

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ КИШЕЧНИКА - АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

¹*Сухих Ж.Л., ¹Семененкова А.Н., ¹Банькова Е.М., ²Семеняко С.В.,
²Ридчинко Т.В., ²Бувака З.С., ²Кирейчук А.С., ²Храмков Е.А,
²Котельникова-Дель Ю.В.*

¹*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский
университет», г. Минск, Республика Беларусь*

²*Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница»,
г.Минск, Республика Беларусь*

Дивертикулярная болезнь толстого кишечника (ДБ) – обобщающий термин, включающий в себя такие понятия, как дивертикулез, симптоматическая неосложненная ДБ, симптоматическая осложненная ДБ и дивертикулярное кровотечение.

Дивертикул – это грыжевидное выпячивание стенки полого органа. По строению дивертикулы разделяют на истинные, в которых прослеживаются все слои полого органа, и ложные, в стенке которых отсутствует мышечный и подслизистый слои. Размеры и особенности строения дивертикулов колеблются в пределах от 1 мм до 150 мм, в среднем составляя 3-8 мм. На сегодняшний день установлено, что частота ДБ увеличивается с возрастом и варьирует от 10% у лиц младше 40 лет, до 50–60% у пациентов старше 80. При этом у 15% пациентов с ДБ возникают осложнения, требующие госпитализации. Среди причин госпитализаций доминируют: перфорация дивертикула – 31,5%, кровотечение – 20,5%, острый дивертикулит – 19,5%.

Вероятность перехода дивертикулеза в осложненную форму ДБ составляет 5–20%. При этом у 75% пациентов развивается острый дивертикулит, а у 25% – все другие осложнения. 30-дневная смертность при ДБ составляет 4,7%, в течение 1 года от осложнений умирают 9,8% пациентов. Заболевание очень редко встречается в сельских районах Африки и Азии, а наибольшая его частота наблюдается в США, Европе и Австралии. Burkitt и Painter обозначили дивертикулез как «болезнь дефицита», которая, как и цинга, может быть как спровоцирована, так и предупреждена соответствующими изменениями в диете. Мужчины и женщины поражаются одинаково часто. Последние публикации говорят о том, что ожирение является фактором риска развития рецидива дивертикулита из-за провоспалительного эффекта адипокинов и хемокинов. Проблема современной диагностики и выбора адекватной тактики лечения становится чрезвычайно актуальной не только для колопроктологов и хирургов, но и для гастроэнтерологов, терапевтов. Согласно МКБ-10 ДБ классифицируется как K57; K57.2 - ДБ толстой кишки с прободением и абсцессом; K57.3 - ДБ

толстой кишки без прободения и абсцесса. Используются следующие определения ДБ: дивертикул - мешочкообразное выпячивание слизистой оболочки кишки через ее мышечный слой; дивертикулез - наличие дивертикулов в кишке; дивертикулит - воспаление дивертикула. ДБ – это наличие дивертикулеза, дивертикулита или дивертикулярного кровотечения. Окончательно вопрос о классификации ДБ не решен. По мнению М.Д. Ардатской (2017) классификация ДБ обязательно должна включать: ДБ без клинических проявлений (бессимптомный дивертикулез); ДБ с клиническими проявлениями (неосложненная ДБ с симптомами), рецидивирующую; ДБ с острыми (в т.ч. острым неосложненным дивертикулитом) и хроническими осложнениями. В основе развития ДБ в отличие от дивертикулеза лежат воспалительные изменения в стенке дивертикулов. Задержка эвакуации содержимого из тела дивертикула через его узкую шейку приводит к образованию плотного комка, называемого фекалитом. При полном спазме шейки дивертикула в его теле развиваются процессы воспаления, а в просвете накапливается экссудат. Если в результате размягчения фекалита воспалительным экссудатом не происходит его эвакуация через шейку в просвет кишки, то развивается реактивное воспаление окружающих дивертикул тканей, а затем – пропитывание окружающих тканей воспалительным экссудатом. В зависимости от реактивных свойств организма и вирулентности инфекционного агента воспаление может варьировать от незначительного отека окружающей кишку жировой клетчатки до перфорации дивертикула с развитием перитонита.

Клиническими критериями ДБ являются абдоминальная боль, чаще в нижнем левом квадранте живота; лихорадка, положительные симптомы раздражения брюшины, пальпаторное определение абдоминальной массы (при осложнениях). ДБ может протекать с минимальными клиническими проявлениями, не привлекающими внимание пациентов (непостоянные боли в животе, вздутие, нерегулярный стул). Клинически выраженный неосложненный дивертикулез проявляется болевым синдромом различного характера и интенсивности, нарушением стула. Боль локализуется чаще в левой подвздошной области и в левом мезогастрии – в проекции сигмовидной кишки и носит спастический характер, усиливаясь по мере наполнения толстой кишки каловыми массами. После дефекации болевой синдром обычно уменьшается. Часть пациентов отмечает в период между этими спазмами тупую ноющую боль в тех же отделах. При пальпации живота можно не определить локализации болезненного очага, что свидетельствует об отсутствии органической причины болевого синдрома, который связан в этом случае с дискоординацией моторики кишки. Продолжительность болевого синдрома варьирует от нескольких дней и недель до постоянной боли в течение длительного времени. Нарушение стула обычно проявляется в виде запора. Кроме того, больные нередко жалуются на чувство неполного опорожнения кишки и вздутие живота. У части больных

наблюдается чередование запора и появления жидкого стула. С осложнениями дивертикулеза чаще сталкиваются хирурги при оказании экстренной помощи.

Дивертикулит – наиболее часто встречающееся осложнение ДБ. Воспалительные изменения могут быть выражены настолько, что уменьшается внутренний просвет пораженного сегмента толстой кишки, нарушается пассаж кишечного содержимого. Дивертикулит сопровождается появлением постоянной боли в животе, повышением температуры тела вплоть до субфебрильных значений. Присоединение к очагу воспаления брыжейки сигмовидной кишки, большого сальника, окружающих органов формирует околокишечный инфильтрат, который пальпируется в виде воспалительной опухоли левой половины живота. Воспалительная опухоль может располагаться в левой подвздошной области, над лобком, в проекции левого латерального канала и имитировать злокачественный процесс. Формирование абсцесса изменяет интенсивность и характер боли, отмечается усиление лихорадки, нередко приобретающей гектические размахи в вечерние часы. На фоне инфильтрата происходит сужение просвета кишки, что приводит к задержке стула, появляются вздутие живота, тошнота, рвота. Перфорация дивертикула в свободную брюшную полость ведет к развитию перитонита, а в брыжейку сигмовидной кишки – забрюшинной флегмоны. Если гнойник вскрывается на кожу брюшной стенки или близлежащий полый орган, то исходом нагноения являются внутренние и наружные свищи, соединяющие просвет ободочной кишки с кожей, мочевым пузырем, реже – тонкой кишкой или влагалищем. Свищи не имеют тенденции к самопроизвольному закрытию и требуют хирургического лечения. ДБ может осложняться как острой, так и хронической кишечной непроходимостью. Частота кишечной непроходимости, по данным разных авторов, колеблется от 4 до 40%. Причиной толстокишечной непроходимости могут быть воспалительный инфильтрат, сдавливающий кишку, спаечный процесс, приводящий к деформации кишки или ее брыжейки, в отдельных случаях – спазм гладкой мускулатуры. Дивертикулы являются наиболее частыми причинами толстокишечного кровотечения, на их долю приходится до 45% случаев всех кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Признаки выделения крови с калом присутствуют у 20-30% больных дивертикулезом, однако кишечное кровотечение при дивертикулезе редко носит профузный характер. При выраженной атрофии слизистой оболочки травматизация ее твердыми каловыми массами может привести к повреждению сосуда и потере значительного объема крови при дефекации и отдельно от каловых масс. Стул у таких пациентов принято характеризовать как «малиновое желе» – кровь свернулась, но процессы разложения еще не успели начаться. Особенно предрасположены к этому осложнению пациенты, получающие стероидные гормоны, НПВП или страдающие АГ, частыми гипертоническими кризами. У пожилых пациентов быстрая кровопотеря может приводить к

развитию гипотензии, у большинства же остальных кровопотеря является постепенной. У 70-80% пациентов дивертикулярное кровотечение носит самоограничивающийся характер и останавливается спонтанно. Однако примерно у 25% больных кровотечения имеют рецидивирующий характер. В большинстве случаев с помощью эндоскопических методов можно не только выявить кровотечение и уточнить его локализацию, но и провести гемостаз, например, путем местного применения сосудосуживающих препаратов или фибриновых клеев. Присутствие дивертикулов толстой кишки не должно рассматриваться как достаточное объяснение положительных результатов теста на скрытую кровь в стуле или железодефицитной анемии. Этим пациентам также проводится полное эндоскопическое исследование толстой кишки с целью исключения колоректального рака.

Основными целями терапии ДБ являются купирование симптомов, профилактика прогрессирования заболевания и развития осложнений. Всем пациентам с ДБ рекомендуется обогащение рациона пищевыми волокнами (25–30 г в день), регулярная физическая активность, снижение избыточной массы тела при ее наличии, а также отказ от курения.