**Дивертикулярная болезнь толстой кишки**

Дивертикулярная болезнь толстой кишки - это заболевание при котором на стенке кишки образуются множественные истонченные выпячивания слизистой оболочки за пределы кишечной стенки.

Дивертикулярная болезнь толстой кишки характерна преимущественно. для старших возрастных групп пациентов. По статистике, частота дивертикулеза толстой кишки в возрасте до 40 лет составляет менее 5%. С увеличением возраста больных заболевание выявляется чаще. В возрастной группе старше 85 лет дивертикулез толстой кишки выявляют в 65% случаев. Среди мужчин и женщин это заболевание распространено одинаково часто. Дивертикулез толстой кишки распространен больше в США и Европе, чем в менее индустриально развитых странах Африки, Южной Америки, и Азии.

Клиническая исследования показали важную роль диеты с низким содержанием растительных волокон (клетчатки), как важного этиологического фактора.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Продукт  | Вода  | Белки  | Жиры  | Углеводы  | Клетчатка  |
| Шиповник (сухой) | 14,00  | 4,00  | -  | 6,00  | 10, 0  |
| Малина | 87,00  | 0,80  | -  | 9,00  | 5,10  |
| Укроп | 86,50  | 2,50  | 0,50  | 4,50  | 3,50  |
| Огурцы (парниковые) | 96,50  | 0,70  | -  | 1,80  | 1,50  |
| Перец зеленый сладкий | 92,00  | 1,30  | -  | 4,70  | 1,50  |
| Апельсин | 87,50  | 0,90  | -  | 8,40  | 1,40  |
| Перец красный сладкий | 91,00  | 1,30  | -  | 5,70  | 1,40  |
| Морковь | 88,50  | 1,30  | 0,10  | 7,00  | 1,20  |
| Тыква | 90,30  | 1,00  | -  | 6,50  | 1,20  |
| Картофель | 75,00  | 2,00  | 0,10  | 19,70  | 1, 0  |
| Фасоль стручковая | 90,10  | 4,00  | -  | 4,30  | 1, 0  |
| Горошек зеленый | 80.0  | 5,00  | 0,20  | 13,30  | 1.0  |
| Капуста цветная | 90,90  | 2,50  | -  | 4,90  | 0,90  |
| Свекла | 86,50  | 1,70  | -  | 10,80  | 0,90  |
| Огурцы (грунтовые) | 95,00  | 0,80  | -  | 3,00  | 0.7  |
| Капуста белокочанная | 90,00  | 1,80  | -  | 5,40  | 0,70  |
| Салат | 95,00  | 1,50  | -  | 2,20  | 0,50  |

Диеты, с ограниченным содержанием клетчатки растительных волокон, предрасполагают к формированию дивертикулов. Имеются данные, что у больных дивертикулезом толстой кишки имеется повышенный тонус мышечных слоев кишечной стенки и сократительная реакция на гормональную стимуляцию более выражена. Предполагают, что эти патологические мышечные сокращения приводят к увеличению давления в просвете кишки, ведут к избыточному развитию мышечного слоя и формированию дивертикулов. Факторы, уменьшающие прочность кишечной стенки, тоже могут способствовать развитию заболевания.

**Анатомия**

Дивертикулы формируются в местах наименьшего сопротивления кишечной стенки, то есть в зонах где кровеносные сосуды (vasa recta) проникают через циркулярный мышечный слой по направлению к слизистой оболочке. Этот "перфорирующий" сосуд обычно расположен по брыжеечному краю обеих противобрыжеечных тений. Наиболее часто (в 90-95% случаев) дивертикулы локализуются в левой половине ободочной кишки, причем изолированное поражение сигмовидной кишки наблюдается у 65% пациентов. Другие отделы ободочной кишки поражаются значительно реже, только 2-10% больных имеют изолированное поражение восходящей или поперечной ободочной кишки.

**Симптомы, клиника, диагностика**

Только у 10- 25 % пациентов имеются клинические проявления дивертикулита. При впервые развившемся дивертикулите смертность не превышает 5 %. У одной трети больных перенесших острый дивертикулит, повторное обострение наступает в ближайшие 3 - 5 лет. Эпизодическая боль в животе отмечается у 30-40 % больных перенесших острое воспаление. В некоторых случаях дивертикулез толстой кишки может быть скрытым. Прогрессирование заболевания, доказанное рентгенологически увеличение количества дивертикулов и распространение поражения на другие отделы толстой кишки, выявляется у 30% пациентов. Прогрессирование болезни после резекции пораженных отделов наблюдается менее чем в 10-15% наблюдений.

**Осложнения дивертикулита**

Кровотечение

Дивертикулярная болезнь в 15% осложняется кровотечением, являясь причиной массивных толстокишечных кровотечений в 30-50% наблюдений. Причиной 70-90% кровотечений из правой половины ободочной кишки являются дивертикулы, в 70% эти кровотечения останавливаются спонтанно. Повторные кровотечения наблюдаются в 30% случаев, но частота кровотечений возрастает до 70% наблюдений, если в анамнезе были неоднократные кровотечения. Считается, что дивертикулярные кровотечения являются следствием разрыва сосудов расположенных вблизи дивертикула. У большинства пациентов кровотечения, вызванные дивертикулярной болезнью, незначительные и прекращаются самостоятельно. У трети больных имеется массивное кровотечение вследствие дивертикулеза толстой кишки и развивается постгеморрагическая анемия. Для дивертикулярного кровотечения не характерна боль в животе. Массивные кровотечения при дивертикулезе толстой кишки в 10-20% наблюдений заканчиваются смертельным исходом.

Диагностика.

Лечение у всех пациентов с массивным кишечным кровотечением начинается с интенсивной терапии. В срочном порядке выполняется ректороманоскопия для исключения источника кровотечения в прямой кишке. Больные у которых кровотечение остановилось самостоятельно лечебная тактика строится индивидуально, интенсивное длительное кровотечение является показанием к хирургическому лечению. Пациентам с продолжающимся кровотечением но устойчивой гемодинамикой целесообразно выполнить селективную артериография верхней брыжеечной артерии, радиоизотопное скенирование или колоноскопию для выявления локализации кровотечения. Селективная артериография верхней брыжеечной артерии по неотложным показаниям позволяет успешно диагностировать локализацию кровотечения в 40-60% наблюдений. Чтобы это исследование было информативно интенсивность кровотечения должна быть не менее 0. 5 мл/мин.

**Лечение.**

При осложнении дивертикулеза толстой кишки кровотечением, 15% пациентов приходится оперировать без полноценного обследования по срочным показаниям. В этой группе больных смертность достигает 30-50%. У пациентов с неустановленным источником кровотечения гемостаз в 90% наблюдений достигается селективной внутриартериальной инфузией вазопрессоров. При такой схеме лечения рецидивы кровотечения наблюдаются в 50% наблюдений. Кровотечения при дивертикулезе толстой кишки, как правило, не удается остановить эндоскопически. Показаниями к хирургическому лечению являются: нестабильная гемодинамика; большая кровопотеря; повторные кровотечения. Если удается установить локализацию кровотечения, выполнение сегментарной резекции толстой кишки в 90% наблюдений позволяет достигнуть положительного эффекта. Сегментарные резекции толстой кишки не должны выполнятся при неустановленном источнике кровотечения. При резекции толстой кишки по поводу не установленного источника кровотечения в 35-50% наблюдаются повторные кровотечения и смертность около 30%. В тех случаях когда локализация источника кровотечения не выявлена операцией выбора является удаление ободочной кишки с формированием илеосигмостомы.

**Дивертикулит**

Дивертикулитом называют воспаление одного и более дивертикулов, анатомически представлено - повреждением слизистой оболочки в области дивертикула и развитием периколита. Отличить боль при дивертикулите от спастических болей в толстой кишке сложно. Дивертикулез осложняется дивертикулитом у 15-20% больных. Сигмовидная кишка поражается в 90% случаев. Изолированное воспаление правой половины ободочной кишки встречается только у 5% больных. В воспалительный процесс преимущественно вовлекаются жировые подвески и брыжейка ободочной кишки. Распространение воспаления на соседние органы может привести к острой кишечной непроходимости или формированию внутренних кишечных свищей. В случаях прикрытой перфорации формируются внутрибрюшные абсцессы, если имеется перфорация в свободную брюшную полость, развивается общий перитонит.

Клинические особенности. При дивертикулите наиболее значимыми жалобами являются симптомы воспаления: усиливающаяся боль в левой подвздошной области(70%);анорексия, тошнота и рвота (20%); диарея (30%); гипертермия и дизурические явления (15%). Для дивертикулита характерно постепенное усиление боли в течение нескольких дней, в отличие от острого аппендицита или перфорации при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при которых нарастание боли происходит значительно быстрее. Умеренное напряжение передней брюшной стенки наблюдается у 20% больных, служит признаком местного перитонита и является неблагоприятным прогнозом.

Диагностика. В большинстве случаев заболевание может быть диагностировано на основе его клинических проявлений. Однако необходимо подтвердить диагноз. Обычная обзорная рентгенография брюшной полости позволяет исключить острую кишечную непроходимость и прикрытую перфорацию полого органа. Ирригоскопия и фиброколоноскопия при подозрении на острый дивертикулит должны выполнятся с чрезвычайной осторожностью, возможны разрывы перидивертикулярных абсцессов. Компьютерная томография при использовании контрастирования толстой кишки обладает достоверностью подобной ирригоскопии. При компьютерной томографии в 63-95% случаев можно достоверно выявить воспаление и отек кишечной стенки, формирование абсцесса и даже внутренние кишечные свищи. После купирования воспалительных явлений всем больным необходимо выполнить ирригоскопию, фиброколоноскопию для точной клинической оценки заболевания.

Лечение. В большинстве случаев больные нуждаются в госпитализации. Лечение включает щадящую диету, внутривенное применение антибиотиков, инфузионную терапию. Используемые антибиотики должны быть достаточно активны в отношении обычной флоры толстой кишки. Использование цефалоспоринов, комбинации из аминогликозидов с клиндамицином или метронидазолом является предпочтительным. После купирования острых воспалительных явления пациентам назначается диета с достаточным содержанием грубых волокон. Через несколько недель после острого периода больному необходимо выполнить ирригоскопию или фиброколоноскопию для уточнения диагноза и определения протяженности поражения. Отсутствие положительной динамики на фоне проводимого лечения в течение 24-48 часов или ухудшение состояние больного является показанием для срочной операции. В лечении абсцесса брюшной полости дивертикулярного генеза в ряде случаев может быть использовано чрезкожное дренирование под контролем компьютерной томографии. Такой метод лечения используется в лечении больных с тяжелой сопутствующей патологией. Такое дренирование ни когда не является окончательным методом лечения. Около 20% больных перенесших острый дивертикулит нуждаются в последующем хирургическом лечении. При повторных обострениях частота осложнений возрастает до 50-60% при этом смертность увеличивается вдвое. Повторное обострение служит показанием к хирургическому лечению после стихания воспаления.

Хирургическое лечение. В лечении, предпочтение отдается резекции пораженного сегмента с первичным анастомозом. Обычная подготовка кишечника к операции является допустимой и дополняется применением антибиотиков per os и системно. При выполнении резекции толстой кишки после разрешения острых воспалительных явлений смертность не превышает 2%. При быстром прогрессировании воспаления подготовка кишечника к операции невозможна. Применяют двухэтапные операции, резекция пораженного отдела ободочной кишки с формированием колостомы, выполнение реконструктивной операции через 3 месяца.

**Осложнения дивертикулита**

Наиболее частыми осложнениями у больных с дивертикулитом является: формирование абсцесса- 40-50% случаев; острая кишечная непроходимость -10-30%; формирование кишечных свищей - 4-10%. Все эти осложнения могут наблюдаться у любого больного. Осложнения развиваются у каждого четвертого больного и почти всегда необходимо хирургическое лечение.