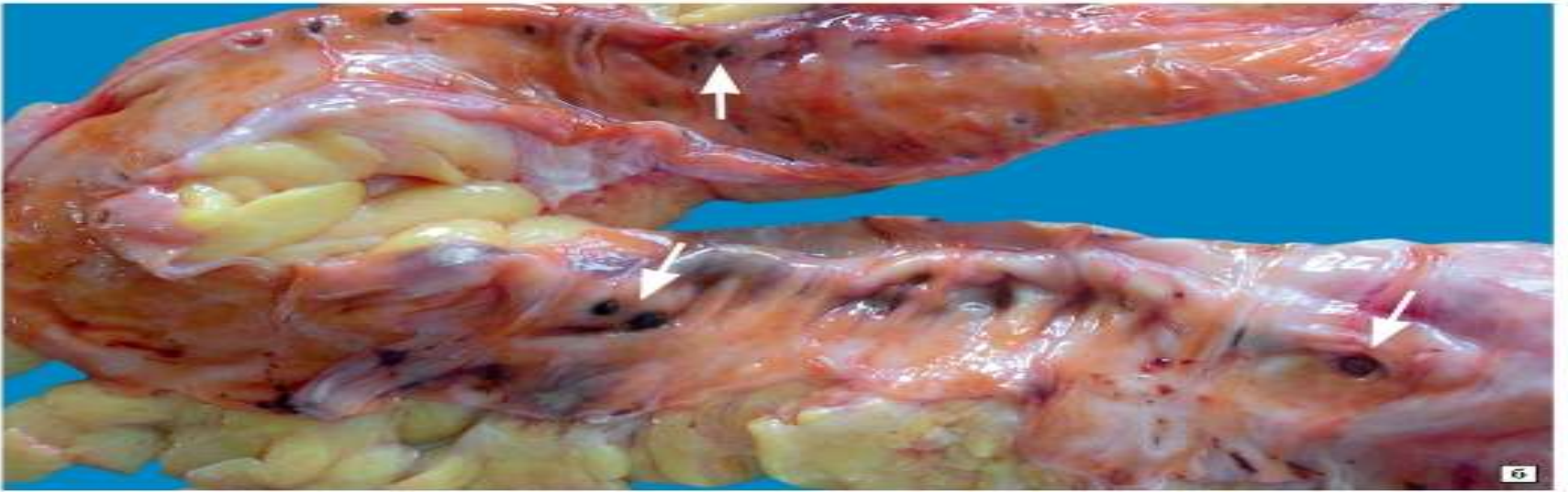


Дивертикулярная болезнь толстой кишки с прободением и абсцессом

Выполнил врач инетрн Дымочко Д.А.
Руководитель врач колопроктолог к.м.н Троицкая Н.И
Пикулина Л.Г.

Определение

Дивертикулы кишечника – мешковидные выпячивания кишечной стенки различной формы и величины. Дивертикулы бывают единичными и множественными (дивертикулез), истинными, состоящими из слизистой, мышечной и серозной оболочек, и ложными, являющимися выпячиванием слизистой оболочки и подслизистого слоя через «слабые» места в стенке кишки (чаще через туннели, образуемые прободающими прямыми сосудами). Дивертикулярная болезнь – заболевание, характеризующиеся клиническими проявлениями, обусловленными наличием дивертикулеза, включая воспаление (дивертикулит), его осложнения (перидивертикулярный инфильтрат, абсцесс, перфорация дивертикула, свищи, перитонит) и кишечное кровотечение. В 70% и более случаев дивертикулы располагаются в сигмовидной кишке и практически во всех случаях острые воспалительные осложнения возникают в данном сегменте толстой кишки.



История

До начала XX века дивертикулы ободочной кишки и связанные с ним осложнения относились к области казуистики и лишь в 1916 году дивертикулярная болезнь впервые упоминается в англоязычном руководстве по заболеваниям желудочно-кишечного тракта. В 1930 году в странах Западной цивилизации частота встречаемости дивертикулов по данным аутопсий колебалась в пределах 2-10%, а в 1969 году уже составляла 35-50%. В США, к концу 60-х годов XX века, ежегодно по поводу дивертикулярной болезни госпитализировались 130 тысяч человек

История

В настоящее время это число утроилось и составляет 71-126 госпитализаций на 100 тысяч населения в год. Аналогичная картина наблюдается в Канаде, Великобритании, Германии и Финляндии. В 2006 году затраты на лечение дивертикулярной болезни в США превысили 2,6 миллиарда долларов. Заболеваемость дивертикулезом в СССР в 1970 году составляла 2-3 случая на 100 тысяч населения, в 1979 г. – уже 17 случаев на 100 тысяч. По данным ГНЦ колопроктологии в 2002 г., среди колопроктологических больных, по данным рентген-эндоскопических исследований, частота обнаружения дивертикулов ободочной кишки составляла 14,2%, а в 2012 г. – 28,8%.

Статистика

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 дивертикулёза 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 распространённость заболевания приблизительно одинаковая.

Статистика

Вероятность перехода дивертикулёза 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 случаев на 100 тысяч человек в год



Дивертикулы и полип кишечника



Зелеными стрелками обозначены дивертикулы кишечной стенки.
Черными стрелками выделен полип.

На данном изображении представлены макропрепарат и эндоскопическая картина дивертикулита

Статистика

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

Врачебные действия

Больные дивертикулярной болезнью с прободением и абсцессом и подозрением на наличие этих заболеваний подлежат немедленному направлению в хирургический стационар с круглосуточным дежурством бригады квалифицированных хирургов, имеющих лицензию на оказание неотложной хирургической помощи, или в специализированное колопроктологическое отделение, осуществляющее круглосуточное дежурство.

Врачебные действия

Направление этих больных в иные лечебно – профилактические учреждения может быть оправдано лишь крайней тяжестью состояния больных или другими организационными причинами. В подобных случаях к лечебно – диагностическому процессу должны быть привлечены вышестоящие службы оказания неотложной помощи: Центр медицины катастроф, службы санитарной авиации, межрайонные центры оказания неотложной помощи, хирургические стационары близлежащих городов, районов. Во время нахождения больных в непрофильном стационаре в ожидании перевозки, когда диагноз не вызывает сомнений, им назначают спазмолитики, при выраженных болях ненаркотические анальгетики, антибиотики (цефалоспорины II III поколений, аминогликозиды), при выраженной интоксикации – внутривенную инфузионную терапию.

Диагностика

Минимум диагностических исследований для исключения наличия дивертикулярной болезни толстой и тонкой кишок (кишечника) с прободением и абсцессом.

Лабораторная диагностика: содержание лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, эритроцитов, гемоглобина и определение показателя гематокрита в периферической крови (общий анализ крови), осадок мочи (общий анализ мочи), измерение температуры тела.

Специальные исследования:

- общеклинические – ЭКГ, рентгеноскопия легких,
- установление или исключение наличия дивертикулярной болезни кишечника с прободением и абсцессом – пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное исследование (осмотр гинеколога) женщин, обзорная рентгенография (скопия), УЗИ, лапароскопия, КТ или МРТ (по показаниям)

Классификация

I. Врожденные (например, дивертикул Меккеля) и приобретенные дивертикулы.

II. Истинные и ложные дивертикулы

III. По локализации:

- дивертикулы тонкой кишки;
- дивертикулы толстой кишки.

IV. Осложнения

- острый дивертикулит (возникает вследствие микроперфорации стенки дивертикула и присоединения инфекции, развивается у 10-25% больных с дивертикулярной болезнью).

Формулировка развернутого диагноза.

- Дивертикулярная болезнь тонкой кишки, острый дивертикулит Меккеля с перфорацией. Распространенный перитонит.
- Дивертикулярная болезнь толстой кишки, острый дивертикулит сигмовидной кишки с прободением и внутрибрыжеечным абсцессом.
- Дивертикулярная болезнь толстой кишки, острый дивертикулит сигмовидной кишки с прободением, местный неотграниченный перитонит.

Предоперационная подготовка

Общие мероприятия – выведение желудочного содержимого толстым желудочным зондом, выведение мочи катетором и общая гигиеническая обработка. Антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений (аминогликозиды, цефалоспорины II – III поколений)

Подготовка к операции

Предоперационная подготовка показана больным перитонитом в токсической стадии и стадии полиорганной дисфункции. Продолжительность желательно ограничивать 1 – 2 часами, но в критических состояниях предоперационная терапия может быть продолжена до стабилизации основных показателей гомеостаза.

Консервативная терапия

При категорическом отказе больного (или его родственников для соответствующих категорий больных) от оперативного лечения, а также при наличии абсолютных противопоказаний к операции (тяжелый острый трансмуральный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения) проводится консервативное лечение: положение Фовлера, аспирация желудочного содержимого, холод на живот, антибиотикотерапия, инфузионно – трансфузионная терапия.

Виды операции:

- Зависят от вида и характера осложнений, общего состояния больного, квалификации хирургической бригады, материально – технического обеспечения оперативного вмешательства.
- Чрескожное дренирование абсцессов проводится под ультразвуковым, ретроперитонеальном и пристеночном абдоминальном абсцессе (если размер абсцесса менее 2 см, возможна выжидательная тактика) с активной аспирацией в послеоперационном периоде.

Основным методом хирургического лечения при перфоративном дивертикулите с перитонитом является резекция участка ободочной кишки, пораженного дивертикулами – операция Гартмана, или операции по типу Гартмана, санация и дренирование брюшной полости. При крайне тяжелом состоянии больных рекомендуется ограничиться экстериоризацией перфорированного участка толстой кишки с последующим формированием колостомы в зоне перфорации, санацией, дренированием брюшной полости. При анатомических (короткая брыжейка), патоморфологических особенностях (плотные инфильтраты) и тяжелом состоянии больных ограничиваются ушиванием перфоративного отверстия и проксимальной колостомией, санацией и дренированием брюшной полости.

Врачебные манипуляции

Внутрибрыжеечные абсцессы удаляются единым блоком с резецированным сегментом толстой кишки, забрюшинные абсцессы вскрываются и дренируются из внебрюшинного доступа. Указанные оперативные вмешательства выполняются лапаротомным доступом или с использованием миниинвазивных технологий. При применении миниинвазивных технологий вначале выполняют видеолапароскопическую санацию брюшной полости, резекцию или другой объем операции или выполняют видеолапароскопическую санацию брюшной полости, остальной объем операции (резекция, ушивания, проксимальная колостомия) выполняют из минилапаротомного доступа.

Видеолапароскопические операции целесообразны при отсутствии противопоказаний к пневмоперитонеуму, крайне тяжелом состоянии больного, выраженных местных воспалительных изменениях (инфильтрат).

Противопоказаниями к видеолапароскопической санации брюшной полости являются общий перитонит с абсцессами брюшной полости.

Послеоперационный период:

основными стандартами являются: при явлениях разлитого гнойного перитонита – фармакологическая поддержка, стабилизация гемодинамики, респираторная поддержка, приемы нейровегетативной защиты, инфузионно – трансфузионная терапия (по показаниям и под контролем центральной периферической гемодинамики, в т.ч. ударного объема, почасового диуреза), активация функции желудочно – кишечного тракта, антибактериальная терапия, ранняя нутритивная поддержка, неспецифические и медикаментозные методы профилактики тромбозов и тромбоэмболических осложнений, использование калоприемников после вскрытия колостомы. Количество использованных калоприемников зависит от вида выполненной операции и вида калоприемника.

Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, МСЭ (медико – социальная экспертиза), реабилитация.

- 1. Среднее пребывание больных в стационаре - суток, снятие швов на 10 – 12 день.
- 2. При применении миниинвазивных технологий и отсутствии осложнений длительность госпитализации может сокращаться до 5 – 6 суток. Тем не менее на 7 – 10 сутки рекомендуется назначить контрольный осмотр больного в хирургическом стационаре (осмотр, контроль общего анализа крови, мочи, снятие швов)
- 3. Сроки нетрудоспособности определяются в зависимости от вида лечения, в т.ч. и от объема оперативного вмешательства. После операций с формированием колостом больные нетрудоспособны до восстановления непрерывности толстой кишки или закрытия колостомы (120 – 180 дней). При возникновении поздних осложнений, патологических синдромов возможно изменение профессии или выход на инвалидность.

Спасибо за внимание)