

Дивертикулярная болезнь толстой кишки

Белорусский государственный медицинский университет

Под дивертикулами (лат. *diverticulum* – дословно “ответвление”, “дорога в сторону”) понимают мешковидные выпячивания всех слоев стенки толстой кишки (истинные дивертикулы) или только слизистой оболочки и подслизистого слоя через дефект мышечного слоя (ложные дивертикулы или псевдодивертикулы). Дивертикулы толстой кишки в подавляющем большинстве случаев являются ложными. Кроме того, ложные дивертикулы могут быть полными, когда выпячивание слизистого слоя происходит через всю стенку кишки, и неполными, когда оно не выходит за пределы мышечного слоя. По механизму развития дивертикулы толстой кишки подразделяют на пульсионные, обусловленные давлением изнутри на стенку кишечника (они диагностируются чаще всего) и тракционные, которые возникают при спаечном процессе в результате тяги за стенку кишечника извне (2,6).

Частота. Распространенность дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК, дивертикулеза) в популяции в разных возрастных группах неодинакова. Так, в возрасте до 30 лет дивертикулы толстой кишки встречаются менее чем в 1% случаев, к 40-летнему возрасту повышаются до 5%, а к 60-летнему – до 30%. У лиц старше 80 лет ДБТК обнаруживается в 65% случаев. Причем у 80% пациентов дивертикулы располагаются только в сигмовидной ободочной кишке, у 90% – в левых отделах толстой кишки (включая сигмовидную). Вся толстая кишка поражается редко (~ у 5% больных). Локализация дивертикул в правой половине толстой кишки у жителей европейских стран встречается лишь в 4% случаев (3, 6).

Этиология. Дивертикулы являются проявлением различных патологических состояний, среди которых ведущее значение имеют дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки, дискоординация ее моторики, врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани, сосудистые изменения в стенке кишки. Дистрофия мышечного аппарата кишки возникает, в частности, у лиц пожилого возраста как проявление общих дегенеративных процессов, развития атеросклероза с ишемическими нарушениями. Кроме того, часть больных имеют врожденную слабость соединительной ткани, связанную с нарушением синтеза коллагена, что проявляется в образовании грыжевых выпячиваний брюшной стенки, диафрагмы и т.д. (2, 3, 4). В появлении дивертикулов у лиц средней возрастной группы важную роль играет дискоординация моторики ободочной кишки.

В развитии ДБТК важная роль принадлежит изменению характера питания и образа жизни людей за последние 100 лет в индустриальных странах с недостаточным содержанием балластных веществ (пищевых волокон). Этим, в частности объясняют низкую распространенность ДБТК в странах Африки, население которых потребляет значительное количество пищевых волокон, и более низкую частоту ДБТК у вегетарианцев (1, 2). Роль указанного этиологического фактора подтверждается и экспериментальными данными –

повышением частоты образования дивертикулов толстой кишки у крыс и кроликов при кормлении их пищей, бедной пищевыми волокнами (6, 7).

Таким образом, ДБТК является полиэтиологическим заболеванием, в развитии которого играют роль как местные, так и системные факторы, в результате действия которых кишечная стенка приобретает характерные изменения (3).

Патогенез. Современные представления о развитии ДБТК включают в себя спазм толстой кишки, особенно левых ее отделов, избыточное внутрикишечное давление, которое приводит к расхождению мышечных волокон и образованию дивертикулов даже при отсутствии исходной дистрофии мышечного слоя, а также сосудистый фактор – при спазме мышечного слоя происходит сдавление внутрисстеночных сосудов с нарушением микроциркуляции (наступает ишемия и замедление венозного оттока). Все вышеизложенное приводит к дистрофическим изменениям и расширению окоლოსудистых пространств, которые впоследствии становятся устьем дивертикулов (3,7).

Дивертикулы образуются в тех участках стенки кишечника («сосудистые каналы»), через которые проходят кровеносные сосуды и которые – при повышении внутрикишечного давления – начинают играть роль «слабого звена». Меньший диаметр сигмовидной ободочной кишки и более высокое внутрикишечное давление в ее просвете объясняют преимущественную локализацию дивертикулов именно в этом участке (5, 6). Протективное действие растительных волокон заключается в том, что увеличивается объем пищевого содержимого в просвете толстой кишки, они уменьшают ее гиперсегментацию, что приводит к снижению внутрикишечного давления.

Таким образом, дивертикулы – это конечное проявление болезни кишечной стенки, разволокнения циркулярного мышечного слоя, атрофии и расширения его в «слабых» местах (в зоне перфорантных сосудов).

Классификация. В странах СНГ принята клиническая классификация ДБТК, которая позволяет оценить состояние, прогноз, а главное выбрать правильную индивидуальную лечебную тактику (3, 5).

1. Бессимптомный дивертикулез
2. Дивертикулез с клиническими проявлениями.
3. Осложненный дивертикулез:
 - а) дивертикулит;
 - б) околокишечный инфильтрат;
 - в) перфорация дивертикула;
 - г) кишечный свищ;
 - д) кишечное кровотечение.

Клиническая картина. В зависимости от формы ДБТК наблюдаются самые различные клинические проявления и кишечные симптомы.

Бессимптомный дивертикулез толстой кишки относится к наиболее частым клиническим формам ДБТК, встречается у 75% больных, протекает без каких-либо проявлений и выявляется случайно при обследовании кишечника по различным другим поводам.

Дивертикулез с клиническими проявлениями сопровождается схваткообразными болями в левой подвздошной области – в проекции сигмовидной кишки и носит спастический характер, усиливаясь по мере наполнения толстой кишки каловыми массами. После дефекации болевой синдром обычно уменьшается. Часть больных

отмечают в период между этими спазмами ноющую боль в этих отделах, метеоризм, чувство неполного опорожнения кишки, неустойчивый стул с наклоном к запорам или с чередованием запоров и диареи. Механизм возникновения указанных жалоб связан, главным образом, с расстройствами моторики толстой кишки, обусловленными имеющимися дивертикулами (3,7).

Течение ДБТК не всегда безобидно, как представляется большинству врачей. Частые приступы боли в животе, постоянные нарушения дефекации иногда приводят этих больных к постепенной потере трудоспособности. Они становятся постоянными пациентами гастроэнтерологических или колопроктологических кабинетов, где их пытаются лечить с помощью самых разнообразных средств.

Осложненный дивертикулез. Клиническая симптоматика значительно изменяется при развитии осложнений ДБТК.

Дивертикулит (воспаление дивертикула) является наиболее частым осложнением ДБТК и встречается примерно у 20% больных с дивертикулезом толстой кишки. Его возникновению способствует задержка в дивертикуле калловых масс (копростаз) с последующим формированием копролитов, повреждающих его слизистую оболочку. Проникновение в поврежденную кишечную стенку бактерий приводит к развитию воспаления. За счет гиперемии и отека дивертикул с участком прилегающей стенки увеличивается в размере, серозная оболочка кишки покрывается фибрином, причем воспалительные изменения могут быть выражены настолько, что уменьшается внутренний просвет пораженного сегмента толстой кишки, нарушается пассаж кишечного содержимого.

Дивертикулит сопровождается постоянной болью в животе, субфебрильной лихорадкой, тахикардией, напряжением мышц брюшной стенки при пальпации живота, лейкоцитозом, увеличением СОЭ (3,4).

Присоединение к очагу воспаления брыжейки сигмовидной кишки, большого сальника, окружающих органов формирует околокишечный инфильтрат, который пальпируется в виде воспалительной опухоли левой половины живота. На их формирование указывает, в частности, стойкая фебрильная лихорадка, сохраняющаяся несмотря на проводимую антибиотикотерапию. На фоне инфильтрата происходит сужение кишки, что приводит к задержке стула, появляются вздутие живота, тошнота, рвота. Необходима срочная консультация хирурга.

Перфорация дивертикула в свободную брюшную полость ведет к развитию перитонита с соответствующей клинической картиной.

Прикрытые перфорации могут приводить к образованию кишечных свищей. Чаще (в 65% случаев) наблюдаются кишечно-пузырные свищи, протекающие с характерными симптомами в виде пневматурии и фекалурии, реже – кишечно-влагалищные и кишечно-кожные (3, 4, 6).

У 20% больных с ДБТК могут развиваться кишечные кровотечения, которые, к счастью, лишь в редких случаях бывают профузными и у 70-80% пациентов останавливаются самостоятельно. Возможно формирование кишечной непроходимости. Это наблюдается при частых болевых обострениях, которые приводят к образованию стриктур, спаек, инфильтратов, крупных дивертикулов (1, 3).

ДБТК у лиц со сниженным иммунитетом (у лиц, страдающих тяжелыми инфекционными заболеваниями, сахарным диабетом, почечной

недостаточностью, циррозом печени, злокачественными новообразованиями, у пациентов, получающих химиотерапевтические препараты и иммуносупрессивную терапию, в том числе кортикостероиды) характеризуется малосимптомностью клинических проявлений и склонностью к осложненному течению заболевания (в первую очередь к перфорациям), что определяет частую необходимость хирургического лечения и высокую послеоперационную летальность (6,7).

Диагностика. Тщательный опрос пациента позволяет получить важную информацию о возможности ДБТК. Учитывают жалобы на дискомфорт в животе, спастическую боль и периодическую задержку стула, а также наличие в анамнезе эпизодов лихорадки, связанных с интенсивным болевым синдромом в левой подвздошной области. Пальпация живота позволяет выявлять болезненные зоны. Обычно это левая подвздошная область. При нарастании явлений кишечной непроходимости можно обнаружить вздутие, асимметрию живота. Однако методом выбора в диагностике неосложненного дивертикулеза является ирригоскопия с двойным контрастированием. Дивертикулы выглядят при этом в виде выпячиваний округлой или пальцевидной формы, соединенных перешейком с просветом толстой кишки. Обращают внимание на длительность задержки бария в просвете дивертикула, неровность контуров и деформацию последнего, стенозирование перешейка, стойкий мышечный спазм с подчеркнутой гаустрацией соответствующего участка толстой кишки и сужением его просвета (3,6). При клинических и лабораторных данных за наличие острого дивертикулита ирригоскопию проводят только после предварительной обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости, способной исключить признаки перфорации дивертикула. Ирригоскопия позволяет выявить сужение просвета сигмовидной кишки в случае образования инфильтрата, а также заполнить контрастом свищевые ходы (фистулография).

При отсутствии явлений острого дивертикулита может быть проведена колоноскопия. При проведении колоноскопии сами дивертикулы не определяются, но хорошо видны их соустья. Обычно они не изменены. Если же устья деформированы, слизистая вокруг них отечна, гиперемирована, то это свидетельствует о воспалении (дивертикулите). Колоноскопия остается незаменимым исследованием для выяснения локализации дивертикулярного кровотечения (1,2). Необходимо помнить, что колоноскопия на фоне дивертикулита может привести к перфорации ободочной кишки и должна применяться с учетом клиники и данных ирригоскопии.

Ультразвуковое исследование и компьютерная томография позволяют обнаружить утолщение стенки дивертикула (как признак дивертикулита), формирование дивертикулярных абсцессов и свищей, признаки развивающегося перитонита (6).

Лечение. В зависимости от особенностей этиологии, патогенеза и стадии заболевания выбирают соответствующие подходы к лечению ДБТК.

Пациенты с бессимптомным дивертикулезом, случайно обнаруженным при обследовании, не требуют специальной терапии. В таких случаях рекомендуют принимать с пищей достаточное количество растительных волокон. Необходимо указать пациенту на наличие у него риска возникновения осложнений заболевания. Профилактикой в этом случае можно считать регуляцию стула во

избежание запора прежде всего с помощью диеты, а при склонности к запору прибегать к слабительным средствам (2,3).

Больным с клинически манифестными формами неосложненного дивертикулеза также рекомендуется диета с высоким содержанием растительных волокон (хлеб с отрубями, морковь, салат, свекла, капуста, редька, яблоки, сливы и др.), прием отрубей до 15-25 г. в сутки, а при плохой их переносимости – растительные препараты, связывающие воду и повышающие объем кишечного содержимого (псилиум, поликарбофил, метилцеллюлоза). При болях с симптоматической целью назначаются спазмолитики (мебеверин, дебридат, метиоспазмил, бускопан, но-шпа, платифиллин), при упорных запорах – лактулоза, регулакс, форлакс, мукофальк, ксилит, сорбит, при наличии диареи – лоперамид (имодиум). Лечение при этом проводится в амбулаторных условиях (5,6,8). Обязательным условием является полный отказ от употребления спиртных напитков и табака. Ограничивают прием копченостей, маринадов и грибов в любом виде.

Больные с острым или рецидивирующим дивертикулитом нуждаются в госпитализации. В первые дни рекомендуется голод и перевод на парентеральное питание. При неосложненных формах болезни проводится консервативное лечение, которое включает применение в течение 7-10 дней антибиотиков широкого спектра действия, влияющих, в частности, на грамотрицательные бактероиды, кишечную палочку, стрептококки, клостридии (метронидазол или клион, возможно в комбинации с фторхинолонами, амоксициллин с клавулановой кислотой, месалазин, рифаксимин, метациклин, ампициллин, котримоксазол). Отсутствие эффекта от антибиотикотерапии в течение 48-72 ч. свидетельствует о возможном развитии перидивертикулярного абсцесса и служит основанием для консультации хирурга (3, 7, 8).

К абсолютным показаниям к хирургическому лечению больных с ДБТК относятся перфорация с развитием абсцесса и/или перитонита, выраженное стенозирование толстой кишки с возникновением кишечной непроходимости, формирование свищей, профузное кровотечение (или его рецидив), сопровождающееся выраженными нарушениями гемодинамики и требующее значительного количества переливаемой крови (более 2000 мл).

Относительными показаниями служат отсутствие улучшения на фоне проводимой консервативной терапии, рецидивирующее течение острого дивертикулита (2 рецидива в течение года или 3 рецидива в течение двух лет), рецидивирующие кишечные кровотечения (3, 7).

Прогноз при неосложненном течении ДБТК достаточно благоприятный. У 15-30 % больных с острым дивертикулитом требуется хирургическое лечение (3, 7).

Литература

1. Валенкевич, Л. Н., Яхонтова, О. И. Болезни органов пищеварения. Руководство по гастроэнтерологии для врачей. СПб.: Изд-во ДЕАН, 2006. 656 с.
2. Логинов, А. С., Парфенов, А. И. Болезни кишечника. М.: 2000. С. 507 – 512.
3. Основы колопроктологии / под ред. Г. И. Воробьева. М.: Мед.информ. агенство, 2006. 432 с.
4. Семионкин, Е. И. Колопроктология. М.: Медпрактика, 2004.
5. Силивончик, Н. Н. Гастроэнтерология в таблицах для врача общей практики. Минск: Доктор Дизайн, 2006. 180 с.

6. Шептулин, А. А. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: клинические формы, диагностика, лечение // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол., колопроктол. 2006. № 5. С. 44 – 49.
7. Murphy, T., Hunt, R.H., Fried, M.D. Krabshuis, I.H. Diverticular disease. – WGO-OMGE Global Guide – lines. 2005. P. 44 – 49.
8. Tursi, A., Brandimatra, G., Daffina, R. Long-term treatment with mesalazine and rifaximin versus rifaximin alone for patients with recurrent attacks of acute diverticulitis of colon.//Digest. Liver Dis. 2002. V. 34. P. 510 – 515.

Репозиторий БГМУ