

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно - Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с
курсом
эндоскопии и эндохирургии ПО

**Рецензия ДМН, профессора кафедры и клиника хирургических болезней
им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО Первой
Ольги Владимировны на реферат ординатора 1 года обучения
специальности хирургия Вотиновой Елены Сергеевны по теме:
«Дивертикулёз толстого кишечника».**

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов. Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Хирургия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: *нет*

Дата: 08.02.2020

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом
эндоскопии и эндохирургии ПО
Реферат

Тема: Дивертикулёз толстого кишечника

Выполнила: ординатор 1 года Вотинова Елена Сергеевна

Проверила: ДМН, профессор Первова Ольга Владимировна



Красноярск, 2020

Содержание

Введение

1. Патофизиология

2. Клинические признаки

3. Диагностика

4. Дивертикулит

5. Лечение

Литература

ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость дивертикулезом толстого кишечника (ДТК) определяется географической зоной и этническими особенностями. В развитии ДТК важную роль играет бесшлаковая диета, (преобладание в питании мяса и мучных блюд, что приводит к запорам); частота заболевания ниже в тех популяциях, где основу питания составляют богатые грубой клетчаткой продукты (цельное зерно, фрукты и овощи). В толстой кишке дивертикулы встречаются у 5% лиц молодого возраста, у 30% лиц в возрасте от 40 до 60 лет и у 50% людей достигших 80 лет. В 70% случаев дивертикулы локализируются в сигмовидном отделе толстой кишки в виде множественных образований, редко достигающих 2-3 см. в диаметре. Частота дивертикулёза (наличие множественных дивертикулов) в последние десятилетия значительно возросла в экономически развитых странах, жители которых не употребляют в пищу грубой клетчатки.

1. Патофизиология

Отмечается прямая корреляция между возрастом и развитием ДТК; это обусловлено прогрессированием эластоза кишечных лент с возрастом, что приводит к их укорочению, а в конечном итоге — к изменению циркулярных мышечных волокон кишки. Такие изменения, по-видимому, являются динамическими и определяются скорее изменениями кишечного содержимого, нежели просто возрастными изменениями и дегенеративными процессами в стенке кишки. Исходным моментом в этих процессах может быть небольшое количество фекалий, определяемое западной диетой. Утолщение мышечных волокон при ДТК может быть связано с эластозом и укорочением кишечных лент при сохранности миоцитов. Хотя общее время продвижения пищи по кишечнику у больных с дивертикулезом и у здоровых лиц одинаково, прохождение пищи от слепой кишки до прямой при ДТК происходит медленнее. Также причиной дивертикулёза толстого кишечника может являться значительное повышение внутрикишечного давления, действующего на изменённую стенку кишки. В результате слизистая и подслизистая оболочки пролабируют через дефекты мышечного слоя, образуя множественные выпячивания, так называемые ложные дивертикулы. Истинные дивертикулы – врождённые заболевания, состоящие из трёх слоёв кишечной стенки, встречаются значительно реже. Внутрикишечное давление способны повышать желчные кислоты, стимулирующие моторику кишечника. Свойством понижать давление обладают пищевые волокна, содержащиеся в отрубях, растительной клетчатке.

Дальнейшее развитие изменений при ДТК может быть описано как "псевдодивертикулы", поскольку вовлекаются не все слои в стенке кишки. Псевдодивертикулы возникают на наиболее слабых участках стенки, где сосуды проходят через циркулярные мышечные волокна. Часто в области шейки дивертикула имеется небольшая артерия или артериола, из которой впоследствии может возникнуть кровотечение.

ДТК толстой кишки может сопровождаться утолщением мышечной стенки и сужением просвета сигмовидной кишки. Примерно в $\frac{1}{3}$ случаев прогрессирование ДТК обуславливает появление тяжелой симптоматики. Лечение ДТК приводит к улучшению состояния у $\frac{2}{3}$ больных. Большинство обострений возникает в первые 5 лет после начальной симптоматики.

2. Клинические признаки

Клиника ДТК определяется прогрессированием заболевания и его осложнениями (табл. 1).

На ранних стадиях относительно нетяжелого заболевания наблюдаемые симптомы могут быть связаны только с нарушением деятельности кишечника (чередование запоров и поносов).

Таблица 1. Клинические признаки ДТК

1. Дивертикулез — множественные псевдодивертикулы
2. Отсутствие симптомов
3. Боли в гипогастрии; нерегулярная деятельность кишечника
4. Кровотечение (от умеренного до массивного)
5. Дивертикулит — некротизирующее воспаление кишечника
6. Местное воспаление (микروперфорация)
7. Абсцессы
8. Фистулы
9. Перитонит
10. Непроходимость
11. Кровотечение (от минимального до умеренного)

В этот период отсутствуют лихорадка и лейкоцитоз. ДТК может сопровождаться массивным кровотечением, что не всегда зависит от количества дивертикулов. У пожилых это наиболее частая причина массивного кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. При наличии у пожилого пациента диффузных неспецифических болей в

нижних отделах живота, нерегулярного стула и гипермоторики кишечника необходимо полное обследование.

У пожилых женщин с болями внизу живота, наличием новообразований, лихорадки и лейкоцитоза проводится дифференциальный диагноз между патологией кишечника и гениталий. Walker и соавт. описали группу женщин с ДТК и новообразованиями в нижних отделах живота, но без лихорадки, лейкоцитоза или какого-либо заболевания кишечника в анамнезе, у которых был поставлен ошибочный диагноз гинекологической опухоли.

Хотя ДТК слепой кишки наблюдается редко, в тех случаях, когда он возникает, его клинические проявления часто имитируют аппендицит. Наличие ДТК следует предположить у больных с новообразованием в брюшной полости, лихорадкой и лейкоцитозом, которые перенесли аппендэктомию. При сомнительном диагнозе показано хирургическое вмешательство.

ДТК сигмовидной кишки может протекать как "левосторонний аппендицит".

Изолированный ДТК прямой кишки крайне редок.

ДТК обычно считают заболеванием пожилых, хотя описаны случаи ДТК и в возрасте до 40 лет. При анализе случаев ДТК правых отделов толстой кишки средний возраст больных составил 43,6 года. В одном из исследований у подавляющего большинства больных до 40 лет имелся острый ДТК и лишь у нескольких — ректальное кровотечение. В ряде случаев потребовалось экстренное хирургическое вмешательство в связи с острыми и тяжелыми осложнениями. У 45 % больных, лечившихся консервативно, впоследствии была произведена хирургическая операция. Больные до 40 лет с ДТК могут также иметь свищи, перикишечные абсцессы и перитонит.

При дифференциальной диагностике следует иметь в виду рак толстой кишки, особенно при наличии признаков непроходимости и(или)

перфорации.

3. Диагностика

Лабораторные показатели зависят от наличия осложнений; падение гемоглобина наблюдается при хроническом или массивном кровотечении, а лейкоцитоз со сдвигом формулы влево — при инфицировании или сепсисе. При наличии абсцесса в малом тазе или около кишки температурная кривая имеет типичную форму.

Рутинные рентгенограммы брюшной полости при выявлении осложнений ДТК более информативны, чем при наличии (или отсутствии) неосложненного дивертикулита. Они довольно часто могут не сопровождаться клиническими симптомами, но могут наблюдаться запоры и боль в проекции толстой кишки.

Характерная симптоматика при дивертикулёзе появляется в случае осложнений – воспаления, изъязвления, перфораций, кровотечений. Гнойные осложнения (воспаление дивертикула и абсцесс) сопровождаются болью, высокой температурой тела, симптомами раздражения брюшины, непроходимости. Воспалительный процесс может привести к перфорации дивертикула и перитониту, а также к образованию наружных и внутренних свищей.

Дивертикулёз может явиться причиной ректального кровотечения. Диагностика в этих случаях сложна. Источник кровотечения устанавливают с помощью колонофиброскопии, выполнение которой в этих условиях значительно затруднено.

Дивертикулёз толстой кишки иногда сочетается с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и желчнокаменной болезнью (триада Сента). Возможность такого сочетания важно учитывать в процессе диагностики этих заболеваний и их лечения.

Определение, по данным объективного исследования, активного

кровотечения служит показанием к ангиографии, позволяющей установить локализацию кровотечения. В дальнейшем возможна терапия с селективным интраартериальным введением вазопрессина.

Исследования с бариевой клизмой или с двойным контрастированием также целесообразны при установлении ДТК, а также в выявлении обструкции внутрипросветных образований и часто сопутствующих полипов или кариномы. Колоноскопия, не являющаяся обязательной в отделении неотложной помощи, способна определить место кровотечения или наличие сочетанного заболевания толстой кишки.

4. Дивертикулит.

В результате застоя в кишечном выпячивании каловых масс, возникает воспаление дивертикула — дивертикулит. При развитии воспаления повышается температура, усиливаются боли в животе, в стуле обнаруживается слизь и кровь, беспокоит выраженный метеоризм. Именно воспаление дивертикула чаще всего служит причиной обращения заболевших дивертикулезом к врачу.

Воспаление дивертикулов приводит к развитию серьезных осложнений:

1. Кишечное кровотечение — проявляется выделением в кале алой крови или сгустков. Беспокоит слабость, понижение артериального давления, развивается бледность. Выделению крови сопутствуют боли в животе, нарушения стула.

2. Кишечная непроходимость — развивается при нарушении прохождения кишечных масс в результате сужения просвета кишки в месте отхождения дивертикула.

3. Гнойное воспаление брюшной полости (перитонит) развивается при попадании кишечного содержимого в брюшную полость через отверстие в стенке дивертикула (перфорация дивертикула), формирующееся при

истончении стенки выпячивания.

5. Лечение.

Воспаления дивертикулов и осложнения болезни лечат в больнице, неосложненного дивертикулез — дома. Основная задача при лечении неосложненного дивертикулеза толстой кишки — нормализовать стул. Это позволит предупредить образование новых выпячиваний и предотвратить воспаление дивертикулов. Прежде всего, назначается диета, богатая растительной пищей, рекомендуется прием пшеничных отрубей. Для уменьшения болей в животе назначают спазмолитические препараты (ношпа и др.) При развитии дивертикулита назначают антибиотики. Лечение кровотечения зависит от его интенсивности. Чаще всего используют специальные лекарственные средства, способствующие остановке кровотечения. При других осложнениях дивертикулеза (перфорация дивертикула или сужение просвета кишечника), а также при неэффективности терапевтического лечения используют хирургическое вмешательство. Чаще всего во время операции удаляют пораженный участок кишки.

При назначении диеты с большим содержанием грубой клетчатки больным с неосложненным симптоматическим дивертикулитом, как правило, наблюдается ослабление или исчезновение боли и улучшение кишечной функции. Хотя антихолинергические препараты назначаются часто, их эффективность является спорной.

Наркотики способны ухудшить состояние путем повышения давления в сигмовидной кишке. При неосложненном заболевании антибиотики не показаны; они применяются в следующих случаях: при наличии бактериемии, лихорадки и лейкоцитоза; при явном и болезненном новообразовании в левом нижнем квадранте живота; при осложнениях, таких как перитонит, абсцессы, свищи или непроходимость кишечника.

Назначаются антибиотики, активные в отношении колиформных бактерий, стрептококков, клостридий и других кишечных анаэробов. Также больному рекомендуется постоянный приём пшеничных отрубей грубого помола (постепенно повышая дозу от 2-3 чайных ложек до 3-9 столовых ложек в день); оптимальной считается доза, обеспечивающая регулярный стул не реже 1 раза в два дня. При необходимости дополнительно применяют церукал, фестал. В случае эпизодов диареи, метеоризма показаны бисептол, сульгин, интестопан или другие антибактериальные препараты.

При осложненном дивертикулите назначается пероральное питание, вводится назогастральная трубка, устанавливаются внутривенные линии и проводится консультация с хирургом. Операция обычно является лечением выбора при абсцессах, перфорации, свищах и непроходимости. Кровотечение чаще всего останавливается спонтанно. Обычно оно бывает доброкачественным и медленным, но стабильным. Операция может потребоваться и в случае ДТК, сопровождающегося массивным или непрекращающимся кровотечением. Если место кровотечения установлено при ангиографии, возможно селективное внутриартериальное введение вазопрессина, однако в 50 % случаев возникает повторное кровотечение. По данным Parks, от 15 до 45 % больных, госпитализированных по поводу ДТК, требуют хирургического вмешательства.

При осложнениях гнойного характера и признаках острого живота показана срочная операция – резекция пораженного участка кишки. При отсутствии симптомов раздражения брюшины, высокой лихорадки и сдвигов лейкоцитарной формулы, свойственной гнойным процессам, назначают парентеральную антибактериальную терапию до стихания воспалительных явлений в зоне дивертикула.

При ректальном кровотечении необходим назогастральный лаваж для исключения кровотечения из верхних отделов кишечника. Для определения места кровотечения показаны колоноскопия и ангиография. Кровотечения при дивертикуле обычно не бывают массивными и лечатся консервативными

методами. При длительных рецидивирующих кровотечениях, анемии показана резекция пораженной части кишки.

Прогноз при дивертикуле благоприятный. Несмотря на то, что дефицит растительной клетчатки может приводить не только к дивертикулёзу, но и к раку толстой кишки, эти заболевания сочетаются редко.

Литература

1. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год
3. Диагностика и лечение внутренних болезней – т.3 Комаров 1999 год
4. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Т.2 Под ред. В.С. Савельева, 2009
5. Основы копропроктологии. Под ред. Г.И.Воробьева, 2006