

Дивертикулярная болезнь толстой кишки

В.Л.Ривкин

ЗАО «Центр эндохирургии и литотрипсии». 111123, Россия, Москва, ш. Энтузиастов, д. 62
rivkin@celt.ru

У пожилых людей при периодических не связанных с едой болях в животе и нарушениях стула (поносы/запоры) при рентгенографии толстой кишки и колоноскопии часто обнаруживают множественные выпячивания стенок толстой кишки – дивертикулы. Этот патологический синдром – дивертикулез, дивертикулярная болезнь толстой кишки – характеризуется периодическими болями в животе, расстройствами стула и в тяжелой форме – острыми воспалительными осложнениями, требующими неотложной хирургии.

Ключевые слова: толстая кишка, дивертикулы, дивертикулез.

Для цитирования: Ривкин В.Л. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Consilium Medicum. 2017; 19 (8.1. Гастроэнтерология): 42–44

SHORT SURVEY

Diverticular Disease of the Colon

V.L.Rivkin

The Center of Endosurgery and Lithotripsy. 111123, Russian Federation, Moscow, sh. Entuziastov, d. 62
rivkin@celt.ru

Abstract

In elderly patients with periodic not food-related abdominal pain and stool disorders (diarrhea/constipation) when radiography of the colon and colonoscopy often exhibit multiple protrusions of the walls of the colon – diverticula. This pathological syndrome – diverticulosis, diverticular disease of the colon is characterized by recurrent abdominal pain, disorders of stool and in severe form is acute inflammatory complications, requiring emergency surgery.

Key words: colon, diverticula, diverticulosis.

For citation: Rivkin V.L. Diverticular Disease of the Colon. Consilium Medicum. 2017; 19 (8.1. Gastroenterology): 42–44.

На приеме проктолога каждый 8–10-й пациент, чаще всего пожилые тучные женщины, жалуется на боли в левой половине живота и неустойчивый стул. В разное время суток и независимо от еды в брюшной полости, чаще в левой половине живота, возникают периодические коликообразные боли, совпадающие с повышенным газообразованием и расстройствами стула (поносы/запоры с преобладанием первых). Эта симптоматика чаще всего связана с поражением толстой кишки дивертикулами, «грыжами» кишечной стенки. При множественных дивертикулах возникает известный синдром – дивертикулярная болезнь (ДБ). К этиологическим причинам ДБ относят прежде всего запоры, при которых повышение внутрикишечного давления способствует формированию дивертикул. Запоры, в свою очередь, типичны для жителей индустриально развитых стран («болезнь цивилизации»), употребляющих в пищу рафинированные продукты, почти готовые к перевариванию в тонкой кишке, что уменьшает объем каловых масс в толстой кишке, уплотняет их, что и ведет к запорам. Если прежде ДБ считали казуистикой, то в наше время в индустриально развитых странах, особенно в Англии и США, дивертикулез приобретает чуть ли не эпидемический характер [1]. Известно [2], что у жителей Африки и Индии, употребляющих в пищу много грубой клетчатки (овощи, фрукты, травы), объем толстокишечных каловых масс вдвое выше, чем, к примеру, у англичан, и запоры у африканцев очень редки («стул, как паста из тьюбика») [3]. При запорах возникает своеобразная сегментация участков толстой кишки – временное закрытие ее отделов (чаще всего сигмовидной кишки) сверху и снизу спазмами мышц кишечной стенки, в этих отдельных сегментах нарастает внутрикишечное давление, что и приводит к формированию грыж стенок кишки. Кроме того, с возрастом снижается эластичность мышц стенок толстой кишки, нарастание в них фиброзной ткани.

При обследовании у больных хронической ДБ пальпация брюшной стенки слегка болезненна, особенно в зоне сигмовидной кишки, симптомов раздражения брюшины обычно нет, пальцевое ректальное исследование без особенностей или определяется геморрой, не имеющий отно-

шения к основному заболеванию. При первой же квалифицированной ирригоскопии в толстой кишке, чаще всего в левых отделах, обнаруживаются одиночные или множественные локальные выпячивания кишечной стенки – дивертикулы (от лат. diverticulum – отвлечение) размером от 0,5 до 1–1,5 см, заполняемые бариевой взвесью («бариевые пятна»). При колоноскопии на внутренних стенках ободочной кишки видны мелкие овальные «кратеры» – внутренние отверстия дивертикул, в зоне которых слизистая оболочка кишки не изменена. При лапароскопии видны сами выпячивания по наружному контуру ободочной кишки, компьютерная томография уточняет локализацию дивертикул и толщину кишечной стенки в этих зонах. При морфологических секционных исследованиях [4, 5] мелкие множественные дивертикулы относят к приобретенным, при которых за пределы кишечной стенки выпячивается только слизистая оболочка кишки, тогда как при очень редких одиночных врожденных крупных дивертикулах (дивертикул Ценкера в пищеводе и меккелев дивертикул подвздошной кишки) выпячиваются наружу все слои кишечной стенки. По морфологическим критериям выделяют спастический и атонический варианты толстокишечного дивертикулеза. В первом варианте анатомически превалируют мелкие воспаленные, а во втором крупные дивертикулы, в просвете которых часто обнаруживают каловые камни. ДБ – болезнь пожилых людей, с возрастом нарастают изменения соединительнотканного каркаса стенки толстой кишки, а именно гиперэластоз продольного мышечного слоя, что вызывает ригидность кишечных теней и также увеличивает сегментацию отделов ободочной кишки [6]. Более чем в 1/2 случаев дивертикулы локализуются в сигмовидной кишке («классическая» ДБ), очень редко во всей толстой кишке.

В большинстве случаев клинические проявления болезни минимальны: редкие небольшие кишечные кровотечения (принимаемые пожилыми больными чаще всего за геморрой), периодическое вздутие живота, расстройства стула и разнохарактерные, чаще коликообразные, не локализованные боли в животе. При обследовании живот безболезненный, пальцевое ректальное исследование без патологии (или с признаками возрастного геморроя). Ирри-

госкопия, колоноскопия и лапароскопия диагноз удостоверяют. Это первая наиболее частая форма ДБ – дивертикулез без выраженных клинических проявлений, выявляемый в основном при профилактических колоноскопиях, и некоторые проктологи [7] считают это просто вариантом строения толстой кишки. Наши данные [8] показывают, что клинически невыраженные дивертикулы толстой кишки обнаруживаются у 12–13% пациентов любых (не проктологических) терапевтических стационаров в возрасте старше 50 лет. Такая хроническая ДБ маскируется под многую другую патологию, чаще всего под хронические неинфекционные колиты, особенно под синдром раздраженного кишечника [9], и врач-терапевт должен помнить о ДБ и направлять таких больных на ирригоскопию и/или колоноскопию, что сразу выявляет дивертикулы и заодно является важнейшим методом выявления бессимптомных полипов толстой кишки, очень частых у пожилых людей. Более агрессивно, но также без острых хирургических осложнений болезнь протекает у молодых людей [10]. Вторая форма – острый дивертикулит с болями в животе, кишечными кровотечениями и признаками перитонита. Таких больных нередко оперируют по экстренным показаниям, с разными диагнозами, чаще всего «аппендицит, холецистит, кишечная непроходимость» и др.

Наш собственный многолетний опыт и данные других авторов [11, 12] позволяют схематизировать тактику лечения ДБ в зависимости от формы болезни. Случайно обнаруженный бессимптомный дивертикулез толстой кишки лечения не требует, необходимо провести колоноскопию, исследовать кал на скрытую кровь и дать советы о диете и профилактике запоров. В этом плане важно рекомендовать прием пищевых отрубей, в частности, препараты Cit-

rusel, Metamucil, Koncyl. Следует также предупредить пациента о возможности усиления болей в животе и расстройств стула, а также о необходимости в таких случаях предупредить врача о ранее выявленных дивертикулах. Такое консервативное амбулаторное ведение позволяет больным жить без особого дискомфорта в течение многих лет. Более сложно выбрать метод лечения при остро рецидивирующих формах ДБ. По некоторым данным [13], больные в возрасте до 50 лет должны быть сразу оперированы при второй острой атаке. На наш взгляд, дело не в числе острых приступов, а в их выраженности; операция во время обострения ДБ обычно затруднена из-за спаек в зоне аффекта, часто не диагностированных межкишечных свищей и трудностей в определении воспаленных дивертикул в зоне предполагаемой резекции. При вовремя диагностированной первой острой атаке (что имеет место не так часто, так как врачи бригад скорой помощи до сих пор редко учитывают эту патологию) в течение 5–7 дней следует проводить консервативную терапию: жидкая щадящая диета, капельное вливание глюкозы и электролитов под контролем кислотно-щелочного баланса, антибиотики широкого спектра (гентамицин, ампициллин, цефотоксин). В большинстве случаев такое лечение дает эффект: острый процесс купируется, и в дальнейшем проводится амбулаторное лечение с регулированием диеты и стула. При повторении таких острых приступов возникают показания к плановой лапароскопической резекции пораженного участка толстой кишки (чаще всего это сигма) с наложением толсто-толстокишечного анастомоза. При распространенном процессе, выраженном объемном воспалении резекцию и анастомоз лучше проводить с наложением временной проксимальной колостомы, которую

закрывают через 4–6 мес. При тяжелом остром приступе ДБ, возникающем, как правило, при перфорации дивертикула в брюшную полость, налицо типичная клиническая картина острого живота (как сказано ранее, трудноотличимая от таковой при остром перфоративном аппендиците или холецистите) со вздутием живота, напряжением брюшной стенки, симптомами раздражения брюшной полости, болезненными инфильтратами по ходу сигмовидной кишки, т.е. с картиной перитонита. Тактика в таких случаях индивидуальна, сводится к резекции пораженного отдела кишки с дренированием брюшной полости и, по выраженности процесса и опыту хирурга, к проксимальной колостомии или наложению анастомоза с колостомией.

Литература/References

1. Kratzer G. Office management of colon and rectal diseases. London, 1985.
2. Смит А. Дивертикулярная болезнь. В кн.: Гастроэнтерология. М.: Медицина, 1988; с. 209–34. / Smit A. Divertikuliarnaia bolezn'. V kn.: Gastroenterologiya. M.: Meditsina, 1988; s. 209–34. [in Russian]
3. Burkitt D et al. Effect of dietary fiber on stools and the transit time and role in the causation of disease. Lancet 1972; 2: 1408–12.
4. Орехов О.О., Капуллер Л.Л., Воробьев Г.И., Ачкасов С.И. Патоморфология дивертикулеза толстой кишки. Архив патологии. 1994, 3: 38–44. / Orekhov O.O., Kapuller L.L., Vorob'ev G.I., Achkasov S.I. Patomorfologiya divertikuleza tolstoi kishki. Arkhiv patologii. 1994, 3: 38–44. [in Russian]
5. Hughes LE. Post mortem survey of diverticular disease of the colon. GUT 1969; 10: 366.
6. Morson BS. The muscle abnormality in diverticular disease of the colon. GUT 1967; 8: 423–34.
7. Газетов Б.М. Дивертикулез толстой кишки. Хирургия. 1972; 5: 84–7. / Gazetov B.M. Divertikulez tolstoi kishki. Khirurgiya. 1972; 5: 84–7. [in Russian]
8. Ривкин В.Л. Основы и достижения колопроктологии. М.: Медпрактика, 2015. Гл. 12. / Rivkin V.L. Osnovy i dostizheniia koloproktologii. M.: Medpraktika, 2015. Gl. 12. [in Russian]
9. Белоусова Е.А. Синдром раздраженного кишечника. М., 2009. / Belousova E.A. Sindrom razdrzhenhogo kishchnika. M., 2009. [in Russian]
10. Pars T. Natural history of diverticular disease of the colon. Clin Gastroenterol 1975; 4: 53–7.
11. Тимербулатов В.М. Дивертикулез толстой кишки. Уфа, 2000. / Timerbulatov V.M. Divertikulez tolstoi kishki. Ufa, 2000. [in Russian]
12. Whiteway LE, Morson BS. Pathology of the ageing – diverticular disease. Clin Gastroenterol 1985; 4: 829–46.
13. Makela J et al. Natural history of diverticular disease. Disease Colon Rectum 1998; 12: 1523–8.
14. Ан В.К., Ривкин В.Л. Неотложная проктология. М., 2003. / An V.K., Rivkin V.L. Neotlozhnaia proktologiya. M., 2003. [in Russian]
15. Федоров В.Д., Воробьев Г.И. Дивертикулез толстой кишки. В кн.: Проктология. М.: Медицина, 1984; с. 252–64. / Fedorov V.D., Vorob'ev G.I. Divertikulez tolstoi kishki. V kn.: Proktologiya. M.: Meditsina, 1984; s. 252–64. [in Russian]