и косвенные затраты на оказание помощи больным наиболее дорого обходятся обществу. Тем не менее, как и раньше, мы очень мало знаем об этиологии и патогенезе дивертикулярной болезни толстой кишки. Среди причин, предрасполагающих к развитию дивертикулярной болезни ободочной кишки, самой главной называется изменение рациона питания в западных странах с низким потреблением пищевых волокон. Однако работы последних лет демонстрируют, что диеты, обогащенные пищевыми волокнами, мало отличаются от плацебо [4–6]. Помимо неправильного питания (ограничение растительной пищи, уменьшение потребления жидкости) [7–9] объяснением высокой частоты ДБ и запоров у людей пожилого и старческого возраста может служить совокупность таких этиологических факторов, как малая физическая активность [10], гипотония или атония кишечника [11; 12], рост числа аутоиммунных реакций, связанных с ослаблением супрессорной функции тимуса [13], обменно-дистрофические нарушения генетически детерминированной дисплазии соединительной ткани [14; 15] и др. При этом различные этиологические и патогенетические факторы оказываются взаимосвязанными и взаимоотягощающими. Так, малое количество пищевых волокон неизбежно ведет к нарушению кишечной флоры, а кишечный дисбактериоз является диагностически значимым критерием дивертикулита и достоверно ассоциирован с абдоминальными болями [16; 17]. Такие факторы, как избыточный бактериальный рост, муколизис, повышенная выработка внутрипросветных токсинов и антигенов, вторичны по отношению к каловому застою и связанной с этим ишемией слизистой. Эти факторы играют важную роль в генезе дивертикулярного колита, формы которого очень вариабельны. Описаны различные варианты от минимально выраженного аутоиммунного воспаления в слизистой оболочке с лимфоидной инфильтрацией, множественными вакуолями в каемчатых энтероцитах, активацией макрофагов и плазматических клеток [17; 18] до колита с морфологической картиной, подобной

изменениям при болезни Крона [19; 20] или язвенном колите [21; 22].

В качестве основного пускового механизма воспаления в стенке кишки рассматривается фактор некроза опухоли α (TNF- α). [17].

Однако нельзя забывать, что у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС с недостаточностью кровообращения, гипертонической болезнью (ГБ) и распространенным атеросклерозом, довольно часто выявляется ишемический колит (ИК) [23], который представляет собой форму циркуляторно-гипоксического поражения кишечника и характеризуется структурными изменениями слизистой оболочки и других слоев толстой кишки [24; 25]. При этом изменения со стороны кишки, как и остальных отделов ЖКТ, зависят не от нозологической формы заболевания, а от стадии и длительности недостаточности кровообращения [26; 27].

В доступной нам литературе мы не встретили данных о сопутствующей патологии, такой как дислипотеидемия, сахарный диабет, гипотиреоз, влияющей на состояние сосудов и микроциркуляцию толстой кишки в качестве фактора риска развития дивертикулярной болезни.

Учитывая имеющиеся нерешенные проблемы в патогенезе дивертикулярной болезни толстой кишки и высокий процент осложнений, возникла необходимость дальнейшего его изучения. В связи с этим **целью** нашей работы стало улучшение диагностики и оптимизация лечения неосложненной дивертикулярной болезни толстой кишки путем выделения клинико-морфологических вариантов и разработки патогенетически обоснованных вариантов лечения для снижения частоты обострений

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование вошли результаты обследования 1430 больных дивертикулярной болезнью, находившихся на лечении в Центральном научно-исследовательском институте в период 2003–2012 гг. Исследование состояло из двух этапов.

I этап включал в себя ретроспективный анализ 3681 рентгенологического исследования толстой кишки, проведенного в 2002–2004 гг., для определения структуры заболеваний толстой кишки и выявления гендерных отличий.

Кроме того, произвольным образом для углубленного ретроспективного анализа было отобрано 300 историй болезни и рентгенологических снимков за 2001–2002 гг. Подробно изучался следующий спектр вопросов:

- повод для госпитализации;
- уточнение числа больных с впервые выявленным дивертикулезом (в том числе и бессимптомным);
- распределение дивертикулов по локализации в различных отделах толстой кишки;
- наличие специфических жалоб;



- сопоставление результатов рентгенологического исследования толстой кишки с эндоскопическим методом (особенно в оценке осложнений);
- сопутствующие заболевания с упором на признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ЖКБ, дивертикулез других отделов ЖКТ, кисты паренхиматозных органов, ГЭРБ, триада Сейнта, ИБС, ХИБОП, геморрой, варикозная болезнь нижних конечностей).

Дополнительно для оценки дивертикулярной болезни как фактора риска развития новообразований было изучено 1794 протокола эндоскопического исследования толстой кишки за 2009 год. В целом и в каждой возрастной группе (до 39, 40–49, 50–59, 60–69, 70–79, 80 лет и старше) оценивалось и сопоставлялось количество больных с дивертикулезом, с полипами и раком толстой кишки и сочетанием дивертикулеза и новообразований (полипы + рак).

II этап Проспективное исследование (из числа больных, пролеченных в ЦНИИГ в 2003–2011 гг.). Общее количество обследованных и пролеченных больных 486.

Изучалась динамика жалоб в зависимости от проведенного лечения, проводилось неоднократное повторное рентгенологическое и/или эндоскопическое исследование. Изучалась моторная (сократительная) активность толстой кишки

Для выявления факторов риска развития дивертикулярной болезни и факторов ее прогрессирования была сформирована сопоставимая по полу и возрасту группа для длительного наблюдения — 156 больных с СРК с запорами, рассчитывался процент больных со сформированными дивертикулами за 5-летний срок наблюдения, выявлялись провоцирующие факторы формирования дивертикул (хронический запор с повышением внутрикишечного давления, тип питания и др.).

Оценка качества жизни (КЖ) проводилась с использованием опросника SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study) [28]. Так как показатели опросника существенно различаются в зависимости от пола и возраста опрошенных лиц, полученные результаты сравнивались со значениями стандартизованных его (опросника) показателей в соответствии с возрастом и полом пациентов по итогам многоцентрового исследования качества жизни МИРАЖ (3400 респондентов и 5 центров ВФ, 2005 г.) [29]. Перед подсчетом показателей 8 шкал проводилась перекодировка ответов (процедура пересчета необработанных баллов опросника в баллы КЖ), затем для получения значений каждой шкалы — суммирование перекодированных ответов согласно методике в руководстве по применению SF-36. Референтная база популяционных значений стандартизованных показателей опросника SF-36 позволяет сравнивать КЖ пациентов с различными заболеваниями в соответствии с возрастом и полом пациентов, а также оценивать эффективность терапии при проведении научных исследований. [30].

При наличии письменного информированного согласия больного производился забор биоптата из неизменной слизистой вблизи устья дивертикула с последующим морфологическим исследованием

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За 2002–2004 гг. в ЦНИИГ проведено 3681 рентгенологическое исследование толстой кишки с контрастной клизмой. У 2253 больных (61,2%) патологии не выявлено. В 16,4% случаев выявлены функциональные нарушения в виде гипомоторной дискинезии, дискинезии по смешанному типу, недостаточности баугиниевой заслонки. У 1430 больных с диагностированными органическими или функциональными изменениями проведено изучение спектра выявленных нарушений. Самой частой патологией, выявляемой при рентгенологическом исследовании толстой кишки, была дивертикулярная болезнь толстой кишки. Она диагностировалась в 6 раз чаще, чем новообразования (в том числе и полипы диаметром от 5 мм и выше, для которых чувствительность рентгенологического метода составляет 85–92%) и аномалии развития кишки, самой распространенной из которых была долихо сигма (среди прочих долихоколон, *coecum mobile* и прочее).

Дивертикулез выявлен у 579 больных, что составило 15,72% от числа всех обследуемых и 70,2% от общего количества больных с выявленной органической патологией. Среди пациентов преобладали женщины (71%). Средний возраст обследованных больных составил $67 \pm 5,8$ года. По локализации дивертикулов тотальный дивертикулез (поражение 3 и более отделов ободочной кишки) обнаружен в 94 случаях, изолированное поражение восходящей ободочной кишки — в 2. От общего количества больных с дивертикулами это составило соответственно 16,2 и 0,34%. В оставшихся 83,46% случаев дивертикулы локализовались в десцендо-сигмоидном отделе ободочной кишки. У трети больных (27,9%) диагноз дивертикулеза ободочной кишки установлен впервые (предварительный клинический диагноз: синдром раздраженного кишечника). Осложнения дивертикулеза (дивертикулярная болезнь) в виде рентгенологических признаков перенесенного воспаления в отдельных дивертикулах выявлены у 36 больных (6,2%). При детальном расспросе этих больных в анамнезе отмечался эпизод интенсивных абдоминальных болей различной продолжительности. Клинические признаки дивертикулита на момент исследования отмечались лишь у 4 больных (ведущий признак — ноющие боли в нижних отделах живота, преимущественно в левой подвздошной области, запоры). У 1 больного (0,17%) на фоне множественных дивертикулов выявлен паракишечный инфильтрат сигмоидного отдела со свищевыми ходами и выраженным стенозом

Таблица 1

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА		
Признак	Абсолютное значение (%)	
	ДВК	СРК
Мужчины	126 (25,9%)	30 (19,2%)
Женщины	360 (74,1%)	126 (80,7%)
Средний возраст, лет	64,6 ± 4,7	55,8 ± 7,3
Распределение по возрасту		
До 39 лет	12 (2,47%)	20 (12,8%)
40–49 лет	23 (4,73%)	47 (30,1%)
50–59	59 (12,1%)	72 (46,2%)
60–69	196 (40,3%)	17 (10,9%)
70–79	157 (32,3%)	0
≥ 80	39 (8,0%)	0
Сопутствующие заболевания		
ГБ	298 (61,3%)	74 (47,4%)
ИБС, НК 1–2-й степени	124 (25,5%)	18 (11,5%)
ОИМ, ОНМК	78 (16,1%)	9 (5,7%)
ЦВБ	171 (35,2%)	36 (23,1%)
Ожирение	254 (52,3%)	82 (52,6%)
Варикозная болезнь нижних конечностей	247 (50,8%)	35 (22,4)

кишки, являющимся непреодолимым препятствием для колоноскопа. Во втором случае стеноз нисходящего отдела ободочной кишки у больного 67 лет с множественными дивертикулами ободочной кишки был обусловлен низкодифференцированной аденокарциномой. Оба диагноза подтверждены морфологически. Третий случай осложненного течения дивертикулёза ободочной кишки, потребовавшего хирургического вмешательства, — некупируемое кишечное кровотечение. Достаточно часто дивертикулёз ободочной кишки сочетается с ЖКБ. Подобное сочетание встретилось нам у 104 больных (17,96%). Среди этих больных нами выделены и больные с триадой Сейнта (Ch.F. Saint) — сочетание дивертикулёза ободочной кишки, ЖКБ и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы — 15 пациентов. Таким образом, дивертикулёз ободочной кишки является широко распространенной патологией у лиц старше 60 лет. Частота осложнений дивертикулёза, требующих хирургического вмешательства, составляет менее 1%. Ведущим в диагностике осложнений является рентгенологический метод, позволяющий выявить признаки перенесенного дивертикулита у больных со стертой клинической картиной воспаления дивертикулов.

На втором этапе исследования проведено комплексное клиническое обследование 217 больных в возрасте от 36 до 84 лет с неосложненной

дивертикулярной болезнью ободочной кишки с последующим динамическим наблюдением за этой группой больных в течение 2–6 лет (в среднем 4,5 года). Средний возраст больных 61,6 ± 9,4 года, преобладали женщины — 76%, однако гендерных различий в заболеваемости ДБ толстой кишки не выявлено. Клинико-демографическая характеристика больных представлена в *табл. 1*.

Помимо стандартного клинического и лабораторно-инструментального обследования в протокол исследования было включено анкетирование больных (оценка характера и особенностей болевого синдрома, качества жизни, особенностей питания), ультразвуковая доплерография сосудов брюшной полости, морфологическое исследование слизистой оболочки ободочной кишки

Критерием неосложненной дивертикулярной болезни (ДБ) у больных с болевым синдромом различной степени выраженности было отсутствие эндоскопических признаков воспаления

На основании проведенной работы нами выделены клинико-морфологические варианты неосложненной дивертикулярной болезни толстой кишки, имеющие особенности клинической картины, влияющие на качество жизни больных. В соответствии с особенностями абдоминального болевого синдрома мы предложили назвать эти варианты: СРК-подобный и ишемический вариант

Таблица 2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ			
	СРК-подобная форма ДБ (n = 149)	ДБ с ишемическим компонентом (n = 42)	Инертная толстая кишка (n = 26)
Локализация болей преимущественно в верхней и левой половине живота	28	69	12
Боли преимущественно в нижних отделах живота	82	30	71
Интенсивность боли снижается после акта дефекации	71	14	37
Боль усиливается после еды и/или физических нагрузок	12	63	16
Метеоризм/урчание в животе	42/14	74/ 21	34/8
Запоры/диарея	67/11	38/24	100/0

Таблица 3

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ			
	СРК-подобная форма ДБ	ДБ с ишемическим компонентом	Инертная толстая кишка
Гиперлипидемия	34	72	38
Инструментально подтвержденное снижение по основным магистральным сосудам брюшной полости	0	98%	4%
Гипертонус сигмовидного отдела ободочной кишки	41	37	12
Сопутствующие заболевания: ИБС, ГБ, инфаркт миокарда, ЦВБ	18, 24, 2, 28	87, 94, 26, 58	7, 34, 0, 18
«Большие» и «малые» признаки НДСТ: варикоз вен н/к, деформация желчного пузыря, кифосколиоз, грыжи, спланхноптоз, заболевания щитовидной железы	Легкая степень тяжести (сумма баллов до 9) (Т.Ю. Смольнова, 2003) — в 28%. Средняя степень (от 10 до 16 баллов) — в 13%	Легкая степень тяжести (сумма баллов до 9) — в 16%. Средняя степень (от 10 до 16 баллов) — в 11%	—

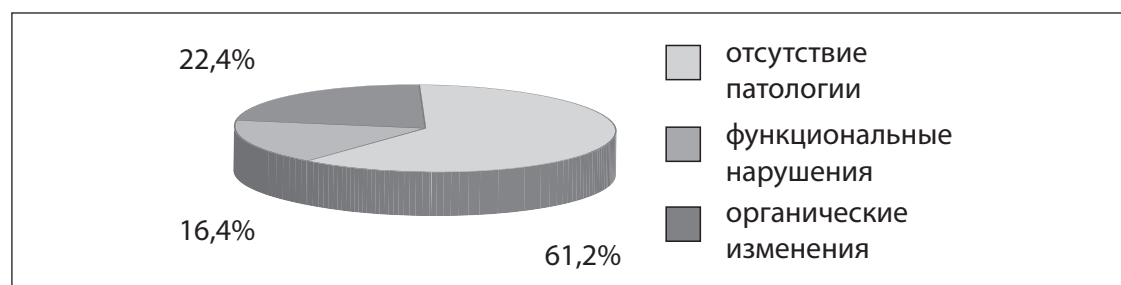


Рис. 1. Частота патологических изменений в толстой кишке, выявленных при рентгенологическом исследовании за 2002–2004 гг. (n = 3681).

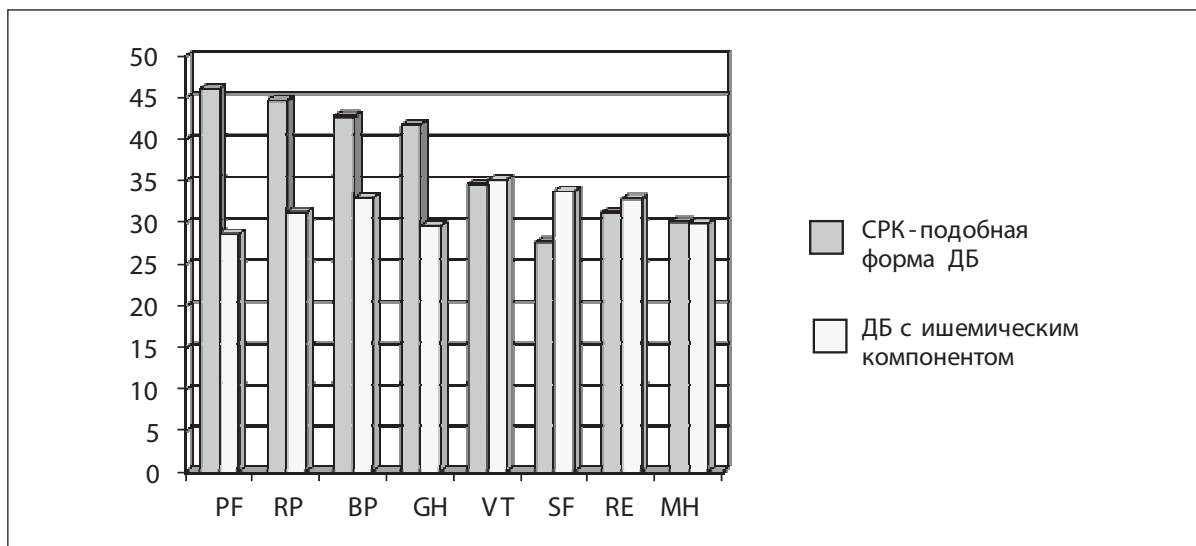


Рис. 3. Количественная оценка шкал качества жизни по опроснику SF-36:

PF — Физическое функционирование — *Physical Functioning*

RP — Роль физического функционирования — *Role Physical*

BP — Шкала боли — *Bodily Pain*

GH — Общее состояние здоровья — *General Health*

VT — Шкала жизнеспособности — *Vitality*

SF — Шкала социального функционирования — *Social Functioning*

RE — Роль эмоционального функционирования — *Role Emotional* ME — Психологическое здоровье — *Mental Health*.

Таблица 4

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ			
	СРК-подобная форма ДБ (n = 26)	ДБ с ишемическим компонентом (n = 23)	Инертная толстая кишка (n = 8)
Дистрофические изменения эпителиоцитов и бокаловидных клеток	++	+++	+/-
Отек собственной пластинки и инфильтрация ее плазматическими клетками и лимфоцитами с примесью эозинофилов	++	++	+
Микроциркуляторные нарушения: атония сосудов, стазы эритроцитов, тромбы различного происхождения, деструкция сосудов с экстравазатами эритроцитов, запустевание сосудов микроциркуляторного русла	++	+++	-
Пролиферация эпителия слизистой оболочки	++	+	-
Повышенная адгезия макрофагов, плазматических клеток, лимфоцитов и экстравазальных эритроцитов	+++	++	+/-

дивертикулярной болезни толстой кишки (или синоним — дивертикулярная болезнь толстой кишки с ишемическим компонентом). Основные характеристики представлены в табл. 2.

У больных с дивертикулами в толстой кишке наличие болей в животе без четкой локализации, усиливающиеся через 15–20 минут после приема пищи, жалобы на метеоризм у 91% больных, наличие у них гиперхолестеринемии и таких сопутствующих заболеваний, как ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, цереброваскулярная болезнь, позволяет предположить у них наличие

ишемического компонента (микроскопического ишемического колита), что подтверждается выявленными инструментальными признаками недостаточности кровообращения по основным магистральным сосудам брюшной полости (УЗДГ, ангиография) (табл. 3).

При сравнении качества жизни по опроснику SF-36 в группе с СРК-подобной формой дивертикулярной болезни (ДБ) средний показатель физического функционирования (PF) составил 46,1 ± 9,4. Показатель ролевого физического функционирования (RP) — 44,6 ± 7,3. Шкала боли (BP)



и общее состояние здоровья (GH) были достоверно ниже стандартизованных показателей ($42,7 \pm 8,4$ и $41,84 \pm 9,1$ соответственно). В этой группе больных отмечалось достоверное суммарное снижение психологического компонента здоровья (шкала жизнеспособности (VT) — $34,6 \pm 6,3$, шкала социального функционирования (SF) — $27,6 \pm 11,2$, ролевое эмоциональное функционирование (RE) — $31,3 \pm 8,4$, психологическое здоровье (MH) — $30,1 \pm 5,84$). В отличие от первой группы у больных с ишемическим компонентом ДБ был достоверно снижен физический компонент здоровья (PF — $28,6 \pm 7,14$, RP — $31,3 \pm 9,78$, BP — $32,9 \pm 6,81$ и GH — $29,6 \pm 11,1$) при относительно низком уровне тревоги (VT — $35,1 \pm 8,2$, SF — $33,7 \pm 10,6$, RE — $32,8 \pm 12,0$, MH — $29,91 \pm 7,51$).

Таким образом, в группе с СРК-подобной формой дивертикулярной болезни, представленной преимущественно женщинами в возрасте от 52 до 68 лет, при относительно сохраненном уровне физической активности (в сравнении со стандартизованными показателями) показатели психического здоровья становились достоверно ниже средних значений. Наличие у больных ишемического компонента дивертикулярной болезни обуславливало возрастание уровня болевого синдрома и ограничение физического функционирования пациентов

Группы различались также и по морфологической картине в биоптатах слизистой оболочки. При морфологическом исследовании у больных с СРК-подобной формой ДБ в слизистой оболочке сигмовидной кишки обнаружены выраженные изменения структуры иммунокомпетентных клеток (ИКК), повышенная адгезия, а также нарушение пролиферации эпителия. В собственной пластинке слизистой оболочки толстой кишки обнаружены небольшие скопления активированных ИКК: многочисленные макрофаги с крупными плотными полиморфными лизосомами, лимфоциты с крупными ядрами (рис. 4)*.

У 68% больных в сигмовидной кишке в области устьев дивертикулов выявлено чередование

участков эпителия с нормальной структурой эпителиоцитов и с проявлениями реактивных и дистрофических изменений разной степени выраженности. Эти показатели не зависят от количества имеющих дивертикулов. В поверхностном эпителии преобладают каемчатые колоноциты, в некоторых содержатся вакуоли, свидетельствующие об умеренном дистрофическом процессе. Бокаловидные клетки сосредоточены вблизи устьев крипт. У 50% больных в крае дивертикула вблизи устьев крипт обнаружены многоклеточные массивы, состоящие из мелких низкодифференцированных эпителиальных клеток, соединенных друг с другом отростками. Более подробно мы писали об этом раньше [19; 31] (рис. 5)*.

У больных с ишемическим вариантом ДБ толстой кишки чаще выявлялись микроциркуляторные нарушения в виде атонии сосудов, участков стаза эритроцитов, тромбов различного происхождения, деструкции сосудов с экстравазатами эритроцитов, запустевания сосудов микроциркуляторного русла (рис. 6*, табл. 4).

ВЫВОД

Выделенные нами клинико-морфологические варианты малосимптомной дивертикулярной болезни толстой кишки имеют особенности клинической картины и сопутствующей патологии, влияющие на качество жизни больных. При микроскопическом исследовании биоптатов слизистой оболочки толстой кишки каждый предложенный вариант характеризуется определенными морфологическими изменениями, свидетельствующими о неспецифическом микроскопическом воспалении (СРК-подобный вариант) или преобладании дистрофических процессов (ишемический вариант). Различные варианты дивертикулярной болезни толстой кишки требуют дифференцированного подхода к лечению и профилактике обострений.

* На цветной вклейке в журнал.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lazebnik, L. First results of epidemiological study MUZe (prevalence of colon diverticulosis, colorectal polyps and colorectal cancer among adult population of Moscow with chronic constipation and alarm symptoms) / L. Lazebnik, E. Baryshnikov, A. Parfenov, S. Prilepskaja et al. // Scand. J. Gastroent. — 2010. — Vol. 45, suppl. 247. — P. 86.
2. Дивертикулярная болезнь толстой кишки / В. М. Тимербулагов и др. — М.: Джангар, 2007. — 192 с.
3. Delvaux, M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention / M. Delvaux // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2003. — Vol. 18, Suppl. 3. — P. 71–74.
4. Commane, D. M. Diet, ageing and genetic factors in the pathogenesis of diverticular disease / D. M. Commane, R. P. Arasaradnam, S. Mills et al. // World J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 15, No. 20. — P. 2479–2488.
5. Petruzzello, L. Review article: uncomplicated diverticular disease of the colon / L. Petruzzello, F. Iacopini et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2006. — Vol. 23. — P. 1379–1391.
6. Loffeld, R. J. Diverticulosis of the colon is rare amongst immigrants living in the Zaanstreek region in the Netherlands / R. J. Loffeld // Colorectal. Dis. — 2005. — Vol. 6, No. 6. — P. 559–562.
7. Blashut, K. Prevalence and distribution of the colonic diverticulosis. Review of 417 cases from Lower Silesia in Poland / K. Blashut, L. Paradowski, J. Garcarek // Rom. J. Gastroenterol. — 2004. — Vol. 13, No. 4. — P. 281–285.
8. Painter, N. S. Diverticular disease of the colon: A deficiency disease of western civilization / N. S. Painter, D. P. Burkitt // Br. Med. J. — 1971. — Vol. 2. — P. 450–454.
9. Manousos, O. Diet and other factors in the etiology of diverticulosis: an epidemiological study in Greece / O. Manousos, N. E. Day, A. Tzonou et al. // Gut. — 1985. — Vol. 26, No. 6. — P. 544–549.
10. Aldoori, W. H. A prospective study of dietary fiber types and symptomatic diverticular disease in men / W. H. Aldoori, E. L. Giovannucci, H. R. Rockett et al. // J. Nutr. — 1998. — Vol. 128. — P. 714–719.

11. Bassotti, G. Alterations in colonic motility and relationship to pain in colonic diverticulosis / G. Bassotti, E. Battaglia, G. De Roberto et al. // *J. Clin. Pathol.* — 2010. — Vol. 58. — P. 973–977.
12. Лазебник, Л. Б. Моторная активность толстой кишки при дивертикулёзе / Л. Б. Лазебник, А. Э. Лычкова, С. В. Левченко: Мат. VII съезда НОГР. — М., 2008. — С. 183–184.
13. Борисова, А. М. Аутоиммунные заболевания в пожилом и старческом возрасте / А. М. Борисова, Р. И. Сепиашвили // *Аллергол. и иммунол.* — 2009. — Т. 10, № 3. — С. 325–332.
14. Козлова, И. В. Критерии диагностики различных вариантов течения дивертикулярной болезни кишечника / И. В. Козлова, Ю. Н. Мясина // *Клин. мед.* — 2009. — Т. 87, № 10. — С. 47–50.
15. Осипенко, М. Ф. Дивертикулы ободочной кишки: происхождение, распространенность, клинические проявления / М. Ф. Осипенко, Е. А. Бикбулатова // *Тер. арх.* — 2007. — Т. 79, № 2. — С. 26–31.
16. Korzenik, J. R. Diverticulitis: new frontiers for an old country: risk factors and pathogenesis / J. R. Korzenik // *NDSG. J. Clin. Gastroenterol.* — 2008. — Vol. 42, No. 10. — P. 1128–1129.
17. Losada, M. The pathology of diverticulosis coli / M. Losada, A. B. West // *J. Clin. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 38, Suppl. 5. — P. 1–16.
18. Tursi, A. The endoscopic spectrum of segmental colitis associated with diverticulosis / A. Tursi, G. Brandimarte, W. Elisei et al. // *Int. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2008. — Vol. 57, Suppl. 2. — P. 25–29.
19. Левченко, С. В. Реакция иммунокомпетентных клеток и структурные изменения слизистой оболочки толстой кишки у больных дивертикулярной болезнью / С. В. Левченко, Р. Б. Гудкова, В. Б. Потапова, Лазебник Л. Б. // *Эксперим. и клин. гастроэнтерол.* — 2009. — № 5. — С. 17–20.
20. Gledhill, A. Crohn's-like reaction in diverticular disease / A. Gledhill, M. F. Dixon // *Gut.* — 1998. — Vol. 42. — P. 392–395.
21. Makapugay, L. M. Diverticular disease-associated chronic colitis / L. M. Makapugay, P. J. Dean // *Am. J. Surg. Pathol.* — 1996. — Vol. 20. — P. 94–102.
22. Patterns of colonic mucosal inflammation in diverticular disease Diverticular disease: Emerging Evidence in a Common Condition 2005 / N. Y. Haboubi, A. Khattab, M. W. Edilbe. — Falk Foundation. V. 2nd ed. — 247 p.
23. Лазебник, Л. Б. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения / Л. Б. Лазебник, Л. А. Звенигородская. — М.: Анахарсис, 2003. — 136 с.
24. Самсонова, Н. Г. Клинико-морфологические критерии микроскопического ишемического колита у больных с хронической ишемической болезнью органов пищеварения / Н. Г. Самсонова, Л. А. Звенигородская, А. И. Парфенов, С. Г. Хомерики // *Эксперим. и клин. гастроэнтерол.* — 2010. — Т. 12. — С. 64–67.
25. Абулов, М. Х. Ишемические висцеральные синдромы при атеросклерозе брюшной аорты / М. Х. Абулов, О. Ш. Ойноткинова, Г. С. Солдатова // *Тер. арх.* — 1990. — № 12. — С. 45–51.
26. Белобородова, Э. И. Желудок и тонкая кишка при застойной сердечной недостаточности и гипоксии / Э. И. Белобородова. — Томск: изд. Томского гос. мед. ин-та, 1981. — С. 170–176.
27. Крюкова, Н. Б. Клинико-функциональное состояние тонкой кишки у больных с хронической недостаточностью кровообращения: дис. ... канд. мед. наук / Н. Б. Крюкова. — М., 1998. — 166 с.
28. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide / J. E. Ware, K. K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. — Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2000. — P. 150.
29. Амирджанова, В. Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни МИРАЖ) / В. Н. Амирджанова, Д. В. Горячев, Н. И. Коршунов, А. П. Ребров, В. Н. Сороцкая // *Научно-практическая ревматология.* — 2008. — № 1.
30. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. 2-е изд.; под ред. Ю. Л. Шевченко. — М., ОЛМА-Пресс, 2007. — 313 с.
31. Потапова, В. Б. Особенности регенерации эпителия толстой кишки при дивертикулёзе / В. Б. Потапова, Р. Б. Гудкова, С. В. Левченко, Л. Б. Лазебник, В. А. Рогозина // *Бюлл. эксперим. биол. и мед.* — 2011. — Т. 152, № 12. — С. 708–711.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

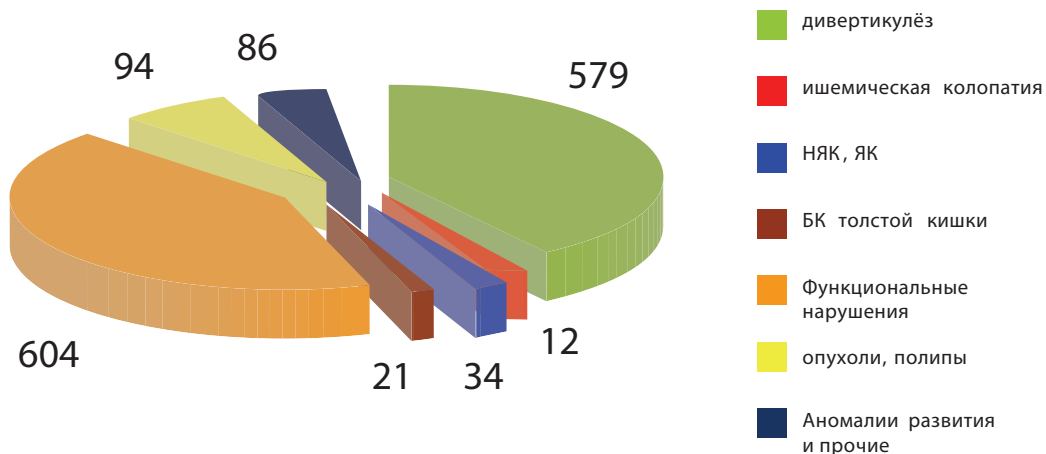


Рис. 2. Структура заболеваний толстой кишки, выявленных при рентгенологическом исследовании за 2002–2004 гг. (n = 1430).

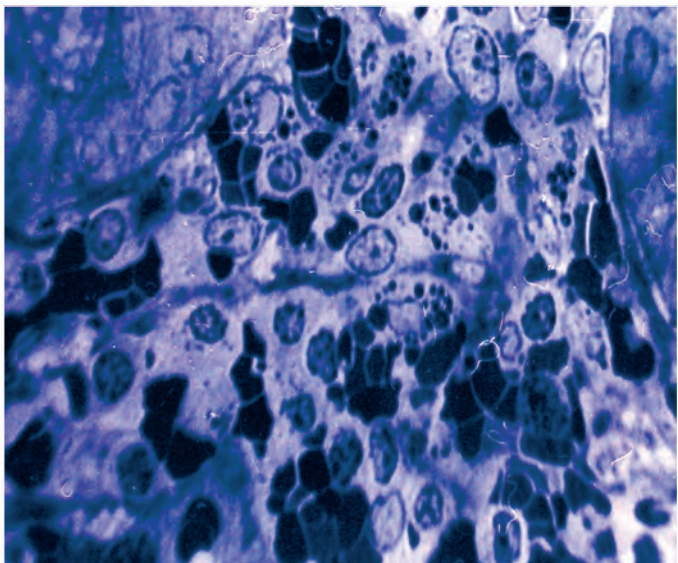


Рис. 4. Активированные макрофаги с плотными включениями в цитоплазме. Повышенная адгезия макрофагов, плазматических клеток, лимфоцитов и экстравазальных эритроцитов (здесь и далее — полутонкий срез, окрашивание толуидиновым синим). Ув. 240.

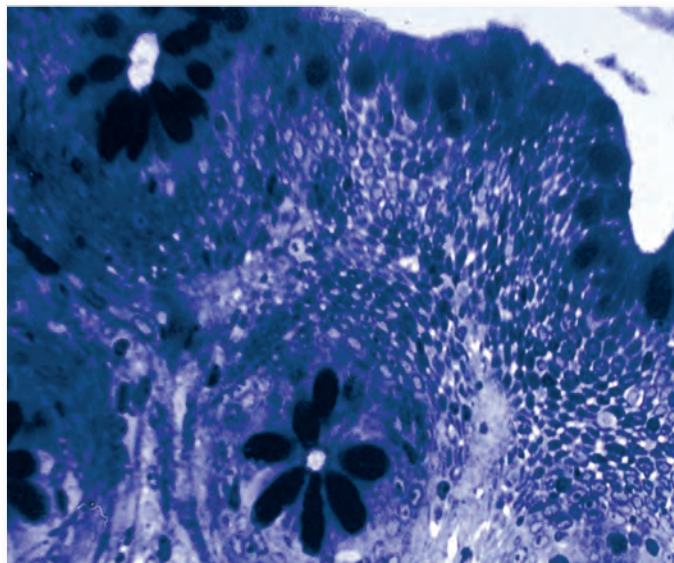


Рис. 5. Проплиферация эпителиа слизистой оболочки сигмовидной кишки вблизи дивертикула: — многоклеточный массив низкодифференцированных эпителиоцитов, выходящих из верхних отделов крипт. Ув. 240.

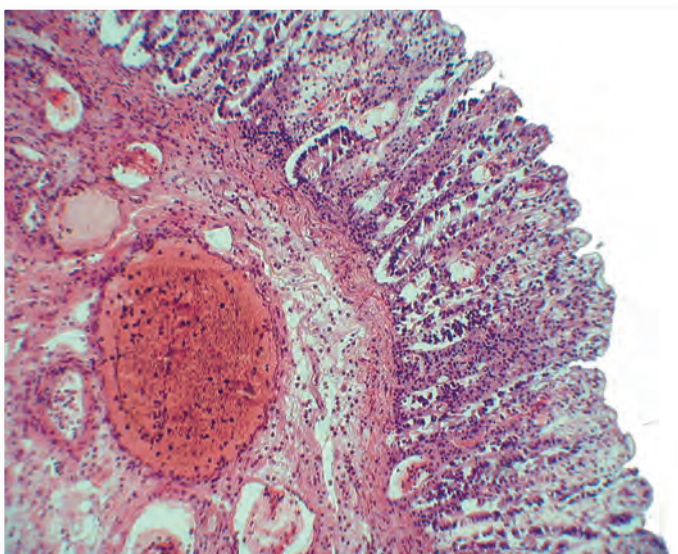


Рис. 6. Дистрофия и некробиоз клеток поверхностного эпителиа, дилатация сосудов, стаз крови в капиллярах и эритроцитарные экстравазаты. Отек собственной пластинки. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 300 (Наблюдение С. Г. Хомерики.).