



Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса
Кафедра госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля

Дивертикулярная болезнь толстой кишки как междисциплинарная проблема: клинический случай



Акимова Анастасия Борисовна, студент 3 курса лечебного факультета
Чухрай София Михайловна, студент 3 курса лечебного факультета,
Журавлева Мария Сергеевна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики
внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса,
Бобраков Михаил Анатольевич, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной
хирургии им. В.А. Оппеля,

Попова Елена Александровна, врач-гастроэнтеролог
отделения гастроэнтерологии больницы им. Петра Великого

V Всероссийский научно-практический конгресс с международным участием

«Белые ночи гастроэнтерологии»

09-10 июня 2023 г., Санкт-Петербург

Основная жалоба:

рецидивирующая примесь крови и тёмных сгустков на фоне мягкой или кашицеобразной консистенции стула.



Пациентка Ш., 83 года (1939 г.р.)

- В 2000 г. впервые примесь крови в стуле, императивные позывы, учащение стула до 4 раз в сутки, с консистенцией 4-5 типа по Бристольской шкале;
- ОКИ исключены, клинический анализ крови без отклонений от нормы;
- **Видеоколоноскопия:** мелкие **дивертикулы** сигмовидной кишки (диаметром 3-6 мм), в ректосигмоидном отделе слизистая оболочка отёчная, ярко гиперемирована, с острыми эрозиями неправильной формы и разных размеров, сосудистый рисунок не прослеживается, контактная кровоточивость;
- **Патогистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки толстой кишки:** диффузная лимфогистиоцитарная инфильтрация и лимфофолликулярная гиперплазия, количество бокаловидных клеток не снижено, крипты без атрофии, собственная пластинка слизистой оболочки не изменена.
- Установлен диагноз: **Язвенный колит. Дивертикулёз сигмовидной кишки.**

Наблюдение в Городском Центре ВЗК, затем в Северо-Западном Центре лечения ВЗК.

3-4 раза в год – появление видимой примеси крови в стуле, абдоминальной боли.

Комбинированная терапия месалазином, антибактериальными препаратами, будесонидом (курсами) с **временным** положительным клиническим и эндоскопическим эффектом.

Пациентка Ш., 83 г. (1939 г.р.)

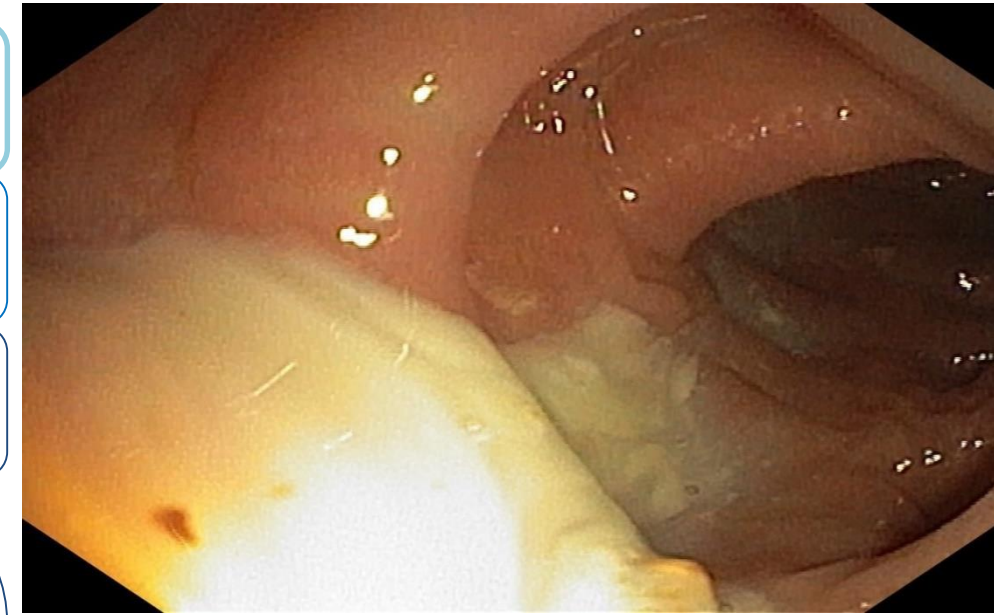
Октябрь 2022 г. – госпитализация в отделение гастроэнтерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова:

Анализы крови: WBC – $7,9 \cdot 10^9/\text{л}$, RBC – $4,84 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb – 134 г/л, PLT – $175 \cdot 10^9/\text{л}$. СРБ – 1,54 мг/л.

КТ органов брюшной полости (13.10.2022): Дивертикулёз сигмовидной кишки без признаков дивертикулита.

Видеоколоноскопия (17.10.2022): Толстая кишка осмотрена на 50 см, дальнейший осмотр прекращён из-за выраженного отёка слизистой оболочки, поступления гнойного содержимого из множества дивертикулов. В сигмовидной кишке множественные дивертикулы диаметром 0,5-1,0 см, глубокие, с гнойным содержимым, слизью, устья резко гиперемированы, отёчные, просвет трудно расправляется. Слизистая кишки гиперемирована, резко отёчная, сосудистый рисунок дискретный, на стенках кишки следы слизи и гнойных масс. Внутренний геморрой без признаков воспаления и тромбоза.

Заключение: **Дивертикулёз сигмовидной кишки с признаками дивертикулита.** Проктосигмоидит. Эндоскопических данных за активность ЯК не получено.



*Эндофото предоставлено врачом-эндоскопистом
Голубевой К.В.*



Пациентка Ш., 83 г. (1939 г.р.)

Основное заболевание:

Симптоматическая осложнённая дивертикулярная болезнь с локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке.

Осложнения: Кишечное кровотечение (11.10.2022). Острый дивертикулит (17.10.2022).

Язвенный колит, левостороннее поражение, минимальная эндоскопическая активность (индекс Mayo 1 балл).

Терапия основного заболевания:

Комбинированная терапия месалазином, В/в антибактериальная терапия, затем **рифаксимин-α** 400 2 раза в день 10 дней каждого месяца, **Ребамипид** 100 мг 3 раза в день – 1 месяц, **Алверин+Симетикон** по требованию при абдоминальной боли, **Пищевые волокна** (псиллиум) длительно, **пробиотик** *Lactobacillus casei* DG курсами.

Конкурирующие заболевания:

Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск ССО 4 (очень высокий). Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, вне пароксизма. Пароксизм 23.10.2022, 25.10.2022, медикаментозное восстановление ритма 23.10.2022, 25.10.2022.

ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии. **ОНМК** по ишемическому (кардиоэмболическому) типу (2010 г).

ХБП С3а СКФ (СКD-EPI) 48 мл/мин/1,73 м².

Системный остеопороз.

CHA₂DS₂VASc –
6 баллов

HAS-BLED –
5 баллов

Терапия сердечно-сосудистых заболеваний:

Селективный В-блокатор, антагонист рецепторов ангиотензина II, статины, антикоагулянтная терапия (ПОАК).

В связи с рецидивирующей гематохезией: - снижение дозы ПОАК ? - смена антикоагулянтной терапии ?
- выполнение резекции сигмовидной кишки?

Пациентка Ш., 83 г. (1939 г.р.)

Январь 2022 г. – госпитализация в отделение хирургии №1
СЗГМУ им. И.И. Мечникова:

Видеоколоноскопия (20.01.2023): Слизистая оболочка слепой, восходящей ободочной, поперечно-ободочной, нисходящей ободочной, сигмовидной, прямой кишки розовая, блестящая. В сигмовидной кишке определяются устья дивертикулов диаметром 3-7 мм без признаков воспаления, устья некоторых содержат фекалиты. Спонтанная и контактная кровоточивость не определяется. Внутренний геморрой без признаков воспаления и тромбоза.

Заключение: Эндоскопическая картина дивертикулёза сигмовидной кишки без признаков дивертикулита. Эндоскопических данных за активность ЯК не получено.

Ирригоскопия (23.01.2023): По ходу сигмовидной кишки определяются немногочисленные дивертикулы с чёткими контурами диаметром до 7 мм, опорожняются. **Заключение:** Дивертикулёз сигмовидной кишки без признаков дивертикулита.

В связи с наличием небольшого количества неглубоких дивертикулов без признаков воспаления показаний для оперативного лечения нет, рекомендовано продолжить консервативную терапию, для профилактики тромбоэмболических осложнений использовать **апиксабан** 2,5 мг 2 раза в сутки.



Эндофото предоставлено врачом-эндоскопистом
Голубевой К.В.



Архив рентгенологического отделения
больницы им. Петра Великого,
зав. отделением Качанова С.В.

Заключение

- ❖ Данный клинический случай демонстрирует необходимость мультидисциплинарного ведения пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки с участием гастроэнтеролога и кардиолога в связи с высокой распространённостью заболевания среди пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией.
- ❖ При выборе безопасной антикоагулянтной терапии пациентам с высокими рисками как тромботических осложнений, так и желудочно-кишечных кровотечений рекомендуется предпочесть антагонисты витамина К (АВК) или другой прямой пероральный антикоагулянт (ПОАК), а не дабигатрана этексилат и ривароксабан (УУР А, УДД 1).*
- ❖ Для решения вопроса о плановом оперативном лечении пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки необходима визуализация дивертикулов с помощью ирригоскопии.