

УДК 616.345-007.64-085

## Дивертикулярная болезнь толстой кишки: терапевтические аспекты проблемы

Т.А. Цапьяк, И.В. Булгакова

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, дивертикулит, осложнения дивертикулита

**Д**ивертикулярная болезнь (ДБ) - заболевание, характеризующееся наличием выпячиваний (дивертикул) в стенке толстой кишки. Клиническими проявлениями, обусловленными наличием дивертикулеза, включая воспаление (дивертикулит) и его осложнениями являются абсцесс, перфорация дивертикула, свищи, перитонит, а также кровотечения.

### Клинические формы дивертикулярной болезни

<p>Дивертикулез - это анатомический диагноз, который описывает наличие одного или более дивертикулов.</p> <p>Симптоматическая дивертикулярная болезнь, также известная как симптоматический дивертикулез, характеризуется неспецифическими атаками абдоминальных болей в отсутствие воспалительного процесса.</p> <p>Дивертикулит характеризуется острой постоянной абдоминальной болью, чаще всего локализующейся в левом нижнем квадранте живота</p> <p>Дивертикулярное кровотечение является возможным осложнением дивертикулеза и одной из наиболее частых причин большинства нижних гастроинтестинальных кровотечений</p>
--

Табл.1

осложнения: абсцесс, перфорацию дивертикула, свищи, перитонит, а также кровотечения.

Дивертикул - мешочкообразное выпячивание слизистой оболочки кишки через ее мышечный слой. Этим термином впервые в 1698г. Ruysch обозначил мешковидное выпячивание в стенке подвздошной кишки. Первая работа о дивертикулах толстой кишки у человека была опубликована Morgagni в 1769г., а клиническую картину дивертикулита описал Virchow в 1853г. Выпячивание возникает в слабых

местах кишечной стенки, где кровеносные сосуды проходят через нее. Обычно дивертикул имеет размеры в 5-10 мм. В реальности дивертикулы являются псевдодивертикулами, так как они состо-

### Дивертикулярная болезнь включает в себя:

- ✓ Дивертикулез- наличие дивертикулов в кишке
- ✓ Дивертикулит- воспаление дивертикула
- ✓ Дивертикулярное кровотечение

Термин «дивертикулез», который часто трактуется в качестве клинического диа-

гноза, не является гической полу: в категории пациентов младше 50 лет, а описываются наличие од- или более икулов, яв- ляются с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (триада Сейнта):

Частота дивертикулярной болезни толстой кишки достигает 20% в популяции. Наибольшая распространенность ДБ наблюдается среди пациентов старше 80 лет – до 65%. Каждый третий пациент с ДБ в возрасте от 60 до 80 лет, на возраст моложе 60 лет приходится не более 5% всех случаев. Частота встречаемости так же имеет различное распределение по полу: в категории пациентов младше 50 лет чаще болеют мужчины, женщины доминируют в возрастной категории старше 70 лет.

Описано частое сочетание дивертикулярной болезни с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (триада Сейнта):

- ✓ дивертикулез;
- ✓ грыжа пищеводного отверстия и диафрагмы;
- ✓ желчнокаменная болезнь.

Несмотря на редкую (2-5%) встречаемость у пациентов моложе 40 лет, течения заболевания характеризуется рецидивирующим характером и высоким риском

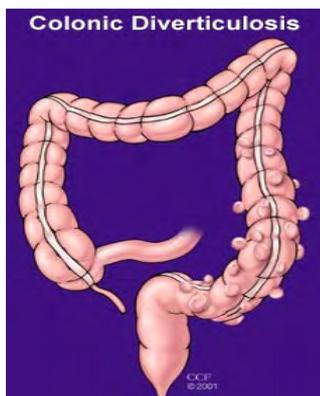


Рис. 1

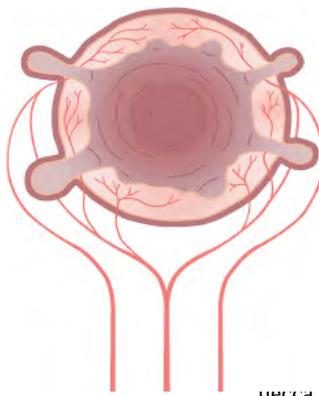


Рис. 2

осложнений. ДБ у молодых чаще наблюдается среди мужчин с ожирением, которое оказывается главным фактором риска (84-96%). У молодых пациентов после единичного эпизода дивертикулита обособленной рекомендацией будет оперативное лечение

Ведущим этиологическим фактором развития дивертикулов признано недостаточное потребление пищевых волокон. Дефицит растительной клетчатки в пище должен иметь место по крайней мере в течение 30 лет.

Современная теория о пищевых волокнах, как факторе защиты против образования дивертикулов и сопутствующего дивертикулита, гласит: нерастворимые волокна вызывают образование более объемного стула, что уменьшает эффективность сегментации толстой кишки, вследствие чего внутрикишечное давление остается близким к нормальным показателям во время перистальтической деятельности. Низкое содержание пищевых волокон увеличивает сокращения и давление, вызывающие грыжеобразова-

алкоголя не увеличивает риск развития осложнений.

Дивертикулит представляет собой спектр воспалительных изменений от субклинического локального воспаления до развития перитонита и перфорации в

свободную брюшную полость. В 70% случаев дивертикулит клинически манифестируется интенсивной упорной абдоминальной болью локализующейся, в основном, в левой подвздошной области, наблюдающейся в течение нескольких дней. Каждый второй пациент отмечает наличие запоров, в 25-35% случаев отмечается диарея. В 10-15% случаев клинические проявления дивертикулита могут реализоваться мочевыми симптомами. Дивертикулит характеризует сочетание абдоминальной боли с признаками воспаления, однако, 45-60 % пациентов могут иметь нормальный

Спектр дифференциально-диагностических нозологий

Острый аппендицит	Овариальная киста, абсцесс или новообразование
Колоректальный рак	Перекрут яичника
Осложненная язвенная болезнь	Заболевания поджелудочной железы
Болезнь Крона	Перитонит
Цистит	Воспалительные заболевания почечной лоханки
Эктопическая беременность	Псевдомембранозный колит
Заболевания ЖВП	Заболевания почек
Ишемический колит	Обструкция тонкого кишечника
Ущемленная грыжа	
Инфаркт кишечника	
Неспецифический язвенный колит	

гемостатическая и инфузионная терапия) оказывается успешной в 80% случаев, но у каждого третьего пациента будет наблюдаться рецидив в разные периоды. При неэффективности гемостатических мероприятий методом выбора является оперативное лечение с удалением сегмента ободочной кишки с кровотокающим сосудом.

Наиболее частыми осложнениями дивертикулита являются кишечные свищи (Табл. 3), внутрибрюшные абсцессы, кишечная непроходимость, перитонит вследствие перфорации кишки.

Абсцесс или перидивертикулярное воспаление обусловленное повреждением микроциркуляции слизистой с выходом содержимого в кишечник или брюшную полость проявляется болями в той же области, лихорадкой, специфическими нарушениями стула. Также могут поражаться соседние органы, например: сальник, тонкий кишечник, желчный пузырь, матка, фаллопиевы трубы. Инфекция может распространяться с образованием фистул и обструкции.

Учитывая описанные выше клинические особенности ДБ, диагноз, поставленный исключительно на основе клинических данных будет неверным в 33% случаев.

Сравнительная значимость визуальных методов обследования при различных клинических ситуациях представляется следующим образом:

1. Обзорная рентгенография брюшной полости может выявить патологию в 30-50% случаев дивертикулита. Наиболее частые находки включают: дилатацию тонкой и толстой кишки или признаки кишечной непроходимости, уплотнение мягких тканей (подозрение на абсцесс)
2. Рентген грудной/ брюшной полости: у 11% пациентов с острым дивертикулитом может быть виден пневмоперитонит

Возможная локализация свищей

локализация	частота встречаемости
пузырнокишечные	50%
толстотонкокишечные	50%
чрезкожные	6%
коловагинальные	редко
колосальпингеальные	редко
колоколические (вдоль кишечной стенки)	редко
маточнокишечные	?
кологастральные	?
коло-аппендикулярные	очень редко
толстокишечно-копчиковые (псоас-абсцесс)	?
толстокишечно-портальные	?
комбинированные	?

Табл. 3

ние

Нет доказательств связи между частотой развития дивертикулов и курением, злоупотреблением кофе и алкоголя. Однако увеличение риска развития ДБ связано с диетой, содержащей большое количество красного мяса и жира. Этот риск может быть уменьшен введением большого количества пищевых волокон, особенно содержащихся в целлюлозе.

Наиболее часто наблюдаются сочетанные поражения разных отделов толстой кишки включая сигму – до 95%, изолированное поражение сигмовидной кишки в 65% случаев, все отделы толстой кишки поражается с частотой не превышающей 7%.

Дивертикулез толстой кишки в 70% случаев остается бессимптомным и чаще всего является случайной находкой при обследовании. Дивертикулит развивается в 15-25% случаев. Увеличение риска осложнений связано с курением, приемом НПВП и ацетаминофена, ожирением и диетой с низким содержанием пищевых волокон. Употребление кофе и

зом периодически отмечают выделение крови с калом. Однако, в 15% случаев течение дивертикулярной болезни осложняется кровотечением. 50% всех случаев массивных толстокишечных кровотечений приходится на дивертикулярные. Причиной таких кровотечений являются повреждения мелких сосудов в следствии их растяжения или разрывы сосудов расположенных вблизи дивертикула. Клинически это осложнение проявляется внезапным болезненным позывом на дефекацию, темным или красным стулом, чаще стула большое количество с тенденцией к спонтанному окончанию акта дефекации. Стул у таких больных принимают характеризовать как «малиновое желе». Консервативные мероприятия (по-



Рис. 3



Рис. 4

неум.

3. Компьютерная томография (КТ) брюшной полости имеет преимущество в изучении как кишечника так и брыжейки с чувствительностью 69-98% и специфичностью 75-100%. При использовании контрастирования толстой кишки обладает достоверностью подобной ирригоскопии. Воспаление и отек кишечной стенки, формирование абсцесса и даже внутренние кишечные свищи в 63-95% случаев выявляются с помощью этого неинвазивного исследования. Симптомы острого дивертикулита, выявляемые при КТ, включают: утолщение стенки кишки, наличие прослоек жировой ткани в брыжейке, сопутствующий абсцесс.

4. Ирригоскопия и колоноскопия при подозрении на острый дивертикулит должны выполняться с чрезвычайной осторожностью, возможны разрывы перидивертикулярных абсцессов, развитие химического перитонита вследствие попадания бариевой взвеси в брюшную полость. Вместе с тем, после купирования воспалительных явлений всем больным эти исследования необходимо выполнить для точной клинической оценки заболевания. Различают три типа морфофункциональных изменений, выявляемых рентгенологически при ДБ.

**Первый тип** — просвет кишки 3,5-4,0 см, гипертонус не выражен, межаустральные складки сглажены, эластичность стенки сохранена.

**Второй тип** — просвет 2,5—3,5 см, гаустральный рисунок деформирован, высокие межаустральные складки, эластичность сохранена.

**Третий тип** — просвет менее 2,5 см, стойкий гипертонус, гаустрация хаотичная, пилообразный контур, эластичность снижена, кишка фиксирована. Это наименее благоприятный в прогностическом отношении тип.

5. Достаточно информативным методом выявления дивертикулеза является колоноскопия, которая позволяет уточнить не только наличие, но и протяженность воспалительных изменений в просвете кишки, расположение дивертикулов и состояние их слизистой оболочки.

6. Ультразвуковое исследование брюшной полости и органов малого таза при условии его выполнения опытным сонологом также является высокоинформативным методом исследования с чув-

ствительностью и специфичностью 80% и 84% соответственно. При этом у пациентов выявляется утолщение стенки кишки, воспаление окологидротической клетчатки, внутрстеночные и внекишечные инфильтративные образования и, особенно, внутрстеночные свищи.

В отношении пациентов с диагностированной ДБ применимы различные стратегии лечения в зависимости от формы и наличия осложнений.

Дивертикулез толстой кишки, случайно обнаруженный при обследовании, не требует специальной терапии. Пациенту необходимо указать на вероятность появления симптомов и осложнений. С целью их профилактики рекомендовать мероприятия по нормализации стула, чаще это коррекция запоров. При наличии симптоматической ДБ (пациенты с умеренными абдоминальными болями / напряжением и отсутствием системных проявлений) лечение проводится в амбулаторных условиях с назначением диеты, обогащенной пищевыми волокнами (за исключением очень грубой клетчатки). Принципиально важным для этой категории пациентов является контроль синдрома избыточного бактериального роста. В комплексной терапии показано назначение антибактериальных препаратов (амоксциллин/клавулановая кислота, метронидазол) в течение 7-14 дней. При отсутствии положительного эффекта в течение 72 часов тактически оправдано проведение лапароскопии.

Показанием для госпитализации являются следующие клинические ситуации:

- ✓ острый или обострение хронического дивертикулита
- ✓ выраженная интоксикация
- ✓ возраст старше 85 лет
- ✓ высокая лихорадка
- ✓ симптомы раздражения брюшины
- ✓ лейкоцитоз более  $15 \times 10^9/\text{л}$
- ✓ наличие у пациента иммуносупрессии, в том числе и ятрогенной (прием глюкокортикоидов, цитостатиков)

Лечение в стационаре проводится внутривенными инфузиями антибиотиков, дезинтоксикационной и анальгезирующей терапией. Антибиотики можно изменить на пероральную форму, если у пациента в течение 24-48 часов была нор-

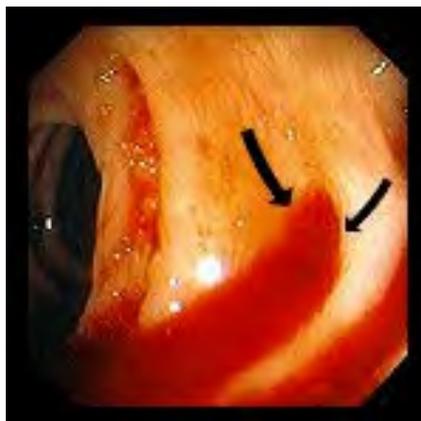


Рис. 5

мальная температура с тенденцией к снижению лейкоцитоза.

В случае отсутствия улучшения подготавливают развитие флегмоны или абсцесса.

15-30% пациентов, поступивших для проведения лечения дивертикулита, требуют проведения хирургического лечения уже при поступлении, уровень смертности при этом составляет 18%.

В целом, показания к оперативному лечению можно разделить на абсолютные и относительные. К абсолютным показаниям относятся: перфорация, массивное кровотечение, неэффективность консервативной терапии дивертикулита (нарастание интоксикации, абсцедирование инфильтрата), кишечная непроходимость. Относительные показания к операции: периодически возникающие кишечные кровотечения, хронически рецидивирующий дивертикулит, свищи ободочной кишки, инфильтрат, отсутствие эффекта при консервативном лечении клинически выраженной ДБ.

Принципиально важным в профилактике повторных атак дивертикулита и развития осложнений является назначение монотерапии или комбинации рифаксимина 400 мг х 2 р/д и/или месалазина 400-800 мг х 2 р/д в течение 10 дней каждого месяца.

## Литература

1. T. Murphy, RH Hunt, M.Fried, J.H. Krabshuis Practice guideline. *Diagnosis and management of Diverticular Disease of the Colon in Adults*
2. Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В.Т. Пивашкина, Т.А. Лапиной. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2008. — С.450-459

## Дивертикулярна хвороба товстої кишки: терапевтичні аспекти проблеми

Т.А. Цап'як, І.В. Булгакова

У статті відображені сучасні епідеміологічні дані, та можливості діагностики дивертикулярної хвороби товстої кишки, а також алгоритми ведення пацієнтів в залежності від клінічної форми.

## Diverticular disease of the colon: therapeutic aspects

T. Tsapyak, I. Bulgakova

The modern epidemiologic data, possibility of diagnostics of diverticular disease of colon and algorithms of management of patients depending on clinical form are described in the article.