

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки: взгляд терапевта

Левченко С.В.

ЦНИИ гастроэнтерологии

Кафедра терапии, гериатрии и апитерапии ФПДО

МГМСУ

Москва 2012



- Дивертикулярная болезнь толстой кишки
- Запор
- ГЭРБ
- Геморрой
- Анальная трещина
- ЖКБ
- Метаболический синдром
- Гипертоническая болезнь
- ИБС
- Сахарный диабет

Частота выявления заболеваний ЖКТ у больных с метаболическим синдромом

Среди 136 больных с МС (44 мужчины и 92 женщины) в возрасте от 55 до 70 лет выявлены патологические изменения:

- пищевода у 72% обследуемых
- заболевания печени и билиарного тракта - 64% (из них желчно–каменная болезнь (ЖКБ) у 19%, холестероз желчного пузыря (ХП)- у 23%, жировая дистрофия печени - у 28%, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) -у 22%, лекарственный гепатит (ЛГ) -у 14%).
- желудка и двенадцатиперстной кишки у 66%
- поджелудочной железы у 18% (из них у 12% – хронический панкреатит, у 6% –липогенный (атерогенный) панкреатит).
- толстой кишки у 74%: дискинезии с синдромом запоров – 36%, дивертикулярная болезнь – 28%, полипоз – 10% случаев.

**Звенигородская Л.
А., 2007**

Факторы, повышающие риск развития рефлюкс-эзофагита

Фактор риска	ОР (95% ДИ)	p
Мужской пол	1.44 (1.02, 2.04)	0.025
ГПОД	1.58 (1.02, 2.46)	0.027
Хронический запор	1.65 (1.05, 2.60)	0.020

Янова О.Б. и соавт, 2010

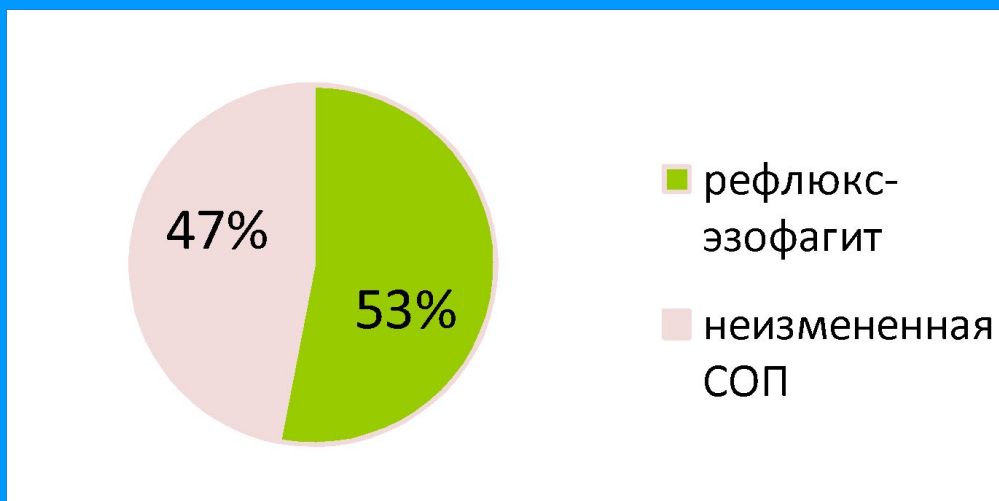
Показатели 24-х часовой рН-метрии среди всех больных ГЭРБ

	DeMeester	Индекс кислотности и	Количество кислых рефлюксов	Количество щелочных рефлюксов	Время щелочных рефлюксов
Все	86,5±4,60	22,3±1,59	49,6±2,4	19,3±2,28	40,4±5,93
С запором	80,8±6,75	24,2±2,8	64,5±4,37	23,5±4,24	52,5±11,52
Без запора	90,5±6,24	21,0±1,86	39,2±2,04	16,6±2,54	32,8±6,23
p	0,303	0,319	<0,001	0,144	0,104

Янова О.Б. и соавт, 2010

Взаимосвязь хронического запора и ГЭРБ

Частота РЭ у больных с хроническим запором (результаты ретроспективного исследования)



Отсутствие клинико-эндоскопических признаков ГЭРБ (первая контрольная точка) и положительный эффект терапии запора (вторая контрольная точка) через 8 недель комбинированного лечения достигнуто у 84,3% больных, что достоверно больше по сравнению с больными, у которых лечение запора было неэффективным (60,0%, при $p < 0,05$)

Устранение запора у больных ГЭРБ приводит к снижению кратности приема ИПП (в режиме «по требованию») у 23,1% и только у 2,5% больных с сохраняющимся запором ($p < 0,05$)

- *Начинающий врач выписывает по двадцать лекарств для каждой болезни;*
опытный врач – одно лекарство для двадцати болезней



Сэр Уильям Ослер

ДИВЕРТИКУЛ (от лат.diverto, divertere - сворачивать, направляться в другую сторону) – ВЫПЯЧИВАНИЕ СТЕНКИ ПОЛОГО ОРГАНА, СООБЩАЮЩЕЕСЯ С ЕГО ПРОСВЕТОМ

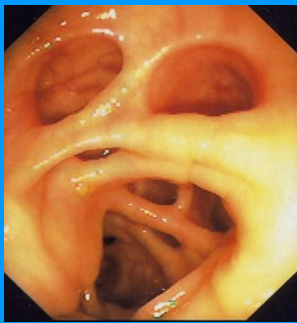


Определение

Дивертикулярная болезнь (дивертикулез) толстой кишки представляет собой морфофункциональный патологический процесс, характерным отличительным признаком которого является наличие мешковидных выпячиваний стенки ободочной кишки (дивертикулов)

Дивертикулярная болезнь – заболевание, характеризующееся клиническими проявлениями разной степени выраженности, обусловленными наличием дивертикула или дивертикулеза, включая воспаление (дивертикулит) и его осложнения (перидивертикулит, абсцесс, перфорация, свищ, перитонит)

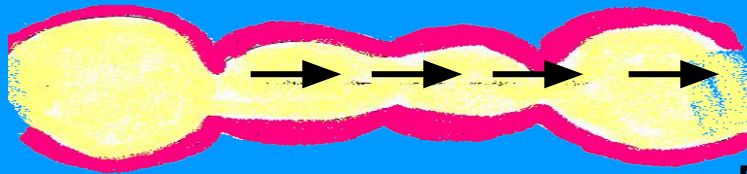




Причины, предрасполагающие к развитию дивертикулярной болезни ободочной кишки

- Изменение рациона питания с низким потреблением пищевых волокон ??? (диеты, обогащенные пищевыми волокнами, мало отличаются от плацебо, C.Pari et al., 2005; L.Petruzzello et al., 2006, A.Peery et al., 2011)
- Ремоделирование кишечной стенки (мышечная гипертрофия, эластоз тений). Снижение численности интерстициальных клеток Cajal и глиальных клеток, гипоганглиоз, эктопия миэнтеральных ганглиев – недоразвитие энтеральной нервной системы у больных с НДСТ??? (H.J.Krammer et al., 2003; G.Bassotti, E.Battaglia, 2005)
- Холинергическая гиперчувствительность и избыточная экспрессия рецепторов в толстой кишке (A.J.Yun, K.A.Bazar, 2005) - компенсаторный ответ на утрату вагальной чувствительности при старении ???
- Наследственность???

Патогенез дивертикулов



Сокращение кишки в норме



В сокращенном сегменте просвет кишки перекрыт, внутриполостное давление повышено

гиподинамия
питание
запоры
сегментарный
сфинктероспазм

ожирение
дезорганизация
соединительной
ткани стенки
сосудов

**Нарушение
моторики**

функциональный сегментарный спазм

сегментарное повышение давления



грыжевое выпячение стенки кишки



Частота выявления дивертикулов ободочной кишки в разных возрастных группах (по данным рентгенологических исследований)

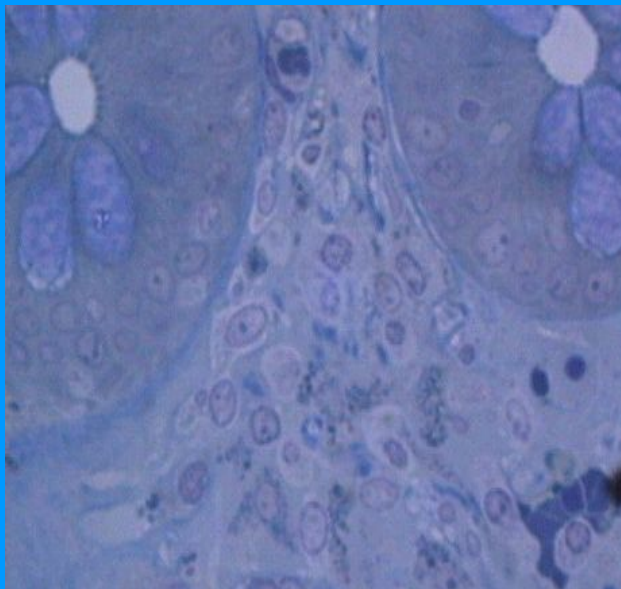
Возрастная группа	К.Влашут et al., 2004 (n=1912)	ЦНИИГ, 2006 (n=3681)
30-39 лет	5,3%	-
40-49 лет	8,7%	4,7%
50-59 лет	19,4%	12,6%
60-69 лет	29,6%	31,4%
70-79 лет	40,2%	37,1%
80 лет и старше	57,9%	34,3%

Классификация дивертикулярной болезни ободочной кишки (Всесоюзный симпозиум по проблеме дивертикулёза толстой кишки, г.Куйбышев, 1989 г)

- Дивертикулёз толстой кишки без клинических проявлений
- Дивертикулёз толстой кишки с клиническими проявлениями (дивертикулярная болезнь)
- Дивертикулёз с осложненным течением
 - дивертикулит
 - кровотечение
 - перфорация
 - абсцесс, свищи внутренние или (реже) наружные
 - кишечная обструкция

Гистологическая картина слизистой оболочки толстой кишки при дивертикулярной болезни

- У большинства людей дивертикулез ободочной кишки протекает бессимптомно, но слизистая оболочка содержит повышенное количество лимфоцитов, узлов лимфоидной гиперплазии, повышенное количество бокаловидных клеток в составе крипт, метаплазию клеток Панета по сравнению с участками слизистой оболочки вне



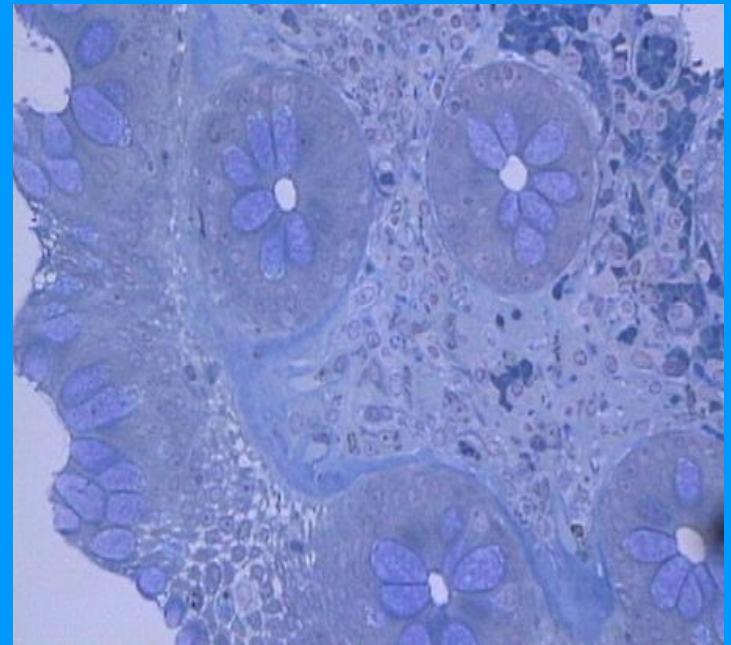
дивертикулов

[Попова В.Б. и соавт, 2009]

Гистологическая картина слизистой оболочки толстой кишки при дивертикулярной болезни

- У больных дивертикулярной болезнью как с симптомами, так и без симптомов, повышена воспалительная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки лимфоцитами
- Нейтрофильная инфильтрация наблюдается только при дивертикулите, в т.ч. и неосложненном

[Tursi A, et al., 2008]



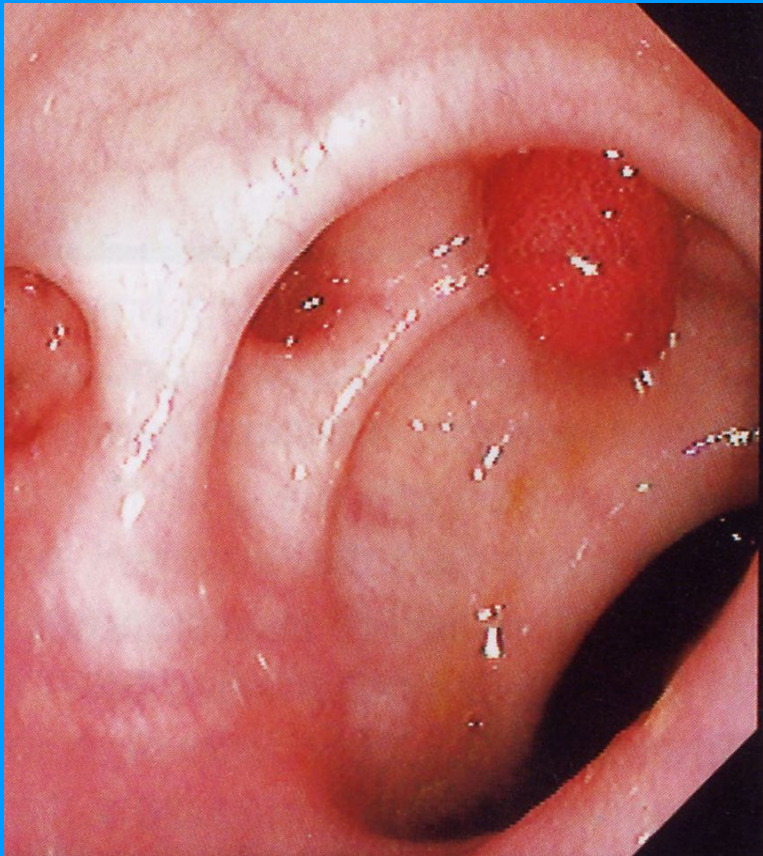
ДИАГНОСТИКА

Подтверждение дивертикулеза ободочной кишки возможно только с помощью инструментальных методов исследования

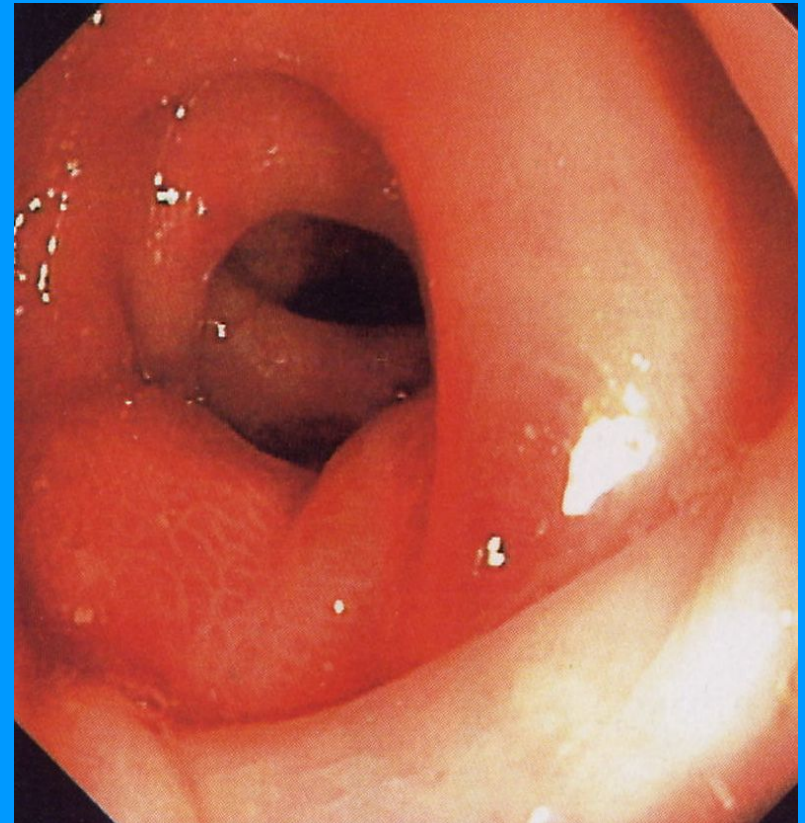
- рентгенологическое исследование толстой кишки с бариевой клизмой;
- колоноскопия;
- ректороманоскопия;

Размеры и количество выявленных дивертикулов варьирует от единичных до множественных, распространенных по всей толстой кишке, диаметром от 0,2-0,3 до 2-3 см и более

Эндоскопическая диагностика дивертикулярной болезни ободочной кишки

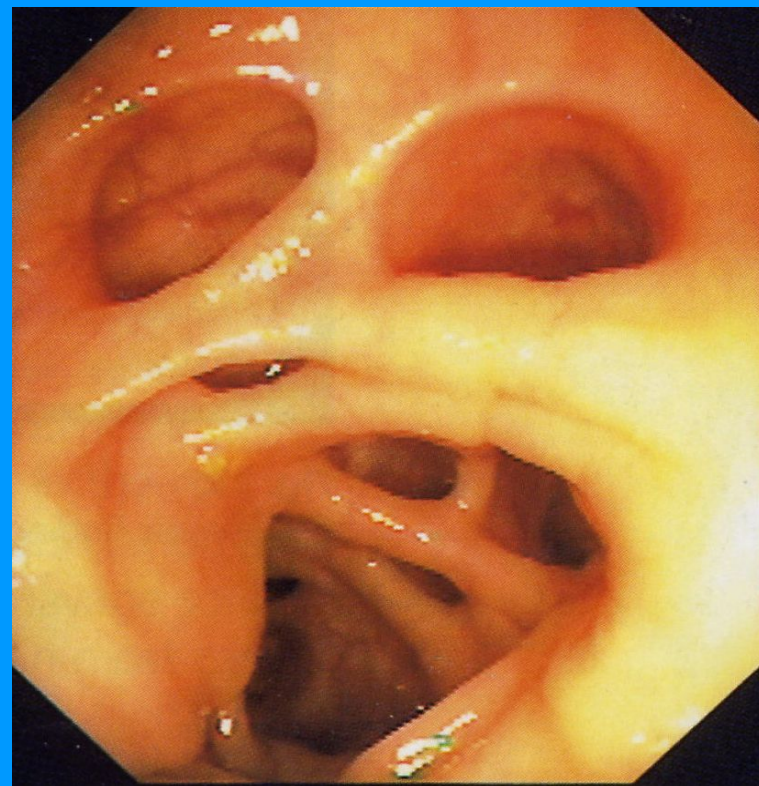
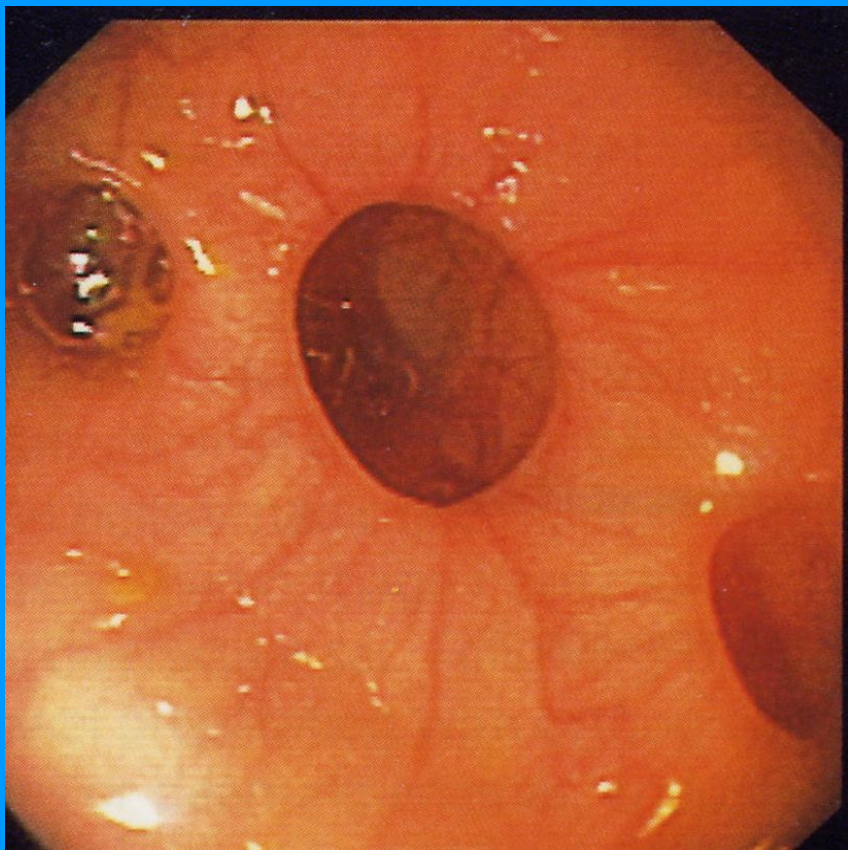


Дивертикулы и полип сигмовидной кишки



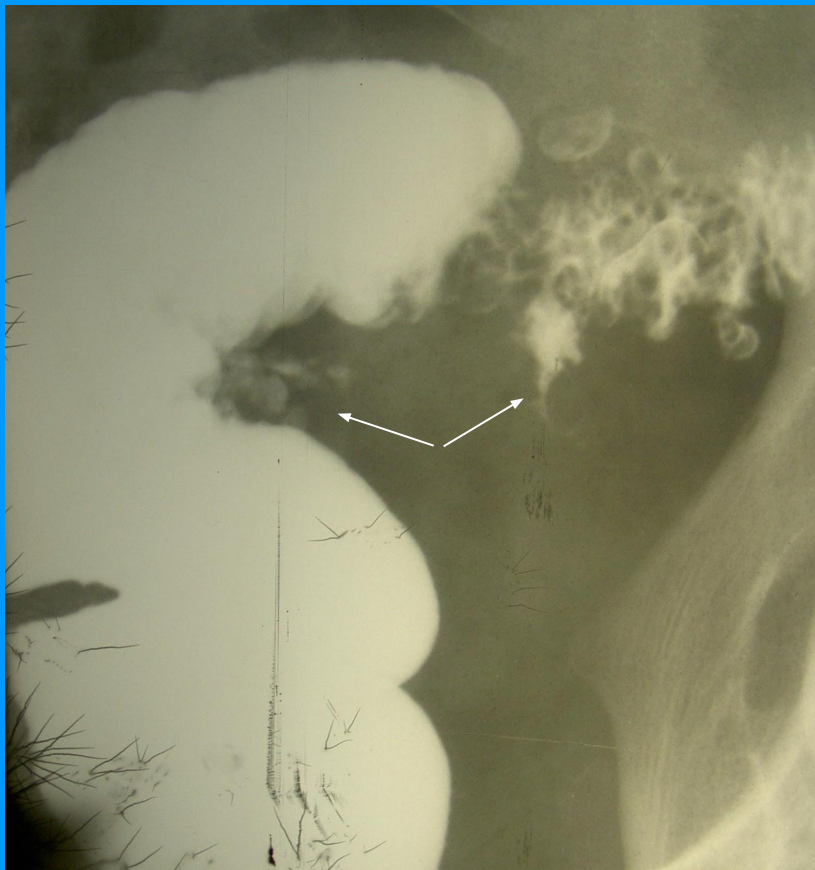
Острый дивертикулит

Эндоскопическая диагностика дивертикулярной болезни ободочной кишки

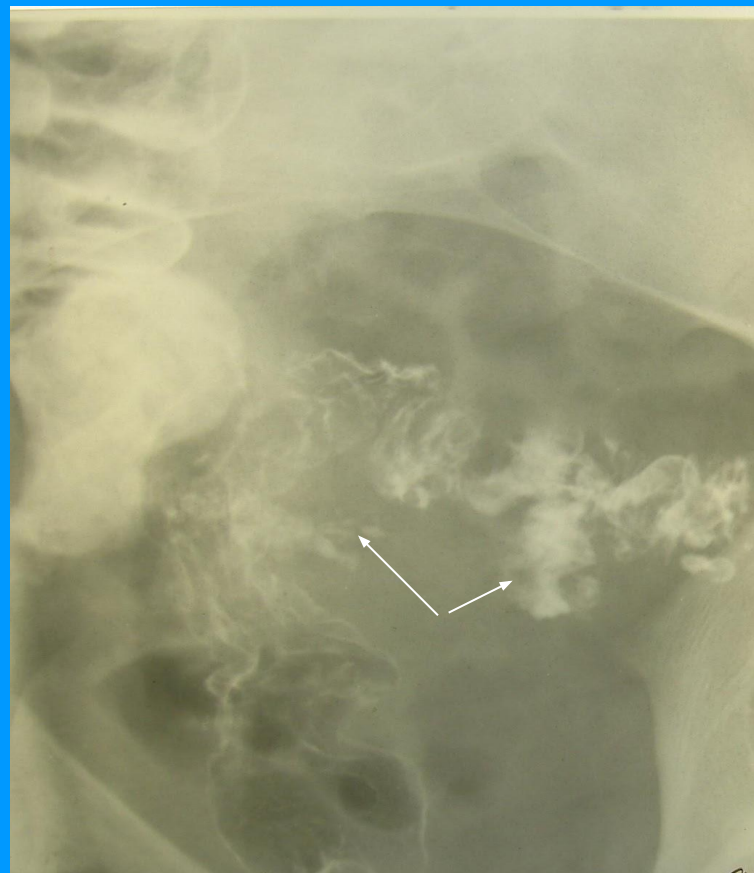


Неосложненные дивертикулы ободочной кишки

Рентгенодиагностика дивертикулярной болезни ободочной кишки



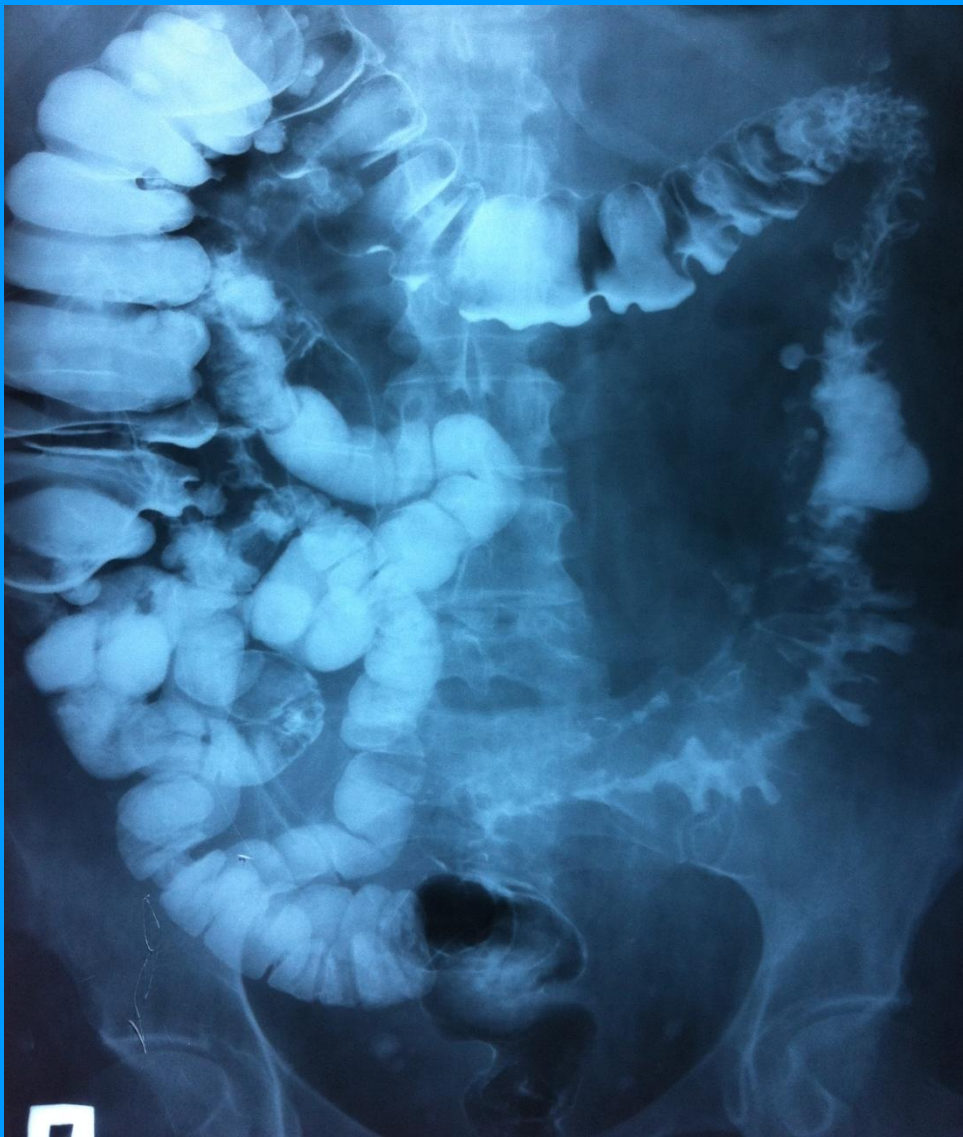
а



б

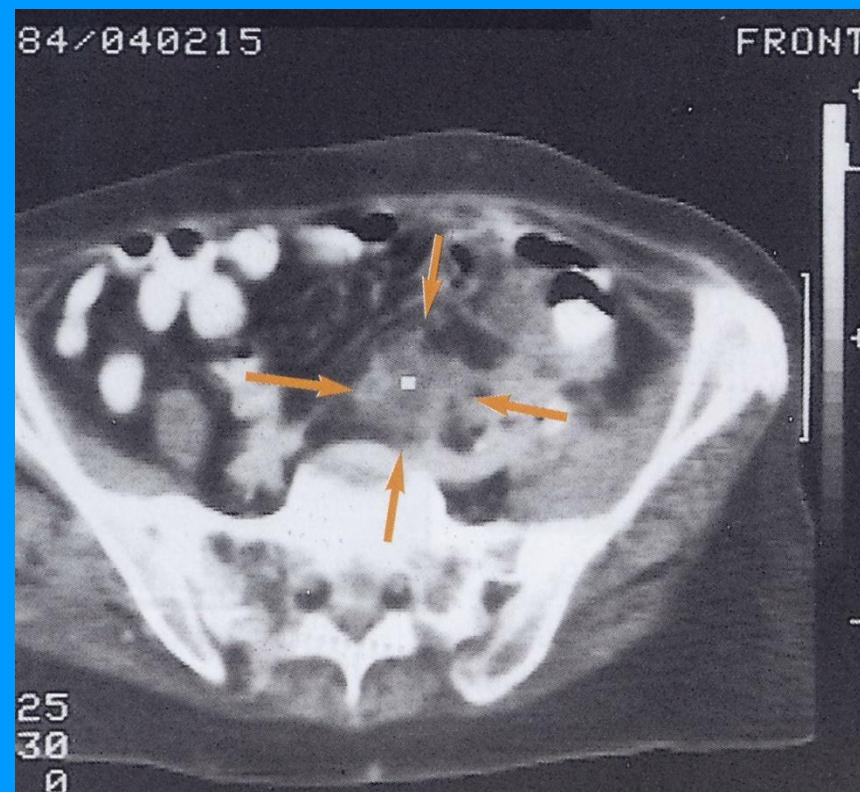
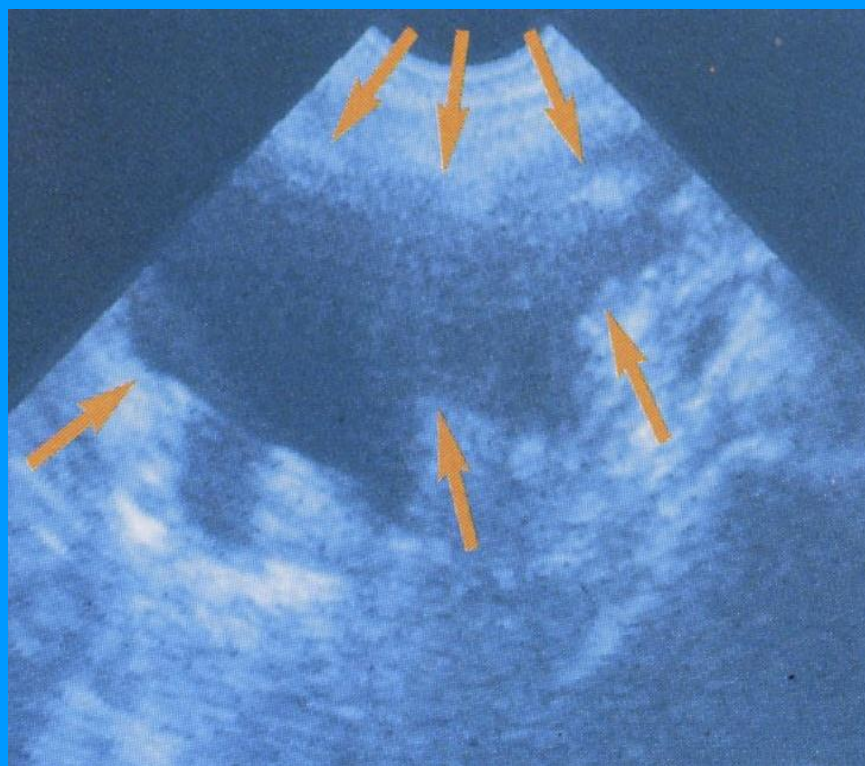
Больной 43 лет. Дивертикулёз, осложненный паракишечным инфильтратом со стриктурой кишки и формированием «слепых» свищевых ходов: а) тугое наполнение; б) после опорожнения

Рентгенодиагностика дивертикулярной болезни ободочной кишки



Больная 76 лет.
Состоявшаяся перфорация
дивертикула с
формированием толсто-
тонкокишечного свища

Лучевая диагностика дивертикулярной болезни ободочной кишки



Ультразвуковые и КТ-признаки абсцесса у пациента с перфорацией дивертикула

ЛЕЧЕНИЕ

Бессимптомный дивертикулез толстой кишки, обнаруженный случайно, не требует специального лечения

Таким больным рекомендуют диету, богатую растительной клетчаткой

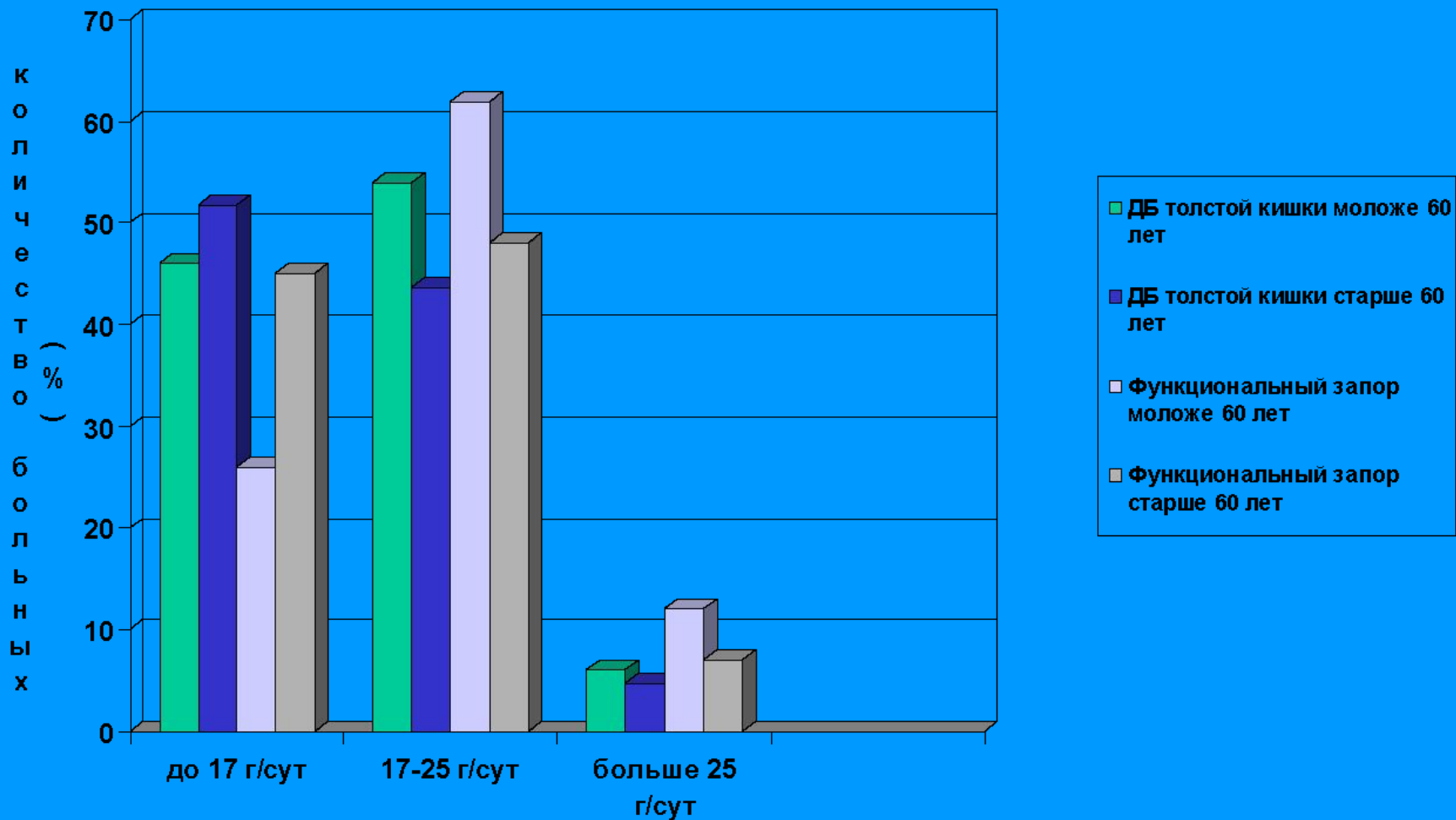
Диетотерапия неосложненной дивертикулярной болезни ободочной кишки

- Теория о том, что активная терапия диетой с высоким содержанием клетчатки может предупредить развитие дивертикулеза подтверждается единственным крупным проспективным контролируемым исследованием Health Professionals Follow-up Study, в котором наблюдались 47 678 американцев
- При этом наилучший результат наблюдался у индивидуумов употреблявших в среднем 32 грамма клетчатки в день
- Используют пшеничные отруби (суточная доза от 1-2 до 6-8 столовых ложек в зависимости от степени нарушения функции кишечника), морскую капусту, льняное семя, метилцеллюлозу, псиллиум (мукофальк, фиберлак). Оптимальной считается доза пищевых волокон, обеспечивающая регулярный стул не реже 1 раза в два дня (А.И.Парфенов, 2009)
- Не следует рекомендовать пищевые волокна в виде орехов, цельных зерен и семян из-за опасности задержки их в дивертикулах

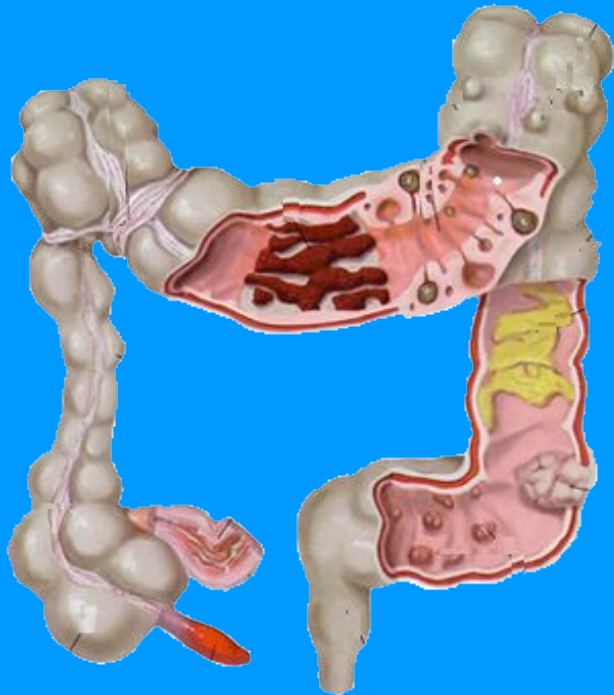
Вопросник анализа частоты потребления пищи

Список продуктов		Обычно употребляемые порции		Частота потребления продуктов и блюд за 1 месяц								Код частоты	
				Не употреблял(а)	1–2 раза в месяц	3–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	1–2 раза в день	3–4 раза в день	5 и более раз в день		
		Размер порций (Р)	Число порций (А)	Б (код частоты)								Б	
				1	2	3	4	5	6	7	8		
ХЛЕБОБУЛОЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ													
1	Булка сдобная	шт. 50 г											
2	Блины	шт. 50 г											
3	Пирожки с любой начинкой	шт. 80 г											
4	Сушки, баранки	шт. 12 г											
5	Печенье, пряники	шт. 15 г											
6	Хлеб белый	кус. 25 г											
7	Хлеб черный	кус. 40 г											
КАШИ, МАКАРОНЫ													
8	Макароны отварные гарнир, блюда	тар. 150											
9	Крупы каши без молока, гарнир	тар. 150											
10	Каша или супы из круп молочные	тар. 250											
ОВОЩИ													
11	Картофель отварной или пюре	шт. 100											
12	Картофель жареный	тар. 150											
13	Лук репчатый	шт. 60											
14	Огурцы свежие	шт. 120											
15	Капуста свежая, сырая, готовая	порц. 100											
16	Капуста квашеная	порц. 150											
17	Борщи, щи, овощные супы	тар. 300											
18	Морковь	шт. 120											
19	Свекла, винегрет	порц. 120											
20	Редька, репа, редис	порц. 120											
21	Кабачки, патиссоны, тыква	порц. 100											

Оценка содержания пищевых волокон в рационе больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки



Заболевания, риск возникновения которых связан с низким употреблением пищевых волокон



- Заболевания кишечника (дивертикулез, рак толстой кишки, полипы кишечника, запор, язвенный колит, геморрой)
- Неалкогольная жировая дистрофия печени
- Желчнокаменная болезнь
- Заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, артериальная гипертония, тромбоз сосудов нижних конечностей)
- Ожирение

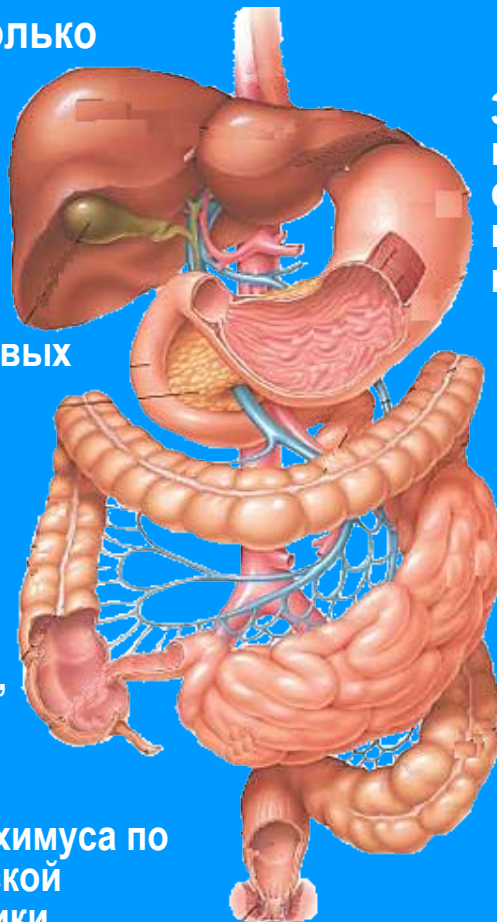
Физиологическое значение пищевых волокон

При усвоении 30 гр. пищевых волокон
расходуется столько же ккал, сколько
при 20 мин пробежке

Уменьшают доступность пищевых
веществ (жиров) для действия
пищевых ферментов

Связывают и выводят желчные
кислоты, холестерин, соли
тяжелых металлов, канцерогены,
радионуклеиды

Ускоряют продвижение химуса по
кишке за счет механической
стимуляции перистальтики



Задерживают воду в желудке,
вызывая его растяжение, что
способствуют подавлению чувства
голода, создает иллюзию
насыщения,

Уменьшают всасывание жиров и
холестерина

Являются пищевым субстратом
для сахаролитических бактерий,
подавляют рост протеолитических
бактерий

Ферментируются кишечными
микробами с образованием КЖК

Классификация пищевых волокон (ПВ)

I по химическому строению:

- полисахариды : целлюлоза и её дериваты, гемицеллюлоза, пектины, камеди, слизи (гуар и пр.)
- неуглеводные ПВ: лигнин

II по сырьевым источникам:

- традиционные: ПВ злаковых, бобовых, овощей, фруктов, грибов, водорослей
- нетрадиционные: ПВ лиственной и хвойной древесины, стеблей злаков, тростника, трав

III по методам выделения из сырья:

- неочищенные ПВ
- ПВ, очищенные в нейтральной среде
- ПВ, очищенные в кислой среде
- ПВ, очищенные в нейтральной и кислой среде
- ПВ, очищенные ферментами

Классификация пищевых волокон (ПВ)

IV по водорастворимости:

- водорастворимые: пектины, камеди, слизи, некоторые дериваты целлюлозы
- водонерастворимые: целлюлоза, лигнин

V по степени микробной ферментации в толстой кишке:

- почти или полностью ферментируемые: пектин, камеди, слизи
- частично ферментируемые: целлюлоза, гемицеллюлозы
- неферментируемые: лигнин

(Радченко В.Г. и соавт., 2010)

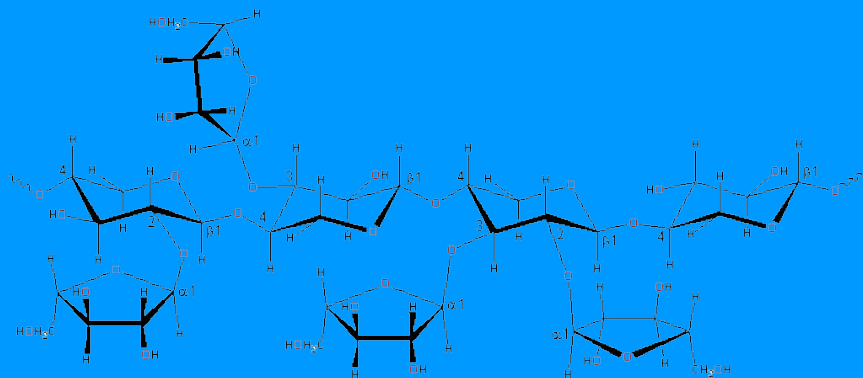
Псиллиум: уникальное сочетание различных фракций пищевых волокон*

I. Неферментируемая фракция



Нормализация
моторики
кишечника

II. Гель-формирующая фракция
Высокоразветвленный арабиноксилан,
частичноферментируемый



Формирует
матрикс,
связывающий
воду, желчные
кислоты и
токсины

III. Быстроферментируемая
кишечными бактериями фракция



Рост бифидо- и
лактобактерий
=
Пребиотическое
действие

* Judith A. Marlett, Milton H. Fischer **The active fraction of psyllium seed husk.** *Proceedings of the Nutrition Society* (2003), **62**, 207–209

Алгоритм лечения запора

Лечение основного заболевания –
причины запора

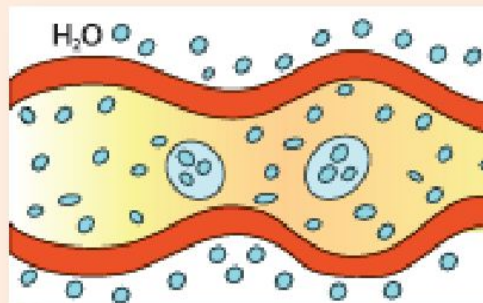
Диетические рекомендации:
потребление достаточного
количества жидкости и пищевых
волокон

Назначение слабительных
препаратов

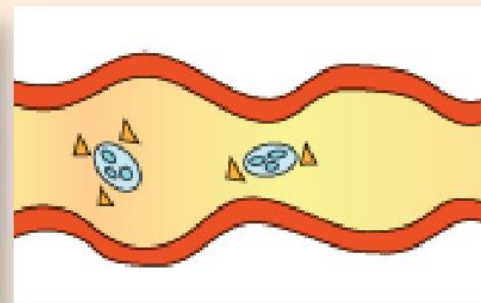
Мукофальк -
лекарственный
препарат пищевых
волокон



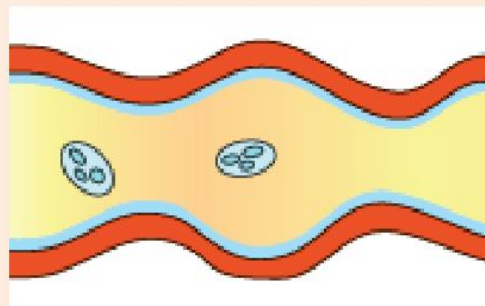
Механизм действия Мукофалька при запоре



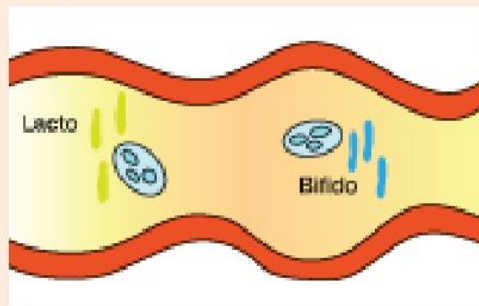
Осмотическое действие



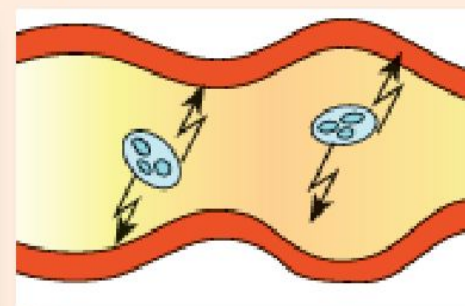
Размягчающее действие



Смазывающее действие



Пребиотическое действие



Прямое прокинетическое действие***

***Mehmood MH, Aziz N, Ghayur MN, Gilani AH. Pharmacological basis for the medicinal use of psyllium husk (Ispaghula) in constipation and diarrhea. Dig Dis Sci. 2011 May;56(5):1460-71. Epub 2010 Nov 17

Механизмы нормокинетического действия псиллиума*

- псиллиум обладает **прямым стимулирующим** действием на моторику кишечника через воздействие на **мускариновые и 5-НТ(4) рецепторы (прокинетическое действие)**, что вносит дополнительный вклад в слабительное действие псиллиума
- **Торможение моторной активности** при диарее частично реализуется через **блокаду Ca(2+)-каналов и активацию NO-циклической гуанозин монофосфатазы**
- Таким образом, псиллиум оказывает **нормокинетическое** действие

*Mehmood MH, Aziz N, Ghayur MN, Gilani AH. Pharmacological basis for the medicinal use of psyllium husk (Ispaghula) in constipation and diarrhea. Dig Dis Sci. 2011 May;56(5):1460-71. Epub 2010 Nov 17

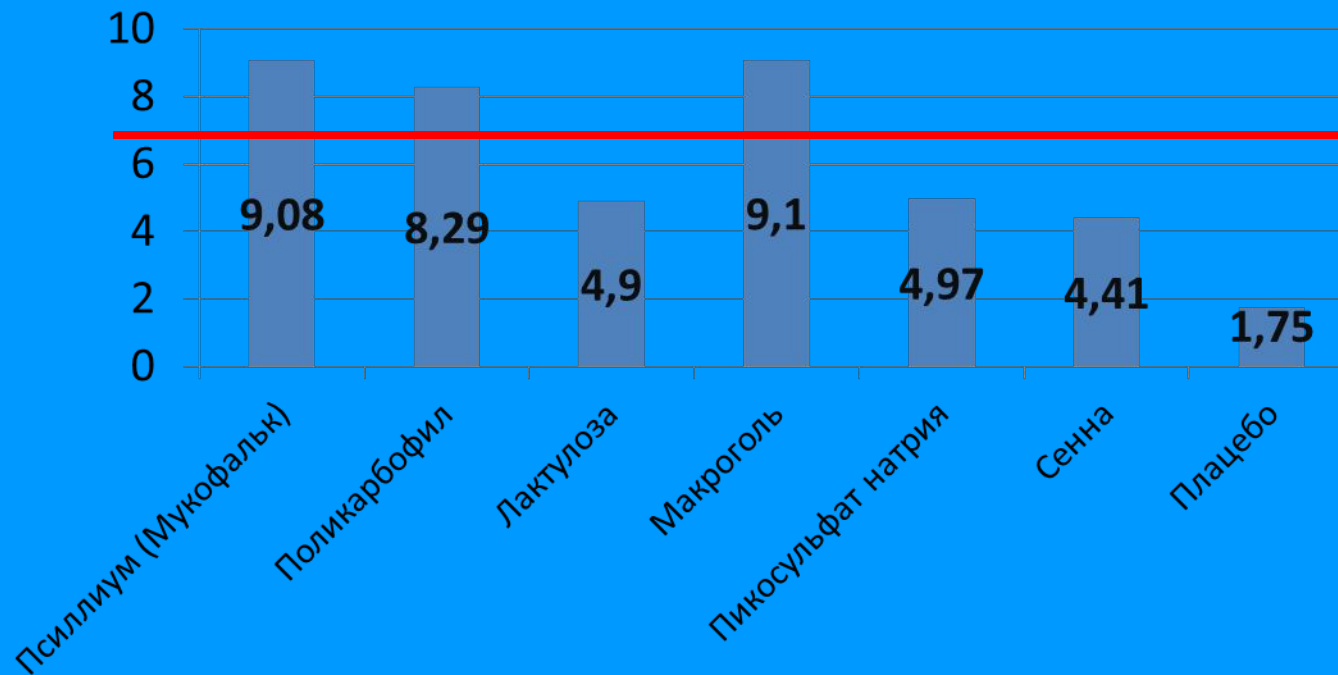
Регуляция моторно-эвакуационной функции кишечника

Слабительные:

- увеличивающие объём кишечного содержимого (отруби, псиллиум, метилцеллюлоза, семя льна)
- размягчающие каловые массы (вазелиновое масло)
- осмотические (магния сульфат, глицерол, макроголь)
- слабоабсорбируемые ди- и полисахариды (лактолоза)
- стимулирующие (раздражающие) :бисакодил, касторовое масло, антрахиноны (сенна, крушина), желчные кислоты

Эффективность различных слабительных средств у пожилых пациентов по данным мета-анализа 31 исследования

Частота стула раз/нед при использовании различных слабительных препаратов у пожилых больных в США



Стул 7 раз в нед.
(1 раз в день)

Fleming V, Wade WE. A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults. Am J Geriatr Pharmacother. 2010 Dec;8(6):514-50.

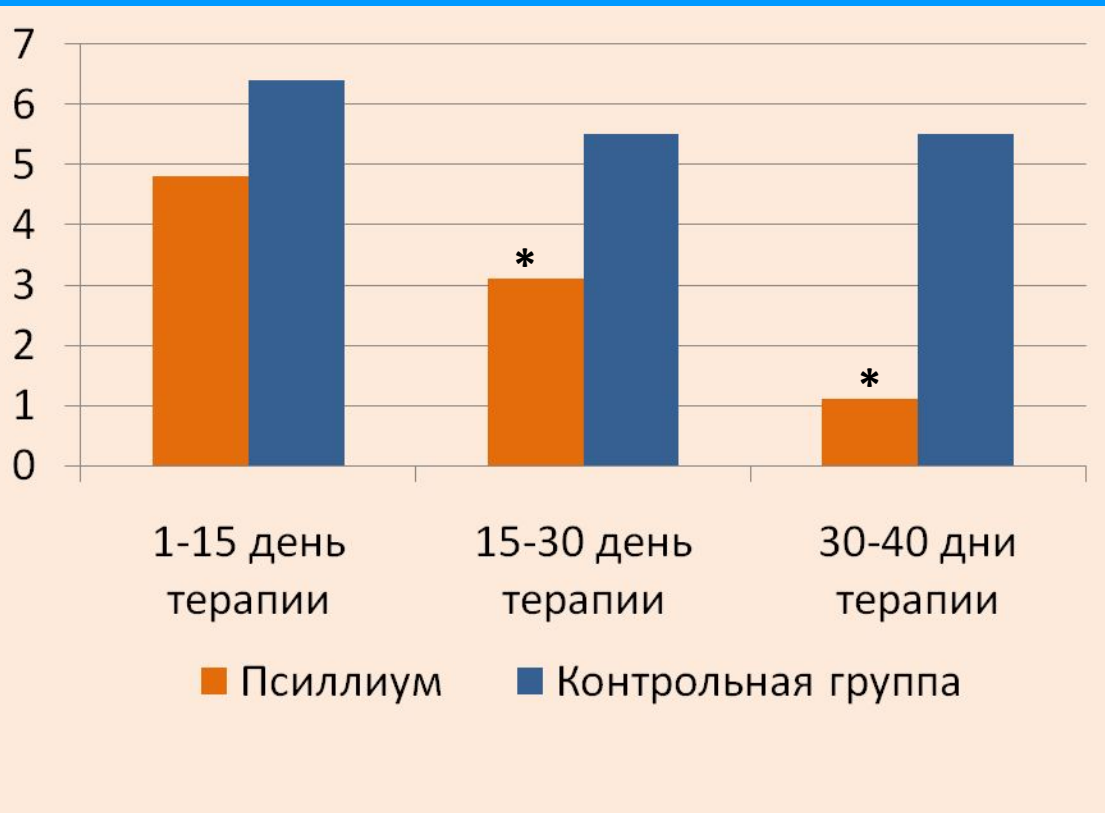
Сравнительная характеристика различных групп слабительных препаратов

Критерий	<i>Псиллиум (мукофальк)</i>	Лактулоза	Полиэтилен-гликоль	Раздражающие (Сенаде, Бисакодил)
Происхождение	Натуральный (Psyllium seed husk)	Полу-синтетический	Синтетический	Натуральные Синтетические
Слабительное действие	<ul style="list-style-type: none"> Осмотическое Размягчающее Смазывающее 	Осмотическое	Осмотическое	Раздражающее (нефизиологическое)
Пребиотическое действие	+	+	-	-
Антитоксическое действие (адсорбция органических и неорганических молекул)	+ (Адсорбция желчных кислот, канцерогенов, токсинов)	-	-	-
Анти-гиперлипидемическое	++ (доказано и признано)	? (не доказано)	-	-
Эффективность при гипотоническом запоре	Высокая	Высокая	Низкая	Высокая
Возможная длительность приема	++ (постоянно)	+ (несколько месяцев)	+ (пока запор)	Не более 5-7 дней

Противовоспалительное действие Мукофалька при геморрое*

Мукофальк эффективно уменьшает кровоточивость и
объем геморроидальных узлов

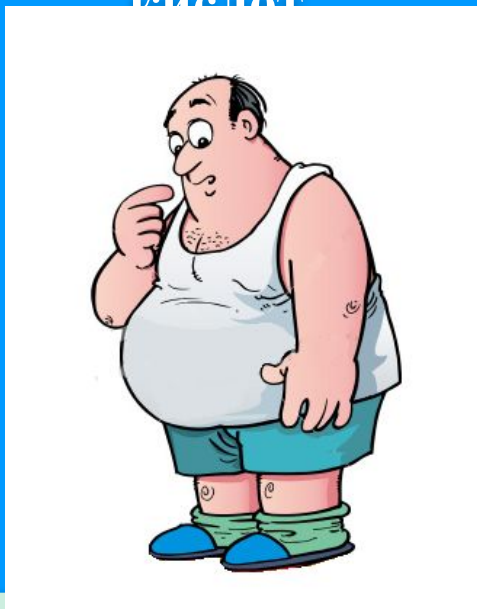
Количество эпизодов кровоточивости



- 55 пациентов с внутренним кровоточащим геморроем
- Выполнялась эндоскопия
- Пациенты получали 10 грамм псиллиума в день
- До лечения контактное кровотечение наблюдалось у 5 из 22 пациентов, после лечения – не возникало; в контрольной группе различий не было

Мукофальк®

Нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот



Гиперлипидемия
Жировая болезнь
печени

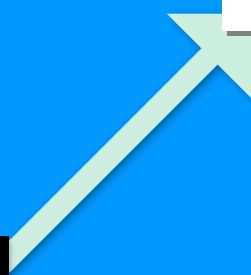
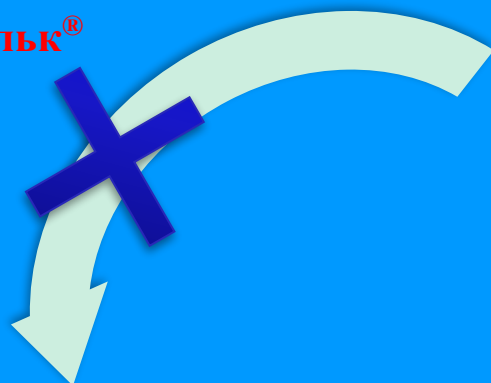
Дисбиоз

МС
45-60%

Прогрессирование
микроциркуляторных
процессов в стенке кишки

ДВК
32-40%

Моторные нарушения кишки



Принципы лечения симптоматической дивертикулярной болезни кишечника

- Базовая терапия пищевыми волокнами
- Восстановление моторной функции кишки
- Нормализация микрофлоры с целью купирования симптомов и профилактики рецидивов и осложнений
- Лечение осложнений

Группы препаратов для лечения симптоматической неосложненной дивертикулярной болезни толстой кишки

- Регуляторы моторно-эвакуаторной функции кишечника
- Спазмолитики (блокаторы М-холинорецепторов, селективные блокаторы кальциевых каналов)
- Обволакивающие, адсорбенты
- Ферментные средства
- Кишечные антисептики и пробиотики
- Медикаментозная терапия измененного профиля личности

Антибактериальные препараты

ципрофлоксацин 250-500 мг 2 р/сут 5-7- 10 дней

рифаксимин 800-1200 мг/сут

метронидазол 500 мг 2 раза

интетрикс по 1 капс. 3 раза

эрсефурил по 1 капс. 4 раза

нитроксилин 100 мг 4 раза

фуразолидон 100 мг 4 раза

Регуляция моторно-эвакуационной функции кишечника

ПРОКИНЕТИКИ :мотилиум, препульсид, церукал

ПРИ ДИАРЕЕ : имодиум(лоперамид) по 0,002-0,004 г

ФЕРМЕНТЫ (мезим, креон, панкреатин) кроме препаратов, содержащих желчные кислоты, т.к. они (ЖК) стимулируют моторику кишечника и повышают внутрикишечное давление.

Купирование болевого синдрома

- СПАЗМОЛИТИКИ:
 - МЕБЕВЕРИН (ДЮСПАТАЛИН) 200 МГ 2 Р/СУТ ИЛИ 135 МГ 3 Р. ЗА 20 МИН. ДО ЕДЫ – ДО ДОСТИЖЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА С ПОСЛЕДУЮЩИМ СНИЖЕНИЕМ ДОЗЫ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ НЕДЕЛЬ
 - ДРОТАВЕРИН (НО-ШПА)
 - БУСКОПАН 10 мг 3 р/д
- АНТАГОНИСТЫ Ca⁺⁺ ДИЦЕТЕЛ 50 мг 3 р/д (не обладает антихолинергическими и кардиоваскулярными свойствами)
- КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ: МЕТЕОСПАЗМИЛ (АЛЬВЕРИН +СИМЕТИКОН)

НОРМАЛИЗАЦИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ

ПРОБИОТИКИ

- БИФИДУМБАКТЕРИН 5-10 ДОЗ/СУТ – 1,5 -2 МЕС
- БАКТИСУБТИЛ 3-6 КАПС/СУТ – 5-10 ДНЕЙ
- ХИЛАК ФОРТЕ 40-60 КАП. 3 РАЗА В ДЕНЬ – 10-20 ДНЕЙ
- ЭНТЕРОЛ 2-4 КАПС/СУТ – 5-10 ДНЕЙ
- ЛИНЕКС 4-6 КАПС./СУТ. – 10-20 ДНЕЙ
- БИФИФОРМ 4-6 КАПС./СУТ – 10-20 ДНЕЙ

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

- **ВЯЖУЩИЕ, ОБВОЛАКИВАЮЩИЕ: ОСНОВНОЙ НИТРАТ ВИСМУТА, ДЕРМАТОЛ, БЕЛАЯ ГЛИНА, КАРБОНАТ КАЛЬЦИЯ, СМЕКТА**
- **АНТАЦИДЫ (ФОСФАЛЮГЕЛЬ, МААЛОКС И ДР.)**

Препараты 5-аминосалициловой кислоты

- E.Trespi (1999) - 800 мг месалазина 8 нед
- A.Tursi (2002) - 800 мг месалазина 7 дней каждого месяца
- A.Brandimarte (2004), G.Comparato (2007) - 800 мг месалазина 10 дней каждого месяца
- Метаанализ L.Gatta (2010) 6 исследований, 818 больных: длительный прием препаратов 5-АСК эффективней курсового

[J.Clin.Gastroenterol. 2010 Feb;44(2):113-9]

ЕВРОПЕЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ*

Профилактика дивертикулярной болезни и ее осложнений

1. Увеличение физической активности.
2. Снижение массы тела
3. Ограничение употребления "красного" мяса.
4. Прием пищевых волокон (Мукофальк)
5. Ограничение приема НПВП

Лечение дивертикулита

1. **При тяжелом и осложненном течении** – полностью парентеральное питание («функциональный покой кишечника»)

2. Антибиотики:

- При легкой степени применение антибиотиков **НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО**
- При умеренной степени тяжести – антибиотики per os
- При тяжелой степени – в/в введение
- Группы выбора:
 - ✓ пенициллины широкого спектра
 - ✓ монобактамы
 - ✓ цефалоспорины 2-3 поколения
 - ✓ ципрофлоксацин
 - ✓ **ОБЯЗАТЕЛЬНО** сочетать с метронидазолом (для покрытия Грамм + флоры)
 - ✓ при легкой и умеренной степени – альтернатива РИФАКСИМИН

3. Препараты месалазина (Салофальк) для:

- a. уменьшения болевого синдрома
- b. снижения активности воспаления
- c. дополнительного антибактериального действия

Могут применяться пероральные (таблетки, гранулы) и ректальные (клизмы, пена) формы при легкой и средней степенях тяжести.

4. Добавление к терапии пробиотиков, возможно, увеличивает эффективность терапии.

5. Анальгезия:

- a. НПВП и опиоидные препараты повышают риск осложнений (перфорации)
- b. Оптимально применение быстродействующих спазмолитиков

6. Осложнения требующие хирургического лечения:

- a. абсцесс
- b. перфорация
- c. фистулы
- d. стеноз

*С сокращениями по книге W.Kruls, L. Lefield Diverticular Disease. 1st edition – Bremen: UNI-MED, 2011



Лечение рецидивирующего дивертикулита:

1. Оперативное лечение при развитии структурных изменений
2. Правило «операция после 2 рецидива» более не обязательно, т.к. по данным статистики с последующими рецидивами не увеличивается риск осложнений
3. Обязательно проведение длительной **ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ**:
 - Соблюдение всех профилактических рекомендаций (физическая активность, потребление пищевых волокон и т.д.)
 - Антибиотики (например, рифаксимин) курсами по 7 дней в месяц
 - Месалазин (Салофальк) перорально постоянно или курсами по 7 дней
 - Дополнительное назначение про- и пребиотиков курсами



ПРАКТИЧЕСКИЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ.

1. Умеренные физические нагрузки
2. Снижение массы тела
3. Отмена нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)
4. Прием препаратов пищевых волокон:
Мукофальк 2-4 пакетика в сутки длительно
5. При наличии болевого синдрома:
Тримебутин 600 мг/сут курсами
6. При наличии метеоризма:
Симетикон 240-400 мг/сут курсами
7. Дополнительно для поддержания энергетического баланса колоноцитов и нормализации микрофлоры кишечника:
Закофальк 1-4 таблетки в день курсами



СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТА. Купирование обострения (стационар)

1. Стол 4а, при тяжелом течении – парентеральное питание
2. Антибактериальная терапия 7-10 дней:
Ципрофлоксацин 1г/сут + Метронидазол 1г/сут
или
Рифаксимин 800-1200 мг/сут
3. Противовоспалительная терапия 14-28 дней:
Салофальк гранулы или таблетки 2-3 г/сут
4. Анальгетическая терапия – быстродействующие спазмолитики:
Глюцина бутилбромид / Дротаверин / Алверина цитрат
Применение НПВП и опиатов - ограничить
5. Дополнительно для поддержания энергетического баланса колоноцитов и нормализации микрофлоры кишечника:
Закофальк 3-4 таблетки в день



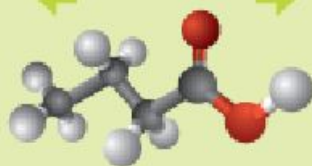
ЭФФЕКТЫ МАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ (БУТИРАТА) ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ.

Энергетический субстрат для колоноцитов

Воспаление

Уровень насыщения

Субстрат для синтеза липидов мембран колоноцитов



Защитный барьер и проницаемость слизистой оболочки толстой кишки

Окислительный стресс

Колоректальный канцерогенез

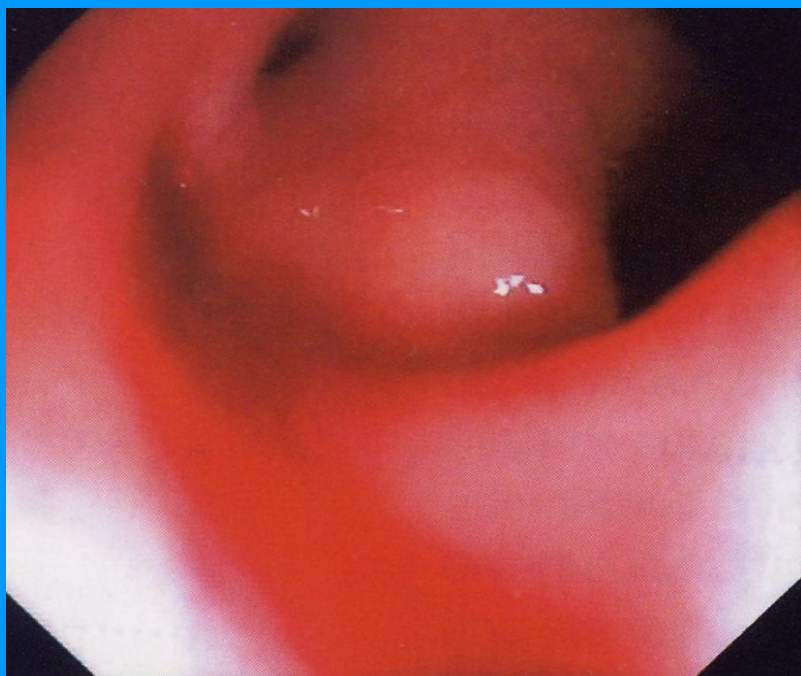
Закофальк NMX – первый пероральный препарат с непосредственной доставкой масляной кислоты в толстую кишку

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ (амбулаторно):

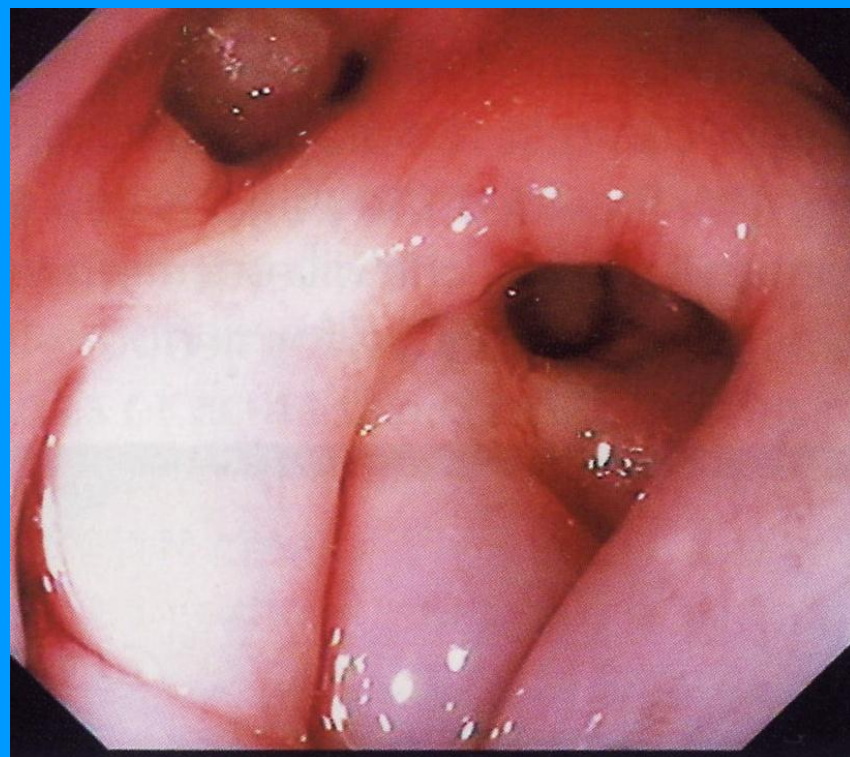
1. Прием препаратов пищевых волокон:
Мукофальк 2-4 пакетика в сутки длительно
2. Противовоспалительная терапия:
Салофальк гранулы или таблетки 1-1,5 г/сут длительно
3. Антибактериальная терапия курсами (при частых рецидивах):
Рифаксимин 800 мг/сут 1 неделю в месяц
4. При болевом синдроме:
Тримебутин 600 мг/сут
5. Дополнительно для поддержания энергетического баланса колоноцитов и нормализации микрофлоры кишечника:
Закофальк 1-4 таблетки в день курсами



Эндоскопический гемостаз дивертикулярного кровотечения



Кровотечение из дивертикула
дивертикулярного кровотечения



Эндоскопический гемостаз
инъекцией

эпинефр

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Показания к срочной операции:

- перфорация дивертикула в свободную брюшную полость;
- прорыв перифокального абсцесса в свободную брюшную полость;
- кишечная непроходимость;
- профузные кишечные кровотечения.

Показания к плановой операции:

- хронический инфильтрат симулирующий злокачественную опухоль;
- свищи;
- хронический дивертикулит с частыми обострениями;
- клинически выраженный дивертикулез, неподдающийся комплексному консервативному лечению