



ДИВЕРТИКУЛЕЗ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней № 1

Руководитель: ДМН. Хутиев Ц.С.

Преподаватель: к.м.н. Доцент Татров А.С

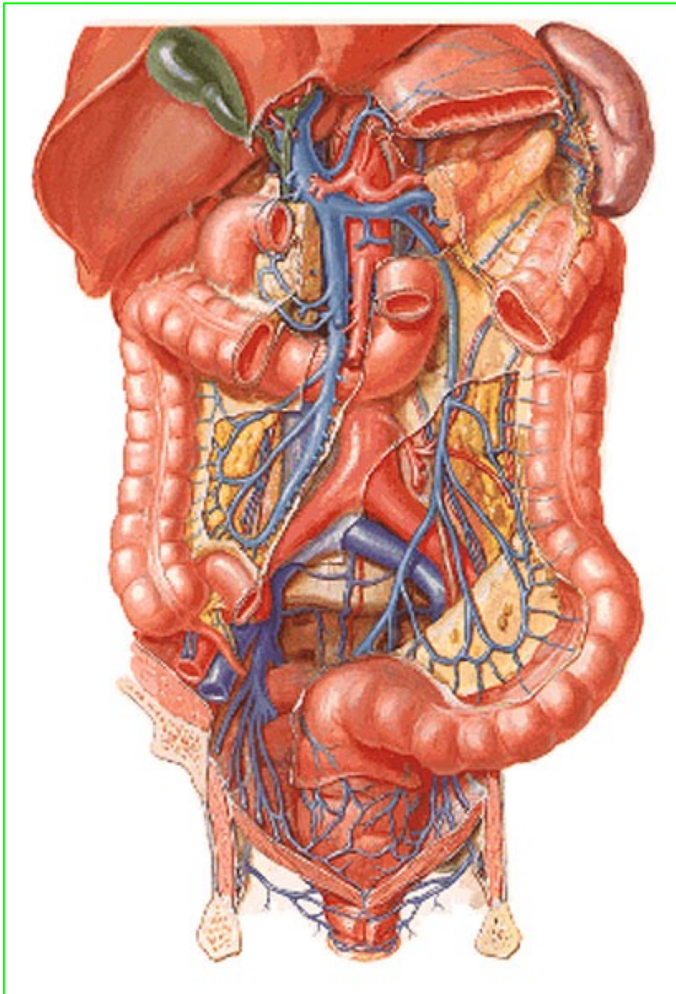
Выполнил: Аспирант 1-года Плиев С.А.

г. Владикавказ 2022

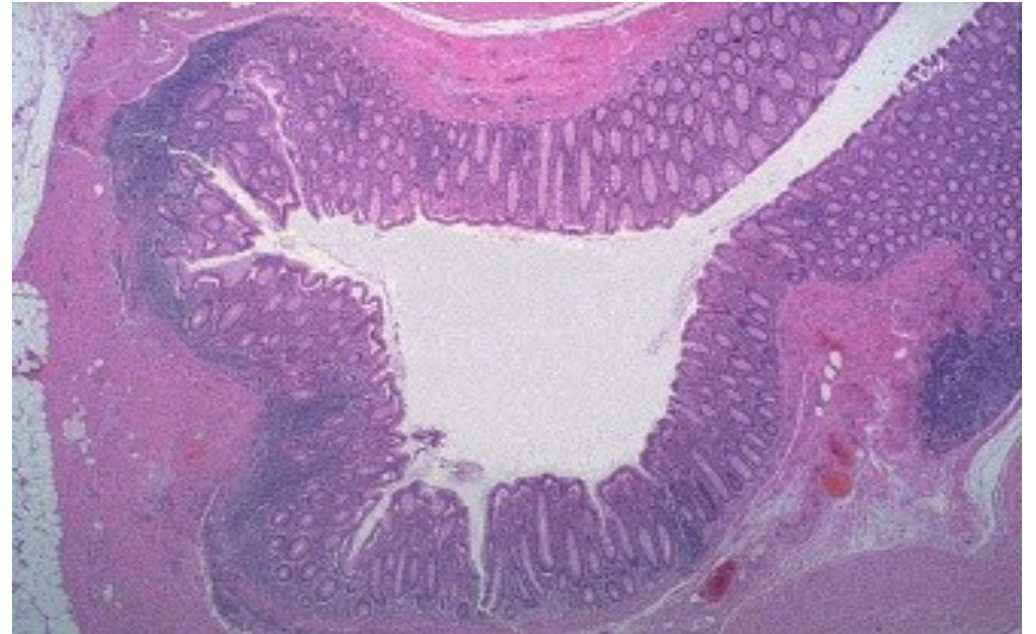
ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- Дивертикулярная болезнь- морфофункциональный патологический процесс,отличительным признаком которого выступают мешковидные выпячивания в стенке ободочной кишки
- Приобретенный дивертикул толстой кишки представляет собой грыжевидное выпячивание слизистой оболочки, выбухающее сквозь циркулярный мышечный слой за пределы кишечной стенки (ложный или псевдодивертикул), и в противоположность врожденному дивертикулу не образован всеми слоями мышечной стенки. Если дивертикул расположен в толще подслизистой основы или мышечной оболочки, то он является неполным. Полный дивертикул пролабирует через все слои кишечной стенки и располагается в ткани жировых подвесок.

Анатомия толстого кишечника



- Слепая кишка
- Ободочная кишка
 - Нисходящий отдел
 - Восходящий отдел
 - Поперечный отдел
- Сигмовидная кишка
- Прямая кишка



Статистика

Дивертикулит

у женщин встречается в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. Иногда это заболевание обнаруживают у детей, но особенно подвержены ему люди старше 40 лет. По статистике невоспаленные дивертикулы есть у 50% людей старше 65 лет и у 10% сорокалетних. Но только в 10-20% случаев в дивертикуле начинается воспаление, и появляются симптомы болезни

ЭТИОЛОГИЯ

- Особенность формирования второго наружного мышечного слоя , собранного в виде трех полос (тений), что ослабляет кишку перед внутренним и внешним воздействиями
- Характер сосудистой архитектоники
- Существования гаустр
- Дистрофические изменения в мышечной стенке , дискординация моторики ободочной кишки
- Врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани
- Сосудистые изменения в стенке кишки

ПАТОГЕНЕЗ

- Дистрофия мышечного аппарата кишки возникает у лиц пожилого возраста как проявления общих дегенеративных процессов , а также вследствие развития атеросклероза с ишемическими нарушениями , кроме того часть больных имеет врожденные нарушения синтеза коллагена
- Дискоординация моторики ободочной кишки .На фоне локального спазма в гаустрах ободочной кишки возникающее избыточное внутрикишечное давление приводит к расхождению мышечных волокон кишечной стенки и образованию выпячиваний слизистой оболочки даже при отсутствии исходной дистрофии мышечного слоя.
- Сосудистый фактор. При спазме мышечного слоя происходят сдавление внутристеночных сосудов ,нарушение микроциркуляции : ишемия и замедление венозного оттока . Это приводит к дистрофическим изменениям мышечных волокон и расширению околосоудистых пространств ,которые впоследствии и становятся устьями дивертикулов .
- Изменения характера питания. Уменьшение в рационе растительной клетчатки приводят к дискоординации эвакуаторной функции толстой кишки ,появлению зон с повышенным давлением

Классификация (НКР)

- 1. Дивертикулез бессимптомный**
- 2. Дивертикулез с клиническими проявлениями.**
- 3. Дивертикулез с осложненным течением:**
 - ✓ дивертикулит;
 - ✓ Околокишечный инфильтрат, абсцесс.
 - ✓ перфорация;
 - ✓ кровотечение;
 - ✓ кишечная непроходимость;
 - ✓ внутренние или наружные кишечные свищи
 - ✓ пилефлебит,
 - ✓ перекрут дивертикула.

КЛИНИКА НЕОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛЕЗА

- ❖ Бессимптомный дивертикулез обнаруживают случайно при диагностике других заболеваний;
- ❖ Клинически выраженный дивертикулез сопровождается:
 - Спастическими болями в левой подвздошной области
 - нарушения стула, чаще всего запоры или неустойчивый стул (смена запоров и поносов), после дефекации болевой синдром обычно уменьшается
 - Чувство неполного опорожнения кишки.
 - В межспастические периоды тупая ноющая боль
 - боли вызываются приемом пищи (гастроколический рефлекс)
 - признаки кишечной диспепсии (урчание, вздутие).
 - При пальпации можно не определить локализации болезненного очага, что говорит об отсутствии органической причины болевого синдрома который связан в этом случае с дискоординацией моторики кишки
 - Продолжительность болевого синдрома от нескольких дней до постоянных болей в течение длительного времени

Дивертикулит

воспаление одного или нескольких дивертикулов в ободочной кишке

Причины:

- Потеря барьерных свойств эпителия и действия патогенной кишечной микрофлоры
- нарушения эвакуации содержимого из дивертикулов

КЛИНИКА ДИВЕРТИКУЛИТА

- Лихорадка до субфебрильных значений
- Постоянные боли в животе
- лейкоцитоз,
- диарея,
- появление в стуле слизи и крови,
- стойкий метеоризм,
- болезненность при пальпации живота в проекции воспаленных дивертикулов,
- иногда признаки поражения брюшины.

Околокишечный инфильтрат

- Развитие воспаления в брюшной полости , нарушение целостности стенки дивертикула приводят к образованию околокишечного инфильтрата или абсцесса.
- Расположение : левая подвздошная область , над лобком или в проекции левого латерального канала
- При пальпации мало- или неподвижный , болезненный инфильтрат
- Сочетание пальпируемого опухолевидного образования с пожилым возрастом пациентов дает повод заподозрить наличие злокачественного процесса

Абсцесс

- Формирование абсцесса изменяет интенсивность и характер болей
- Лихорадка приобретает гектические размахи в вечерние часы
- На фоне инфильтрата происходит сужение просвета кишки – возникает картина кишечной непроходимости

Перфорация дивертикула

- У 80 % больных перфорация дивертикула наступает внезапно и становится первым проявлением дивертикулярной болезни
- Перфорация в свободную брюшную полость в 18% случаев , в остальных возникновению разлитого перитонита предшествует период формирования паракишечного абсцесса, воспалительный процесс , перфорация в брыжейку сигмовидной кишки — забрюшинной флегмоны.
- Если гнойник вскрывается на кожу брюшной стенки или близлежащий полый орган, то исходом нагноения являются внутренние и наружные свищи, соединяющие просвет ободочной кишки с кожей, мочевым пузырем, реже — тонкой кишкой или влагалищем. Свищи не имеют тенденции к самопроизвольному закрытию и требуют хирургического лечения.

ДИАГНОСТИКА

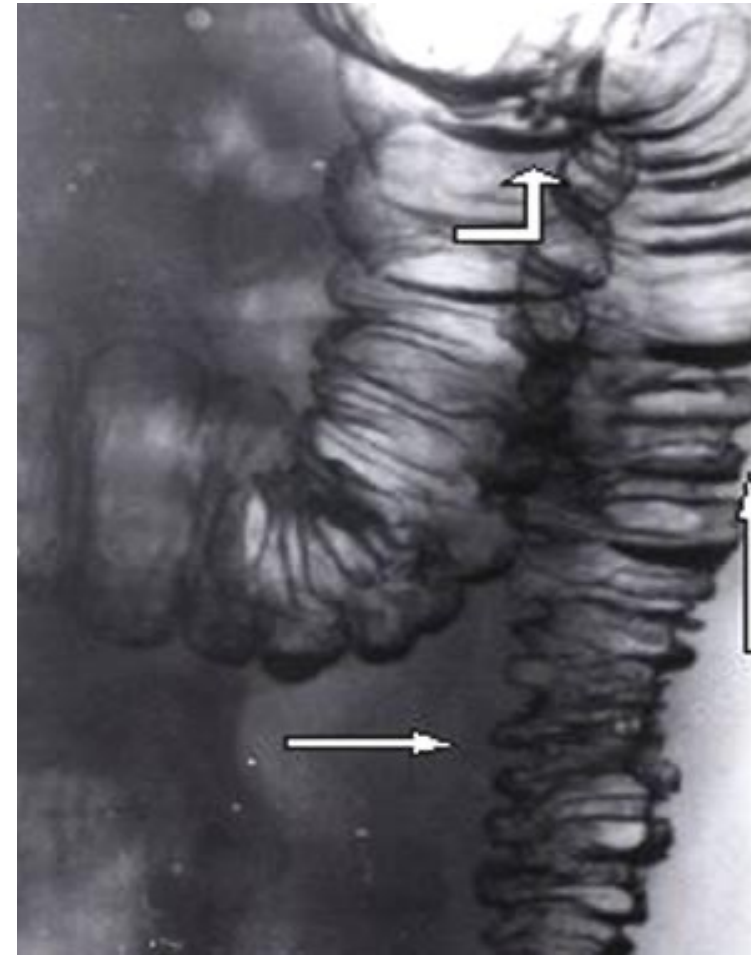
- Опрос больного (наличие в анамнезе эпизодов повышения температуры , связанных с интенсивным болевым синдромом в левой подвздошной области и др.)
- Пальпация живота
- "воспалительные" изменения гемограммы - лейкоцитоз, ускорение СОЭ.
- Копрологические изменения неспецифичны
- Ирригоскопия, Колоноскопия, УЗИ, лапароскопия.

Ирригоскопия

- Дивертикулы выявляются в виде выпячиваний кишечной стенки округлой формы с более или менее выраженной шейкой, которые четко выявляются по наружному или внутреннему контуру кишки, особенно хорошо они видны при двойном контрастировании. У больных с неосложненным дивертикулезом дивертикулы хорошо опорожняются.
- Задержка контраста - признак дивертикулита.
- Типы морфофункциональных изменений
 1. Просвет кишки 3.5-4см, гипертонус не выражен, межгаустральные складки сглажены, эластичность стенки сохранена
 2. Просвет 2.5-3.5см, гаустральный рисунок деформирован, высокие межгаустральные складки, эластичность сохранена.
 3. Просвет менее 2.5 см. стойкий гипертонус, гаустрация хаотичная, «пилообразный» контур, эластичность снижена, кишка фиксирована.



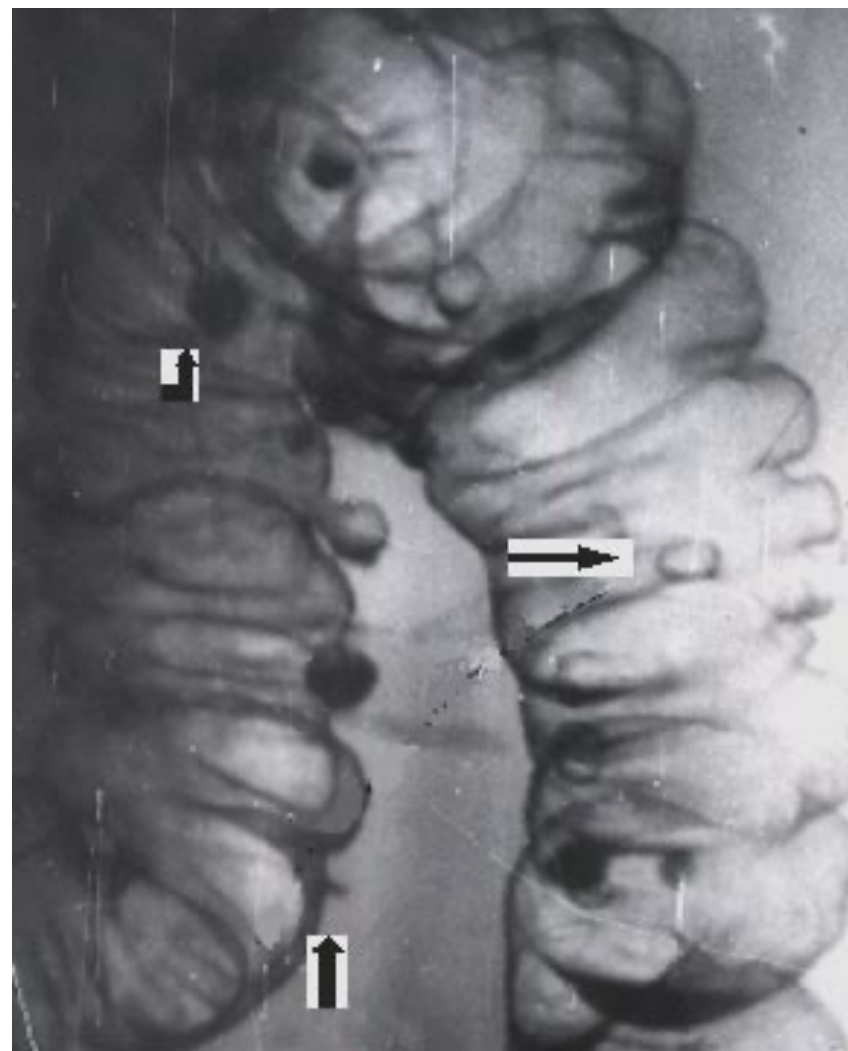
Преддивертикулярная стадия дивертикулярной болезни - спастический синдром. Поперечная исчерченность на пневморельефе в сочетании с оспикулообразными выпячиваниями по контурам сигмовидной кишки- рентгенологический симптом «частокола».



Сочетание преддивертикулярной стадии в нисходящей кишке (горизонтальная стрелка), **стадии интрамуральных дивертикулов** (вертикальная стрелка) и **полных дивертикулов** (фигурная стрелка).



Стадия полных дивертикулов.
Множественные дивертикулы
нисходящей кишки.



Сочетание интрамурального (вертикальная
стрелка) и полных дивертикулов в виде
кольцевидной тени (горизонтальная стрелки)
и дополнительной тени (фигурная стрелка).

Колоноскопия

- Колоноскопия нежелательна в связи с угрозой перфорации воспаленного дивертикула . Лучше выполнять после стихания острого процесса.
- Обычные дивертикулы сами не видны, определяются их устья округлой или овальной формы с неизменной слизистой вокруг.
- О наличии воспаления судят, если устья деформированы, слизистая вокруг них отечна, гиперемирована.
- Колоноскопия при кровотечении позволяет установить его уровень.



Дивертикул сигмовидной кишки
заполнен кишечным содержимым

УЗИ

Информативный метод выявления дивертикулеза, дивертикулита и паракишечного инфильтрата. При этом хорошо определяются сами дивертикулы, их локализация, наличие в них воспалительных осложнений.

Лапароскопия

В случаях перфорации дивертикула с помощью лапароскопии выявляют признаки местного перитонита и воспалительный инфильтрат в зоне поражения .

Дифференциальная диагностика

- **Дивертикулит и рак** дифференцируют по следующим критериям: при злокачественном процессе более длительный анамнез, постепенное развитие заболевания, нередко присутствуют малые симптомы рака, анемия. Бариевая клизма позволяет выявить наличие протяженной стриктуры в зоне дивертикулов с довольно четкими границами, для рака более характерно супрастенотическое расширение кишки, связанное с длительно развивающимся нарушением кишечной проходимости. Эндоскопическое исследование при подозрении на дивертикулит необходимо проводить с осторожностью ввиду опасности перфорации, однако визуальный осмотр позволяет установить воспалительные изменения слизистой оболочки дистальнее сужения, что более характерно для дивертикулеза. Решающим является обнаружение в биоптате кишки опухолевой ткани, хотя и ее отсутствие иногда не позволяет отвергнуть наличие злокачественного поражения. В некоторых случаях может быть использована ультразвуковая колоноскопия. Однако нередко окончательное установление диагноза возможно только после морфологического изучения удаленного во время операции пораженного участка ободочной кишки.

Дифференциальная диагностика

- **Болезнь Крона** также может иметь сходную с дивертикулитом клиническую картину. Для постановки правильного диагноза помогает анамнез с характерной для болезни Крона диареей, примесью слизи и крови в кале, а также ректальный осмотр и ректороманоскопия. При исследовании прямой кишки обнаруживают воспалительные изменения, продольные язвы-трещины, а также следы перианальных поражений, часто встречающихся при болезни Крона толстой кишки.
- Дифференцировать дивертикулез от **ишемического колита** помогают характер болевого синдрома — длительный анамнез боли и меньшая ее интенсивность, частые позывы на дефекацию, локализация процесса в левом изгибе ободочной кишки.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

- Бессимптомный дивертикулез не требует специальной терапии. Профилактикой в этом случае можно считать регуляцию стула во избежание запора прежде всего с помощью диеты. При склонности к запору назначают слабительные препараты, лучше масляные.
- В подборе лечения клинически выраженного и осложненного типов дивертикулеза необходимо установить этиологию состояния у конкретного больного, а именно: произошло ли развитие дивертикулов на фоне дистрофических изменений кишечной стенки, системной патологии соединительной ткани либо дискоординации кишечной перистальтики.
- При запоре, связанном с атонией и дистрофией кишечной стенки у пожилых больных, необходимо также применение масляных слабительных средств, сочетающихся с диетой, богатой растительной клетчаткой, а также обильным питьем (1500 мл жидкости в сутки).
- Если преобладают симптомы дискоординации моторики толстой кишки у пациентов среднего возраста, то назначается комплекс мероприятий, направленных на системное лечение этого состояния. В него входят средства, нормализующие перистальтику и препятствующие спастическим сокращениям кишечной стенки, прокинетики. Нарушение процессов пищеварения корректируется назначением ферментных препаратов. Важное значение имеет коррекция развивающегося дисбактериоза на фоне хронического нарушения опорожнения толстой кишки, что выявляется анализом кишечной микрофлоры и исправляется назначением эубиотиков. Диета должна содержать достаточное количество балластных веществ, а прием пищи проходить в установленное время и в достаточном объеме.

Дивертикулез

с выраженными клиническими проявлениями

- диета, богатая растительной клетчаткой
- балластные вещества;
- витамины;
- препараты, нормализующие функцию кишечника;
- спазмолитики, либо блокаторы кальциевых каналов (Децител);
- при воспалительных явлениях - 5 АСК, оптимально - "Salofalk".
Выраженные явления дивертикулита требуют назначения антибиотиков;
- противодиарейные средства;
- ферментативные препараты;
- бактериальные препараты (колибактерин, бифидумбактерин, бификол).

- При воспалительных осложнениях (дивертикулит, паракишечный инфильтрат) и наличии интоксикации назначают масляные слабительные (вазелиновое масло) для смягчения каловых масс, бесшлаковую диету с ограничением клетчатки. Показаны антибиотики широкого спектра, спазмолитики.
- Для исключения перфорации ободочной кишки проводят рентгенологическое исследование брюшной полости в положении больного стоя, динамический ультразвуковой контроль инфильтрата. Предпочтительно выполнять операцию при стихании воспалительных явлений. Осложнения в этом случае составляют 3—6 % против 20 % при вмешательствах на высоте воспаления. Если все же на фоне проводимой терапии состояние больного ухудшается, нарастают симптомы интоксикации, появляются ультразвуковые признаки абсцедирования или клинические проявления перитонита, применяется более активная хирургическая тактика — вскрытие абсцесса с формированием проксимальной колостомы, резекция пораженного сегмента также с наложением временной стомы.

Кровотечение

Кровотечение в 80 % случаев удается остановить консервативными мероприятиями (гемостатики, инфузионная терапия, постельный режим, ирригоскопия, которая в ряде случаев имеет лечебный эффект).

При неэффективности этих мероприятий проводится операция — удаление сегмента ободочной кишки с кровоточащим сосудом (обычно левосторонняя гемиколэктомия).

Хирургическое лечение

показания к хирургическому лечению:

Экстренные:

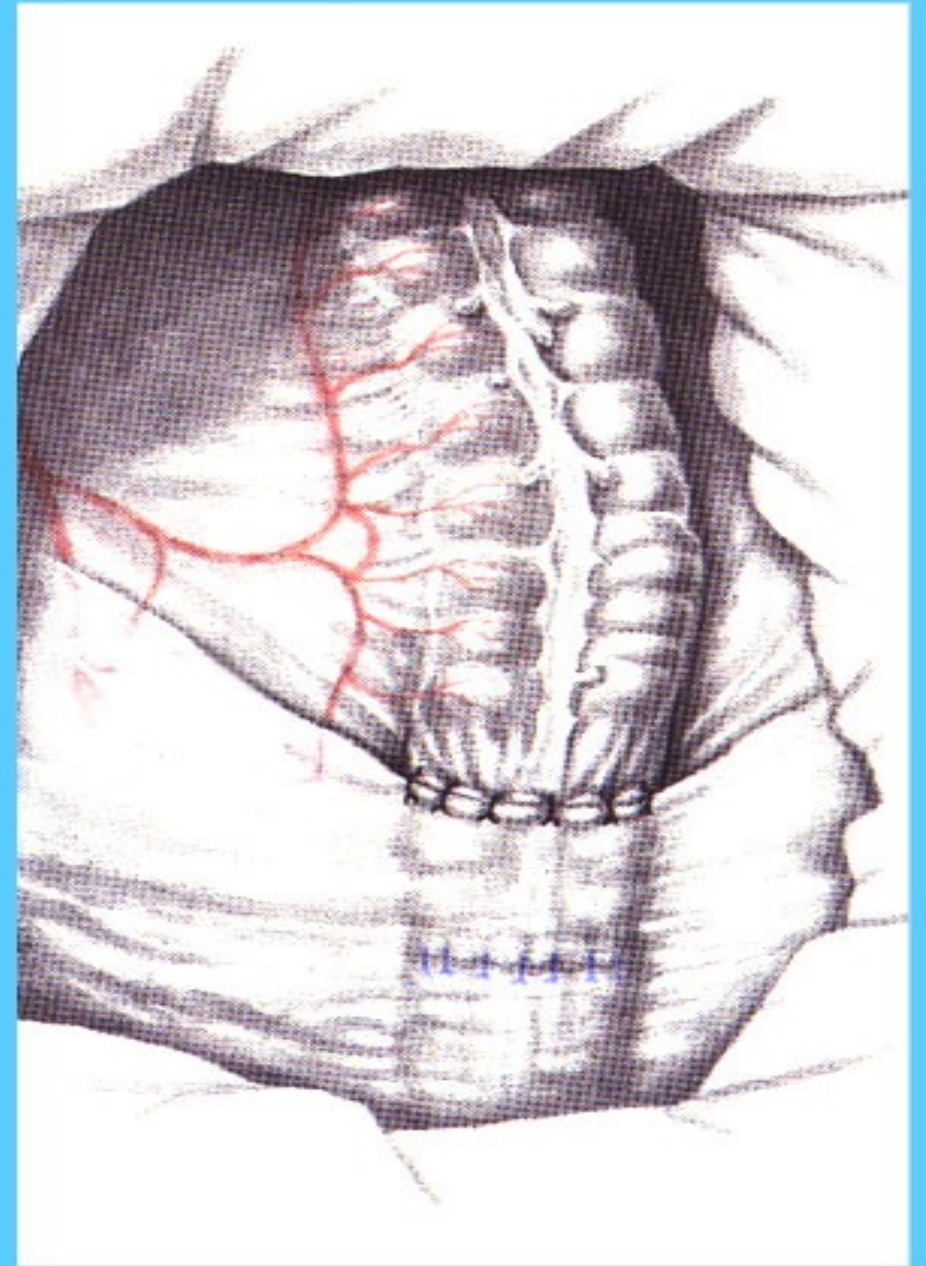
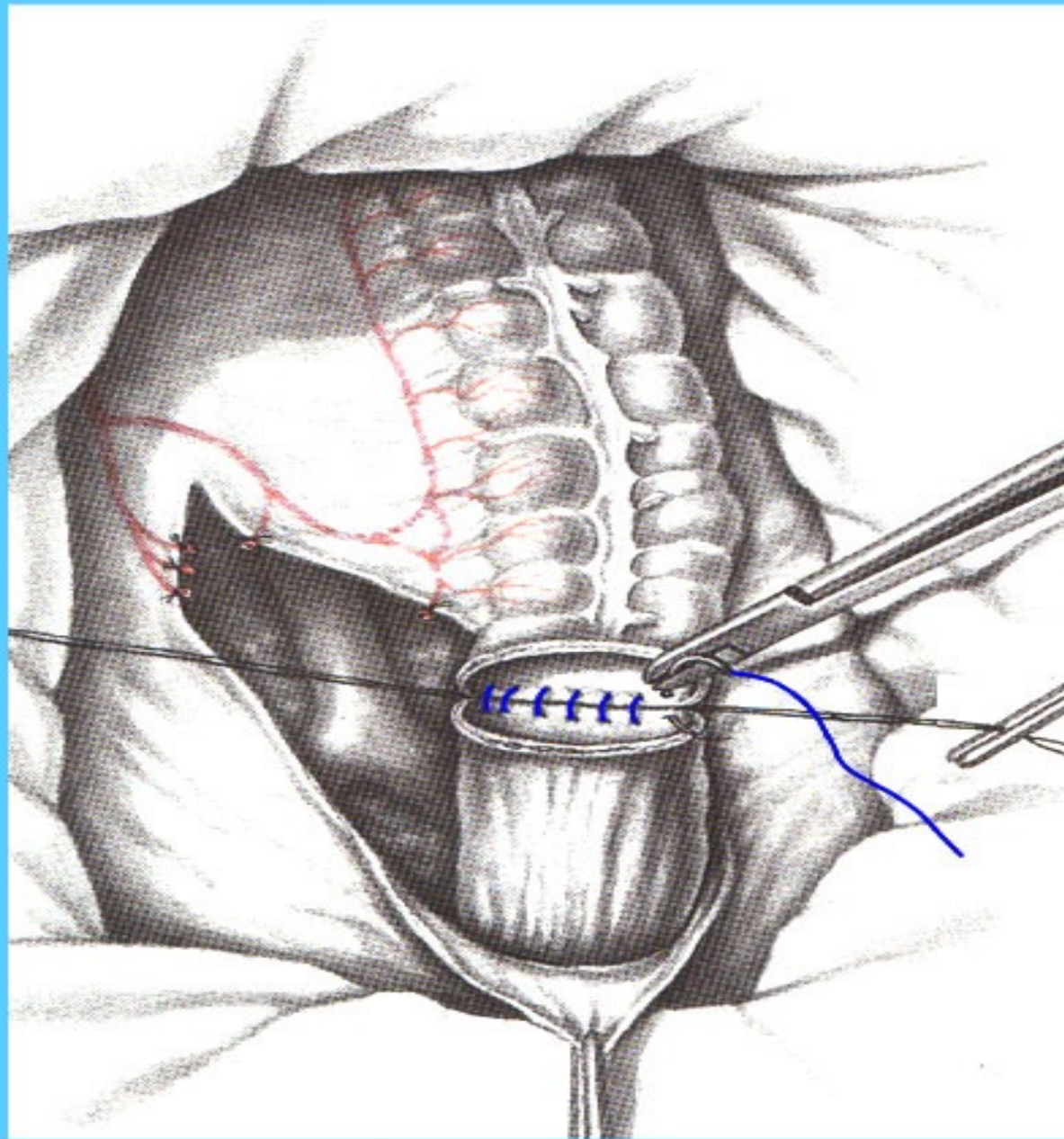
- перфорация дивертикула;
- кишечная непроходимость;
- профузное кровотечение.

Плановые:

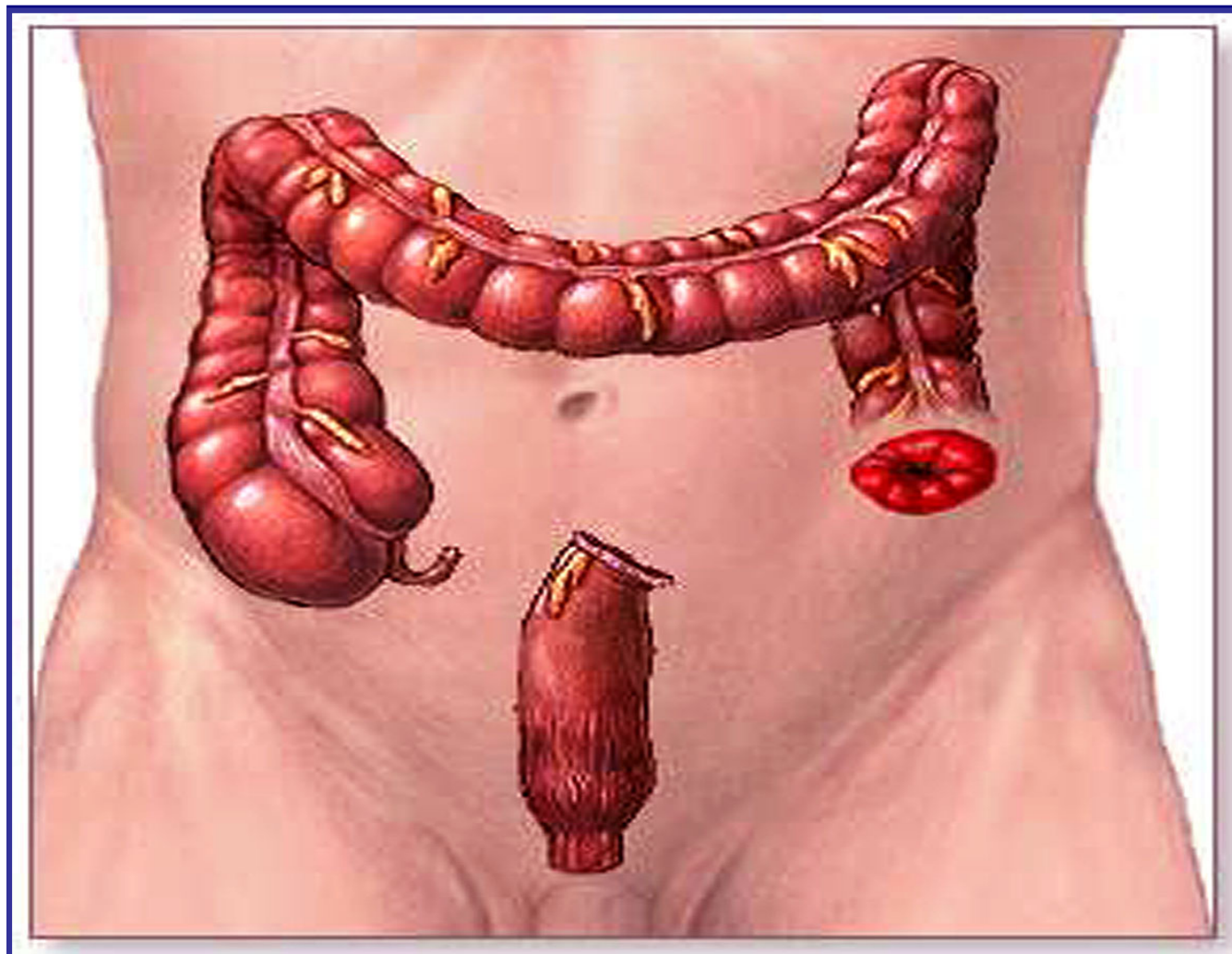
- образование хронического инфильтрата, симулирующего злокачественную опухоль;
- внутренние и наружные свищи;
- клинически выраженная дивертикулярная болезнь, не поддающаяся комплексному консервативному лечению.

Виды операций

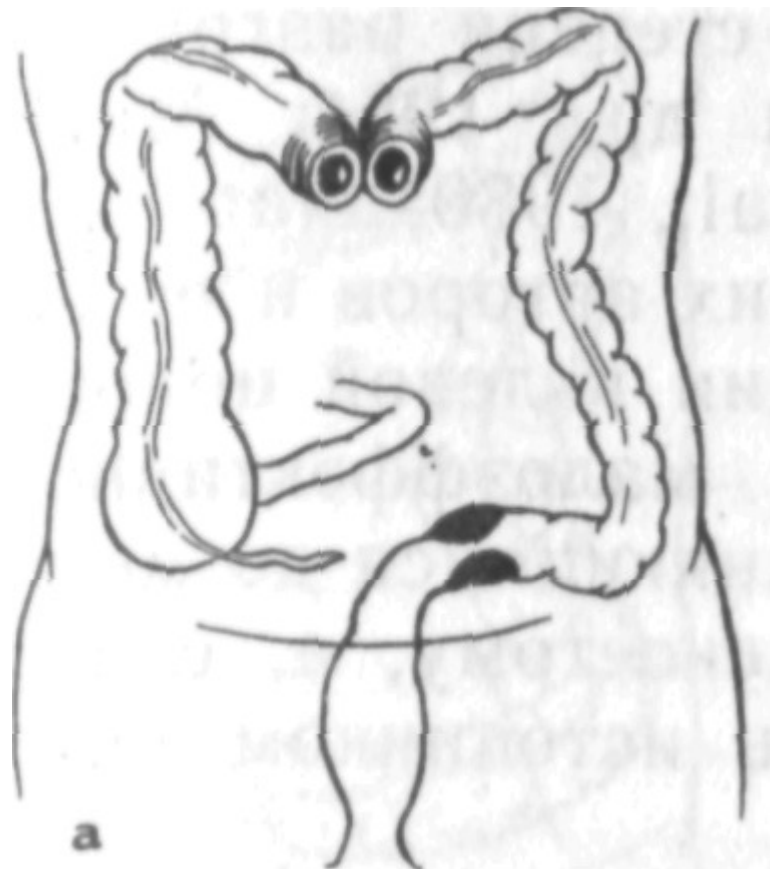
- Резекция кишки с наложением первичного анастомоза
- Резекция кишки с наложением первичного анастомоза и выведением проксимальной колостомы
- Операция Hartmann
- Наложение разгрузочной трансверзостомы
- Выведение места перфорации дивертикула на переднюю брюшную стенку в виде 2-х ствольной стомы
- Различные виды резекций толстой кишки: от резекции сигмовидной кишки до левосторонней гемиколэктомии.



ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА

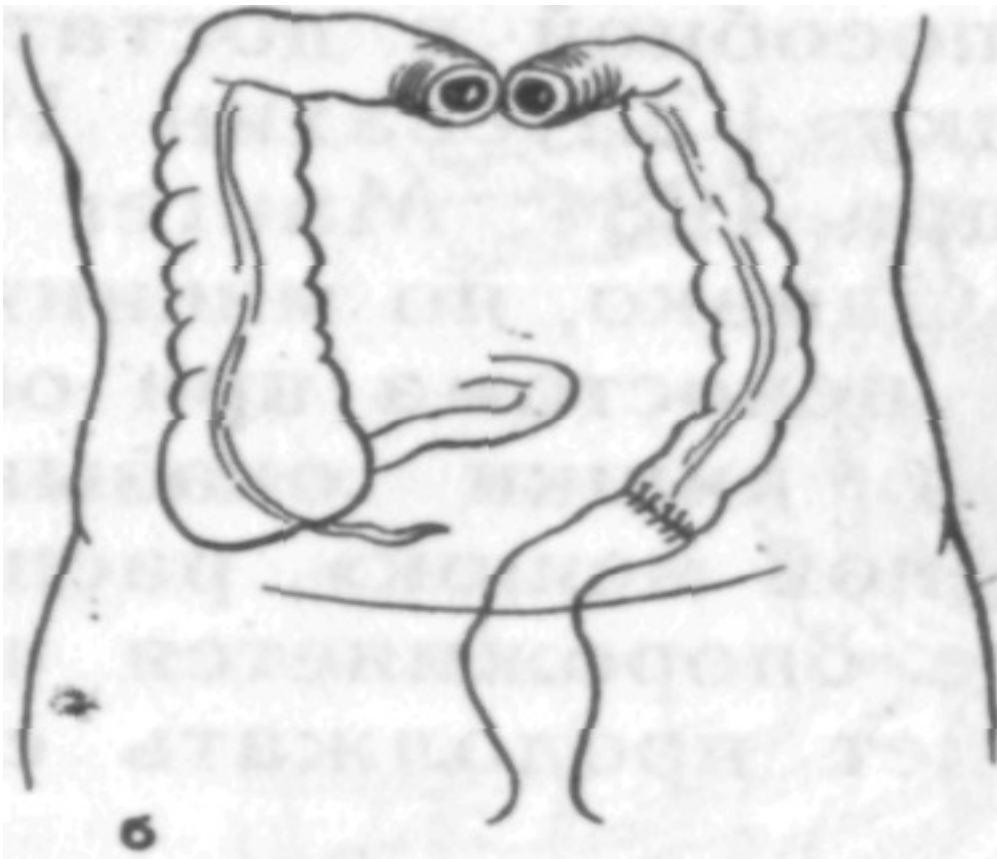


Трехэтапная резекция сигмовидной кишки



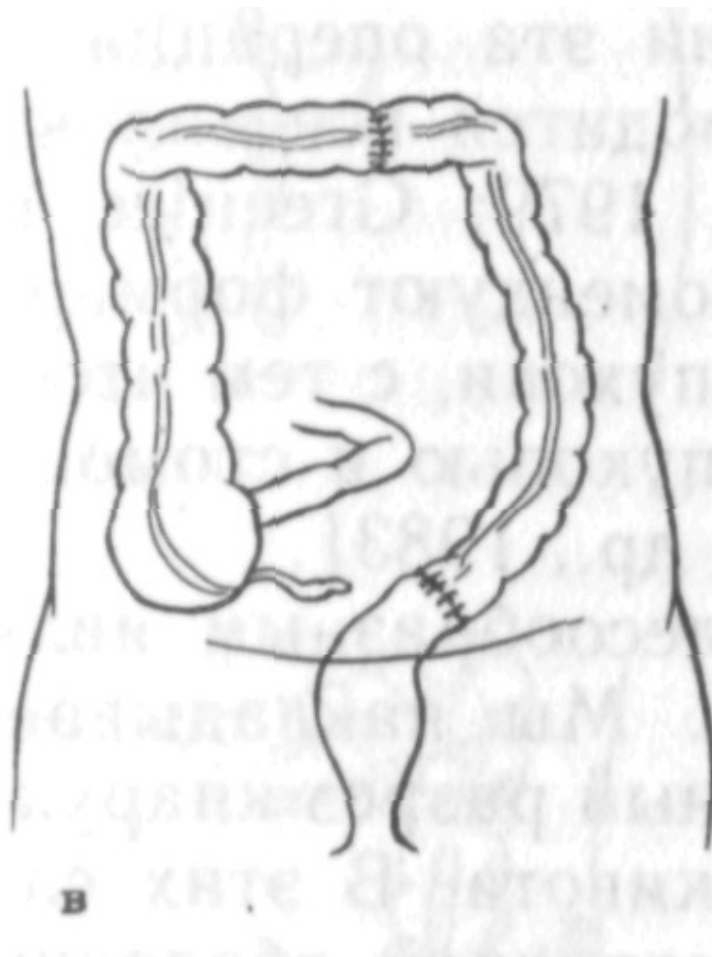
наложение
двуствольной
трансверзостомы

Трехэтапная резекция сигмовидной кишки



резекция пораженного участка

Трехэтапная резекция сигмовидной кишки



ликвидация
трансверзостомы

Прогноз.

Благоприятен при своевременной профилактике развития осложнений, а также при активной лечебной тактике в случае клинически выраженного дивертикулеза.

Быстрое развитие гнойных осложнений, появление признаков острого живота делают прогноз заболевания более сомнительным, как и при других экстренных хирургических заболеваниях органов брюшной полости гнойного характера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. ПОД РЕД. М.И. КУЗИНА КЛИНИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ. НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО. Т.2 ПОД РЕД. В.С. САВЕЛЬЕВА, 2009 .

ОСНОВЫ КОПРОПРОКТОЛОГИИ. ПОД РЕД. Г.И.ВОРОБЬЕВА, 2006.

ДРОБНИ Ш. КУЗИН М.И. (РЕД.) ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. М., ЛЕКЦИЯ ПО КУРСУ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ.

ПАНЦЫРЕВ Ю.М. КЛИНИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ. М.,

ПЕТЕРСОН Б. Я. (РЕД.) СПРАВОЧНИК ПО ОНКОЛОГИИ. М. ХИРУРГИЯ. РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ.(ПЕРЕВОД С АНГЛИЙСКОГО). ПОД РЕД. САВЕЛЬЕВА В.С.



ДИВЕРТИКУЛЕЗ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней № 1

Руководитель:	д.м.н.. Хутиев Ц.С.
Преподаватель:	к.м.н. Доцент Татров А.С
Выполнил:	Аспирант 1-года Плиев С.А.

г. Владикавказ 2022