

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. Ю.М. Лубенского

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Современные методы
хирургического лечения.

Выполнил:

ординатор 1-го года обучения:

Бойков Д.В.

Проверил:

Зав. кафедрой: д.м.н., доц. Д.Э. Здитовецкий

Красноярск, 2019

Содержание:

1. Введение.....	3
2. Определение,патогенез, классификация.....	4
3. Клиническая картина и диагностика дивертикурной болезни	7
4. Лечение.....	14
5. Список используемой литературы.....	21

Введение

До начала XX в. дивертикулы ободочной кишки и связанные с ними осложнения относились к области казуистики, и лишь в 1916 г. дивертикулярная болезнь впервые упоминается в англоязычном руководстве по заболеваниям желудочно-кишечного тракта. В 1930 г. в странах западной цивилизации частота встречаемости дивертикулов, по данным аутопсий, колебалась в пределах 2—10%, а в 1969 г. уже составляла 35—50%. В США к концу 1960-х гг. XX в. ежегодно по поводу дивертикулярной болезни госпитализировались 130 тыс. человек. В настоящее время это число утроилось и составляет 71—126 госпитализаций на 100 тыс. населения в год. Аналогичная картина наблюдается в Канаде, Великобритании, Германии и Финляндии. В 2006 г. затраты на лечение дивертикулярной болезни в США превысили 2,6 млрд долларов. Заболеваемость дивертикулезом в СССР в 1970 г. составляла 2—3 случая на 100 тыс. населения, в 1979 г. — уже 17 случаев на 100 тыс. По данным рентгеноэндоскопических исследований в ГНЦ колопроктологии в 2002 г. среди больных частота обнаружения дивертикулов ободочной кишки составляла 14,2%, а в 2012 г. — 28,8%. В странах Азии и Африки заболевание встречается редко. Среди потомков иммигрантов из этих стран частота дивертикулярной болезни не отличается от таковой у коренных групп населения. Частота дивертикулеза увеличивается с возрастом. Так, до 40 лет это заболевание выявляется менее чем у 5% населения, в возрасте 40—50 лет — 5—10%, в возрасте 50—60 лет — 14%, у лиц старше 60 лет — 30%, старше 80 лет — 60—65%. Среди мужчин и женщин распространенность заболевания приблизительно одинаковая. Вероятность перехода дивертикулеза в состояние дивертикулярной болезни составляет 5—20%. При этом у 75% больных развивается острый дивертикулит, а у 25% — все другие осложнения. Перфорация дивертикула является 4-й по частоте среди причин экстренного хирургического вмешательства после острого аппендицита, перфоративной гастродуоденальной язвы и кишечной непроходимости, а также 3-й по частоте среди причин формирования кишечных стом. При дивертикулярной болезни частота формирования внутрибрюшного абсцесса или развития перитонита составляет 3,5—4 случая на 100 тыс. человек в год. 232 Толстокишечные кровотечения как осложнения дивертикулярной болезни развиваются у

3—15% пациентов. Доля дивертикулярной болезни среди других причин толстокишечных кровотечений колеблется от 20 до 40%. 30-дневная смертность при дивертикулярной болезни составляет 4,7%, в течение 1 года от осложнений умирают 9,8% больных .

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ,ПАТОГЕНЕЗ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Дивертикул – это грыжевидное выпячивание стенки полого органа. По строению дивертикулы разделяют на истинные, в которых прослеживаются все слои полого органа, и ложные, в стенке которых отсутствует мышечный и подслизистый слой. По происхождению дивертикулы разделяют на врождённые и приобретённые. Истинные дивертикулы по преимуществу врождённые, ложные – приобретённые. По морфофункциональным особенностям выделяют пульсионные дивертикулы, возникающие в результате действия внутрипросветного 7 давления на стенку полого органа, и тракционные дивертикулы – формирующиеся в результате фиксации органа и деформации его стенки.

Дивертикулёз – это наличие множественных дивертикулов полого органа. Дивертикулёз ободочной кишки – это состояние, при котором в толстой кишке имеется хотя бы один дивертикул. При дивертикулёзе ободочной кишки дивертикулы по происхождению приобретённые, по строению – ложные, по морфофункциональным особенностям – пульсионные. Преимущественная локализация дивертикулов – ободочная кишка, в прямой кишке дивертикулы образуются крайне редко.

Выделяют два типа дивертикулёза - «западный» и «восточный».

При «западном» типе дивертикулёза, в первую очередь, поражаются левые отделы ободочной кишки. В 95% дивертикулы располагаются в сигмовидной или сигмовидной и нисходящей ободочной кишке. Наибольшее количество дивертикулов и высокая плотность их расположения имеет место в сигмовидной кишке. Эти показатели снижаются в проксимальном направлении, однако нередким бывает сегментарное поражение ободочной кишки дивертикулами, например, они определяются в сигмовидной и поперечной ободочной кишке, а в других отделах их нет. Преимущественная географическая распространённость «западного» типа дивертикулёза – США, Канада, Европа, Россия, Австралия. «Восточный» тип дивертикулёза характерен для стран Дальнего Востока и Юго-Восточной Азии. При этом дивертикулы локализуются в слепой и восходящей кишке. Распространённость его в десятки и сотни раз ниже, чем его

«западный» вариант и в данных клинических рекомендациях «восточный» тип не рассматривается.

Дивертикулярная болезнь – это заболевание, клинические, морфологические и функциональные проявления которого определяются патологическими изменениями как минимум одного из дивертикулов

Патогенез.

Стенка дивертикула представлена слизистой оболочкой, тонким соединительно-тканым слоем, образующимся из дегенерировавших мышечного и подслизистого слоев. В дивертикуле различают устье, шейку, тело и дно. Дивертикул может быть окружён жировой тканью, если располагается в жировом подвесе или брыжейке ободочной кишки или же поверхностный слой дивертикула может быть представлен серозной оболочкой, если он располагается в интраперитонеальной части ободочной кишки. Если дно дивертикула не выходит за пределы стенки, то такой дивертикул называют неполным или интрамуральным. Размеры дивертикулов колеблются в пределах от 1 мм до 150 мм, в среднем составляя 3-8 мм. Устья дивертикулов располагаются вблизи мышечных теней. В этих местах конечные ветви прямых сосудов проходят сквозь циркулярный мышечный слой в подслизистое сосудистое сплетение. Кровоснабжение дивертикула осуществляется за счёт сосудов подслизистого слоя, плотно расположенных в области шейки дивертикула. От этих сосудов отходит конечная ветвь, которая достигает дна дивертикула. Возникновение дивертикулов в стенке ободочной кишки, в первую очередь, обусловлено изменением эластических свойств соединительной ткани. При повышении внутрипросветного давления это приводит к пролапсу слизистой через «слабые» участки кишечной стенки – места прохождения сквозь нее сосудов. Развитию «слабости» соединительной ткани способствует преобладание в рационе рафинированной пищи животного происхождения и недостаток нутриентов растительного происхождения, в том числе, грубой волокнистой клетчатки. Экспериментально было доказано, что при таком рационе существенно увеличивается число поперечных сшивок в коллагеновых волокнах, достоверно растёт доля III типа коллагена и возрастает концентрация эластина. Это снижает растяжимость и вязкоупругие свойства соединительной ткани, делает её более плотной и хрупкой. Помимо дивертикулёза, эти изменения характерны также для процессов старения. Совокупное действие обоих факторов приводит к значительному росту заболеваемости дивертикулёзом от 10% в возрасте 40 лет до 60% в возрасте 70 лет. В три раза реже дивертикулы выявляют у вегетарианцев и чаще – у лиц с ожирением, сниженной двигательной активностью, а также при врождённых дефектах структуры

соединительной ткани (синдром Марфана, Энлоса-Данлоса, поликистоз почек) Дефицит растительной клетчатки, кроме того, приводит к уменьшению объема и повышению плотности каловых масс, что инициирует нарушения двигательной активности ободочной кишки: даже на незначительное раздражение кишка реагирует в виде хаотичных сокращений 8 перемешивающего типа. Как следствие, формируются короткие замкнутые сегменты с повышенным внутрипросветным давлением. Параллельно с этим, в стенке кишки снижается число клеток Кахаля (основных пейсмейкеров моторики) и уменьшается количество нейронов в интрамуральных ганглиях, что в свою очередь усиливает выраженность нарушений двигательной активности, образуя порочный круг В основе развития дивертикулярной болезни, в отличие от дивертикулёза, лежат воспалительные изменения в стенке дивертикулов. Задержка эвакуации содержимого из тела дивертикула через его узкую шейку приводит к образованию плотного комка, называемого фекалитом. При полной обструкции шейки дивертикула в его теле развиваются процессы воспаления, а в просвете накапливается экссудат. Если в результате размягчения фекалита воспалительным экссудатом не происходит его эвакуация через шейку в просвет кишки, то развивается реактивное воспаление окружающих дивертикул тканей, а затем – пропитывание окружающих тканей воспалительным экссудатом. В зависимости от реактивных свойств организма и вирулентности инфекционного агента, воспаление может варьировать от незначительного отёка окружающей кишку жировой клетчатки до перфорации дивертикула с развитием перитонита [3, 46, 53]. По стихании процессов острого воспаления, полного восстановления структурной целостности стенки дивертикула не происходит. Дефекты стенки при этом заполняются грануляционной тканью, которая находится в постоянном контакте с агрессивным содержимым толстой кишки с высокой концентрацией микроорганизмов. Так как мышечный и подслизистый слои в дивертикуле отсутствуют, при разрушении базальной мембраны и собственной пластики слизистой, содержимое кишки контактирует не со стенкой кишки, а околокишечной клетчаткой, создавая условия для перехода процесса в хроническую форму и развития рецидивов дивертикулита. При дивертикулярной болезни в стенке ободочной кишки развиваются специфические изменения мышечного слоя в виде его разволокнения и утолщения, но не за счёт гипертрофии, а вследствие деформации по типу синусоиды. Эти изменения максимально выражены в области воспалённого дивертикула и постепенно убывают по мере удаления от источника воспаления. Механизм развития кровотечения из дивертикула состоит в том, что при эвакуации фекалита через шейку, в её узкой части, происходит повреждение рыхлой отёчной слизистой. Именно в этом месте шейку дивертикула обвивают конечные ветви *vasarecta*.

Клиническая картина и диагностика

ДИВЕРТИКУЛЕЗ.

Дивертикулёзу как таковому свойственно бессимптомное течение. Цель обследования пациента с дивертикулёзом — исключение осложнений при их латентном клиническом течении. Для этого необходимы трансабдоминальное УЗИ, ирригоскопия и колоноскопия. В ходе выполнения диагностической программы оценивают локализацию дивертикулов, их размеры, число, а также толщину и эластичность кишечной стенки.

КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННЫЙ ДИВЕРТИКУЛЕЗ

Клиническая картина данного варианта заболевания схожа с таковой при СРК. Более того, в настоящее время остается неизвестным, является ли клинически выраженный дивертикулёз самостоятельной формой заболевания или же так протекает СРК на фоне дивертикулёза. Пациенты при этом предъявляют жалобы на периодические боли в животе, чаще в левых и нижних отделах. Выраженность болей значительно варьирует от незначительной до интенсивной. Больные также могут отмечать периодически возникающие запоры и поносы, вздутия живота. Диагноз устанавливают при наличии дивертикулов, отсутствии прямых или косвенных признаков воспаления, эпизодов осложнений в анамнезе. Диагностическая программа включает трансабдоминальное УЗИ, у женщин дополнительно — трансвагинальное УЗИ, ирригоскопию и колоноскопию.

ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Клиническая картина острых осложнений находится в прямой зависимости от выраженности и распространенности воспалительного процесса. Так, острый дивертикулит в первую очередь проявляет себя болями, которые локализуются в левой подвздошной области. Наряду с этим, в зависимости от анатомического расположения в брюшной полости воспаленного сегмента, пациенты могут предъявлять жалобы на боли в левой боковой, правой подвздошной и гипогастрической областях. Боли могут быть приступообразными или постоянными, умеренными, не требующими назначения анальгетиков, или выраженными. Боли в большинстве наблюдений сопровождаются лихорадкой и лейкоцитозом. Другие симптомы, такие как вздутие, задержка стула, частый

жидкий стул, тошнота, нарушение мочеиспускания и рвота, встречаются реже. При пальпации живота и/или бимануальном (влагалищном или ректальном) исследовании определяется болезненный, относительно подвижный сегмент сигмовидной кишки тестоватой или плотной консистенции. Общее состояние больных при остром дивертикулите удовлетворительное.

При остром паракишечном инфильтрате (периколическая флегмона) клиническая симптоматика более выражена, что обусловлено большей интенсивностью и распространенностью воспалительного процесса. Закономерности локализации болей такие же, как и при остром дивертикуле, однако интенсивность их значительнее, и практически всегда возникает необходимость в назначении анальгетиков. Отличительный признак данного 456 варианта острого осложнения — наличие опухолевидного образования в брюшной полости или полости таза, не имеющего четких границ. Возможны умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки и слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. Пальпация живота в области инфильтрата достаточно болезненная, а подвижность его ограничена за счет фиксации к передней брюшной стенке, стенкам таза или другим органам. Постоянным признаком периколической флегмоны является лихорадка: у 2/3 пациентов температура тела поднимается выше 38 °С.

В зависимости от выраженности интоксикации бывают тахикардия, сухость во рту, тошнота и рвота. Более 2/3 пациентов отмечают также вздутие живота и нарушения стула. Выраженные нарушения кишечной проходимости при периколической флегмоне встречаются редко. Механизм развития этого симптома связан со сдавлением кишки воспалительным инфильтратом извне, внутрстеночный компонент воспаления здесь малозначимый. Функция кишечника достаточно быстро восстанавливается после начала антибактериальной терапии на фоне ограничений в диете и назначения масляных слабительных. Общее состояние больных при периколической флегмоне удовлетворительное или реже среднетяжелое. Клиническая картина при перфоративном дивертикулите (абсцесс брюшной полости, гнойный или каловый перитонит) не имеет специфических особенностей, указывающих на дивертикулярную болезнь.

При остром периколическом абсцессе гнойная полость локализуется либо в брыжейке сигмовидной кишки, либо в тазу, либо прилежит к передней брюшной стенке. Больные в такой ситуации предъявляют жалобы на достаточно четко локализованные боли в левых и нижних отделах живота постоянного характера, признаки интоксикации выражены умеренно. Усиление болей и распространение их на прилежащие анатомические области, нарастание признаков интоксикации, лихорадка выше 37,5 °С, сухость во рту, тошнота, рвота, тахикардия более 100 в минуту и наличие симптомов

раздражения брюшины характерны для вскрытия гнойника в брюшную полость с развитием перитонита.

Перфорация дивертикула в свободную брюшную полость с развитием калового перитонита имеет внезапное начало в виде острых интенсивных болей, быстро принимающих разлитой характер и сопровождающихся клинической картиной интоксикации с присоединением симптомов раздражения брюшины и лихорадки .

Лабораторные исследования включают общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи для верификации и определения выраженности воспалительных реакций. При перфоративном дивертикулите, по сравнению с острым дивертикулитом и острым паракишечным инфильтратом, снижен уровень натрия в крови (50 мг/л) .

Диагностические задачи при острых воспалительных осложнениях дивертикулярной болезни включают:

а) верификацию дивертикула ободочной кишки как источника осложнений (отек и уплотнение прилежащей к воспаленному дивертикулу клетчатки, разрушение стенок дивертикула с формированием паракишечной полости, выход воздуха или контрастного вещества через устье одного из дивертикулов);

б) определение клинического варианта острых осложнений (острый дивертикулит, периколическую флегмону, абсцесс, гнойный перитонит, каловый перитонит);

в) оценку распространенности воспалительного процесса (вовлечение брюшной стенки, забрюшинного пространства при периколической флегмоне, локализацию и размер гнойной полости при абсцессе, при перитоните — распространенность поражения брюшины и определение характера экссудата);

г) оценку выраженности интоксикации. Помимо клинического обследования, первостепенное значение имеют УЗИ брюшной полости и КТ .Трансабдоминальное УЗИ у женщин целесообразно дополнять трансвагинальным исследованием. Информативность компьютерной томографии повышается при использовании внутривенного контрастирования.

Диагностическая ценность УЗИ, КТ и МРТ одинакова. При этом УЗИ имеет преимущество как метод, исключающий дополнительную лучевую нагрузку, поэтому рекомендуется для контроля эффективности лечения.

Внутрипросветное контрастирование при КТ следует проводить осторожно, так как высока вероятность перфорации воспаленного дивертикула. Кроме того, при наличии прикрытой перфорации проведение такого исследования может спровоцировать ее трансформацию в перфорацию дивертикула в свободную брюшную полость. Из этих же

соображений ограничено и применение колоноскопии, которую целесообразно выполнять после стихания явлений острого воспаления.

Ирригоскопия с использованием сульфата бария при острых осложнениях должна быть ограничена. Предпочтение при данном методе исследования следует отдавать водорастворимым контрастным веществам.

Информативная ценность ирригоскопии при острых осложнениях достоверно ниже УЗИ и КТ. Эндоскопические исследования необходимы только для решения задач дифференциальной диагностики, в первую очередь в отношении рака и воспалительных заболеваний кишечника. При невозможности исключить опухолевый процесс проведение колоноскопии в острой фазе воспаления показано, если по данным КТ нет выхода воздуха за пределы кишечной стенки.

Дифференциальная диагностика при острых воспалительных осложнениях требует исключения таких заболеваний, как аппендицит, опухолевые заболевания органов брюшной полости и полости таза, острый колит вирусного или бактериального происхождения, острые воспалительные заболевания мочеполовой сферы, болезнь Крона, язвенный колит, острые заболевания жировых подвесок ободочной кишки (заворот, воспаление, некроз).

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

При хроническом дивертикулите клинические проявления варьируют в зависимости от характера и выраженности воспалительного процесса. Основным проявлением заболевания бывают боли незначительной или умеренной интенсивности в левых и нижних отделах живота. При латентном течении хронического дивертикулита клинических проявлений заболевания нет, а диагноз устанавливают по данным дополнительных методов обследования. При непрерывном течении хронического дивертикулита в течение суток боли то периодически усиливаются, то ослабевают. Возможна иррадиация болей в поясничную область, в правую подвздошную область и эпигастральную область. Прием спазмолитических препаратов и анальгетиков позволяет купировать болевой синдром в течение 15—40 мин. Потребность ежедневного приема спазмолитиков и анальгетиков отмечают небольшое количество пациентов. Пациенты с рецидивирующим течением хронического дивертикулита вне периодов обострения не предъявляют каких-либо жалоб, или же они минимально выражены. При обострении развивается клиническая картина, как при острых воспалительных осложнениях. Частота обострений колеблется от 1 раза в 3 нед до 1 раза в 1,5 года. При клиническом исследовании у большинства больных при пальпации в левой подвздошной области определяется плотная болезненная сигмовидная кишка. У части женщин она определяется

при влагалищном обследовании. Стеноз ободочной кишки при дивертикулярной болезни имеет скудную клиническую симптоматику при наличии основного классифицирующего признака — нарушения кишечной проходимости в виде эпизодов вздутия живота, ощущения тяжести в левой подвздошной области и ги-погастррии, задержки стула до 3 сут, метеоризм. Симптомы, как правило, разрешаются после ограничения в питании и приема слабительных. У большей части больных в анамнезе можно было проследить эпизоды обострения воспалительного процесса без яркой симптоматики. В течение длительного периода времени, до появления клинических признаков нарушения кишечной проходимости, больные отмечают незначительные локализованные боли в левых отделах живота. Длительность этого периода составляет от 2 до 10 лет (в среднем 5,5 лет). Длительность существования симптомов нарушения кишечной проходимости колеблется от 4 мес до 3 лет .

При пальпации у больных в левой подвздошной или левой боковой области живота определяется плотный умеренно болезненный сегмент сигмовидной кишки, фиксированный к стенке таза или брюшной стенке.

Выше обнаруженного плотного тяжа выявляется умеренное расширение кишки, над которым при перкуссии может отмечаться тимпанический звук. На фоне консервативных мероприятий нарушение кишечной проходимости удается ликвидировать в течение 12—24 ч, однако стойкого длительного эффекта достичь не удается.

Расширение же диеты приводит к повторному развитию вздутия живота и задержке стула.

При хроническом паракишечном инфильтрате клиническая картина, характерная для хронического дивертикулита, дополняется наличием опухолевидного образования в брюшной полости, в основном фиксированного к брюшной стенке или другим органам. Как правило, это образование определяется пальпаторно через переднюю брюшную стенку и/или при бимануальном (влагалищном, ректальном) исследовании.

Клиническая картина при свищах ободочной кишки полиморфная и зависит от локализации наружного отверстия, выраженности парафистулярной инфильтрации, направления хода свища, наличия дополнительных гнойных затеков и полостей.

При наружных свищах наружное отверстие, как правило, располагается на передней брюшной стенке в послеоперационных рубцах, но может располагаться в ягодичной и поясничной областях, промежности, бедре. В большинстве наблюдений свищ образуется после экстренного хирургического вмешательства, при котором не была выполнена резекция воспаленного сегмента сигмовидной кишки, а вмешательство было завершено дренированием брюшной полости. Значительно реже наружные свищи образуются после пункции и/или пункции и дренирования абсцесса под контролем УЗИ.

Редко свищ формируется после вскрытия абсцесса передней брюшной стенки и поясничной области и крайне редко промежности и бедра.

При внутренних свищах клиническая картина не соответствует тяжести развившегося осложнения, имеет стертый характер. При сигмовезикальных свищах — это выделение газов при мочеиспускании, мутный цвет мочи и примесь в ней кала, незначительные боли в нижних отделах живота без четкой локализации, недомогание, утомляемость и редкие подъемы температуры тела.

До развития клинической манифестации кишечнопузырного свища у этих больных периодически возникают боли в нижних отделах живота, сопровождающиеся лихорадкой. Большинство пациентов отмечают один эпизод резкого усиления болей с подъемом температуры тела, после чего у них начинают выделяться газы при мочеиспускании и/или появляется мутный цвет мочи. В последующем боли значительно ослабевают или же полностью исчезают, а температура тела нормализуется. Менее чем у 1/3 пациентов осложнение проявляется лишь стойкой бактериурией, пневматурией и невыраженной фекалурией, а первыми жалобами бывают выделение газов при мочеиспускании и жалобы на мутный характер мочи.

Кишечно-генитальные свищи манифестируют болями незначительной и умеренной интенсивности, гнойно-каловыми выделениями из влагалища. В преобладающем большинстве наблюдений при сигмовагинальных и 460 сигмоцервикальных свищах в анамнезе отмечаются либо экстирпация матки с придатками, либо надвлагалищная ампутация матки. У 2/3 пациенток возникают периодические боли, которые становятся интенсивными, появляется лихорадка, а затем обильные гнойно-каловые выделения из влагалища, после чего явления интоксикации исчезают.

При кишечно-мочепузырных и кишечно-генитальных свищах при сомнениях в наличии патологического соустья проводят пробу Швайбольда. Проба предполагает прием пациентом семян мака, используемых в кулинарии, в течение 2 сут по 1 чайной ложке семян, запивая их 1 стаканом воды. Общее количество семян мака должно составлять 250 г, необходимо принимать не менее 1,5 л жидкости в сутки.

При подозрении на кишечно-мочепузырный свищ наличие семян мака исследуют во всех порциях мочи в проходящем свете, при кишечно-генитальных свищах у женщин — на влагалищных тампонах. Пробу проводят в течение 2 сут.

При тонкокишечно-толстокишечных свищах клинические проявления неспецифичны. Они включают умеренные периодические боли, недомогание с субфебрильной лихорадкой, иногда неустойчивый либо учащенный жидкий стул. При свищах в области внутреннего отверстия в стенке кишки возникает рубцово-

воспалительный процесс, более чем в половине наблюдений приводящий к образованию стриктуры. При этом нарушения кишечной проходимости развиваются крайне редко вследствие особенностей строения свища.

Диагностические задачи при хронических воспалительных осложнениях дивертикулярной болезни включают:

- верификацию дивертикула ободочной кишки как источника осложнений;
 - определение клинического варианта хронического воспалительного осложнения (хронический дивертикулит, хронический паракишечный инфильтрат, свищ, стеноз);
 - оценку распространенности воспалительного процесса (утолщение кишечной стенки за счет деформации >3 мм, вовлечение в воспалительный процесс периколической клетчатки, брюшной стенки, забрюшинного пространства, других органов брюшной полости и таза, при свищах — их топографо-анатомическую характеристику).
- Диагностическая программа включает основные, дополнительные (уточняющие) и интраоперационные методы диагностики.

Основные методы:

- клиническое обследование и изучение анамнеза;
- лабораторные исследования крови и мочи;
- рентгенологические методы (КТ с внутривенным и внутрипросветным контрастированием, ирригоскопия, при свищах — фистулография, цистография, вагинография, рентгенография тонкой кишки);
- колоноскопия;
- УЗИ (трансабдоминальное, трансвагинальное, трансректальное).

Уточняющие методы исследования :

- ультразвуковая колоноскопия;
- исследование двигательной активности толстой кишки и внутрипросветного давления.

Интраоперационные методы:

- УЗИ толстой кишки с целью определения границ резекции. Дифференциальная диагностика при хронических воспалительных осложнениях требует исключения таких

заболеваний, как рак толстой кишки, иные опухолевые заболевания органов брюшной полости и полости таза, СРК, болезнь Крона, язвенный колит, ишемический колит.

ТОЛСТОКИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Кровотечение как осложнение дивертикулярной болезни проявляется выделениями крови, которая может быть алого цвета, темного цвета, может быть со сгустками. Кровотечение возникает на фоне общего благополучия и не сопровождается никакими иными симптомами дивертикулярной болезни. Приблизительно в 1/3 наблюдений объем кровопотери превышает 500 мл. Первичное диагностическое мероприятие при этом — колоноскопия, при которой в устье одного из дивертикулов можно обнаружить либо кровоточащий сосуд, либо фиксированный к стенке сгусток.

Диагностическая эффективность колоноскопии составляет 69—80% при остром кровотечении. Возможность обнаружения кровоточащего дивертикула при этом составляет 10—20%, причем в случае выявления описанного симптома высока вероятность неэффективности консервативных мероприятий или рецидива кровотечения. К другим методам диагностики относятся КТ-ангиография, сцинтиграфия с эритроцитами, меченными изотопом технеция 99m (^{99m}Tc).

Эффективность этих методов достигает 90%, а необходимость их применения возникает при малой информативности колоноскопии. Наряду с этим диагностическая программа должна включать обследование верхних отделов ЖКТ. Дифференциальная диагностика требует исключения в качестве причины кровотечения опухоли или полипа толстой кишки, язвенного колита, болезни Крона, ишемического колита, инфекционного колита, ангиодисплазии, ятрогенных причин (предшествующая биопсия или полипэктомия), геморроя.

ЛЕЧЕНИЕ.

КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННЫЙ ДИВЕРТИКУЛЕЗ

Лечение данной формы заболевания не отличается от лечения СРК, проводится в течение длительного времени с обязательным учетом индивидуальных особенностей и включает коррекцию диеты и назначение селективных спазмолитиков. Как правило, рекомендуется высокошлаковая диета с дополнительным введением в рацион нерастворимых растительных волокон (пшеничные отруби в дозе 20—32 г/сут, мукофальк*, микрокристаллическая целлюлоза-200)

. Возможно применение способа лечения, при котором в дополнении к высокошлаковой диете назначают рифаксимин. Препарат назначают по 400 мг 2 раза в день в течение недели 1 раз в месяц в течение года, эффективность лечения увеличивается в 2 раза.

Эффективная ликвидация клинической симптоматики также достигается путем назначения месалазина в дозе 400 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней. Курс лечения повторяют ежемесячно в течение 1 года .

В зависимости от индивидуальных особенностей при комплексном лечении клинически выраженного дивертикулеза назначают слабительные при запоре и пробиотики. При отсутствии эффекта от проводимого лечения необходимо повторить диагностические исследования, направленные на исключение маловыраженного воспалительного процесса.

ОСТРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

При остром дивертикулите и остром паракишечном инфильтрате (периколической флегмоне) показано консервативное лечение . Отсутствие эффекта от проводимого лечения, прогрессирование выраженности явлений воспаления или ранний рецидив указывают на недиагностированное разрушение дивертикула и наличие более тяжелых осложнений. Цели консервативного лечения состоят в предотвращении дальнейшего распространения острого воспаления и создании оптимальных условий для эвакуации воспалительного экссудата из дивертикула в просвет кишки. Исходя из этих целей, консервативное лечение включает бесшлаковую диету (молочные продукты, отварное мясо, рыба, яйцо, омлет), прием вазелинового масла по 1—4 столовые ложки в сутки, назначение селективных спазмолитиков и антибиотиков широкого спектра действия.

При лечении острого дивертикулита предпочтительно назначение пероральных антибиотиков . Существует также обоснованная точка зрения, что при невыраженной клинической симптоматике, а также достаточной уверенности в отсутствии более тяжелых осложнений антибактериальные препараты можно не назначать .

Лечение острого дивертикулита, в зависимости от выраженности клинических проявлений, а также с учетом индивидуальных особенностей, возможно как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара. Длительность пребывания в стационаре определяется лечебными и диагностическими задачами в каждом отдельном клиническом случае. При наличии уверенности в том, что воспалительный процесс локализован и имеется выраженный эффект от проводимого лечения, возможно проведение лечения или его продолжение в амбулаторных условиях.

Риск развития рецидивного эпизода воспаления у лиц, перенесших атаку острого дивертикулита или переход в хроническую форму, не превышает 30% .

При периколической флегмоне имеет место более выраженный и распространенный воспалительный процесс, что требует парентерального назначения антибиотиков, а также проведения детоксикационных мероприятий. Лечение должно проводиться в условиях стационара. Риск развития рецидивного эпизода воспаления у лиц, перенесших атаку острого паракишечного инфильтрата (периколической флегмоны) или же переход заболевания в хроническую форму, составляет более 50% .

При остром абсцессе возможны несколько вариантов лечения. При размере периколического абсцесса до 3 см предпочтение следует отдавать консервативному лечению. При размере абсцесса >3 см или отсутствии эффекта от проводимого консервативного лечения показаны пункция и дренирование абсцесса под контролем УЗИ или КТ и дальнейшее проведение консервативного лечения вплоть до максимально возможной ликвидации воспалительного процесса. Такая тактика позволяет избежать хирургического вмешательства у 30-40% пациентов.

При отсутствии выраженного лечебного эффекта от малоинвазивного лечения показано хирургическое вмешательство. При остром абсцессе имеет место разрушение стенок одного из дивертикулов, поэтому переход воспаления в хроническую форму, а также вероятность формирования свищей толстой кишки весьма высока . У большинства пациентов в последующем возникает необходимость в плановом хирургическом лечении .

При других формах перфоративного дивертикулита показано экстренное хирургическое лечение .

Цель хирургического вмешательства — удаление сегмента толстой кишки с разрушенным дивертикулом из брюшной полости, так как борьба с абдоминальным сепсисом наиболее эффективна в условиях ликвидации источника инфекции. При этом наиболее эффективной является резекция сегмента с перфорацией .

Ушивание дивертикула при его перфорации противопоказано вследствие крайне высокой летальности . Если имеет место перфорация сегмента ободочной кишки с длинной брыжейкой, то возможно выполнение операции экстериоризации — выведение перфорированного сегмента на переднюю брюшную стенку в виде двустольной колостомы. Однако стремление к выполнению такого варианта вмешательства часто связано с высоким риском развития тяжелых перистомальных осложнений, поэтому необходимо отдавать предпочтение резекции перфорированного сегмента.

При хирургическом лечении перфоративного дивертикулита не следует пытаться решить при экстренной операции задачи, стоящие перед плановыми вмешательствами. Не

следует пытаться иссекать и удалять все воспаленные участки, дополнительно мобилизовать левый изгиб и входить в пресакральное пространство, тем самым открывая новые пути для гнойно- воспалительного процесса. Кроме того, нет необходимости удалять дистальную часть сигмовидной кишки при экстренной операции, если в этом сегменте нет участка с перфорацией.

Крайне важно хирургу до ушивания передней брюшной стенки вскрыть удаленный препарат, чтобы убедиться в отсутствии опухоли. При невозможности исключения злокачественного процесса необходимо выполнение резекции кишки по онкологическим принципам. Операцией выбора при перфоративном дивертикулите является операция Гартмана или Микулича .

В тщательно отобранных клинических случаях, при локализованном абсцессе, начальных стадиях перитонита у больных без выраженных сопутствующих заболеваний возможно выполнение резекции толстой кишки с формированием толстокишечного анастомоза . Операцию при этом целесообразно дополнять превентивной двустольной илео- или колостомой. Лечение перитонита при дивертикулярной болезни ободочной кишки должно проводиться согласно общим принципам лечения абдоминального сепсиса без какой-либо специфики.

ХРОНИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

В лечении хронических воспалительных осложнений консервативный подход играет ведущую роль. При рецидивирующем течении хронического дивертикулита или хронического паракишечного инфильтрата в стадию обострения воспалительного процесса лечение проводят так же, как и при острых осложнениях . При непрерывном варианте клинического течения хронического дивертикулита или хронического паракишечного инфильтрата лечение должно проводиться до достижения клинического эффекта не менее 1 мес. При этом возможна смена антибактериальных препаратов и спазмолитиков, включение в схему лечения не всасывающихся в просвете кишки антибиотиков .

После ликвидации воспалительных явлений необходимы постепенный переход на высокошлаковую диету, периодический прием спазмолитиков . Неэффективность консервативных мероприятий констатируют в случае сохранения клинической картины заболевания после как минимум двух проведенных курсов комплексной консервативной терапии, сохранения или же прогрессирования признаков воспалительного процесса по данным дополнительных методов исследования, развития раннего или частого рецидивирования (2 раза в год и более) . Показания к плановому хирургическому лечению

при дивертикулярной болезни относительные, их устанавливают индивидуально на основании выраженности перенесенных воспалительных осложнений, оценки эффективности проводимых консервативных мероприятий и прогноза дальнейшего течения заболевания .

Факт наличия воспалительного процесса должен быть подтвержден хотя бы одним из соответствующих этой цели методов исследования (УЗИ, КТ или МРТ). Основной предиктор неэффективности консервативного лечения — наличие признаков разрушения одного из дивертикулов, что должно быть подтверждено хотя бы одним из методов исследований: УЗИ, КТ, МРТ, ультразвуковой колоноскопией .

При наличии признаков разрушения одного из дивертикулов во время или после первой атаки острого воспаления, вне зависимости от результатов проведенного лечения, показано плановое хирургическое лечение . Кроме того, показанием к плановой операции служит невозможность исключения опухолевого процесса в толстой кишке.

Остальные факторы должны рассматриваться в качестве дополнительных: возраст до 50 лет, количество рецидивных атак, длительный системный прием нестероидных противовоспалительных средств, иммуносупрессивная терапия, коллагеновые и сосудистые заболевания, выраженность сопутствующих заболеваний . Наличие свища ободочной кишки как осложнения дивертикулярной болезни считается показанием к плановому хирургическому лечению. Свищи ободочной кишки при дивертикулярной болезни не имеют тенденции к спонтанному закрытию, так как внутреннее отверстие свища представляет собой устье дивертикула с сохранной слизистой оболочкой.

Консервативные мероприятия при свищах следует рассматривать как подготовку к хирургическому вмешательству. Они позволяют достичь лишь кратковременного снижения интенсивности и распространенности парафистулярного воспаления и проводятся с целью создания оптимальных условий для выполнения хирургического вмешательства, а не в качестве самостоятельного метода лечения .

При стенозе консервативные мероприятия также малоэффективны вследствие выраженности рубцово-воспалительных изменений в стенке кишки и должны быть направлены на ликвидацию явлений нарушений кишечной проходимости с целью создания оптимальных условий для выполнения хирургического вмешательства и формирования первичного анастомоза. Противовоспалительные мероприятия в качестве предоперационной подготовки при этом нецелесообразны. Основным методом лечения стеноза — хирургический . Правильный выбор объема резекции толстой кишки при дивертикулярной болезни — ведущий фактор достижения хороших результатов лечения.

При плановом хирургическом лечении хронических осложнений дивертикулярной болезни необходимо придерживаться следующих принципов .

1. Не следует стремиться к удалению всех отделов толстой кишки, имеющих дивертикулы.
2. В границы резекции обязательно должны быть включены отделы с признаками воспаления.
3. При определении границ резекции необходимо удалить сегменты с утолщенной и деформированной кишечной стенкой. Ведущим и наиболее точным методом диагностики степени изменения кишечной стенки при этом является интраоперационное УЗИ.
4. Формирование анастомоза желательно между отделами с неутолщенной эластичной стенкой, не содержащей дивертикулы в непосредственной близости к линии кишечного шва.
5. При невозможности выполнить условия 3 и 4 формирование первичного анастомоза целесообразно сочетать с наложением проксимальной кишечной стомы.

При выполнении перечисленных условий риск осложнений со стороны анастомоза и риск рецидива дивертикулярной болезни минимальные .

При хирургическом лечении хронических осложнений дивертикулярной болезни следует стремиться к выполнению операций с применением лапароскопических технологий.

При выполнении реконструктивно-восстановительных вмешательств у лиц, перенесших операции с формированием кишечной стомы, необходимо учитывать особенности дивертикулярной болезни . При этом, как правило, формирование толстокишечного анастомоза должно дополняться резекцией отключенных и/или функционирующих отделов по перечисленным выше принципам. В противном случае риск развития несостоятельности толстокишечных анастомозов многократно увеличивается .

ТОЛСТОКИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

При дивертикулярной болезни в большинстве наблюдений острые толстокишечные кровотечения останавливаются самостоятельно (~86% наблюдений). В любом случае необходимо выполнить колоно-скопию для верификации этого факта. При толстокишечном кровотечении проводят гемостатическую терапию, как и при других вариантах желудочнокишечного кровотечения, а также отменяют прием антиагре-

гантных, антикоагулянтных и нестероидных противовоспалительных средств. При эндоскопической верификации источника кровотечения необходимо выполнить остановку кровотечения путем инъекции эпи-нефрина, электрокоагуляции, клиппирования кровоточащего сосуда. При неэффективности эндоскопической остановки кровотечения желатинно-271 тельно выполнить селективную ангиографию с эмболизацией, эффективность которой составляет 76—100% с риском рецидива кровотечения менее 20%..

Хирургическое вмешательство при остром толстокишечном кровотечении показано в следующих ситуациях.

- Рецидивирующее или продолжающееся кровотечение при неэффективности других методов остановки кровотечения.
- Необходимость большого объема гемотранфузии (не менее 4 доз в течение 24 ч).
- Нестабильная гемодинамика, некорректируемая при проведении интенсивной терапии. Среди пациентов, требующих неотложного хирургического вмешательства, летальность составляет 10—20%.

Методом выбора хирургического лечения при остром толстокишечном кровотечении является сегментарная резекция при условии точной дооперационной топической диагностики источника кровотечения. Вероятность рецидива толстокишечного кровотечения в течение 1 года после такого вмешательства составляет 14%. При отсутствии точной верификации источника кровотечения вероятность рецидива кровотечения после сегментарной резекции увеличивается до 42%. Субтотальная колэктомия показана при отсутствии точной верификации источника кровотечения. В такой ситуации частота осложнений увеличивается до 37%, а летальность — до 33%. Вероятность рецидива толстокишечного кровотечения в течение 1 года после такого вмешательства составляет 0%. При рецидивирующих кровотечениях показания к плановому хирургическому лечению устанавливают в зависимости от количества эпизодов кровотечения (>2), объема кровопотери при каждом из эпизодов, необходимости приема пациентами антикоагулянтов .

Список используемой литературы.

1. Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т. В. С. Савельев, А.И. Кириенко М.: ГЭОТАРМедиа, 2008
2. Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.. В. С. Савельев [и др.] М.: ГЭОТАРМедиа, 2008
3. Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие ред. В. В. Леванович М.: ГЭОТАРМедиа, 2007
4. Неотложная хирургия: рук. для хирургов общей практики В. Х. Грасиас, П. М. Рейли, М. Г. Маккени [и др.]; пер. с англ. А. А. Митрохин; ред. А. С. Ермолов М.: Изд-во Панфилов а, 2010
5. Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов. М.: Профиль, 2007
6. Хирургические болезни: учебник: в 2 т. Н.В. Мерзлякин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.]. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012

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. Ю.М. Лубенского

Рецензия «Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского» ДМН, доцент Здзитовецкого Дмитрия Эдуардовича на реферат ординатора первого года обучения специальности Хирургия Бойкова Дениса Владимировича по теме «Дивертикулярная болезнь толстой кишки».

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.Круг использования известных научных источников	
8.Умение аргументировать основные положения и выводы	
9.Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка: Положительно/Отрицательно

Комментарии рецензента:

Дата

Кафедральный руководитель: Здзитовецкий Д.Э

Подпись рецензента:

Подпись ординатора