

Дивертикулярная болезнь толстой кишки: диагностика и наблюдение в условиях поликлиники

О.Н. Минушкин, М.А. Кручинина, Т.В. Стеблецова, Н.В. Полунина

ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, ФГБУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ

В статье обобщены представления о методах диагностики дивертикулярной болезни толстой кишки, рассмотрены особенности каждого из методов. Кроме того, оценена эффективность лечения и последующей профилактики обострений у 90 пациентов с клинически выраженной дивертикулярной болезнью толстой кишки и у 10 пациентов с острым дивертикулитом в анамнезе.

Представлен анализ 2 схем профилактики у исследуемых групп: больные 1-й группы (30 человек) получали препараты 5-АСК в дозе 800–1000 мг/сут 10 дней каждого месяца; 2-й группы (30 человек) – препараты 5-АСК в дозе 800–1000 мг/сут 1 мес/квартал; 3-я группа (30 человек, не получавших препараты 5-АСК) – группа сравнения, подобрана ретроспективно. Также под наблюдением в течение 12 мес находились 10 больных, перенесших в анамнезе острый дивертикулит. Данная группа получала препараты 5-АСК в дозе 1000 мг/сут в постоянном режиме.

Проведенное исследование показало большую эффективность применения препаратов 5-АСК при дивертикулярной болезни толстой кишки. Полученные нами данные позволяют отдать предпочтение 1-й схеме профилактики (10 дней каждого месяца). Прием препаратов 5-АСК в постоянном режиме позволил избежать рецидива дивертикулита у всех 10 наблюдаемых больных.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, препараты 5-АСК.

The article summarizes diagnostic techniques for the diverticular disease of the colon and analyzes specific features of each of them. Besides, the authors assess the effectiveness of treatment and follow-up prophylactic measures in 90 patients with a clinically marked diverticular disease of the colon and in 10 patients with an acute diverticulitis in anamnesis.

Two prophylactic schemes in the studied groups are analyzed: patients from Group 1 (n=30) were prescribed preparation 5-ASC in dosage 800-1000 mg/day 10 days each months; patients from Group 2 (n=30) received preparation 5-ASC in dosage 800-1000 mg/day for 1 months every 3 months; patients from Group 3 (comparison group) (n=30) did not receive preparation 5-ASC. There was one more group of patients who had an acute diverticulitis in their anamnesis. They constantly received preparation 5-ASC in dosage 1000 mg/day; they were under observation for 12 months.

This study has shown a great effectiveness of 5-ASC preparation in diverticular diseases of the colon. Our findings demonstrate that the first prophylactic scheme (10 days every month) is preferable. Preparation 5-ASC prescribed for the constant intake prevented the disease recurrence in all 10 followed-up patients.

Key words: diverticular disease, preparation 5-ASC

Дивертикулярная болезнь толстой кишки (шифр по МКБ-10 K57) – это заболевание, характеризующееся наличием единичных или множественных истонченных выпячиваний слизистой оболочки (дивертикулов) за пределы кишечной стенки [2].

Дивертикулы подразделяются на истинные, имеющие стенку, аналогичную кишечной, и являющиеся врожденными, и ложные (псевдивертикулы), лишенные мышечной стенки, – приобретенные.

Чаще приобретенные дивертикулы локализуются в левой половине толстой кишки, наиболее часто в сигмовидной кишке, а врожденные – чаще в правой половине толстой кишки [1].

Согласно рекомендациям ВОЗ, дивертикулярная болезнь по клиническому течению разделяется на бессимптомную форму (является случайной находкой при колоно- или ирригоскопии), форму с клиническими проявлениями, но без осложнений и осложненную форму, сопровождающуюся развитием острого дивертикулита с последующим абсцес-

сом, перитонитом, кровотечением или совокупностью таковых [3].

Учитывая, что в большинстве случаев дивертикулярная болезнь не имеет клинических проявлений, ее диагностика носит «случайный» характер: в пожилом возрасте при плановом исследовании кишечника (отсюда термин «болезнь пожилого возраста»). Проявления дивертикулярной болезни: метеоризм, боли в животе, усиливающиеся при приеме пищи и уменьшающиеся после опорожнения кишечника, тошнота, неустойчивый стул. Все это обуславливает неточную трактовку симптомов у пациентов молодого возраста (без обследования кишечника). Как правило, такие пациенты наблюдаются с диагнозом «синдром раздраженного кишечника».

Таким образом, своевременная диагностика дивертикулярной болезни осуществима в условиях поликлиники с диспансерным наблюдением пациентов.

В рамках диспансерного наблюдения обследование кишечника (ирриго- и/или колоноскопия) проводится всем лицам старше 45 лет.

Диагностику дивертикулярной болезни следует начинать со сбора жалоб, которые в связи с малой специфичностью позволяют только предположить дивертикулярную болезнь и ввести ее в круг нозологий, подлежащих дифференциальной диагностике [9].

При *физикальном обследовании* можно выявить локальную болезненность в проекции дивертикулов (чаще в левом нижнем квадранте живота) при отсутствии реакции со стороны мышечной стенки, иногда можно пропальпировать болезненный валик в нижнем левом квадранте и вздутие живота.

Из *лабораторных показателей* при осложненном варианте болезни с воспалением отмечаются повышение С-реактивного белка и изменения белковых фракций (изменение альбумин-глобулинового коэффициента).

Копрограмма, как правило, без существенных изменений; иногда фиксируется гиперсекреция слизи, изменение реакции кала от слабощелочной в норме в сторону кислой.

Микробиологическое исследование кишечного содержимого:

- исследование кала на флору;
- водородный дыхательный тест, который позволяет установить наличие синдрома избыточного бактериального роста, обусловленного нарушенной моторикой толстой кишки, а также оценить время транзита лактулозы по толстой кишке [10].

При микробиологическом исследовании кала могут быть выявлены следующие изменения:

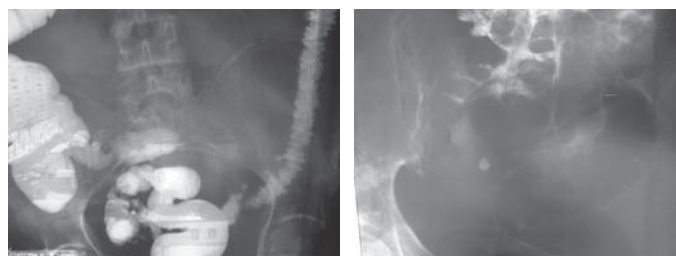
- изменение соотношения компонентов флоры;
- патогенные микроорганизмы, не свойственные кишечному микробиоценозу в норме (грибы рода Кандида, золотистый стафилококк и т.п.);
- синдром избыточного бактериального роста (в связи с изменением среды обитания).

Ирригоскопия.

На рентгенограмме дивертикулы имеют вид ограниченных контрастированных выпячиваний стенки кишечника, сохраняющихся в течение нескольких дней после введения контрастного вещества; они могут визуализироваться в виде круглых или овальных структур, заполненных контрастным веществом, размеры их различны. Метод позволяет оценить локализацию, количество и размеры дивертикулов (рис. 1) [1].

Нельзя забывать, что данный вид исследования при подозрении на острую ситуацию (дивертикулит) следует заменить на простой обзорный снимок органов брюшной полости [1].

Если при рентгенологическом исследовании выявляется стеноз кишки, то диагноз хронического дивертикулита правомочен при наличии следующих признаков [3]:



а



б

Рис. 1. Ирригоскопия (собственное наблюдение).
а – дивертикулы сигмовидной кишки (прямая и боковая проекции) у пациента К., 54 лет;
б – дивертикулы поперечной ободочной кишки у пациентки Л., 48 лет.

- слизистая оболочка интактна;
- протяженный стеноз без четкой демаркации;
- сохранение эластичности кишечной стенки;
- обязательная визуализация дивертикула.

Эндоскопия.

Колоноскопия позволяет выявить вторичные, в том числе воспалительные, изменения слизистой оболочки, а также ряд осложнений: дивертикулярное кровотечение и стеноз с возможностью проведения гемостаза местными сосудосуживающими препаратами [1].

Преимуществом данного метода исследования является возможность более точной идентификации злокачественного образования, чего нельзя достоверно сказать о рентгенологическом исследовании [3].

Устье воспаленного дивертикула у пациентки С, 77 лет.

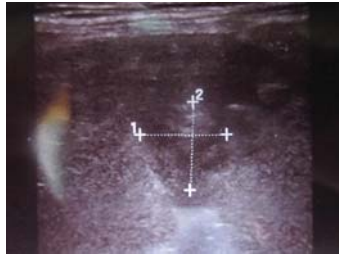


Рис. 2. Эндоскопическая картина (собственное наблюдение).

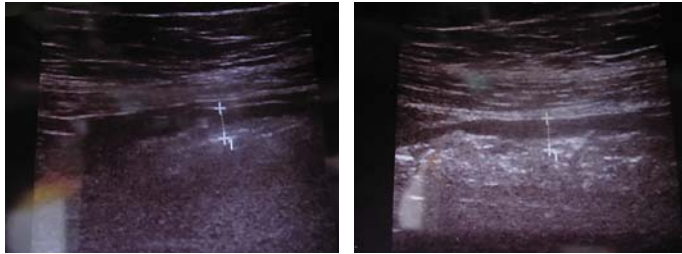
Ультразвуковое исследование (УЗИ).

УЗ-признаками дивертикулярной болезни являются:

- утолщение стенки кишки за счет мышечного слоя,
- пролабирование слизистой в мышечный слой,



а



б

Рис 3. УЗ-картина дивертикулярной болезни (собственное наблюдение).
а – картина дивертикулита у пациента Б., 65 лет: инфильтрат в проекции сигмовидной кишки;
б – динамика уменьшения воспалительных изменений стенки толстой кишки на фоне противовоспалительной терапии у пациентки П., 63 лет.

- симптом гипергаустрации.

При развитии воспаления к этому перечню можно добавить [3]:

- снижение перистальтики или ее отсутствие;
- утолщение стенки кишки (как правило, диффузное гипоехогенное);
- признаки отдельных дивертикулов, заполненных калом или воздухом;
- широкий гиперэхогенной ореол («галло») вокруг воспаленного участка кишки (перидивертикулит);
- гипоехогенное или анэхогенное образование с газом или без газа (абсцесс).

Чувствительность составляет 84–98%, специфичность – 80–98% [1].

В настоящее время УЗИ играет большую роль в диагностике дивертикулита. Ограничение метода лишь у пациентов с выраженным ожирением и интрамуральным расположением дивертикулов [11].

Компьютерная томография.

Компьютерная томография (КТ) позволяет выявить не только дивертикулы, но и наличие воспалительного утолщения стенки кишечника: инфильтрацию жировой ткани вокруг сигмовидной кишки

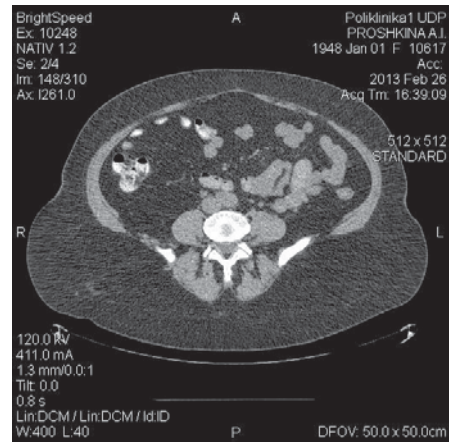
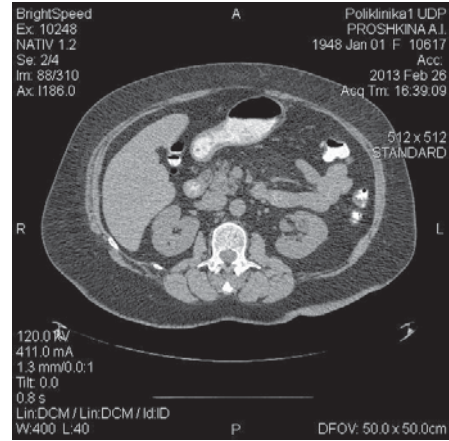


Рис 4. КТ-изображение (собственные данные).
Картина множественных дивертикулов поперечной ободочной и сигмовидной кишки у пациентки П., 63 лет, с часто рецидивирующим дивертикулитом.

и других отделов толстой кишки, наличие внутристеночных полостей (абсцессов) [1].

Кроме того, КТ позволяет выявить ограниченное скопление газа вне просвета кишки или свободного газа в брюшной полости, обусловленное перфорацией дивертикула.

Чувствительность метода составляет 69–95%, специфичность – 75–100% [1].

Лечение

Дивертикулярная болезнь толстой кишки до настоящего времени остается «недооцененной нозологической единицей» (В.Круис, 2005).

Около 20 лет назад терапию дивертикулярной болезни осуществляли специалисты хирургического профиля. В настоящее время данной нозологией при отсутствии осложненного течения (острого дивертикулита) занимаются специалисты терапевтического профиля, в частности гастроэнтерологи. Все это стало возможным во многом благодаря применению препаратов группы 5-АСК, наиболее эффективны данные препараты при клинически выраженной форме дивертикулярной болезни, а также при использовании для профилактики рецидива острого дивертикулита [6].

Проведено немало клинических исследований, доказавших лечебную и профилактическую роль

препаратов группы 5-АСК при дивертикулярной болезни толстой кишки [6].

В исследовании Di. Mario F. и соавт. [7] оценена эффективность прерывистых курсов месалазина (10 дней каждого месяца в течение 3 мес) и рифаксимины у 170 пациентов с неосложненной дивертикулярной болезнью. В ходе исследования был сделан вывод о том, что терапия месалазином более эффективна, чем рифаксимином.

В Кохрановском обзоре 2010 г. [8] рассмотрены данные 6 рандомизированных контролируемых исследований, включавших 818 пациентов с неосложненным дивертикулитом и симптоматической дивертикулярной болезнью. Было показано, что прием месалазина в постоянном режиме (ежедневно в течение 12 мес) в отличие от циклического приема оказал более выраженное антирецидивное действие.

Исследование, проведенное кафедрой гастроэнтерологии ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ, показало позитивный эффект лечения месаколом (Месалазин) при клинически выраженной дивертикулярной болезни на примере группы из 30 больных. 30-дневный курс лечения месаколом в дозе 1,2 г/сут привел к полному купированию абдоминальной симптоматики у 70% больных. То есть у значительно большего количества пациентов болезнь переведена в бессимптомное течение, что свидетельствует о лечебной и профилактической роли месаккола при неосложненной клинически выраженной дивертикулярной болезни толстой кишки [5].

Результаты собственных исследований

Мы оценили эффективность лечения и последующей профилактики обострений препаратами группы 5-АСК у пациентов старше 18 лет с клинически выраженной дивертикулярной болезнью толстой кишки.

Характеристика больных

Среди взрослого контингента поликлиники дивертикулярная болезнь была выявлена у 2071 человека, что составило 5,73% от взрослого (старше 18 лет) контингента.

Распределение больных по возрасту и полу:

- до 50 лет – 6% (мужчины – 75%, женщины – 25%);
- 51–65 лет – 48% (мужчины – 52%, женщины – 48%);
- старше 65 лет – 46% (женщины – 63%, мужчины – 37%).

Среди обследованных больных у 19% имелись единичные дивертикулы, у 81% – множественные.

Локализация дивертикулов:

- сигмовидная кишка – 54%;
- нисходящая ободочная кишка – 3%;
- сигмовидная и нисходящая ободочная кишка – 41%;

- поперечная ободочная кишка – 1%.

Размеры дивертикулов колебались от 0,5 до 2,1 см.

Нами проведены исследования по изучению эффективности терапии и профилактики при использовании препаратов 5-АСК.

Под наблюдением находилось 90 больных с клинически выраженной формой дивертикулярной болезни толстой кишки в возрасте от 54 до 82 лет (средний возраст $66,5 \pm 1,5$ года). В исследование не включали пациентов с тяжелой соматической патологией.

Исследуемые пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – 30 человек, получавших препараты 5-АСК в дозе 800–1000 мг/сут 10 дней каждого месяца; 2-я группа – 30 человек, получавших препараты 5-АСК в дозе 800–1000 мг/сут 1 мес/квартал; 3-я группа – 30 человек, не получавших препараты 5-АСК, группа сравнения, подобрана ретроспективно.

Группы наблюдения и контроля были сопоставимы по полу и возрасту.

У 10 пациентов 1-й группы и 8 пациентов 2-й группы в анамнезе имел место острый дивертикулит, у 4 пациентов 1-й группы и 3 пациентов 2-й группы – рецидивный, все получали курс антибактериальной терапии (цефалоспорины, ципрофлоксацин или рифаксимин) в период острого процесса.

Из препаратов группы 5-АСК предпочтение было отдано сульфосалазину в дозе 1 г/сут, салофальку 1 г/сут, месаколу 800 мг/сут. Среди пациентов 1-й группы салофальк получали 14 (47%) пациентов, месакол – 10 (33%), сульфосалазин – 6 (20%). Среди пациентов 2-й группы салофальк получали 9 (30%) пациентов, месакол – 7 (23%), сульфосалазин – 14 (47%). Срок наблюдения составил 12 мес.

Оценку эффективности терапии проводили по динамике клинических проявлений, лабораторных маркеров воспаления (С-реактивный белок, белковые фракции), УЗ-динамике воспалительных изменений стенки толстой кишки.

Критериями эффективности терапии считали динамику перечисленных тестов.

В этот же период под наблюдением были 10 больных, перенесших в анамнезе острый дивертикулит. Терапия острого дивертикулита была консервативной (стационарной – у 9 пациентов, амбулаторной – у 1) с применением антибактериальных (ципрофлоксацин, рифаксимин) и спазмолитических (мебеверина гидрохлорид, пинаверия бромид) препаратов. В дальнейшем с целью профилактики рецидива острого дивертикулита все больные получали препараты 5-АСК (5 больных – салофальк и 5 пациентов – сульфосалазин в эквивалентных дозах по 1000 мг/сут) ежедневно. Срок наблюдения составил 12 мес. Оценка эффективности осуществлялась указанным выше способом.

Характеристика наблюдавшихся больных

Признак		Исходно			Через 1 год наблюдения		
		1-я группа	2-я группа	3-я группа	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Клинические данные	боль в животе	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	3 (10%)	6 (20%)	30 (100%)
	вздутие живота	27 (90%)	24 (80%)	28 (93%)	5 (17%)	13 (43%)	29 (97%)
	запор	22 (73%)	18 (60%)	25 (83%)	12 (40%)	10 (33%)	24 (80%)
	диарея	8 (27%)	12 (40%)	5 (17%)	3 (10%)	6 (20%)	5 (17%)
	неполное опорожнение	24 (80%)	13 (43%)	10 (33%)	15 (49%)	9 (30%)	10 (33%)
Лабораторные данные	повышенный С-реактивный белок	16 (53%)	14 (46%)	5 (17%)	0	1 (3%)	6 (20%)
	белковые фракции	7 (23%)	6 (20%)	3 (10%)	1 (3%)	0	3 (10%)
	общий анализ крови (лейкоцитоз)	2 (7%)	3 (10%)	2 (7%)	0	0	8 (26%)
УЗИ толстой кишки (локальное утолщение стенки)		30 (100%)	30 (100%)	-	2 (7%)	3 (10%)	3 (10%)
МСКТ брюшной полости (воспалительный инфильтрат)		-	-	-	-	-	5 (17%)
Обострения (дивертикулит)		10 (33%)	8 (26%)	1 (3%)	1 (3%)	2 (7%)	8 (26%)

Результаты и обсуждение

До начала лечения больные жаловались на боли в левой подвздошной области. Боли усиливались после еды и на фоне задержки опорожнения кишечника. Кроме того, наблюдались метеоризм и недостаточное опорожнение кишечника.

Результаты динамического наблюдения представлены в таблице.

На фоне соблюдения диетических и терапевтических рекомендаций у 27 (90%) пациентов 1-й группы были полностью купированы болевые ощущения со стороны толстой кишки, отмечена нормализация толщины стенки (по результатам УЗИ толщина стенки не превышала 0,3 см), лабораторные показатели воспаления (С-реактивный белок, белковые фракции) соответствовали норме; у 5 человек сохранялись жалобы на метеоризм, у 3 – боль/дискомфорт по ходу толстой кишки после приема пищи и на фоне недостаточного опорожнения кишечника, у 2 из них толщина стенки кишки не изменилась на фоне терапии (сохранялась до 0,4 см по данным УЗИ), у одного из них, несмотря на сохранность клинических проявлений, толщина стенки толстой кишки нормализовалась.

24 (80%) из 30 пациентов 2-й группы к концу исследования не предъявляли жалоб, УЗ-картина соответствовала норме у 27 человек, у 3 пациентов сохранялись жалобы на боль в животе (кроме того, у 1 из 3, помимо жалоб, сохранялось первоначальное утолщение стенки сигмовидной кишки), у 2 – толщина кишечной стенки уменьшилась, но не соответствовала нормативным показателям (0,33–0,37 см) в отсутствие субъективных проявлений, у 1 – сохранялись повышенный С-реактивный белок

(12.3) и невыраженные жалобы, преимущественно на дискомфорт в левой подвздошной области.

В 3-й группе (группа сравнения) наблюдалась отрицательная динамика клинических и лабораторных показателей. 8 из 30 наблюдаемых пациентов перенесли эпизод острого дивертикулита. Им проведено консервативное стационарное лечение.

Среди 10 пациентов, перенесших ранее острый дивертикулит, в течение наблюдаемого срока рецидива острого дивертикулита не зарегистрировано.

В последние годы больные дивертикулярной болезнью «переданы» специалистам терапевтического профиля (ранее они наблюдались хирургами). Задачей такого специалиста (терапевта, гастроэнтеролога) является профилактика развития воспаления в имеющихся дивертикулах. Поэтому больные с дивертикулярной болезнью толстой кишки (клинически выраженной формой и острым дивертикулитом в анамнезе) подлежат профилактическому лечению противовоспалительными препаратами, в частности аminosалицилатами. Длительность терапии и режим приема препарата зависят от варианта течения данного заболевания.

Выводы

1. Диагностика дивертикулярной болезни осуществляется комплексом лабораторно-инструментальных исследований, который должен подтвердить наличие дивертикулов, их распространение и состояние (осложненный вариант).
2. Больным дивертикулярной болезнью показано персистентное профилактическое, противо-

воспалительное лечение (по нашим данным, сульфопрепараты). Доза и продолжительность зависят от исходного состояния (1000 мг/сут: 10 дней каждого месяца или 1 мес/квартал, а также в постоянном режиме).

3. Наши данные позволяют отдать предпочтение 1-й схеме профилактики (10 дней каждого месяца).
4. Больным, перенесшим острый дивертикулит, рекомендуется профилактическое лечение в постоянном режиме (в течение года).

Литература

1. Методические рекомендации «Дивертикулярная болезнь (дивертикулез) толстой кишки». Санкт-Петербург, 2010.
2. Пособие для врачей «Дивертикулярная болезнь толстой кишки: клинические формы, диагностика и лечение». М., 2011.
3. Дивертикулез и дивертикулит. К.Верман, П.Фрюморген, Людвигсбург, Германия, 2007.
4. Дивертикулез – недооцененная нозологическая единица. Материалы Фальк симпозиума 148, июнь, 2005 г.

5. Месакол в лечении дивертикулярной болезни. *Кремлевская медицина*. 2011, №3.

6. Tursi A. Mesalazine for diverticular disease of the colon // *Expert opin. Pharmacother.* – 2005. – 6.

7. Di Mario F., Comparato G., Farigliulo L., Aragone G. et al. Use of mesalazine in diverticular disease // *J. Clin Gastroenterol.* 2006. – Vol. 40. – P. 155–159.

8. Gatta L., Vakil N., Vaira D. et al, Efficacy of 5-ASA in the treatment of colonic diverticular disease. *J. Clin. Gastroenterol.* 2010 Feb; 44(2):113-9.

9. Diverticular disease of the colon: new perspectives in symptom development and treatment. A. Collecchia. *World J. Gastroenterol.* 2003.

10. Assessment of small intestinal bacterial overgrowth in uncomplicated acute diverticulite of the colon. Tursi A. *World J. Gastroenterol.* 2005.

11. Zielke A., Hasse C., Nics C. et al. Prospective evaluation of ultrasonography in acute colonic diverticulitis // *Bz. J. Surg.* – 1997. – Vol. 84. – P. 385-388.