

<https://doi.org/10.56936/18291775-2024.38-51>

УДК: 616.348-089.169.1-06

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛИТА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Григорян К.Г.

ЕГМУ, кафедра хирургии №4

Получена: 01.10.2024, рецензирована: 17.10.2024, принята: 31.10.2024

Ключевые слова: дивертикулит, осложнения, рецидивы, классификация и лечение дивертикулита.

Дивертикулит является одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, частота встречаемости которого постоянно растет. За последние десятилетия значительно увеличилось количество молодых больных [9]. У европейцев и североамериканцев дивертикулит в 85-90% случаев охватывает только сигмовидную кишку. Причиной заболевания являются постепенно развивающиеся выбухания слизистой и подслизистой оболочки на истонченных мышечных участках стенки толстой кишки. Количество псевдодивертикулов увеличивается в течение жизни. Однако у 80% пациентов всех возрастных групп дивертикулез остается бессимптомным, а у 20% развиваются различные формы дивертикулита. В то же время у людей пожилого и старческого возраста острый дивертикулит диагностируют в 60% случаев [20]. В клинической картине заболевания преобладают боли в левой нижней части живота, лейкоцитоз, повышение уровня С-реактивного белка и лихорадка. Формы дивертикулита варьируют от легкого неосложненного течения до развития потенциально смертельных осложнений, таких как перфорация в свободную брюшную полость или кровотечение [12].

Существуют некоторые различия в нозологической терминологии в англо- и русскоязычной литературе. Но, несмотря на кажущиеся расхождения, речь идет об одном и том же. В большинстве случаев англоязычные международные исследователи применяют термины «дивертикулез» и «дивертикулит». Последний, в свою очередь, делят на острый и хронический. В русскоязычной литературе используют понятие дивертикулярной болезни с осложнениями и без них, при этом речь идет о течении заболевания с выраженными клиническими симптомами и воспалением, то есть о дивертикулите.

* АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

К.Г. Григорян

ЕГМУ, кафедра хирургии №4

Адрес: РА, Ереван, 0025, ул. Корюна, 2

Эл. почта: karengrig15@gmail.com

Тел.: (+374) 96 44 44 14

Англоязычные сообщества хирургов и гастроэнтерологов традиционно отдают предпочтение классификации, представленной в табл. 1.

В табл. 2 приведена классификация, используемая в Российской Федерации [21].

Мы, как и многие другие исследователи в центральной Европе, в том числе в Германии, хотим отметить универсальное отражение всех форм острого и хронического рецидивирующего дивертикулита в модернизированной классификации Hansen and Stock, которую используют с 2017 года в национальных немецких рекомендациях [5] (табл. 3).

Хотелось бы отметить, что алгоритмы диагностики также тесно связаны со стадийностью дивертикулярной болезни. В случае неосложненного течения заболевания для верификации диагноза и контроля динамики УЗИ считается общепринятым стандартом. При развитии острого дивертикулита, сопровождающегося осложнениями, показаны УЗИ и КТ с внутривенным контрастным усилением. МРТ и виртуальную колоноскопию в острой стадии заболевания не используют, но при хроническом рецидивирующем течении заболевания эти методы диагностики могут дать исчерпывающую информацию [5].

В прошлом лечение дивертикулита имело два основных направления. В первую очередь применяли консервативную тактику, включавшую парентеральное введение антибиотиков и высококалорийных растворов. Хирургическое же лечение заключалось в резекции сигмовидной кишки с удалением прилежащих воспалительно измененных тканей. Опасения, что рецидивирующий дивертикулит может протекать с тяжелыми осложнениями и сопровождаться высокой летальностью, а также значительное количество случаев резистентности к консервативному лечению привели к тому, что показания к операции были значительно расширены. Таким образом, на рубеже тысячелетий непоколебимой осталась догма, основанная на данных ирландских хирургов А. Parks и др., согласно которой показания к резекции сигмовидной кишки выставляли после двух приступов дивертикулита, а у пациентов до 50 лет – после первого приступа.

Таблица 1

Классификации дивертикулита по Hinchey (1978)

I стадия	Периколический абсцесс или инфильтрат
II стадия	Тазовый, внутрибрюшной или ретроперитонеальный абсцесс
III стадия	Генерализованный гнойный перитонит
IV стадия	Генерализованный каловый перитонит

Таблица 2

Классификация осложнений дивертикулярной болезни ГНЦК (2016)

Острые осложнения	Хронические осложнения
I. Острый дивертикулит	I. Хронический дивертикулит: рецидивирующее течение, непрерывное течение, латентное течение
II. Острый паракишечный инфильтрат (периколическая флегмона)	II. Стеноз
III. Перфоративный дивертикулит а. Абсцесс б. Гнойный перитонит в. Каловый перитонит	III. Хронический паракишечный инфильтрат: рецидивирующее течение, непрерывное течение
IV. Толстокишечное кровотечение	IV. Свищи ободочной кишки: а. внутренние, б. наружные
	V. Рецидивирующее толстокишечное кровотечение

Таблица 3

Классификация дивертикулярной болезни (2017)

Название	Синоним	Определение	Стадия
Бессимптомный дивертикулез			0
Острый неосложненный дивертикулит	Дивертикулит без перфорации	КТ: дивертикулит без локальной реакции	1a
		КТ: дивертикулит с флегмоной	1b
Острый осложненный дивертикулит	Дивертикулит с прикрытой перфорацией	КТ: микроабсцесс (< 1см)	2a
		КТ: макроабсцесс	2b
	Дивертикулит с перфорацией в брюшную полость	Гнойный перитонит	2c1
		Каловый перитонит	2c2
Хроническая дивертикулярная болезнь	Симптоматическая неосложненная дивертикулярная болезнь	Клинические жалобы	3a
	Рецидивирующий неосложненный дивертикулит	КТ-картина стадии 1a/b + воспалительные показатели крови	3b
	Рецидивирующий дивертикулит с осложнениями	Наличие стеноза, свища	3c
Кровотечение из дивертикула		Доказанный источник кровотечения (эндоскопия, КТ)	4

Значительный рост заболеваемости дивертикулитом, особенно у молодых пациентов, привел к интенсивному всестороннему изучению этой проблемы. Новые научные данные о течении болезни, разработка современных антибактериальных препаратов и дальнейшее развитие диагностических технологий привели к фундаментальному изменению тактики лечения дивертикулита [7]. Основная рекомендация о том, что неосложненные формы дивертикулита должны лечить консервативно, а осложненные – оперативно, уже не является непоколебимым постулатом в ежедневной хирургической практике. Все более распространенной тенденцией в англоязычной и скандинавской литературе является отказ от активной хирургической тактики, основанием для которой ранее являлось только количество перенесенных приступов неосложненного дивертикулита. Решения, базирующиеся на данных многочисленных исследований, уже зафиксированы во многих западных национальных рекомендациях по дивертикулиту [1, 15].

Рассмотрим основные подходы к лечению каждой стадии заболевания. Диагноз острого неосложненного дивертикулита (стадия 1a) устанавливают при наличии типичных клинических признаков, повышении лабораторных показателей воспаления, отсутствии при УЗИ или КТ признаков осложнений (флегмона, абсцесс, свищ, перфорация). Тактика в таких случаях сугубо консервативная, что у большинства пациентов приводит к значительному уменьшению жалоб или их полному исчезновению [13]. При этом необходим регулярный контроль за общим состоянием пациентов и лабораторными показателями воспаления. Более того, антибиотикотерапию в этой стадии заболевания в обязательном порядке проводят только у пациентов со следующими факторами риска: артериальная гипертензия, хронические заболевания почек, иммуносупрессия, склонность к аллергическим реакциям. В иных случаях допустимо лечение без использования антибактериальных препаратов [5].

Если на фоне консервативной терапии симптоматика воспаления и болевой синдром остаются на прежнем уровне или усиливаются, показана повторная КТ брюшной полости с внутривенным и ректальным контрастированием для верификации состояния или исключения вновь возникших осложнений. Возможные осложнения на фоне проводимой терапии сами по себе являются показаниями к операции [18]. В некоторых случаях возникает хроническое, так называемое тлеющее, воспаление дивертикулов (*smoldering diverticulitis*), которое не

имеет четкой картины на КТ, но заметно ухудшает качество жизни пациентов [13]. Активная хирургическая тактика у больных этой группы приводит к хорошим отдаленным результатам [18].

Поскольку после успешного консервативного лечения острого неосложненного дивертикулита рецидив происходит лишь у 2% больных и лишь 10–13% больных должны быть оперированы из-за осложнений или изнуряющего болевого синдрома в отдаленные сроки наблюдения, методом выбора в этой группе остается консервативная терапия. Исключением являются больные с такими факторами риска, как иммуносупрессивное состояние, наличие коллагеноза или системного васкулита [4]. Это связано с тем, что после трансплантации органов или длительной системной химиотерапии летальность при осложненных формах дивертикулита на 25%, а риск перфорации в 2,7 раза выше, чем у пациентов без указанных сопутствующих заболеваний [10].

При развитии осложненных форм острого дивертикулита (стадия 2a/b) стационарное лечение также начинают с консервативной терапии. По данным S. Biondo и соавт. [4], параколические абсцессы или абсцессы малого таза как следствие острого дивертикулита диагностируют у 15% пациентов. Если диаметр полости абсцесса превышает 5 см, то существует возможность ее дренирования под контролем КТ или УЗИ с последующими ежедневными санациями. В комбинации с внутривенной антибиотикотерапией в большинстве случаев это позволяет избежать экстренной операции с наложением колостомы [6, 8]. Если в течение 72 часов терапия не приносит желаемого результата, показана операция [7]. В случае положительного эффекта от консервативного лечения неизбежно возникает проблема целесообразности проведения планового или отсроченного оперативного вмешательства, задачей которого является профилактика рецидива заболевания и осложнений, а также улучшение качества жизни пациентов.

В ретроспективных исследованиях J. Hall и соавт., P. Ambrosetti указывают на большое количество рецидивов (более 40%) и осложнений (более 47%) острого дивертикулита после успешно проведенного медикаментозного лечения. К факторам риска рецидива болезни и возникновения осложнений относят наличие дивертикулита в семейном анамнезе, длину пораженной части толстой кишки более 5 см, наличие в прошлом параколического абсцесса [10].

В этом плане показательна работа B. Devaraj и соавт., которые в 2016 году проанализировали 185 слу-

чаев с осложненным, абсцедирующим дивертикулитом, пролеченных консервативно с установкой или без установки дренажей в полость абсцессов, средний диаметр которых составил 3,7 см. После 5,3 месяца наблюдения (в среднем) у 112 (60,5%) пациентов развился рецидив заболевания, из них у 71 (63,4%) наблюдались такие осложнения, как рецидив абсцесса, образование свища, стеноз сигмовидной кишки и даже локальный перитонит, а 29 (25,9%) пациентам потребовалась срочная операция [16].

Что касается хронического рецидивирующего дивертикулита (стадия 3), то актуальные данные исследований не подтверждают теории четкой связи возрастания количества септических осложнений с частотой перенесенных приступов дивертикулита [17].

Показания к операции должны выставлять строго индивидуально с учетом следующих факторов риска: тяжесть клинических проявлений, возраст, тяжесть приступов дивертикулита [14]. Золотым международным стандартом хирургического лечения осложненных форм дивертикулита с целью профилактики рецидива в настоящий момент является лапароскопическая резекция сигмовидной кишки с удалением мышечной зоны повышенного давления, которая находится в ректосигмоидном переходе и с формированием первичного механического анастомоза циркулярным шивающим аппаратом [2]. Формирование анастомоза необходимо выполнять в средней трети прямой кишки на расстоянии 10–12 см от ануса. С целью профилактики натяжения в области анастомоза левый изгиб ободочной кишки рекомендуется полностью мобилизовать. Крайне важно полное сохранение N. hypogastricus и A. rectalis inferior для предотвращения развития синдрома недержания в послеоперационном периоде [19].

Значительный практический интерес представляют работы голландских и английских хирургов 2019 года,

которые в ходе рандомизированных мультицентровых исследований анализировали результаты операций у пациентов с острым дивертикулитом, осложненным перфорацией в свободную брюшную полость и развитием гнойного или калового перитонита (стадия 2с, Hinchey III, IV). Их выводом стало отсутствие статистически значимых различий в частоте послеоперационных хирургических и нехирургических осложнений, а также летальности у пациентов, которым выполнили первичный анастомоз на прямой кишке, независимо от того, выводили протективную илеостому или нет, и у пациентов, которым произвели операцию Гартмана [11]. Поддержка данной стратегии также нашла отражение в статье итальянского хирурга G. Binda [3].

Таким образом, несмотря на незначительные различия в классификациях дивертикулита, дивертикулярной болезни и дивертикулеза европейских, американских и российских национальных клинических рекомендаций, многие аспекты диагностики и лечебной тактики совпадают. Однако, основываясь на результатах интернациональных мультицентровых и рандомизированных исследований последних лет, представляется, что есть основания для коррекции формулировок показаний к операциям и их объема. Очевидно, что постулат о том, что при экстренном хирургическом лечении перфоративного дивертикулита не следует пытаться реализовывать задачи, стоящие перед плановыми вмешательствами, необходимо переосмыслить в сторону радикальной резекции с формированием первичного толстокишечного анастомоза даже при наличии гнойного или калового перитонита. Решение о формировании защитной двуствольной илеостомы, по нашему мнению, является обязательным. Большинству пациентов с острым дивертикулитом и параколическими абсцессами после их дренирования показано плановое или отсроченное радикальное хирургическое лечение.

ЛИТЕРАТУРА

- Andersen J.C., Bundgaard L., Elbrond H., Laurberg S., Walker L.R., Støvring J., Danish Surgical Society. Danish national guidelines for treatment of diverticular disease. *Dan Med. J.* 2012;59:C4453. Accessed Apr. 2, 2020, https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-11/c4453.pdf
- Benn P.L., Wolff B.G., Ilstrup D.M. Level of anastomosis and recurrent colonic diverticulitis. *Am. J. Surg.*, 1986;151:269-271. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(86\)90085-1](https://doi.org/10.1016/0002-9610(86)90085-1)
- Binda G.A. Management of acute perforated diverticulitis with generalized peritonitis: is this the end of the Hartmann's era? *Tech. Coloproctol.*, 2020;24(6):509-511. <https://doi.org/10.1007/s10151-020-02201-0>
- Biondo S. Age and immunocompromised status in acute diverticulitis. *Colorectal Dis.*, 2012;14:1553-1555. <https://doi.org/10.1111/codi.12017>
- Brandhuber M. Radiologische Diagnostik der Sigmadivertikulitis und Stadieneinteilung. Radiological diagnostics of sigmoid diverticulitis and staging classification. *Coloproctology*, 2018;40:323-330. <https://doi.org/10.1007/s00053-018-0285-1>
- Brandt D., Gervaz P., Durmishi Y., Platon A., Morel P., Poletti P.A. Percutaneous CT scan-guided drainage vs. antibiotherapy alone for Hinchey II diverticulitis: a case-control study. *Dis. Colon. Rectum*, 2006;9:1533-1538. <https://doi.org/10.1007/s10350-006-0613-3>
- Chapman J.R., Dozois E.J., Wolff B.G., Gullerud R.E., Larson D.R. Diverticulitis: a progressive disease? Do multiple recurrences predict less favorable outcomes? *Ann. Surg.*, 2006;243(6):876-883. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000219682.98158.11>
- Durmishi Y., Gervaz P., Brandt D., Bucher P., Platon A., Morel P., Poletti P.A. Results from percutaneous drainage of Hinchey stage II diverticulitis guided by computed tomography scan. *Surg. Endosc.*, 2006;20:1129-1133. <https://doi.org/10.1007/s00464-005-0574-y>
- Etzioni D.A., Mack T.M., Beart R.W. Jr, Kaiser A.M. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment. *Ann. Surg.*, 2009;249(2):210-217. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181952888>
- Gaertner W.B., Willis D.J., Madoff R.D., Rothenberger D.A., Kwaan M.R., Bel-

zer G.E., Melton G.B. Percutaneous drainage of colonic diverticular abscess: is colon resection necessary? *Dis. Colon. Rectum*, 2013;56:622-626. <https://doi.org/10.1097/DCR.0b013e31828545e3>

11. Halim H., Askari A., Nunn R., Hollingshead J. Primary resection anastomosis versus Hartmann's procedure in Hinchey III and IV diverticulitis. *World J. Emerg. Surg.*, 2019;14:32. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0251-4>
12. Holmer C. Elektive Operationsindikationen bei Sigmadivertikulitis. *Coloproctology*. 2018;40:345-348. <https://doi.org/10.1007/s00053-018-0276-2>
13. Kaiser A.M., Jiang J.K., Lake J.P., Ault G., Artinyan A., Gonzalez-Ruiz C., Essani R., Beart R.W Jr. The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography. *Am. J. Gastroenterol.*, 2005;100:910-917. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.41154.x>
14. Krus W., Germer C.T., Leifeld L. Diverticular disease: guidelines of the German Society for Gastroenterology, Digestive and Metabolic Diseases and the German Society for General and Visceral Surgery. *Digestion*. 2014;90:190-207. <https://doi.org/10.1159/000367625>
15. Rafferty J., Shellito P., Hyman N.H., Buie W.D. Standards Committee of American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2006;49(7):939-944. <https://doi.org/10.1007/s10350-006-0578-2>
16. Reibetanz J., Germer C.T. Operation vs. konservative Therapie bei anhaltenden Abdominalbeschwerden nach stattgehabter Divertikulitis. *Chirurg.*, 2017;88:346-347. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0418-z>
17. Ritz J.P., Lehmann K.S., Frericks B., Stroux A., Buhr H.J., Holmer C. Outcome of patients with acute sigmoid diverticulitis: multivariate analysis of risk factors for free perforation. *Surgery*, 2011;149:606-613. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2010.10.005>
18. Simianu V.V., Fichera A., Bastawrous A.L., Davidson G.H., Florence M.G., Thirby R.C., Flum D.R. Number of diverticulitis episodes before resection and factors associated with earlier interventions. *JAMA Surg.*, 2016;151(7):604-610. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.5478>
19. Strik M.W., Comman A., Staab M., Benecke C. Die abszedierte und gedeckt perforierte Sigmadivertikulitis. Indikation für laparoskopische Resektion und primäre Anastomose. *Coloproctology*, 2008;30:105-110. <https://doi.org/10.1007/s00053-008-8010-0>
20. Wedel T., Bottner M. Anatomie und Pathogenese der Divertikelkrankheit. *Chirurg.*, 2014;85:281-288. <https://doi.org/10.1007/s00104-013-2617-6>
21. Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Москалев А.И. Классификация дивертикулярной болезни. *Колопроктология*, 2014;4(50):5-13. Ссылка активна на 15.04.20. Shelygin Y.A., Achkasov S.I., Moskaev A.I. Classification of diverticular disease. *Koloproktologia*, 2014;4(50):5-13. Accessed Apr. 15, 2020. (In Russ.). https://www.gnck.ru/pdf/journal_4_50_2014.pdf

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

ՀԱՍՏ ԱՂԻՔԻ ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼԻՏԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

Գրիգորյան Կ.Հ.

ԵՊԲՀ, վիրաբուժության թիվ 4 ամբիոն

Բանալի բառեր՝ դիվերտիկուլիտ, բարդություններ, ախտադարձներ, դիվերտիկուլիտի դասակարգում և բուժում:

Դիվերտիկուլիտը մարսողական համակարգի ամենատարածված հիվանդություններից է, որի հաճախականությունը կայուն մեծանում է հատկապես երիտասարդ բնակչության շրջանում: Եվրոպացիների, այդ թվում հայերի և հյուսիսամերիկացիների շրջանում 85-90%-ի դեպքում հիվանդությունն ախտահարում է միայն սիգմայածև աղիքը: Հիվանդության պատճառ են հաստ աղիքի պատի թուլացած մկանային հատվածներում լորձաթաղանթի և ենթալորձային շերտի արտափթույնները: Չնայած անձանց 80%-ի դեպքում դիվերտիկուլոզն ընթանում է առանց ախտանիշների, սակայն 20% դեպքերում զարգանում է տարբեր տեսակի դիվերտիկուլիտ: Դիվերտիկուլիտի տեսակները լինում են թեթև անբարդ ընթացքից մինչև կյանքին սպառնացող բարդություններ՝ թափածակում ազատ որովայնի խոռոչ և

արյունահոսություն:

Սույն աշխատանքում ներկայացվում է հաստ աղիքի դիվերտիկուլիտի դասակարգման կազմակերպման վերաբերյալ հիմնական աշխատանքները և վերլուծվում է բազմակենտրոն ռետրոսպեկտիվ և ռանդոմիզացված պրոսպեկտիվ ուսումնասիրություններ: Չնայած անգլերեն և ռուսերեն գրականության մեջ առկա տերմինաբանական տարբերություններին՝ հիվանդության դասակարգման հարցում կան նաև որոշակի ընդհանրություններ:

Աշխատանքում ներկայացված են ախտորոշիչ և բուժման ժամանակակից մոտեցումները, վիրահատությունների ցուցումների և դրանց ծավալի սահմանման մի շարք չլուծված խնդիրներ, ինչպես նաև վիրաբուժական միջամտությունների դերը դիվերտիկուլիտի ախտադարձների և ծանր բարդությունների դեպքում:

SUMMARY

CURRENT ISSUES IN THE TREATMENT OF DIVERTICULITIS OF THE COLON

Grigoryan K.H.

YSMU, Department of Surgery №4

Keywords: diverticulitis, complications, recurrences, classification and treatment of diverticulitis.

Diverticulitis is one of the most common diseases of the digestive system, with a steadily increasing frequency, particularly among the younger population. In 85-90% of cases among Europeans, including Armenians, and North Americans, the disease affects only the sigmoid colon. The causes of the disease are the protrusion of the mucous membrane and submucosal layer in the weakened muscular segments of the colonic wall. While diverticulosis progresses without symptoms in 80% of individuals, 20% of cases develop various forms of diverticulitis. These forms can range from mild, uncomplicated conditions to life-threatening complications, such as perforation into the free

abdominal cavity and bleeding.

Within the scope of this work, the author presents key studies on the classification of colonic diverticulitis and analyzes multicenter retrospective and randomized prospective studies. Despite the terminological differences in English and Russian literature, there are also certain similarities in the disease classification.

The work outlines contemporary diagnostic and therapeutic approaches, unresolved issues in determining indications for surgeries and their extent, as well as the role of surgical interventions in cases of recurrence and severe complications of diverticulitis.