

Профессор И. И. Гончарик

ДИВЕРТИКУЛЕЗ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Белорусский государственный медицинский университет

Дивертикулёз ободочной кишки (ДОК) – это состояние, при котором в толстой кишке имеется хотя бы один дивертикул (грыжевидное выпячивание стенки кишки).

До XX в. ДОК и связанные с ними осложнения относились к области казуистики, и лишь в 1916 г. дивертикулёз впервые упоминается в англоязычной литературе. В 1930 г. в западных странах частота встречаемости ДОК, по данным аутопсий, колебалась в пределах 2–10%, а в 1969 г. уже составила 35–50%. На Западе приблизительно у 1/3 населения ДОК развивается к 50 годам жизни, у остальных 2/3 – к 80-летнему возрасту. В странах Азии и Африки заболевание встречается редко. Среди потомков иммигрантов из этих стран частота ДОК не отличается от таковой у коренных групп населения.

Вероятность перехода ДОК в состояние дивертикулярной болезни составляет 5–20%, при этом у 75% пациентов развивается острый дивертикулит, а у 25% – другие осложнения. Доля дивертикулярной болезни среди причин толстокишечных кровотечений колеблется от 20 до 40%. Наибольшее количество дивертикулов и высокая их плотность (до 95%) находятся в сигмовидной и нисходящей ободочных кишках.

Патогенез. Механизм развития ДОК до конца не ясен, однако известно, что дивертикулы возникают при снижении употребления клетчатки. К другим предрасполагающим факторам относят возраст пациентов. Уменьшение количества клетчатки в просвете толстой кишки сопряжено с уменьшением объема стула. Это приводит к увеличению внутрипросветного давления, которое, в свою очередь, может способствовать образованию дивертикулов. Каждый дивертикул возникает в результате выпячивания слизистой оболочки сквозь мышечный слой толстой кишки в ее наиболее слабых точках, которые, как правило, локализируются в местах проникновения артерий в кишечную стенку.

В основе развития дивертикулярной болезни, в отличие от ДОК, лежат воспалительные изменения в стенке дивертикулов. Задержка эвакуации содержимого из дивертикула через его узкую шейку приводит к накоплению воспалительного экссудата и реактивному воспалению окружающих дивертикул тканей. В зависимости от реактивных свойств организма и вирулентности инфекции воспаление может варьировать от незначительного отека окружающей кишку жировой клетчатки до пентрации (прикрытое прободение) в прилегающий орган с переходом процесса в хроническую форму и рецидивами дивертикулита или перфорации (прободение) дивертикула в брюшную полость с развитием перитонита.

Механизм возникновения кровотечения из дивертикула состоит в том, что при эвакуации фекалита через шейку в ее узкой части происходит повреждение рыхлой отечной слизистой оболочки. Именно в этом месте шейку дивертикула обвивают ветви кровеносных сосудов.

Классификация. Общепринятой классификации ДОК нет. Большинство специалистов придерживаются следующей иерархии:

- ✓ дивертикулёз ободочной кишки (бессимптомный);
- ✓ клинически выраженный дивертикулёз (при наличии клинической симптоматики);
- ✓ дивертикулярная болезнь (наличие воспалительного процесса, кровотечения, пентрации в прилегающие органы, развитие свищей; перфорации с разлитым перитонитом).

Клиническая картина. Дивертикулёзу как таковому свойственно бессимптомное течение.

Клинически выраженный дивертикулёз протекает с жалобами на периодические боли в животе, чаще в левых и нижних отделах. Выраженность болей варьирует от незначительной до интенсивной. Периодически возникают запоры и поносы, вздутие живота. Клиника схожа с таковой при синдроме раздраженной кишки. Более того, неизвестно, является ли клинически выраженный дивертикулёз самостоятельной формой заболевания или же так протекает синдром раздраженной кишки при наличии дивертикулов, отсутствии прямых или косвенных признаков воспаления, эпизодов осложнений в анамнезе. Диагностическая программа включает трансабдоминальное УЗИ, у женщин дополнительно трансвагинальное УЗИ, ирригоскопию и колоноскопию.

Воспалительные осложнения находятся в прямой зависимости от выраженности и распространенности воспалительного процесса.

Острый дивертикулит проявляется болями в левой подвздошной области. Они могут быть приступообразными или постоянными, умеренными либо выраженными, часто сопровождаются лихорадкой и лейкоцитозом. Пальпаторно определяется болезненный относительно подвижный сегмент сигмовидной кишки тестоватой или плотной консистенции.

При *паракишечном инфильтрате* (периколическая флегмона) клиническая симптоматика более выражена, что обусловлено большей интенсивностью и распространенностью воспалительного процесса. Пальпаторно обнаруживают не имеющее четких границ опухолевидное образование в брюшной полости или полости таза. Возможны умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки и слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. Постоянным признаком является лихорадка.

Перфоративный дивертикулит не имеет специфических особенностей, указывающих на дивертикулярную болезнь. Перфорация дивертикула в свободную брюшную полость с развитием калового перитонита имеет внезапное начало в виде острых интенсивных болей разлитого характера, интоксикации с присоединением

Трибуна преподавателя

симптомов раздражения брюшины и лихорадки. При нем снижен уровень натрия в крови (< 136 мкмоль/л), уровень С-реактивного белка повышен (> 50 мг/л).

Хронический дивертикулит характеризуется наличием опухолевого образования в брюшной полости, фиксированного к брюшной стенке или другим органам. При наружных свищах отверстие располагается на передней брюшной стенке. При внутренних свищах клиническая картина имеет стертый характер. При кишечно-мочепузырных свищах – выделение газов при мочеиспускании, мутный цвет мочи и примесь в ней кала, незначительные боли в нижних отделах живота без четкой локализации, недомогание и редкие подъемы температуры тела. В последующем боли ослабевают или же полностью исчезают, а температура тела нормализуется. Кишечно-генитальные свищи проявляются гнойно-каловыми выделениями из влагалища. При тонкокишечных и толстокишечных свищах наблюдаются умеренные периодические боли в животе, недомогание, субфебрильная лихорадка, иногда неустойчивый либо учащенный жидкий стул.

Кровотечение как осложнение ДОК проявляется выделением крови, которая может быть алого, темного цвета, со сгустками. Кровотечение может возникать на фоне общего благополучия. Первичное диагностическое мероприятие при этом – колоноскопия, при которой в устье одного из дивертикулов можно обнаружить либо кровоточащий сосуд, либо фиксированный к стенке ступок. Диагностическая эффективность колоноскопии составляет 70% при остром кровотечении. Дифференциальная диагностика требует исключения в качестве причины кровотечения опухоли или полипа толстой кишки, язвенного колита, болезни Крона, ишемического колита, инфекционного колита, ятрогенных причин (предшествующая биопсия или полипэктомия), геморроя.

Диагноз ДОК основывается на верификации дивертикула ободочной кишки. Применяют ирригоскопию; компьютерную томографию с внутривенным и внутрипросветным контрастированием; при свищах – фистулографию, цистографию, вагинографию, рентгенографию тонкой кишки; колоноскопию; УЗИ (трансбdomинальное, трансвагинальное, трансректальное).

Лечение. При клинически выраженном дивертикулезе рекомендуется диета с введением в рацион пшеничных отрубей в дозе 20–30 г/сут, микрокристаллической целлюлозы, препарата «Мукофальк». Возможно применение рифаксимины по 400 мг 2 раза в день в течение недели один раз в месяц на протяжении года. При запоре назначают слабительные средства.

Острые осложнения лечат хирурги как амбулаторно, так и в условиях стационара.

Профилактика как самого ДОК, так и перехода его в состояние дивертикулярной болезни одноступенчатая. Она включает преимущественное содержание в рационе растительной клетчатки в количестве не менее 25 г/сут, контроль частоты стула и консистенции кала, профилактику ожирения. Достоверно чаще ДОК и дивертикулярная болезнь развиваются у пациентов с ожирением и низкой физической активностью.

Небольшой риск развития осложнений ДОК отмечается в группах пациентов, принимающих нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикоиды и опиаты. Риск развития кровотечений высок при приеме антиагрегантов, нестероидных противовоспалительных средств и антикоагулянтов.

Использованная литература

1. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шельгина. – М., 2015. – 528 с.

Литература для работников со средним медицинским образованием, поступившая в Республиканскую научную медицинскую библиотеку

Авагимян, А. А. Возможности подготовки медицинских сестер к работе с паллиативными пациентами в высших учебных заведениях / А. А. Авагимян // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2015. – № 4. – С. 23–25.

Авраменко, Т. В. Острая дыхательная недостаточность. Принципы оказания неотложной медицинской помощи фельдшером/помощником участкового врача на догоспитальном этапе / Т. В. Авраменко // Медицинские новости. – 2016. – № 1. – С. 45–47.

Бабаева, С. В. Факторы и приемы, мотивирующие пациента к активному сотрудничеству с медработником в процессе профилактического консультирования / С. В. Бабаева, Я. В. Медик // Справочник фельдшера и акушера. – 2015. – № 12. – С. 45–53.

Баклушина, Е. К. Проблема реализации прав детей-пациентов средним медицинским персоналом / Е. К. Баклушина, И. А. Еремцова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2014. – № 9–10. – С. 15–18.

Бершадская, М. Б. Делопроизводство и документооборот в деятельности медсестры-руководителя / М. Б. Бершадская // Главная медицинская сестра. – 2016. – № 1. – С. 21–31.

Бородаев, В. А. Современные технологии дезинфекции для обеспечения эпидемиологической безопасности подразделений высокого риска / В. А. Бородаев // Главная медицинская сестра. – 2016. – № 1. – С. 56–57.

Выявление послеродовой депрессии у родильниц в условиях акушерского стационара. Роль сестринского персонала / А. В. Голенков [и др.] // Главная медицинская сестра. – 2015. – № 12. – С. 128–143.

Подготовила Н. Д. Гололоб, главный библиограф
отдела справочной и нормативно-правовой информации РНМБ