



Дивертикулярная болезнь толстой кишки

В.Л.Ривкин
Центр эндохирургии, Москва

Боли в левой нижней половине живота, часто не связанные с едой, неустойчивый стул, склонный к диарее, слизь и иногда примесь крови в кале («плевки крови») – вот характерные признаки дивертикулярной болезни (ДБ) толстой кишки, поражающей в основном пожилых тучных людей (чаще женщин). Как видим, эти признаки неспецифичны, они могут возникать и возникают при любых формах колита, синдроме раздраженного кишечника, при банальных пищевых интоксикациях, так что еще в недавнее время первоначальный клинический диагноз ДБ был для участкового терапевта редкостью, тогда как опытный гастроэнтеролог или проктолог может заподозрить ДБ «на расстоянии», как только пожилая тучная, с отвислым животом пациентка входит в кабинет и предъявляет названные жалобы.

Дивертикулы пищеварительного тракта делятся на истинные и ложные. Первые – врожденные, очень редкие, крупные – локализируются в пищеводе (дивертикул Ценкера) или в подвздошной кишке (Меккелев дивертикул) и представляют собой грыжу всех слоев стенки полого органа. Вторые – приобретенные, мелкие, множественные, «ложные» – при которых выпячивания стенок полого органа содержат не все слои стенки, а только слизистую оболочку, которая выпячивается (протрузия) через мышечный слой в наиболее слабых участках, а именно в зонах, где в стенку кишки впадают крупные кровеносные сосуды. Эти мелкие дивертикулы один за другим располагаются по ходу толстой, чаще всего сигмовидной кишки, образуя ее зубчатый контур.

Патогенез ДБ

В патогенезе ДБ главную роль играет патологическое повышение внутритолстокишечного давления, что в свою очередь связано с хроническими запорами, неадекватными физическими нагрузками (повторные трудные беременности), а также с анатомическими предпосылками, такими как длинная сигма, долихомегаколон, проявления болезни Гиршпрунга. Во многих случаях дивертикулы толстой кишки почти бессимптомны и обнаруживаются случайно при кишечных эндоскопиях, когда визуально определяются овальные точечные устья дивертикулов. При названных патологических условиях в полости дивертикулов могут задерживаться мелкие каловые частицы, закупориваются устья этих грыж, и возникает воспаление с клиническими признаками острого живота. Это острая стадия ДБ – дивертикулит (первичный или обострение). До сих пор врачи скорой помощи и амбулаторные хирурги очень редко ставят этот диагноз. В одном из наших специальных исследований прошлых лет мы проанализировали направительный и клинический диагнозы за 1 год у 300 больных, госпитализированных в крупную клиническую больницу по скорой помощи (см. таблицу).

Приведенные 10 лет назад, эти факты свидетельствовали о бедственном состоянии квалификации врачей скорой

помощи, и самое неприятное было в том, что врачи первого контакта диагностировали (или хотя бы заподозрили) рак толстой кишки только у 8 из 308 больных, тогда как этот диагноз при элементарном клиническом обследовании был поставлен и верифицирован у 109 (33%) больных. То же касалось и дивертикулеза толстой кишки, с которым абсолютное большинство врачей скорой помощи вообще было не знакомо. Отметим, что анализ проводился в больнице, в штате которой работало отделение неотложной проктологии, и поступавших по скорой помощи больных с названными направительными диагнозами осматривал этот специалист. С тех пор положение изменилось к лучшему, выборочный анализ показывает, что почти полностью исчезли описательные диагнозы, такие как «кишечное кровотечение», но первичный диагноз острого дивертикулита по-прежнему очень редок, и ознакомление врачей скорой помощи и амбулаторных хирургов с клиникой этой широко распространенной среди пожилых людей толстокишечной патологией необходимо.

Диагностика

В остром периоде при госпитализации таких больных приходится ограничиваться физикальными и лабораторными данными; которые для ДБ неспецифичны. Выполнять неотложную, без подготовки кишки, колоноскопию (тем более ригидную ректороманоскопию) или ирригоскопию с барием в этих случаях не рекомендуется из-за опасности перфорации дивертикулов. В очень сложных диагностических ситуациях показана неотложная лапароскопия, при которой визуально оценивается состояние брюшной полости, особенно ее левого фланга, простым глазом видны выпячивания по краю стенок толстой кишки, признаки и степень их воспаления, свободная жидкость и другая патология, особенно опухолевая. Если в клинической больнице, оказывающей скорую помощь хирургическим больным, нет возможности выполнять неотложную лапароскопию, то такая больница не может признаваться квалифицированным медицинским учреждением.

Лечение

При подозрении на острый дивертикулит мы придерживались тактики разумного выжидательного консерватизма, а именно – у больных без явных признаков перитонита следует назначать холод на живот, покой, строгую диету, антибиотики. Как правило, такая тактика способствует купированию острого воспаления: из 129 указанных в таблице больных с острым дивертикулитом оперировать в неотложном порядке пришлось только 4 пациентов.

Хроническая ДБ

Что касается хронической ДБ, то есть ли все же какие-нибудь признаки, позволяющие заподозрить ДБ и отличить ее хотя бы от осложненного рака толстой кишки?



Диагностика острой абдоминальной патологии			
Направительный диагноз	Количество больных	Клинический диагноз	Количество больных
Кишечное (желудочно-кишечное) кровотечение	104	Дивертикулез толстой кишки, обострение	129
Кишечная непроходимость	69	Рак толстой кишки	103
Другие диагнозы Из них:	70	Другие диагнозы (острый аппендицит не поставлен ни разу)	
• острый аппендицит	22		
• опухоль толстой и прямой кишки	8		
• дивертикулез толстой кишки	6		

Прежде всего, анамнез. Первичный дивертикулит (или тем более обострение хронической ДБ), как следует из самого обозначения, – острый процесс, тогда как боли в животе, кишечная непроходимость или ректальные кровотечения при раке толстой кишки наступают постепенно, на фоне общей интоксикации, похудания, анорексии, и эти признаки нарастают, в то время как при ДБ приступы перемежаются с нормальным состоянием. Физикальное обследование в острой стадии дивертикулеза и при острой опухолевой патологии почти аналогично, хотя при ДБ болезненность при пальпации живота, симптомы раздражения брюшины более выражены в левом фланге брюшной полости, в зоне сигмовидной кишки. В острой стадии ДБ колоноскопия или ирригоскопия с барием не рекомендуются, тогда как при хронических стадиях ДБ эти два исследования обязательны: первое удостоверяет наличие самих дивертикулов, а второе устанавливает границы поражения; на рентгенограммах контурируются одно за другим дивертикулы (пятна бария) по наружному краю толстой кишки (симптом четок). Другие специальные исследования, например виртуальная колонография, для широкой практики пока недоступны.

Терапия хронической ДБ

Что касается лечения ДБ, то при остром дивертикулите следует в течение 2–3 дней наблюдать больных, у абсолютного большинства которых острый процесс удается купировать, что дает возможность спокойно обсудить дальнейшую тактику. Наш собственный многолетний опыт однозначно свидетельствует в пользу консервативной терапии хронической ДБ.

Немедикаментозная терапия

Учитывая, что большинство больных с ДБ – люди пожилые и соматически отягощенные, начинать лечение следует с элементарных, банальных мер, которые при скрупулезном проведении обеспечивают большинству больных вполне благополучное качество жизни. На первом месте регулярное питание, не диетическое, а именно регулярное. Ограничение жирной и острой пищи (что вообще бесполезно для пожилых людей), четкое время ее приема с очень легким ужином (лучше всего стакан нежирного кефира) и главное – мягкое разжижение стула. Ежедневный неплотный, без сильного натуживания стул есть основное

условие профилактики обострений ДБ. Обычно сами больные знают особенности своего состояния и подбирают послабляющие средства лучше любого врача, но во всех случаях мы рекомендуем включать в диету пищевые отруби. Это не лекарства, а пищевая клетчатка, полезная для стимулирования процесса пищеварения. В последние годы разработаны удобные для применения порошковые препараты отрубей. Повторяем, многолетняя практика показывает, что большинство больных с хронической ДБ толстой кишки, выполняя не очень сложные правила питания и регулирования стула, могут всю жизнь обходиться только этими мерами.

Оперативное лечение

Частые, более 1–2 раз в год, обострения дивертикулита ставят показания к радикальной операции в холодном периоде. С каждым обострением в зоне микроперфораций дивертикулов, чаще всего в области нижней трети сигмовидной кишки, образуется и увеличивается конгломерат патологических тканей, интимно спаянных со стенками таза и тазовыми органами. Если опоздать с радикальной операцией, то приходится расчленять вмешательство на два этапа и накладывать временную колостому, что крайне нежелательно, особенно для больных.

Колоноскопия

В каждой публикации, посвященной патологии толстой кишки, мы повторяем главный современный тезис – необходимость гибкой тотальной колоноскопии у всех проктологических больных, а в идеале у всех, достигших 50-летнего возраста. На сегодняшнем этапе развития онкологии это единственный путь выявления и удаления очень частых и бессимптомных предраковых образований толстой кишки – полипов, обнаруживаемых при колоноскопиях почти у 30% практически здоровых людей старших возрастных групп. Сегодня при наличии во всех крупных городах России эндоскопических кабинетов и отделений это обследование необходимо, чтобы снизить частоту рака толстой кишки, занимающего сейчас в мире 2–3-е место после рака легких, предстательной железы у пожилых мужчин и рака молочной железы у женщин. Первые же признаки патологии толстой кишки, в том числе названные выше симптомы ДБ, есть показание к колоноскопии. Начинать лечение хронического проктологического заболевания без этого исследования – грубая врачебная ошибка.

— * —