УДК 616.348-089-007.64+616.35+616.14-007.64+316.334.2/.3

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

© *Виталий Антонович Добренко[1], Юлия Александровна Фоминых[1, 2]*

[1] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.
197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8
[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

Контактная информация: Виталий Антонович Добренко — кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета. E-mail: dobrenko_va@mail.ru

Поступила: 05.03.2021 ***Одобрена: 30.04.2021*** ***Принята к печати: 21.06.2021***

РЕЗЮМЕ. Практические рекомендации предназначены для оптимизации тактики ведения пациентов с дивертикулярной болезнью с фокусом внимания на рациональную терапию и особенности применения различных групп препаратов для консервативного лечения данного заболевания, рекомендуются к использованию врачам, работающим в амбулаторном и стационарном звеньях здравоохранения Санкт-Петербурга, предназначены для врачей-терапевтов и всех специалистов, интересующихся вопросами клинической гастроэнтерологии. Настоящие практические рекомендации разработаны на основании утвержденных Рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки; утверждены Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга 26 октября 2020 г.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дивертикулярная болезнь; диагностика; лечение; практические рекомендации.

PRACTICAL RECOMMENDATIONS FOR THERAPISTS TO DIAGNOSE AND TREAT DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON

© *Vitaliy A. Dobrenko[1], Yuliya A. Fominykh[1, 2]*

[1] First Saint Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov.
197022, Saint-Petersburg, ul. Leo Tolstoy, 6-8
[2] Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

Contact information: Vitaliy A. Dobrenko — PhD, Associate Professor of Department of Internal Diseases of Dentistry Faculty. E-mail: dobrenko_va@mail.ru

Received: 05.03.2021 ***Revised: 30.04.2021*** ***Accepted: 21.06.2021***

SUMMARY. Practical recommendations are intended to optimize the tactics of managing patients with diverticular disease of the colon with a focus on rational therapy and the peculiarities of the use of various groups of drugs for the conservative treatment of this disease. They are recommended for use by doctors working in outpatient and inpatient health care in St. Petersburg and intended for general practitioners and all specialists interested in clinical gastroenterology. These practical recommendations were developed on the basis of "Diagnostics and treatment of diverticular disease of the colon: guidelines of the Russian gastroenterological Association and Russian Association of Coloproctology". These practical recommendations were approved by the Health Committee of the Government of St. Petersburg on October 26, 2020.

KEY WORDS: diverticular disease; diagnosis; treatment; practical recommendations.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Дивертикул (от лат. *diverticulum* — дорога в сторону) — врожденное или приобретенное слепо заканчивающееся выпячивание стенки полого органа. Наличие множественных дивертикулов стенки полого органа обозначают термином «дивертикулез». Дивертикулярная болезнь — это заболевание, характеризующееся наличием воспалительного процесса в одном или нескольких дивертикулах и его возможных осложнений — перфорации, кровотечения, свищеобразования и др.

КОД ПО МКБ-10

K57.2 Дивертикулярная болезнь толстой кишки с прободением и абсцессом

K57.3 Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса

K57.4 Дивертикулярная болезнь и тонкой, и толстой кишки с прободением и абсцессом

K57.5 Дивертикулярная болезнь и тонкой, и толстой кишки без прободения или абсцесса

K57.8 Дивертикулярная болезнь кишечника, неуточненной части, с прободением и абсцессом

K57.9 Дивертикулярная болезнь кишечника, неуточненной части, без прободения и абсцесса

ЭТИОЛОГИЯ

В этиопатогенезе формирования дивертикулов ключевую роль играет дефицит растительной клетчатки в рационе. Предрасполагающим фактором является изменение механических свойств соединительной ткани вследствие наследственных причин либо возрастных изменений [1, 2, 3].

ПАТОГЕНЕЗ

Дивертикулы подразделяются на врожденные и приобретенные. В истинных (врожденных) дивертикулах прослеживаются все слои полого органа, в ложных (приобретенных) отсутствует мышечный слой. Ниже представлен процесс формирования приобретенных дивертикулов.

Дефицит растительной клетчатки приводит к уменьшению объема и повышению плотности кишечного содержимого, что ведет к гипертрофии циркулярного слоя гладкой мускулатуры стенки кишки и инициирует нарушение двигательной активности кишки в виде большого количества хаотичных сегментирующих сокращений. Как следствие могут формироваться короткие замкнутые сегменты кишки («пузыри») с высоким внутрипросветным давлением, в которых и происходит пролапс слизистой оболочки через «слабые» участки кишечной стенки — места прохождения пенетрирующих сосудов. Если выпячивание вышло за пределы мышечной оболочки, то формируется полный экстрамуральный дивертикул, если не вышло — неполный (интрамуральный) (рис. 1).

Задержка эвакуации содержимого дивертикула через его узкую шейку ведет к образованию в его полости плотного комка, называемого фекалитом. Воспалительный процесс может быть вызван непосредственной травмой слизистой оболочки частицами пищи и кала, ишемией, вследствие перерастяжения дивертикула фекалитом или сдавливания питающих его сосудов, увеличением секреции его слизистой оболочки и чрезмерным ростом флоры в полости дивертикула.

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 или свища.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России используется следующая классификация состояний, связанных с дивертикулами ободочной кишки:

А. Дивертикулез ободочной кишки.

Б. Клинически выраженный дивертикулез.

В. Дивертикулярная болезнь.

Острые осложнения:

- острый дивертикулит;
- острый паракишечный инфильтрат;
- перфоративный дивертикулит (абсцесс, перитонит);
- толстокишечное кровотечение.

Хронические осложнения:

- хронический дивертикулит;
- стеноз;
- хронический паракишечный инфильтрат;
- свищи ободочной кишки;
- рецидивирующее толстокишечное кровотечение.

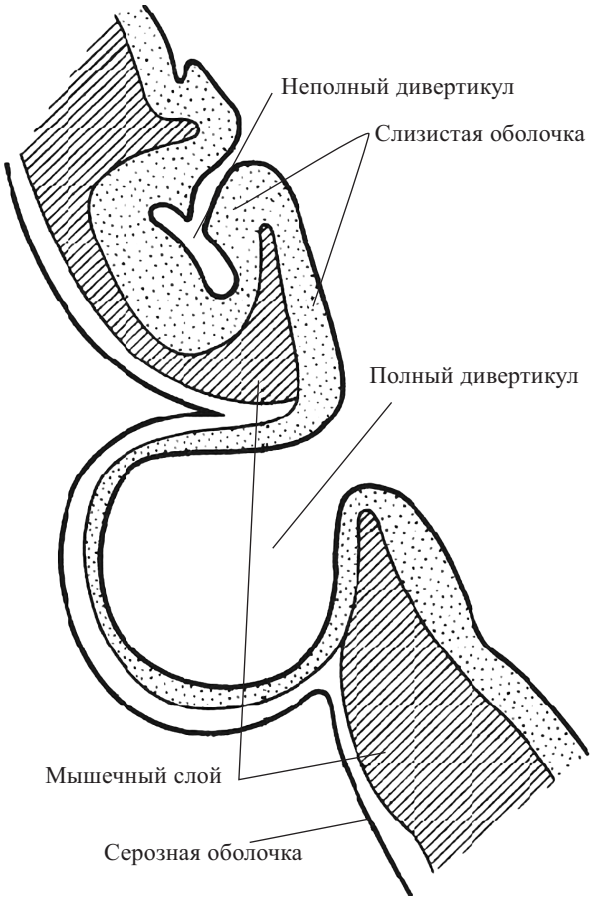


Рис. 1. Приобретенные дивертикулы

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Дивертикулез ободочной кишки характеризуется наличием дивертикулов соответствующего отдела кишечника при полном отсутствии каких-либо клинических проявлений.

При клинически выраженном дивертикулезе симптомы будут подобны таковым при синдроме раздраженного кишечника. Ключевым является отсутствие признаков воспалительного синдрома.

Клиническая картина при дивертикулярной болезни будет соответствовать проявлениям соответствующих развившихся осложнений.

Дивертикулит — это состояние, при котором воспалительный процесс захватывает непосредственно сам дивертикул, прилежащую клетчатку и стенку кишки, не превышая по протяженности 7 см. Клинически проявляется болями в левой подвздошной области различных характеристик, интенсивность которых зависит от выраженности воспалительного процесса. Воспалительный синдром присутствует в большинстве случаев в виде умеренной лихорадки и лейкоцитоза. Синдром кишечной диспепсии наблюдается реже. Общее состояние пациентов при остром дивертикулите, как правило, удовлетворительное.

При **остром паракишечном инфильтрате** (периколической флегмоне) воспалительный процесс распространяется на соседние ткани и близлежащие органы, формируя пальпируемое опухолевидное образование размерами более 7 см. Болевой синдром при этом состоянии более выражен и часто требует назначения анальгетиков. При пальпации живота помимо опухолевидного образования могут определяться слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. Характерны выраженная интоксикация и температура тела выше 38 °С. Возможны явления кишечной диспепсии, обусловленные в том числе затруднением прохождения химуса по пораженному участку кишки. Общее состояние пациентов при остром паракишечном инфильтрате удовлетворительное или (реже) средней тяжести.

Перфоративный дивертикулит характеризуется разрушением стенки дивертикула

воспалительным процессом с формированием гнойной полости (абсцесса) или развитием перитонита.

На этапе острого периколитического абсцесса больные предъявляют жалобы на четко локализованные, постоянные боли в проекции на переднюю брюшную стенку места расположения сформировавшейся гнойной полости. Явления интоксикации выражены умеренно.

Перфорация дивертикула в брюшную полость, равно как и вскрытие в нее периколитического абсцесса, будет проявляться картиной калового перитонита: болевой синдром в виде внезапно появившихся или усилившихся интенсивных болей в левой подвздошной области, быстро принимающих разлитой характер, нарастание интоксикации, лихорадки, четкие симптомы раздражения брюшины.

У мужчин чаще развиваются сигмовезикальные **свищи**, у женщин — сигмовагинальные. Проявляются в виде появления кишечного содержимого в моче либо вагинальных выделениях. При формировании внутренних свищей возможно образование сложной системы свищевых ходов, открывающихся на кожу передней брюшной стенки.

Кровотечение (в четверти случаев — первое и единственное проявление заболевания) связано с изъязвлением шейки или стенки дивертикула и проходящего сосуда в результате хронического воспаления или образования пролежня на месте калового камня. Проявляется появлением дегтеобразного стула, падением уровня артериального давления, гемодинамическими нарушениями.

Стеноз ободочной кишки при дивертикулярной болезни имеет скудную клиническую симптоматику и проявляется нарушениями кишечной проходимости в виде эпизодов вздутия и тяжести в левой подвздошной области и гипогастрии, задержки стула до 3 суток, метеоризма. Могут отмечаться невыраженные локализованные боли в левых отделах живота. При пальпации определяется плотный умеренно болезненный сегмент сигмовидной кишки, часто фиксированный, а выше выявляется умеренное супрастенотическое расширение кишки, над которым при перкуссии может отмечаться тимпанический звук. Симптомы обычно разрешаются после диетических ограничений и приема слабительных в течение суток.

Хроническое течение дивертикулярной болезни может происходить в виде следующих вариантов.

Непрерывное течение — сохранение признаков воспаления (по данным объективных и дополнительных методов обследования) в течение не менее 6 недель с начала лечения острого осложнения либо возврат клинической симптоматики в течение 6 недель после проведенного лечения. Наблюдается при свищах и стенозе, возможно при дивертикулите и паракишечном инфильтрате.

При **рецидивирующем течении** после ликвидации клинических проявлений осложнения через какое-то время оно развивается повторно. В интервалах между обострениями признаки осложнений не определяются. Наблюдается при дивертикулите, паракишечном инфильтрате, кровотечениях.

Латентное течение — наличие признаков хронических осложнений без клинической манифестации. Например, выявление при эндоскопическом исследовании дивертикула с гнойным отделяемым без клинических проявлений и без воспалительных изменений перидивертикулярной клетчатки. Латентное течение характерно также для стеноза ободочной кишки.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика состояний, связанных с наличием дивертикулов, основывается на оценке жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра, результатов лабораторного и инструментального обследований.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Клинический анализ крови для выявления анемии, повышенной СОЭ, лейкоцитоза.
2. Биохимический анализ с определением концентрации общего белка, альбумина, уровня холестерина, глюкозы, билирубина, железа, активности трансаминаз, амилазы и липазы.
3. Общий анализ мочи при образовании кишечно-мочепузырного свища позволит выявить компоненты кишечного содержимого.
4. Копрограмма — большое количество лейкоцитов подтвердит наличие воспаления.
5. Кал на скрытую кровь.
6. Фиброколоноскопия — основной метод выявления дивертикулеза. Противопоказана в острую фазу из-за риска перфорации. Эндоскопические признаки дивертикулеза — наличие устьев дивертикулов в стенке кишки.
7. Обзорная рентгенография брюшной полости стоя и лежа проводится при подозре-

нии на перфорацию дивертикула и кишечную непроходимость.

8. УЗИ позволяет выявить признаки дивертикулита — локальное утолщение стенки кишки, распространение воспаления на прилегающие ткани, формирование инфильтрата. Преимуществом метода является возможность выполнения в острую фазу.

9. Ирригоскопия поможет уточнить протяженность дивертикулярного поражения кишки. Противопоказана при осложнениях в острый период.

10. КТ-энтероколонография — метод выбора при обострении заболевания, когда инвазивные методы исследования противопоказаны.

11. Дополнительно для диагностики осложнений и сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы проводится исследование кала на кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез и др.), определение токсинов *Clostridium difficile*, фекального кальпротектина, женщинам — тест на беременность, цистоскопия для выявления пузырно-кишечных свищей.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дивертикулез дифференцируют от синдрома раздраженного кишечника, дивертикулярную болезнь — от острых кишечных инфекций (дизентерия, сальмонеллез и др.), воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит и др.), псевдомембранозного колита, рака сигмовидной кишки.

ЛЕЧЕНИЕ

Бессимптомная форма дивертикулярной болезни лечения не требует.

Терапия неосложненной формы дивертикулярной болезни с клиническими проявлениями должна включать диету (обогащение рациона пшеничными отрубями 20–30 г в сутки и др.). При склонности к запорам рекомендуется диета с дополнительным введением в рацион растительных волокон с обязательным увеличением количества выпиваемой жидкости до 1,5 литров в сутки, прием биологически активной добавки Фибраксин, которая способствует нормализации кишечной моторики и обладает пребиотическими свойствами — способствует росту полезной микрофлоры кишечника, а также является источником ценных веществ: ацетата, бутирата и пропионата, которые отвечают за ряд обменных процессов. Как при запорах, так и при диарее добавляют пробиотики в течение не менее 1 месяца.

Лечение **клинически выраженного дивертикулеза** включает высокошлаковую диету (обогащение рациона пшеничными отрубями 20–30 г в сутки и др.) и назначение спазмолитиков. При выраженном болевом синдроме эффективно назначение месалазина 400 мг 2 раза в сутки в течение 10–14 дней. В схемах терапии используют рифаксимин 400 мг 2 раза в сутки в течение 7–10 дней. При необходимости назначают слабительные средства и пробиотики.

При **остром дивертикулите** и **остром паракишечном инфильтрате** терапия направлена на купирование воспалительного процесса и создание условий для эффективного дренирования дивертикула. Мероприятия должны включать: бесшлаковую диету (молочные продукты, яйца, отварное мясо, рыбу), прием вазелинового масла по 1–2 столовые ложки 2 раза в сутки, селективных спазмолитиков и антибиотиков широкого спектра действия. При удовлетворительном состоянии пациента возможно лечение в амбулаторных условиях, нарастание тяжести требует госпитализации в стационар. Для перорального приема рекомендуются рифаксимин 400 мг 2 раза в сутки, сочетание амоксициллина с клавулановой кислотой 375 или 625 мг 3 раза в сутки, ципрофлоксацин 250–500 мг 2 раза в сутки, для парентерального использования — цефалоспорины III поколения (цефтазидим 0,5–2,0 г в сутки), ципрофлоксацин 400–800 мг в сутки, гентамицин 3–5 мг/кг в сутки.

В случае развития **острого абсцесса** консервативная терапия обычно эффективна при его размерах, не превышающих 3 см. При больших размерах, а также при неэффективности консервативного лечения, показаны пункция и дренирование абсцесса под УЗ-контролем.

Развитие **перфоративного дивертикулита** требует экстренного хирургического вмешательства в условиях хирургического стационара.

Лечение **хронических воспалительных осложнений** в фазу обострения производится как при острых осложнениях. После стихания воспалительных явлений назначают высокошлаковую диету и периодический прием спазмолитиков. Неэффективность кон-

сервативного лечения (сохранение клинической картины после двух проведенных курсов комплексного лечения или часто рецидивирующее течение — 2 раза в год и более) является поводом к рассмотрению вопроса об оперативном лечении дивертикулярной болезни.

Основной метод лечения **стеноза** и **свищей** — хирургический.

Острые толстокишечные кровотечения при дивертикулярной болезни, как правило, останавливаются самостоятельно. Эндоскопическое исследование обязательно либо для констатации факта остановки кровотечения, либо для проведения эндоскопических методов ее достижения (клипирование сосуда, электрокоагуляция и др.).

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика как самого дивертикулообразования, так и развития осложнений заключается в употреблении с рационом достаточного количества растительной клетчатки (не менее 25 г в сутки), контроле за регулярностью и консистенцией стула, борьбой с избыточным весом.

ПРОГНОЗ

При своевременной диагностике и адекватном лечении дивертикулеза прогноз благоприятный. При развитии осложнений прогноз ухудшается. После оперативного вмешательства возможна инвалидизация.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Больные с дивертикулярной болезнью кишечника осматриваются врачом-гастроэнтерологом 1 раз в 6 месяцев, при отсутствии рецидива в течение 3 лет — 1 раз в 12 или 24 месяца. Консультация врача-колопроктолога — по медицинским показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голованова Е.В. Циклическая терапия симптоматической дивертикулярной болезни рифаксимином и растворимыми пищевыми волокнами — эффективная профилактика осложнений. Медицинский совет. 2019; 3: 98–107.
2. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016; 1: 65–80.
3. Королев М.П., Климов А.В., Антипова М.В., Ткаченко О.Б. Диагностика и оперативное лечение дивертикулов Ценкера с применением современной эндоскопической техники. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2011; 170(3): 35–9.

REFERENCES

1. Golovanova E.V. Ciklicheskaya terapiya simptomaticheskoj divertikulyarnoj bolezni rifaksiminom i rastvorimymi pishchevymi voloknami — effektivnaya profilaktika oslozhnenij. [Cyclic therapy of symptomatic diverticular disease with rifaximin and soluble dietary fibers is an effective prevention of complications]. Medicinskij sovet. 2019; 3: 98–107. (in Russian).
2. Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A. i dr. Rekomendacii Rossijskoj gastroenterologicheskoj associacii i Associacii koloproktologov Rossii po diagnostike i lecheniyu vzroslyh bol'nyh divertikulyarnoj bolezn'yu obodochnoj kishki [Recommendations of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Coloproctologists of Russia on the diagnosis and treatment of adult patients with diverticular colon disease]. Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2016; 1: 65–80. (in Russian).
3. Korolev M.P., Klimov A.V., Antipova M.V., Tkachenko O.B. Diagnostika i operativnoe lechenie divertikulov Cenkera s primeneniem sovremennoj endoskopicheskoj tekhniki [Diagnosis and surgical treatment of Tsenker diverticula using modern endoscopic technology]. Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova. 2011; 170(3): 35–9. (in Russian).