

ЛИСТ ДО РЕДАКЦІЇ

Klinichna khirurgiia. 2021 May/June; 88(5-6):91-93.
DOI: 10.26779/2522-1396.2021.5-6.91

Дивертикулярная болезнь толстой кишки: взгляд патологоанатома

С. В. Яргин

Российский университет дружбы народов, г. Москва, Российская Федерация

Diverticular disease of large bowel: view of pathologic anatomist

S. V. Jargin

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation

Ранее мы описали наблюдение [1]. Пациентка 50 лет госпитализирована в гинекологическое отделение с болями внизу живота. В ходе экстренной операции был вызван хирург-консультант и произведена илеоцекальная резекция. В послеоперационном периоде развились свищи и другие осложнения. Был поставлен диагноз болезни Крона, который впоследствии не подтвердился. При повторном исследовании хирургического препарата значительных гистологических изменений не выявлено. Несколько лет спустя был диагностирован дивертикулит сигмовидной ободочной кишки.

Гистопатологический диагноз болезни Крона не всегда однозначен. Гранулемы саркоидного типа, которые считаются специфическим признаком, часто отсутствуют, могут быть малочисленны и плохо сформированы. С учетом макроскопических изменений и клинических данных диагноз можно поставить также в отсутствие гранулем, но иногда находят только умеренные изменения (воспаление, фиброз), которые бывает трудно отличить от нормы или от других заболеваний, например, дивертикулита (если дивертикулы не обнаружены). Малоинформативные морфологические описания, согласно которым «изменения не противостоят клиническому диагнозу», могут способствовать неадекватной диагностике и операциям по недостаточным показаниям. Решение об операции принимает хирург, но морфологические заключения по операционному материалу могут влиять на дальнейшую диагностику и лечение. За многие годы работы патологоанатомом автор не может вспомнить ни одного диагноза дивертикулярной болезни (ДБ) толстой кишки, впервые поставленного по хирургическому препарату или на вскрытии. За пределами бывшего СССР морфологический диагноз ДБ нередок. В медицинском образовании в советское время ДБ уделялось недостаточное внимание. Раздел ДБ отсутствовал в учебниках по хирургии и патологической анатомии. Заболевание не

упоминается даже в некоторых современных учебниках [2]. Отмечалось, что ДБ недостаточно известна практическим врачам [3], хотя на данную тему проводились исследования [4]. По-видимому, одной из причин редкости морфологического диагноза ДБ послужило отсутствие в патоморфологических отделениях на вырезке операционного материала и вскрытиях ножей или скальпелей со сменными лезвиями. Часто использовались недостаточно острые секционные ножи, которые раздавливают мягкие ткани, не давая возможности разглядеть мелкие структуры. Чтобы найти и взять на гистологическое исследование мелкие дивертикулы, нужно острым ножом тонкими слоями порезать в подозрительных участках толстую кишку и прилежащую жировую ткань. Стенка кишки нередко утолщена; дивертикулы могут располагаться интрамурально, субсерозно, между брыжеечной и двумя другими мышечными лентами (teniae), в околокишечной жировой ткани и жировых подвесках часто на фоне фиброза [3 – 5]. В последние годы ДБ уделяется больше внимания [6 – 8], а оснащение патологоанатомических отделений модернизируется [9].

Показания к хирургическому лечению ДБ выходят за рамки настоящего сообщения. Отметим лишь, что современная литература в целом не поддерживает известную в прошлом тактику плановой резекции толстой кишки после двух эпизодов острого дивертикулита [10, 11]. По мнению многих колопроктологов, с учетом невысокой частоты требующего операции дивертикулита риск осложнений при плановых вмешательствах в целом перевешивает риски экстренной хирургии [12 – 14]. Отмечалась тенденция снижения со временем частоты обострений и риска перитонита [15]. Американское общество колоректальных хирургов (American Society of Colon and Rectal Surgeons – ASCRS) рекомендует при дивертикулите индивидуальный подход и, где возможно в соответствии с показаниями, лапароскопические вмешательства [16]. Ре-

шение о плановой операции должно приниматься пациентом и хирургом совместно [5].

Наконец, хотелось бы добавить несколько слов по поводу диеты. В литературе нередки рекомендации при ДБ диеты с высоким содержанием пищевых волокон, дополнительное введение в рацион нерастворимых растительных волокон, возврат к высокошлаковой диете после устранения острого воспаления [17 – 19]. Предполагается, что такая диета снижает давление в просвете толстой кишки, но значение этого механизма подвергают сомнению [13, 14]. Вместе с тем рекомендуется ограничение «газообразующих продуктов» [19], хотя богатые волокнами растительные продукты могут усиливать газообразование. Например, рекомендуемые при ДБ отруби могут вызывать метеоризм [20]. Рекомендации отчасти противоречивы. В недавно опубликованной монографии на одной и той же странице читаем: «Рекомендуется высокошлаковая диета» и «При остром дивертикулите... лечение включает беспшлаковую диету» [18]. Заметим, что граница между обострением и ремиссией не всегда четкая, в связи с чем выделяют хроническую рецидивирующую форму ДБ и «тлеющий дивертикулит» [21]. Многие авторы считают роль пищевых волокон в патогенезе ДБ недоказанной [14, 16, 22, 23]. По-видимому, относительно высокая частота этого заболевания в развитых странах обусловлена не только характером питания, но и качеством диагностики, в том числе морфологической. На основании систематических обзоров был сделан вывод о недостаточности доказательной базы рекомендаций богатой волокнами диеты при ДБ [24, 25]. Тем не менее, авторы одного из обзоров рекомендовали такую диету в том числе после эпизода неосложненного дивертикулита, ссылаясь на ее полезные свойства для здоровых лиц [25]. Другие авторы подвергли сомнению как рекомендации богатого волокнами питания после излечения острого дивертикулита, так и рекомендации беспшлаковой диеты при обострении [5, 14]. Данные литературы разноречивы. По-видимому, имеет значение тип пищевых волокон: выраженное благоприятное действие предполагается у фруктов и злаков [5]. В Юго-Восточной Азии дивертикулы чаще наблюдаются в правых отделах ободочной кишки, что может быть связано с характером питания и наследственностью [5, 22, 23]. У вегетарианцев ДБ отмечается реже, чем в общей популяции. В долговременном аспекте высокошлаковая диета может уменьшить риск ДБ [5], однако не приведет к обратному развитию имеющихся дивертикулов. Представляется вероятным, что благоприятное действие высокошлаковой диеты опосредовано предотвращением запоров. По мнению автора, выбор диеты, в особенности у пожилых пациентов, должен основываться на индивидуальной переносимости тех или иных, в том числе богатых волокнами [25], пищевых продуктов и регуляции стула в целях предотвращения запора [6].

Финансирование. Финансирования не было.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

References

1. Jargin SV. Unnecessary operations: a letter from Russian pathologist. *Int J Surg.* 2010;8(5):409–10. doi: 10.1016/j.ijso.2010.06.001. Epub 2010 Jun 9. PMID: 20538081.
2. Tsinzerling VA. *Pathological anatomy.* St. Petersburg: ELBI–SPb; 2015. 474 p. Russian. ISBN 978–5–91322–080–6.
3. Shalimov AA, Mamykin SN, Dibrova YuA. *Diverticula of the digestive tract.* Kyiv: Naukova dumka; 1985. 183 p. Russian.
4. Orekhov OO, Achkasov SI. Clinicomorphological features of complicated colon diverticulosis. *Arkh Patol.* 1999 Nov–Dec;61(6):24–8. Russian. PMID: 10664816.
5. Hawkins AT, Wise PE, Chan T, Lee JT, Glyn T, Wood V, et al. Diverticulitis: An Update From the Age Old Paradigm. *Curr Probl Surg.* 2020 Oct;57(10):100862. doi: 10.1016/j.cpsurg.2020.100862. Epub 2020 Jul 18. PMID: 33077029; PMCID: PMC7575828.
6. Svistunov AA, Odaschuk MA, Kireeva NV. Diverticular disease of the colon. *Klinicheskaya meditsina.* 2018;96(6):498–505. Russian.
7. Melnyk VM, Poyda OI, Shepetko EM, Polovnikov II. New methods of surgical operations on large bowel. *Klin Khir.* 2018 Jule;85(7):16–20. doi: 10.26779/2522–1396.2018.07.16.
8. Gyrhlarova AS, Gadzhiyev SA. Diagnosis and operative treatment of diverticula. *Klin Khir.* 2017 Nov;(11):17–9. doi: 10.26779/2522–1396.2017.11.17
9. Jargin SV. The practice of pathology in Russia: On the eve of modernization. *Basic Appl Pathol.* 2010;3(2):70–3. doi: 10.1111/j.1755–9294.2010.01081.x.
10. Vorobyev GI, Pansyrev YuM, Zhuchenko AP, Achkasov SI, Manvelidze AG, Moskalev AI, et al. Acute diverticulitis of the sigmoid colon clinic, diagnostics and treatment. *Bashkortostan Medical Journal.* 2008;3(3):12–9. Russian.
11. Pomazkin VI, Khodakov VV. Long-term results of surgical treatment of diverticular disease of colon. *Vestn Khir Im I I Grek.* 2016;175(2):101–4. English, Russian. PMID: 30427159.
12. Pomazkin VI. Necessity of the planned colon resection by complicated diverticular disease (with comments). *Khirurgiia (Mosk).* 2010;(11):80–3. Russian. PMID: 21246900.
13. Peery AF, Sandler RS. Diverticular disease: reconsidering conventional wisdom. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013 Dec;11(12):1532–7. doi: 10.1016/j.cgh.2013.04.048. Epub 2013 May 10. PMID: 23669306; PMCID: PMC3785555.
14. Piscopo N, Ellul P. Diverticular Disease: A Review on Pathophysiology and Recent Evidence. *Ulster Med J.* 2020 Sep;89(2):83–8. Epub 2020 Oct 21. PMID: 33093692; PMCID: PMC7576390.
15. Levchenko SV, Komissarenko IA, Lazebnik LB. Prevention of complications of colonic diverticular disease in outpatient practice. *Ter Arkh.* 2016;88(1):96–100. Russian. doi: 10.17116/terarkh201688196–100. PMID: 27014782.
16. Templeton AW, Strate LL. Updates in diverticular disease. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013 Aug;15(8):339. doi: 10.1007/s11894–013–0339–z. PMID: 24010157; PMCID: PMC3832741.
17. Bakulin IG, Skazyvaeva EV, Sitkin SI, et al. *Diverticular disease of the colon.* St. Petersburg: North–Western Medical University; 2018. 40 p. Russian.
18. Zubarovskii IN, Dzhiyev SM. *Diverticular disease of the large intestine.* St. Petersburg: Pavlov University; 2020. 19 p. Russian.
19. Maev IV, Dicheva DT, Andreev DN, et al. *Diverticular disease of the colon.* Moscow: Edem; 2015. 23 p. Russian.
20. German SV. Conservative treatment of diverticular bowel disease in elderly patients. *Clin Gerontology.* 1996;2(1):49–52. Russian.
21. Puzanov D, Puzanova I, Polovonkin V. Diverticulosis and diverticular disease. *Vrach (The Doctor).* 2017;(10):11–4. Russian.
22. Cuomo R, Barbara G, Pace F, Annese V, Bassotti G, Binda GA, et al. Italian consensus conference for colonic diverticulosis and diverticular disease. *United European Gastroenterol J.* 2014 Oct;2(5):413–42. doi: 10.1177/2050640614547068. PMID: 25360320; PMCID: PMC4212498.

23. Tursi A, Elisei W. Diet in colonic diverticulosis: is it useful? *Pol Arch Intern Med.* 2020 Mar 27;130(3):232–9. doi: 10.20452/pamw.15199. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32077444.
24. Carabotti M, Annibale B, Severi C, Lahner E. Role of Fiber in Symptomatic Uncomplicated Diverticular Disease: A Systematic Review. *Nutrients.* 2017 Feb 20;9(2):161. doi: 10.3390/nu9020161. PMID: 28230737; PMCID: PMC5331592.
25. Dahl C, Crichton M, Jenkins J, Nucera R, Mahoney S, Marx W, et al. Evidence for Dietary Fibre Modification in the Recovery and Prevention of Reoccurrence of Acute, Uncomplicated Diverticulitis: A Systematic Literature Review. *Nutrients.* 2018 Jan 27;10(2):137. doi: 10.3390/nu10020137. PMID: 29382074; PMCID: PMC5852713.