

# СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ, ХАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИВЕРТИКУЛЁЗНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Иванов Г.А.<sup>1</sup>, Гарипова Ч.А.<sup>2</sup>, Стяжкина С.Н.<sup>3</sup>

Email: Ivanov655@scientifictext.ru

<sup>1</sup>Иванов Григорий Александрович – студент;

<sup>2</sup>Гарипова Чулпан Айдаровна – студент,  
педиатрический факультет;

<sup>3</sup>Стяжкина Светлана Николаевна - профессор, доктор медицинских наук, преподаватель,  
кафедра факультетской хирургии,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования  
Ижевская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
г. Ижевск

**Аннотация:** в статье описан клинический случай дивертикулёзной болезни толстого кишечника. Установлены наиболее вероятные факторы развития, осложнения и сопутствующие заболевания при данной патологии. Выявлена актуальность проблемы. Исследована возрастная категория больных, наиболее частое расположение дивертикулов у мужчин и женщин. Описан патогенез дивертикулёзной болезни. Изучена история развития заболевания данной пациентки. Описано лечение дивертикулёзной болезни толстого кишечника на клиническом примере, изучены рекомендации лечащих врачей для пациентов с данной патологией.

**Ключевые слова:** дивертикулёзная болезнь, дивертикулёз толстого кишечника, клинический случай, дивертикулит.

## STRUCTURE OF COMPLICATIONS, CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF DIVERTICULOUS DISEASE OF A COLON

Ivanov G.A.<sup>1</sup>, Garipova Ch.A.<sup>2</sup>, Styazhkina S.N.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ivanov Grigoriy Aleksandrovich – Student;

<sup>2</sup>Garipova Chulpan Aidarovna - Student,  
FACULTY OF PEDIATRICS;

<sup>3</sup>Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Professor, Doctor of Medical Sciences, Lecturer,  
DEPARTMENT OF FACULTY SURGERY

FEDERAL STATE BUDGET EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION  
IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION  
IZHEVSK

**Abstract:** the article describes a clinical case of diverticular disease of the large intestine. The most probable factors of development, complications and comorbidities in this pathology were established. Revealed the relevance of the problem. The age category of patients, the most frequent location of diverticula in men and women was investigated. The pathogenesis of diverticular disease is described. Studied the history of the disease of this patient. The treatment of diverticular disease of the large intestine is described using a clinical example, the recommendations of the attending physicians for patients with this pathology are studied.

**Keywords:** diverticular disease, diverticulosis of the colon, the clinical case, diverticulitis.

УДК 616.34-007.64

**Актуальность.** Дивертикулы толстой кишки относятся к наиболее частому анатомическому образованию, которое выявляют при выполнении рутинной колоноскопии [3, с. 38]. Дивертикулёз толстого кишечника смело можно назвать заболеванием современности, поскольку ведущая роль в развитии данного заболевания принадлежит особенностям образа жизни человека. Ограничение употребление пищевых волокон; курение; неконтролируемый приём пищи, ведущий к накоплению избыточной массы тела; бесконтрольный приём антибактериальных препаратов; изменения состава микробиоты кишечника – всё это входит в один многокомпонентный комплекс этиопатогенетических факторов развития дивертикулярной болезни [2, 3, 4]. Национально-культурная специфика кухни различных этносов также вносит определенную специфику в структуру заболевания. Так, распространенность дивертикулёзной болезни в высокоразвитых странах Европы и Америки существенно выше, чем в странах Азии и Африки. Кроме того, в странах с преобладанием представителей европеоидной расы чаще регистрируется левостороннее расположение дивертикулов в ободочной кишке, а в азиатских странах - правостороннее [3, с. 38].

Высокая заболеваемость среди лиц пожилого возраста объясняется возрастными морфофункциональными изменениями в стенке кишки, что является немаловажным звеном в патогенезе дивертикулёза [2, 3]. В возрасте до 40 лет заболеваемость острым дивертикулитом составляет не более 5-10%, в то время как среди населения старше 60 лет достигает 60-80% [1, с. 25].

Дефицит растительной клетчатки приводит к уменьшению объёма и повышению плотности каловых масс, что на фоне нарушения моторики (из-за снижения числа клеток Кахаля), а также изменения растяжимости и вязкоупругих свойств стенки кишки приводит к возникновению пролапсов слизистой оболочки. Впоследствии формируются дивертикулы, которые нередко осложняются воспалительным процессом [3, с. 39]. У 65-75% пациентов, страдающих дивертикулёзом, развивается острый дивертикулит. Из них у 15-25% пациентов развивается еще более грозное осложнение в виде микро- и макроперфорации с развитием околокишечных инфильтратов, абсцессов и перитонита [1, с. 25].

Клинические проявления дивертикулёза толстой кишки могут варьировать от чувства небольшого дискомфорта до нестерпимых болей, а при тяжелых осложнениях проявляться массивными кишечными кровотечениями [2, с. 121]. В связи с различной локализацией дивертикулов зачастую приходится проводить дифференциальную диагностику с различного рода острыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями [1, с. 25].

**Цель.** Описать клинический случай лечения дивертикулёзной болезни и провести анализ структуры осложнений, сопутствующей патологии и других показателей больных этим заболеванием.

**Задачи:**

- анализ историй болезни пациентов с диагнозом дивертикулёз толстой кишки, находящихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении 1 РКБ МЗ УР в 2013-2014 гг.;
- выявить корреляцию развития данного заболевания и его осложнений с некоторыми показателями (пол, возраст больных);
- наблюдение пациентки, проходящей стационарное лечение по поводу дивертикулёза сигмовидной кишки.

**Материалы и методы.** Был проведён ретроспективный анализ 56 историй болезни пациентов. Поиск некоторых корреляционных закономерностей осуществлялся в программе Microsoft Excel.

**Клинический случай.** Наблюдали пациентку 75 лет, поступившую в колопроктологическое отделение с диагнозом «Дивертикулёз сигмовидной кишки. Функционирующая сигмостома. Рубцовое сужение сигмостомы», с жалобами на постоянные распирающие ноющие боли по всей области живота, периодические острые боли в области сигмостомы, выделение крови с калом и пенистой жидкости, затруднение отхождения кала и газов, общую слабость, плохой аппетит. Связи болей с приемом пищи и её характером не отмечает.

При объективном обследовании: язык сухой, обложен желто-серым налетом; живот симметрично увеличен в объеме, при пальпации напряженный и болезненный в левом фланке, в левой подреберной и подвздошной областях. Status localis: в левой подвздошной области сигмостома, втянута внутрь (ретракция стомы).

Пациентка считает себя больной с 2013 года, когда её впервые стали беспокоить боли в левой половине живота распирающего характера. Лечилась самостоятельно приемом спазмолитиков, к врачам не обращалась.

В своем рационе питания женщина отмечает преобладание жареных блюд, дефицит растительной клетчатки. Следует отметить из анамнеза жизни малоподвижные и сидячие условия работы, отягощенную онкологическими заболеваниями ЖКТ наследственность. Имеет следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 степени, риск 3; ХСН 1; полиостеоартроз с поражением крупных (коленных, плечевых) и мелких суставов. Индекс массы тела равен 32.

Дивертикулы в сигмовидной кишке, как и у большинства людей с данной патологией, были выявлены при колоноскопии. В апреле 2018 года выполнена операция по поводу перфорации дивертикула с развитием калового перитонита, выведена сигмостома. Спустя 5 месяцев пациентка вновь обратилась к хирургу с жалобами на боли в области стомы, кровавый стул, затруднение отхождения кала и газов.

18 сентября произведена реконструктивно-восстановительная операция по восстановлению пассажа кишечника: в брюшной полости массивный спаечный процесс, особенно в левом фланке; с большими техническими трудностями был выполнен адгезиолизис всей брюшной полости; в ходе операции были выявлены множественные дивертикулы сигмовидной, нисходящей ободочной, селезеночного угла ободочной кишки, поэтому выполнена левосторонняя гемиколэктомия до здоровой ткани, а именно до средней трети поперечно-ободочной кишки с наложением трансверзоректального анастомоза.

Пациентка провела 22 койко-дня в колопроктологическом отделении. Лекарственные препараты, которые были использованы в лечении: слабительные средства (дюфалак 200,0 мл), антибактериальные препараты

(ципрофлоксацин 100 мг 2 раза в сутки внутривенно, цефтриаксон 2 г 2 раза в сутки внутривенно струйно, метрогил 100 мл 3 раза в сутки в/в капельно), НПВС (кеторол 1,0 мл внутримышечно). Ближе

ко дню выписки предъявляла жалобы на умеренные боли в области ануса. Динамика за время лечения в стационаре положительная. Выписывается с выздоровлением.

Рекомендации: общий режим; диета с механическим, термическим щажением, частое и дробное питание малыми порциями; рекомендовано питание с высоким содержанием пищевых волокон, ограничение продуктов, способствующих газообразованию и метеоризму (бобовые, белокочанную и другие виды капусты, цельное молоко, фрукты, ягоды и овощи с грубой кожурой (кожицей). Рекомендовано продолжить прием дюфалака внутрь по 30 мл ежедневно, цезаприда внутрь по 5-10 мг 2-4 раза в сутки, за 15 мин до еды и перед сном, а также витаминотерапия.

**Результаты.** Всего за 2 исследуемых года в отделении на лечении по поводу дивертикулёзной болезни находилось 56 больных, 32 (57%) из которых лица мужского пола, а 24 (43%) – женщины. Средний возраст больных составил 68,4 и 73,6 лет у мужчин и женщин соответственно. 34 пациента имели осложнения в виде дивертикулита: 67% пациенток и 56% пациентов имели это осложнение. Интересные для дальнейшего изучения данные отметились по распределению дивертикулов на протяжении толстой кишки. Так, 100% женщин имеют дивертикулы в сигмовидной кишке, 58,1% - в нисходящем отделе ободочной кишки, 33,2% и 8,3% в поперечном и восходящем её отделах соответственно. У мужчин это распределение иное: 82 % пациентов имеют дивертикулы в сигмовидной кишке, 37,8% - в нисходящем отделе ободочной кишки, 6,3 % и 12,6% в поперечном и восходящем её отделах соответственно. Нужно отметить, что двух случаях зафиксирован дивертикулёз слепой кишки, что является довольно редким явлением. Из сопутствующей патологии наиболее часто регистрируется долихосигма, колит и недостаточность Баугиниевой заслонки (илеоцекальный клапан).

**Выводы.** Таким образом, в ходе исследования было установлено, что дивертикулярной болезни толстого кишечника, а также осложнениям её в виде дивертикулита чаще подвержены лица женского пола. Симптомы заболевания у мужчин проявляются в более раннем возрасте. Имеются гендерные различия в локализации дивертикулов по ходу толстой кишки.

#### *Список литературы / References*

1. *Ермолов А.С., Резницкий П.А., Ярцев П.А. и др.* Трудные случаи диагностики и лечения пациентов с воспалительными осложнениями острого дивертикулита ободочной кишки. // Медицинский алфавит, 2017. № 5. С.25-32.
2. *Земляной В.П., Сигуа Б.В., Никифоренко А.В. и др.* Особенности хирургического лечения поздних осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки. // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, 2017. № 2. С. 121-124.
3. *Сабельникова Е.А.* Актуальные вопросы лечения и профилактики дивертикулярной болезни. // Эффективная фармакотерапия, 2018. № 16. С. 38-43.
4. *Стяжкина С.Н., Кирьянов Н.А. и др.* Роль внекишечных проявлений в ранней диагностике воспалительных заболеваний кишечника в Удмуртской Республике. // Вестник современной клинической медицины, 2018. № 2. С. 55-58.