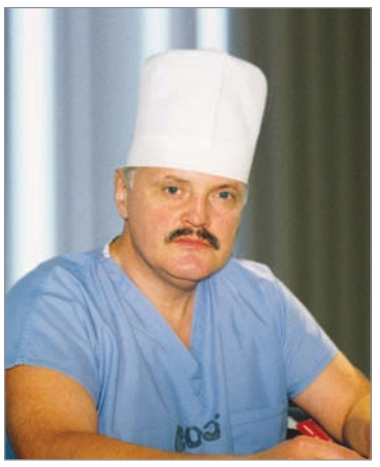
О.І. Пойда, д.м.н., професор кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, заслужений лікар України, віце-президент Асоціації колопроктологів України, м. Київ

Дивертикулярна хвороба товстої кишки



О.І. Пойда

Дивертикулярна хвороба (найчастіше зустрічається набута форма) чи дивертикульоз товстої кишки – це захворювання, за якого утворюються поодинокі чи множинні грижеподібні вип'ячування слизової оболонки крізь м'язовий каркас за межі контурів стінки кишки (несправжні).
Вроджений дивертикульоз – це вип'ячування всіх шарів кишкової стінки (істинні або справжні).

Опис дивертикулів товстої кишки зустрічається у літературі першої половини XIX ст. D. Fleischmann (1815), G. Cruveilheir (1849), знаходячи на секції подібні до дивертикулів зміни, вважали це рідкісним захворюванням, пов'язаним із закрепом. Автори відмічали у таких хворих потоншення кишкової стінки, розволокнення циркулярного м'язового шару ободової кишки. Клінічні спостереження W. Lane (1885) виявили наявність у пацієнтів спазму товстої кишки у ділянці дивертикулів, що вказувало на роль м'язового фактора та підвищення внутрішньокишкового тиску в розвитку дивертикулів.

Частота дивертикульозу становить 7-24%. В осіб віком понад 60 років ця патологія зустрічається у 50% випадків, що визначає соціальну значущість захворювання. У наш час у зв'язку з уточненням діагностики істотно збільшилася частота захворювання на дивертикульоз товстої кишки, що значною мірою пов'язаний із закрепами, особливо у США та країнах Західної Європи. За сучасними даними, дивертикульоз у цих регіонах набуває майже епідемічного характеру, у той час як у жителів Африки та деяких країн Азії, які споживають продукти з великою кількістю грубоволокнистої клітковини, це захворювання трапляється дуже рідко. У 90,7% випадків дивертикули локалізуються в лівій половині товстої кишки. Важливим фактором розвитку дивертикулярної хвороби є також вік. Так, у Європі частота дивертикулів у людей віком до 40 років становить 10%, понад 60 років – 35%, понад 70 років – 40%. Це зумовлено віковими змінами у стінках кишки, які стають менш еластичними і втрачають здатність адекватно розтягуватися у відповідь на підвищення тиску. Зі збільшенням віку людини стінки кишки стають більш ригідними. Розвитку дивертикулів сприяють уроджені й набуті захворювання сполучної тканини.

У патогенезі дивертикулярної хвороби товстої кишки велике значення мають порушення кишкової моторики, а саме надмірні або дискоординовані скорочення товстої кишки непропульсивного характеру. Дискоординовані сегментарні скорочення призводять до утворення в кишках замкнутих ділянок з високим внутрішньопорожнинним тиском. Результатом дисморики є формування пульсійних дивертикулів. Розвитку порушень моторики прямої кишки сприяє дефіцит харчових волокон. У розвинених країнах харчування характеризується споживанням великої кількості рафінованої їжі з низьким умістом рослинних волокон. Наслідком цього є зменшення об'єму калових мас і необхідність більш інтенсивного скорочення товстої кишки для їх просування.

У розвитку хвороби має значення також вплив речовин, що підсилюють перистальтику і викликають спазм м'язів кишки. До них відносять жовчні кислоти. Сучасний харчовий раціон населення багатий на жири, які стимулюють холесекреторну функцію печінки. Значна частина жовчних кислот (до 80%) всмоктується у здухвинній кишці, а близько 20% потрапляє в товсту кишку. Жовчні кислоти є стимуляторами моторної функції кишечника і в надмірній кількості можуть викликати спазм кишки. Крім того, під їхнім впливом збільшується виділення холецистокініну – гормону, що підсилює моторику кишечника.

Для дивертикулярної хвороби характерний розвиток міо- і нейропатій. Розрізняють чотири типи міо- і нейропатій, на тлі яких розвивається дивертикулярна хвороба:

- вісцеральна міопатія гладких м'язів;
- інтерстиціальний фіброз м'язової оболонки товстої кишки;
- вісцеральна нейропатія;
- вторинна нейропатія при хворобі Фабра.

Нейральні зміни у пацієнтів з дивертикулярною хворобою кишечника трапляються у людей молодого віку і проявляються дисплазією підслизового нервового сплетення.

Міопатичні зміни частіше спостерігають за спастичної форми дивертикулярної хвороби, вони проявляються гіпертрофією м'язової стінки. При цьому відмічають атрофію циркулярного м'язового шару, розволокнення його периваскулярних просторів. Саме на ділянках атрофії та розволокнення відбувається пролабування слизової оболонки кишки і виникнення дивертикулів. Міопатичні зміни частіше спостерігають у людей похилого віку.

У розвитку атрофії циркулярних м'язів кишечника відіграють роль порушення регіонального кровообігу, які можуть бути результатом стиснення судин, що проходять крізь м'язовий шар. За атонічного дивертикульозу зміни м'язової стінки характеризуються відсутністю ділянок розволокнення, м'язова оболонка потоншена, що є наслідком вікових дегенеративних змін у м'язах, а також атеросклеротичного ураження судин.

Найбільш розповсюджена грижова теорія утворення дивертикулів товстої кишки, згідно з якою дивертикули виникають унаслідок дегенеративних змін сполучної тканини кишкової стінки, що зумовлені старінням організму. Велике значення має порушення пропульсивної функції товстої кишки. Це призводить до підвищення внутрішньокишкового тиску і, як наслідок, до випинання слизової оболонки у місцях найменшого опору (частіше це місця проходження судин крізь м'язову оболонку стінки кишки). Найбільший внутрішньокишковий тиск визначають у сигмовидній кишці, де частіше за все і виявляють дивертикули. Набуті дивертикули товстої кишки за походженням пульсійні.

Є певні анатомічні передумови розвитку дивертикулів в ободовій кишці. До них відносяться:

- формування зовнішнього м'язового шару у вигляді трьох стрічок (теній), що послаблює кишку перед внутрішніми та зовнішніми впливами;
- характер судинної архітектоніки – наявність артерій і вен перфорантів м'язового каркасу, у результаті чого у стінці кишки утворюються ділянки найменшого опору;
- наявність гаустр, у яких може генеруватися підвищений внутрішньокишковий тиск.

Таким чином, дивертикульоз товстої кишки є поліетіологічним захворюванням, у розвитку якого відіграють роль як місцеві, так і системні фактори, у результаті дії яких кишкова стінка набуває характерних змін.

У морфології дивертикулярної хвороби слід розрізняти власно дивертикули та появу структурних змін кишкової стінки на тканинному та клітинному рівнях, що їм передують.

Щодо патологічної анатомії, то дивертикули – це мішкоподібні вибухання слизового та підслизового шарів за межі стінки кишки, які вкриті вісцеральною серозною оболонкою (очеревиною). Це так звані несправжні (псевдо-) дивертикули, у стінці яких на відміну від справжніх (істинних) немає м'язової оболонки кишки.

До змін, які передують дивертикульозу, відносяться розволокнення на окремі пучки циркулярних м'язів, гіпереластоз поздовжнього м'язового шару, а також різні види міо- та нейропатії стінки кишки. При цьому на тлі міопатії зазвичай розвивається атрофія гладких м'язів, а на тлі нейропатій – гіпертрофія м'язової оболонки з розширенням навколосудинних просторів.

Дивертикули локалізуються у різних відділах ободової кишки з різною частотою. Ізольовано у сигмовидній кишці дивертикули розміщені у 30% хворих, у нисхідній ободовій кишці – у 13%. Найчастіше дивертикули охоплюють обидва ці відділи – у 38% випадків. У проксимальних відділах ободової кишки дивертикульоз трапляється рідше: у поперековоободовій – у 5% хворих, у висхідній – у 6%, у сліпій – у 3%. Тотальне ураження ободової кишки спостерігають також рідко – у 5% випадків.

Сучасна клінічна класифікація дивертикулярної хвороби допомагає оцінити стан, прогноз, а головне – вибрати правильну індивідуальну лікувальну тактику. Виділяють такі форми дивертикулярної хвороби:

- Дивертикульоз товстої кишки без клінічних проявів (безсимптомна форма), який спостерігають у 30% обстежених і розцінюють як випадкову знахідку.
- Дивертикульоз із клінічними проявами, який характеризується симптомокомплексом, що включає біль у животі та різноманітні порушення функції кишечника.
- Дивертикульоз з ускладненнями:

– гострим та хронічним дивертикулітом;
– перфорацією;
– кровотечею;
– непрохідністю;
– паракишковою флегмоною;
– внутрішньою чи зовнішньою кишковою норицею.

Дивертикульоз товстої кишки може довгий час не проявлятися, і його виявляють випадково під час обстеження хворого.

Основними симптомами дивертикульозу з клінічними проявами є біль у животі з порушенням функції товстої кишки у вигляді запорів, які змінюються проносами, що також може свідчити про початок розвитку дивертикуліту.

Спастична форма дивертикулярної хвороби характеризується спастичним болем у животі, викликаним порушенням кишкової моторики і виникненням у кишці ознак запалення (виявляють під час фіброколоноскопії). При спастичній формі спостерігають значну сегментацію і гіпергаустрацію кишкової стінки. Частіше вона трапляється в осіб віком до 60 років.

У хворих більш похилого віку діагностують атонічну форму дивертикулярної хвороби, яка частіше, ніж спастична, протікає безсимптомно.

Виникнення ускладнень дивертикульозу зумовлене кількома причинами. Провідною з них є підвищення внутрішньокишкового тиску, спазм м'язової стінки з порушенням кровообігу дивертикулів, формуванням застою калових мас. Останнє може бути причиною утворення у дивертикулі виразок з розвитком запального перипроцесу. Витончення слизової оболонки, оголення судини, яка перфорує кишкову стінку, створює умови для виникнення кровотеч.

На тлі дивертикуліту може відбутися перфорація дивертикула у вільну черевну порожнину (2-27% випадків) з розвитком перитоніту. З огляду на мезоперитонеальне розташування висхідної та низхідної ободової кишки при перфорації дивертикула в заочеревинну клітковину розвивається її флегмона. При перфорації дивертикула у брижу розвивається параколярний абсцес.

Довготривалий дивертикуліт призводить до виникнення спайкового процесу, що може призвести до непрохідності кишечника, утворення внутрішніх чи зовнішніх кишкових нориць.

Клінічні прояви дивертикульозу товстої кишки та його ускладнень не можуть служити підставою для встановлення точного діагнозу захворювання. Найбільш інформативними є інструментальні методи діагностики дивертикулярної хвороби товстої кишки. Провідними з них є іригоскопія (особливо виконана методом подвійного контрастування), віртуальна колонографія (комп'ютерна томографія товстої кишки, у яку попередньо введено повітря) та фіброколоноскопія.

Обов'язковими методами обстеження хворого, крім вивчення анамнезу, клінічних проявів та загального об'єктивного огляду, є проведення проктологічного огляду, іригоскопії, фіброколоноскопії.

Найбільш інформативним методом виявлення дивертикульозу товстої кишки є дослідження товстої кишки за допомогою барієвої клізми (іригоскопія). Основними ознаками наявності дивертикула у разі іригоскопії є вихід контрастної речовини за межі контура кишки у вигляді овальних мішкоподібних тіней. Розміри цих тіней та їх кількість варіабельні – від поодиноких до множинних, розповсюджених по всій товстій кишці, діаметром від 0,2-0,3 см до 2-3 см та більше. Характерною рентгенологічною ознакою дивертикула є наявність шийки. Добре контрастування шийки та мішка дивертикула утворює патогномонічну рентгенологічну картину захворювання. Нечітка структура дивертикула, тривала затримка у ньому контрастної речовини, виражене місцеве подразнення кишки, яке проявляється її спазмом та неупорядкованим розташуванням гаустр, грубі, широкі, набряклі складки слизової оболонки свідчать про наявність дивертикуліту.

Крім того, іригоскопія (іригографія) дозволяє виявити звуження отвору сигмовидної кишки у випадку утворення інфільтрату, а також заповнити контрастом норицеві ходи (фістулографія). За дивертикулярної хвороби розрізняють три

типи морфофункціональних змін, які виявляють рентгенологічно:

• 1-й тип: отвір кишки – 3,5-4,0 см, гіпертонус невиражений, міжгаустральні складки згладжені, еластичність стінки збережена;

• 2-й тип: отвір – 2,5-3,5 см, гаустральний малюнок деформований, високі міжгаустральні складки, еластичність збережена;

• 3-й тип: отвір – менш ніж 2,5 см, стійкий гіпертонус, гаустрація хаотична, пілороподібний контур, еластичність знижена, кишка фіксована.

Третій тип морфофункціональних змін є найменш прогностично сприятливим. За нього слід чекати таких ускладнень захворювання, як дивертикуліт, паракишковий інфільтрат, абсцедування або перфорація.

Ознакою дивертикульозу при віртуальній колонографії є виявлення вип'ячувань стінки товстої кишки.

Характерною ендоскопічною ознакою дивертикульозу за даними фіброколоноскопії є наявність поодиноких або численних отворів у стінці кишки, вистелених слизовою оболонкою, яка виходить за межі м'язової оболонки. Часто біля шийки дивертикула виявляють кровоносну судину. Дивертикуліт проявляється інфільтрацією та гіперемією слизової оболонки навколо отвору дивертикула.

Дивертикульоз товстої кишки необхідно диференціювати із синдромом подразненого кишечника, пухлинами товстої кишки, неспецифічним виразковим колітом та хворобою Крона.

Спільними ознаками для цих захворювань є біль у животі, здуття, проноси, що чергуються із запорами, слизово-кров'янистими виділеннями з прямої кишки.

Проте синдром подразненого кишечника частіше виникає вторинно на тлі хронічного холециститу, панкреатиту, пептичної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. Для нього характерний нелокалізований абдомінальний біль. Під час фіброколоноскопії спостерігають помірний набряк та гіперемію слизової оболонки. Дивертикулярних вип'ячувань у товстій кишці не виявляють.

У разі ентероколітичної чи диспептичної форми пухлин ободової кишки на відміну від дивертикулярної хвороби спостерігають анемію, хворі швидко втрачають масу тіла. З часом з'являються закрепи, що посилюються, аж до виникнення непрохідності товстої кишки. Фіброколоноскопія або іригоскопія дозволяють виявити пухлини ободової кишки.

За неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона товстої кишки, як і за дивертикулярної хвороби, спостерігають біль у лівій половині живота. Однак для дивертикулярної хвороби характерним є закреп, а для неспецифічних колітів, навпаки, часті та рідкі випорожнення. На відміну від дивертикулярної хвороби при цих захворюваннях часто спостерігають позакишкові прояви у вигляді артритів, гнійних уражень шкіри та ін. Вирішальна роль у диференційній діагностиці належить ректороманоскопії та фіброколоноскопії, під час якої залежно від ступеня активності процесу виявляють набряк, гіперемію слизової оболонки, легку контактну кровотечу слизової, виразки; у просвіті кишки – кров, гній, псевдополіпи. При цьому дивертикули не виявляють.

В основі диференційної діагностики лежить комплексне обстеження хворих з обов'язковим проведенням проктологічного огляду, іригоскопії та фіброколоноскопії.

Лікувальна тактика залежить від клінічних проявів дивертикульозу, наявності та характеру ускладнень.

Безсимптомний дивертикульоз, виявлений випадково, не потребує спеціального лікування, але для профілактики подальшого прогресування захворювання і можливих ускладнень доцільна регуляція випорожнень шляхом призначення дієти, до складу якої входять продукти з великою кількістю рослинної клітковини.

У разі дивертикульозу з вираженими клінічними проявами використовують комплекс лікувальних засобів: спеціальну дієту, спазмолітичні та протизапальні засоби, препарати, які регулюють частоту та консистенцію випорожнень (пікосульфат натрію, макрогол, лактулоза та ін.) та відновлюють нормальну мікрофлору кишечнику (пре- та пробіотики), лікувальні мікроклізми (з гіпертонічним розчином, відварами трав та ін.). Дієта при цьому розрахована на збільшення споживання продуктів, які містять рослинну клітковину (овочі, фрукти), вживання пшеничних та житніх висівок.

Хірургічне лікування показане за наявності:

• неускладненого, але клінічно вираженого дивертикуліту, який не піддається комплексному консервативному лікуванню;

• перфорації дивертикула;

• розвитку непрохідності кишок;

• профузної кровотечі (яка не зупиняється шляхом проведення консервативних заходів);

• наявності кишкової нориці;

• утворення хронічного інфільтрату, який симулює пухлину.

Вибір методу хірургічного втручання індивідуальний і залежить від характеру ускладнень та поширення процесу (дивертикульозу), патологічних змін у дивертикулах, стінках товстої кишки та прилеглих тканинах, наявності перифокального запалення та перитоніту. Найдоцільніше виконувати резекцію товстої кишки у плановому порядку з формуванням первинного міжкишкового анастомозу в тому числі з використанням лапароскопічних технологій. Під час виконання операції в умовах розлитого перитоніту чи профузної кровотечі виконують резекцію ураженої ділянки товстої кишки з виведенням мононколостоми за типом операції Гартмана. Доцільним є поєднання резекції товстої кишки з серозоміотомією ободової кишки, що призводить до зменшення внутрішньопорожнинного тиску.

Найбільш розповсюдженими ускладненнями є дивертикуліт (25%) і кровотеча (20-25%).

Гострий дивертикуліт без клінічних ознак деструктивного процесу потребує консервативного лікування – регуляції частоти та консистенції випорожнень, спазмолітичної, протизапальної та антибактеріальної терапії. У разі хронічного дивертикуліту також проводять консервативне лікування, проте якщо є загроза перфорації чи виникає інше вказане вище ускладнення, то рекомендують хірургічне втручання. Інші ускладнення дивертикульозу вимагають хірургічного лікування.

Зупинку кровотечі з дивертикулів доцільно починати з консервативного лікування – шляхом проведення лікувальної іригоскопії, яка призводить до своєрідної «механічної тампонади» дивертикулів контрастною речовиною. У разі необхідності іригоскопію повторюють. За відсутності ефекту від вказаного методу гемостазу потрібне хірургічне лікування – резекція враженої дивертикулами ділянки товстої кишки.

Прогноз при дивертикульозі залежить від своєчасності та адекватності консервативних лікувальних заходів, що дійсно можуть попередити розвиток ускладнень.

До профілактичних засобів належать: активний руховий режим життя, включення у раціон до 60-75% харчових продуктів рослинного походження, зокрема рослинної клітковини, регуляція випорожнень. Указані методи не дають надійних гарантій попередження виникнення дивертикулярної хвороби, але є реальним шляхом її профілактики.

Новости

Тотальная экстраперитонеальная герниопластика по сравнению с герниопластикой по Лихтенштейну при паховой грыже: результаты исследования LEVEL

Целью рандомизированного контролируемого исследования LEVEL было сравнение наиболее часто применяемого метода лечения паховой грыжи – открытой без натяжения тканей герниопластики с использованием сетчатых имплантатов по Лихтенштейну – с более предпочитаемой сегодня миниинвазивной техникой – тотальной экстраперитонеальной герниопластикой (ТЭПГ). В исследование было включено 660 пациентов с паховой грыжей, которые были рандомизированы в группу ТЭПГ(n=336) или операции по Лихтенштейну (n=324). Первичными конечными точками в этом исследовании служили выраженность послеоперационной боли, длительность госпитализации, время до полного восстановления, качество жизни; вторичными – частота рецидивов, осложнений и развития хронического болевого синдрома, длительность операции, затраты на лечение.

Было показано, что ТЭПГ ассоциируется с достоверно меньшей выраженностью боли в течение 6 недель после операции (p=0,01). Частота развития хронического болевого синдрома не отличалась между группами – 25 и 29% в группах ТЭПГ и операции по Лихтенштейну соответственно. Проведение ТЭПГ ассоциировалось с существенно меньшей частотой нарушения чувствительности в паховой области (7% vs 30%, p=0,01). Средняя продолжительность операции при односторонней паховой грыже была больше в группе ТЭПГ (54 vs 49 мин, p=0,03) и сопоставимой при двусторонней локализации грыжи. Периоперационные осложнения встречались чаще при ТЭПГ (5,8% vs 1,6%, p<0,004), а частота послеоперационных осложнений (33% vs 33%), длительность госпитализации и качество жизни достоверно не отличались. После ТЭПГ отмечалось более быстрое восстановление повседневной активности пациентов и меньшая продолжительность временной утраты трудоспособности (p=0,01). Через 49 месяцев наблюдения частота рецидивов (3,8% vs 3,0%, p=0,64) и общие затраты на лечение (3096 евро vs 3198 евро) были сопоставимы.

Авторы сделали вывод, что ТЭПГ ассоциируется с большей частотой периоперационных осложнений, но в то же время с достоверно меньшей выраженностью послеоперационной боли, более быстрым восстановлением повседневной активности и возвращением к работе, меньшими нарушениями чувствительности через год после операции. Частота рецидивов и развития хронического болевого синдрома были сопоставимы в группах ТЭПГ и герниопластики по Лихтенштейну. Таким образом, ТЭПГ может быть методом выбора для лечения паховых грыж, если хирург владеет данной техникой.

Langeveld H.R. et al., Ann Surg. 2010 May; 251(5): 819-24

Медикаментозное vs хирургическое лечение ГЭРБ у взрослых пациентов

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является широко распространенным заболеванием, которое встречается у 20% населения развитых стран и проявляется периодическим появлением изжоги и отрыжки. До настоящего времени остается открытым вопрос о том, какой из методов лечения – медикаментозный или хирургический (лапароскопическая фундопликация) – является более эффективным с клинической и экономической точек зрения при лечении ГЭРБ.

Сравнению влияния медикаментозной терапии и лапароскопической фундопликации на качество жизни, связанное со здоровьем, у взрослых пациентов с ГЭРБ был посвящен обзор Кокрановского содружества, опубликованный в марте текущего года. Поиск данных проводили в базах CENTRAL (Issue 2, 2009), MEDLINE (с 1966 г. по май 2009 г.) и EMBASE (с 1980 г. по май 2009 г.), а также в материалах конференций и списках литературы статей, посвященных данной теме. Критериям включения (рандомизированные или псевдорандомизированные контролируемые клинические испытания по сравнению медикаментозной терапии и лапароскопической фундопликации при ГЭРБ) соответствовало 4 исследования (n=1232). Динамика показателей качества жизни была представлена во всех 4 исследованиях, однако объединены были данные только 2 исследований (с помощью модели с фиксированными уровнями) (Anvari, 2006; REFLUX Trial, 2008). Было установлено статистически достоверное повышение связанного со здоровьем качества жизни через 3 месяца и год после оперативного вмешательства по сравнению с медикаментозной терапией: средняя разница показателя по шкале SF 36 (шкала оценки общего состояния здоровья) составила -5,23 (95% ДИ -6,83-(-3,62); I2=0%). Во всех 4 исследованиях сообщалось о достоверном улучшении показателя качества жизни, связанного с наличием ГЭРБ, при проведении хирургического лечения по сравнению с медикаментозным, однако объединенный анализ этих данных не проводили. Имеются доказательства в пользу того, что после оперативного лечения по сравнению с медикаментозной терапией уменьшается выраженность таких симптомов как изжога, отрыжка, вздутие живота, но в то же время у небольшого количества пациентов может наблюдаться персистирующая послеоперационная дисфагия. В целом частота послеоперационных осложнений является достаточно низкой, но эндоскопическая фундопликация, как и любой другой метод хирургического лечения, полностью не лишена риска их развития. Общие затраты на лечение при проведении хирургического вмешательства были выше, чем в случае медикаментозной терапии, хотя следует отметить, что этот вывод основывается на результатах наблюдения пациентов в течение не более года после операции. Поэтому экономическая эффективность и частота нежелательных реакций при проведении длительной медикаментозной терапии ГЭРБ и после хирургического лечения должны быть оценены в более отдаленной перспективе.

Таким образом, имеющиеся в настоящее время доказательства свидетельствуют о более высокой эффективности лапароскопической фундопликации по сравнению с медикаментозной терапией ГЭРБ, как минимум в кратко- и среднесрочной перспективе. Но в то же время хирургическое лечение ассоциируется с определенным риском осложнений. Также неясно, сохраняются ли его преимущества в течение более продолжительного времени. В настоящее время выбор метода лечения ГЭРБ должен основываться на предпочтениях врача и пациента.

Wileman S.M. et al., Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17; 3: CD003243