

АО «Медицинский Университет Астана»
Кафедра интернатуры внутренних болезней

СРС

На тему: Дивертикулез и дивертикулит тонкого и толстого кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинико-диагностические и дифференциально-диагностические критерии. Лечение.

Проверила: Костина О.В.
Выполнила: Цепелева Т.А.
Группа: 785ВБ

Астана 2018г.

Содержание

Введение

- * 1. Этиология
- * 2. Патогенез
- * 3. Классификация
- * 4. Диагностика
- * 5. Лечение

Список литературы

Введение

- * **Дивертикулярная болезнь кишечника** - заболевание, характеризующееся образованием дивертикулов кишечной стенки.
- * **Дивертикул** – это выпячивание кишечной стенки. Истинные дивертикулы содержат все слои кишечной стенки. Ложные дивертикулы (псевдодивертикулы) представляют собой выпячивание слизистой оболочки через просветы в мышечной оболочке. К истинным дивертикулам относят врождённые дивертикулы (дивертикул Меккеля), а к ложным приобретённые дивертикулы толстой кишки.
- * **Дивертикулёз** – наличие множественных дивертикулов без развития клинических симптомов.

- 
- * **Дивертикулит** – воспалительные изменения дивертикула с возможным переходом воспаления на близлежащие структуры.
 - * **Дивертикул Меккеля** — незаращённый эмбриональный желточный проток (аномалия развития подвздошной кишки) — расположен на противобрыжеечном крае подвздошной кишки на расстоянии 60–100 см от илеоцекального угла. Дивертикул Меккеля считают истинным дивертикулом, так как его стенка содержит все слои кишки. Средняя длина — 5–7 см, но бывают дивертикулы и большего размера. Эпителий примерно одной трети дивертикулов относят к эпителиям железистого типа, способных вырабатывать соляную кислоту

1. Этиология

- * Этиология и патогенез образования дивертикулов остаются неясными. Большинство авторов считают появление дивертикулов следствием либо возрастных изменений, либо неправильного питания. Полагают, что недостаточное поступление пищевых волокон вызывает повышение давления внутри кишки и провоцирует выпячивание слизистой через мышечный слой. К 60 годам треть населения западных стран имеют дивертикулы кишки.

2. Патогенез

Пульсионные дивертикулы имеют мешковидную форму и возникают в результате давления на стенки полого органа из полости органа. Они образуются при недостаточности мышечной и эластической ткани стенки органа в следующих ситуациях:

- * - при их врожденной неполноценности;
- * - в результате снижения мышечного тонуса и механической прочности соединительнотканного каркаса при старении;
- * - вследствие атрофии после травмы, воспаления.

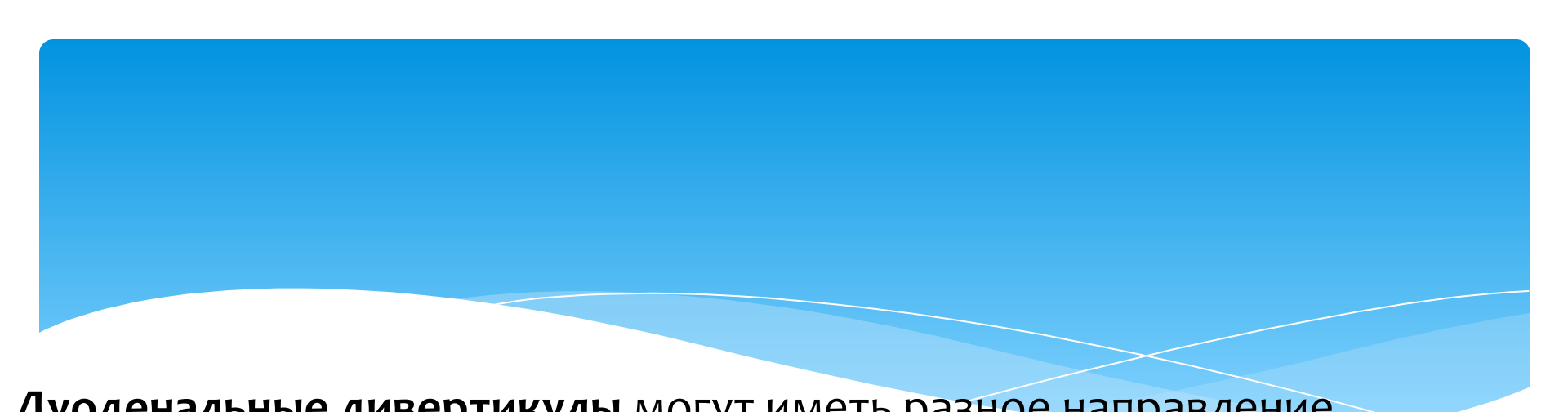
- 
- * **Тракционные дивертикулы** возникают вследствие перивисцерита или как последствия хирургических вмешательств или травм. Они формируются как результат тяги за стенку полого органа снаружи (рубец) и имеют воронкообразную форму. Со временем, увеличиваясь в размерах, тракционные дивертикулы могут приобретать мешковидную форму.

- * **Дивертикулы тонкой кишки** локализуются преимущественно в двенадцатиперстной кишке (ДПК). По данным рентгенологического исследования, они встречаются примерно в 0,016-5,76% случаев, а по данным аутопсий - в 5,8-15,5% случаев (А.Turner, J.Turner, 1967; J.Graudins, 1971).
- * У 1/3 больных они бывают множественными и локализуются преимущественно в нисходящей или горизонтальной части ДПК.
- * Приобретенные дивертикулы этого отдела являются результатом язвенной болезни ДПК и рецидивирующего панкреатита.

- 
- * Дивертикулы в тощей и подвздошной кишке выявляют редко, обычно они локализуются в тощей кишке и одновременно в других отделах кишечника.
 - * Среди тонкокишечных дивертикулов около 80% выявляются в тощей кишке, 15% - в подвздошной, 5% - в обоих указанных отделах. Очень редко (в 0,014% случаев) дивертикул может локализоваться в червеобразном отростке.



- * **Дуоденальные дивертикулы** занимают 2-е место после дивертикулов толстой кишки по частоте возникновения среди всех дивертикулов желудочно-кишечного тракта. Нередко они сочетаются с дивертикулами тонкой и толстой кишки, а иногда и всего пищеварительного тракта.
- * Чаще дивертикулы располагаются в нисходящей ветви петли ДПК, в непосредственной близости от головки поджелудочной железы и общего желчного протока. Преимущественная локализация дивертикулов на внутренней стенке средней трети нисходящей части ДПК обусловлена слабостью кишечной стенки в этой области из-за вхождения сосудов.
- * Вторым по частоте участком локализации дивертикулов в ДПК является ее нижняя горизонтальная ветвь. Нередко наблюдаются множественные (от 2 до 4) дивертикулы ДПК. По форме чаще встречаются дивертикулы овальной или округлой формы, реже - воронкообразные или цилиндрические.



Дуоденальные дивертикулы могут иметь разное направление относительно просвета кишки:

- * - интрадуоденальные - направление в просвет кишки, чаще связаны с врожденными аномалиями;
- * - экстрадуоденальные - направление наружи от просвета, рассматриваются как приобретенные.
- * Около 75% экстрадуоденальных дивертикулов локализуются в пределах 2 см от ампулы и называются юкстапапиллярными дивертикулами. Могут ассоциироваться с холедохолитиазом, холангитом, рецидивирующим панкреатитом и дисфункцией сфинктера Одди.
- * Наличие экстрадуоденальных дивертикулов требует вмешательства только в 1% случаев (при таких осложнениях, как кровотечение, перфорация).

Факторы и группы риска

- * 1. **Низкое содержание клетчатки в пище.** Нет доказательств связи между развитием дивертикулов и курением, злоупотреблением кофе и алкоголем. Однако увеличение риска развития дивертикулярной болезни связано с диетой, содержащей большое количество красного мяса и жира. Этот риск может быть уменьшен введением большого количества пищевых волокон, особенно содержащихся в целлюлозе (фрукты и овощи).
- * 2. **Дивертикулярная болезнь** у молодых наблюдается среди мужчин с ожирением, которое оказывается главным фактором риска (в 84-96 % случаев). В большом проспективном исследовании 47 228 мужчин с ИМТ менее 30 кг/м² имели относительный риск развития дивертикулита 1,78 по сравнению с мужчинами с ИМТ менее 21 кг/м², после поправки на другие факторы риска.

- 
- * 3. Риск возникновения дивертикулёза также выше у пациентов с болезнью Крона (отмечается у 40-48% пациентов с болезнью Крона, перенесших хирургические вмешательства по этому поводу). Риск возникновения также увеличивается при любом энтерите и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, холецистите, рецидивирующем панкреатите.
 - * 4. Риск повышается при перивисцерите, закрытых травмах живота, оперативных вмешательствах на органах брюшной полости.

3. Классификация

I. Врожденные дивертикулы:

- * - дивертикул Меккеля ("Дивертикул Меккеля" - Q43.0)
- * - другой локализации ("Другие уточненные врожденные аномалии кишечника" - Q43.8).

II. Приобретенные дивертикулы:

- * - возникающие в результате заболеваний кишечника или при его повреждениях;
- * - тракционные дивертикулы;
- * - ложные дивертикулы.

III. Осложнения:

- * - острый дивертикулит;
- * - хронический дивертикулит;
- * - кишечная непроходимость (спаечный процесс вокруг дивертикула)
 - "Кишечные сращения [спайки] с непроходимостью" - K56.5;
- * - разрыв дивертикула ("Дивертикулярная болезнь тонкой кишки с прободением и абсцессом" - K57.0);
- * - кишечное кровотечение ("Мелена" - K92.1, "Желудочно-кишечное кровотечение неуточненное" - K92.2);
- * - бактериальное обсеменение тонкой кишки ("Нарушения всасывания, обусловленные непереносимостью, не классифицированные в других рубриках" - K90.4).

4. Клинические критерии диагностики

- * **Симптомы:** постпрандиальная боль в животе; диспепсия; боль в животе; боль в эпигастрии; запор; метеоризм; вздутие живота; неустойчивый стул; мелена

Клинические формы дивертикулярной болезни тонкой кишки:

1. Бессимптомный дивертикулез не имеет симптоматики, не выявляется при физикальном обследовании и изучении анамнеза. Встречается у 70-85% лиц с дивертикулами.

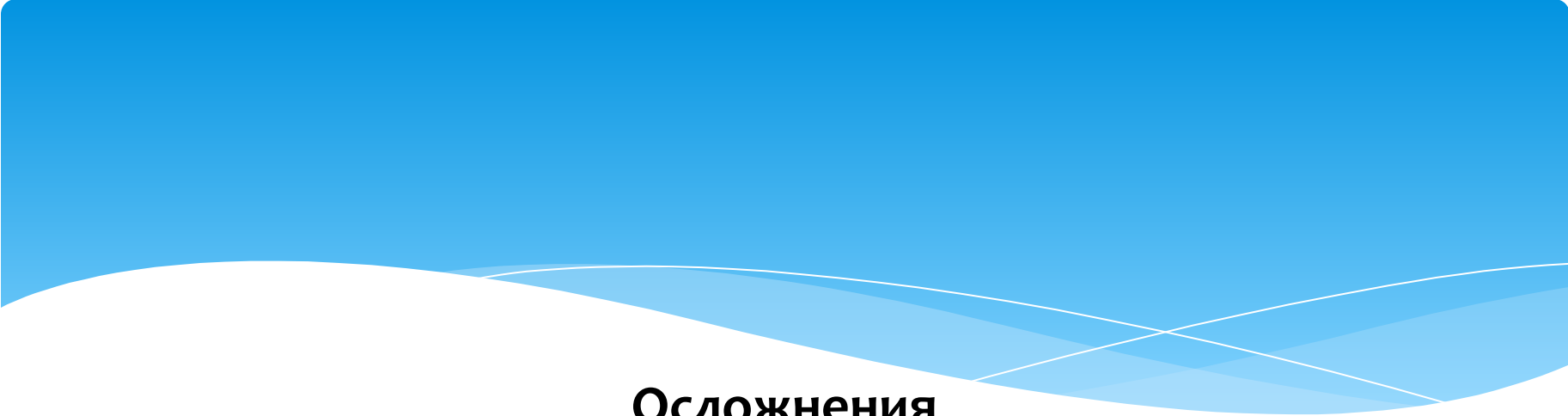
2. Неосложненный дивертикулез с клиническими проявлениями. Наличие неспецифичной симптоматики:

- боли в животе (усиливающиеся при приеме пищи и стихающие после дефекации);
- диспепсия;
- вздутие живота;
- неустойчивый стул (чередование запора, диареи и нормального стула);
- повышение температуры тела не типично.

- * **3. Острый дивертикулит** возникает у 15-20% пациентов с дивертикулезом. Застой содержимого в полости дивертикула, травматизация его слизистой оболочки, попадание инфекции из кишечного содержимого приводят к развитию воспалительного процесса в стенке дивертикула. Возможны гематогенный и лимфогенный пути распространения инфекции. Дополнительно могут возникать эрозии.
- * **4. Хронический дивертикулит** возникает как продолжение эпизодов острого и связан с бактериальной контаминацией. При латентном варианте хронический дивертикулит протекает длительно без явной клинической симптоматики. Однако эпизодически у больных наблюдаются приступы боли в животе, нарушение стула, метеоризм.

Особенности (в зависимости от локализации)

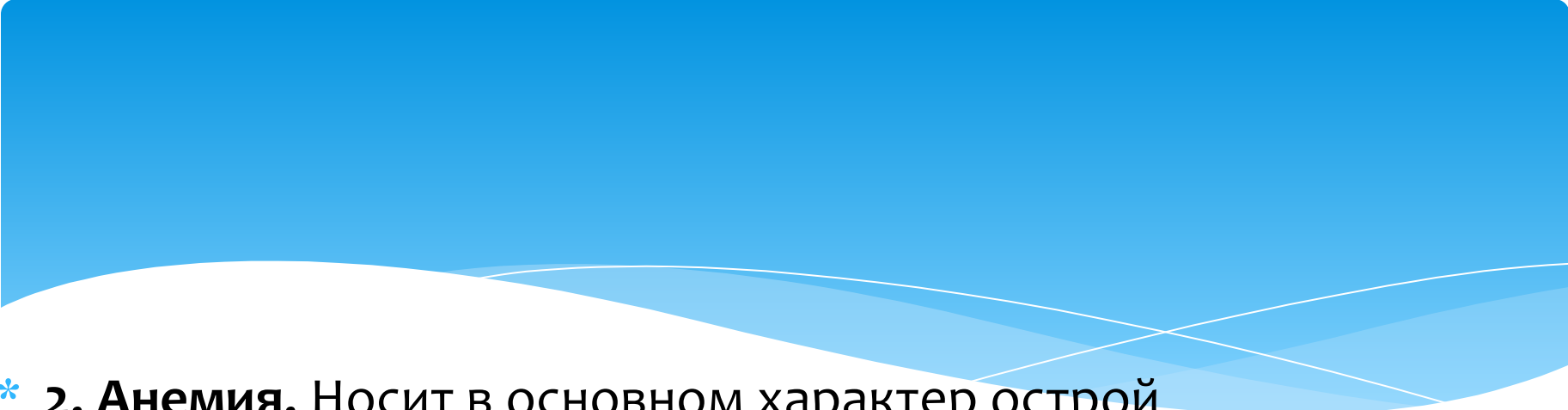
- * **1. Одиночный дивертикул двенадцатиперстной кишки (ДПК)**, как правило, не сопровождается выраженной симптоматикой. Он локализуется чаще вблизи большого дуоденального сосочка (парафатеральный дивертикул) или в луковице ДПК.
- * Дивертикулит ДПК может по своим проявлениям может быть похож на язвенную болезнь; парафатеральные дивертикулы сопровождаются симптомами холецистита или панкреатита. Желтухи обычно не вызывает.
- * **2. Множественные дивертикулы тонкой кишки** обычно расположены на брыжеечном крае кишки. В данном случае дивертикулез протекает бессимптомно только до присоединения воспаления в результате микробной контаминации этих отделов кишки.



Осложнения

1. Кровотечение (редко).

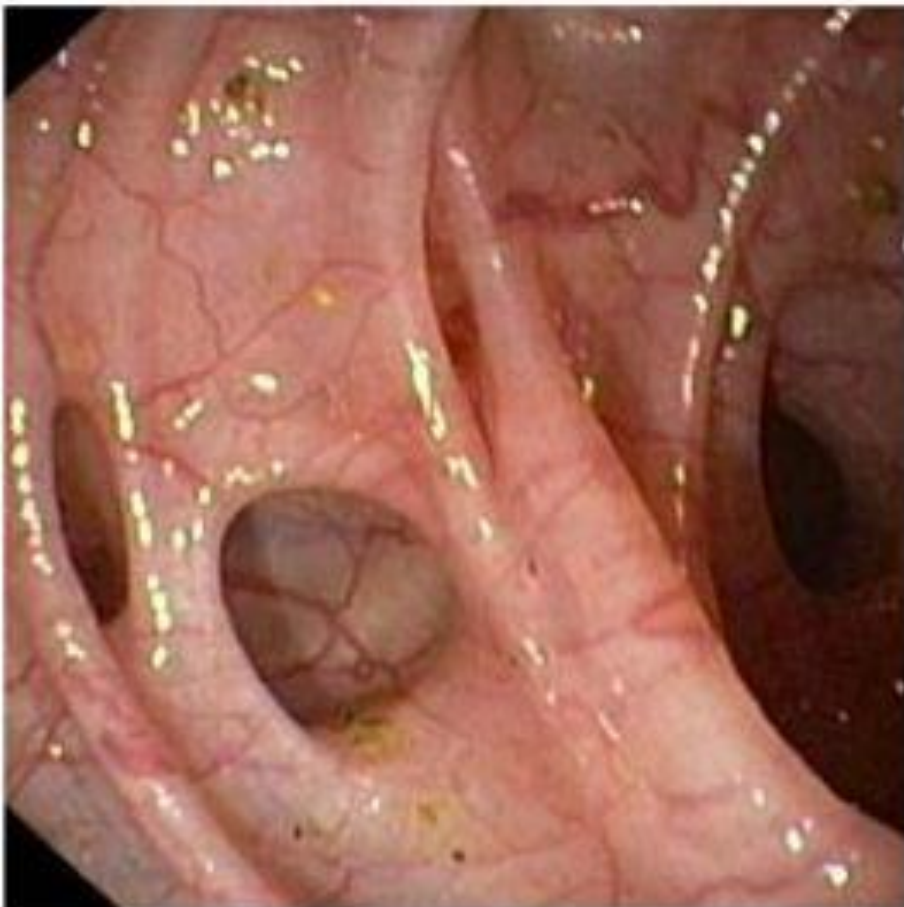
- * Характерно для дивертикулеза и редко сопровождает дивертикулиты. Могут отмечаться мелена, нарастающая анемизация (бледность, гемодинамические нарушения). При сильном кровотечении и гиперперистальтике возможны гематокезия и рвота кровью.
- * Иногда кровотечение является первым и основным признаком дивертикулов тонкой кишки. В большинстве случаев носит не тяжелый характер и купируется самостоятельно. Отмечается склонность к рецидивам. Предрасполагающим фактором считается прием НПВС.

- 
- * **2. Анемия.** Носит в основном характер острой постгеморрагической. Хроническая пернициозная анемия, как правило, с дивертикулезом не ассоциирована.
 - * **3. Синдром избыточного бактериального роста.** Тошнота, вздутие живота, рвота, диарея, недостаточность питания, потеря веса и мальабсорбция.
 - * Таким образом наиболее общими симптомами являются боль в животе, диспепсия, кровотечение.

Диагностика

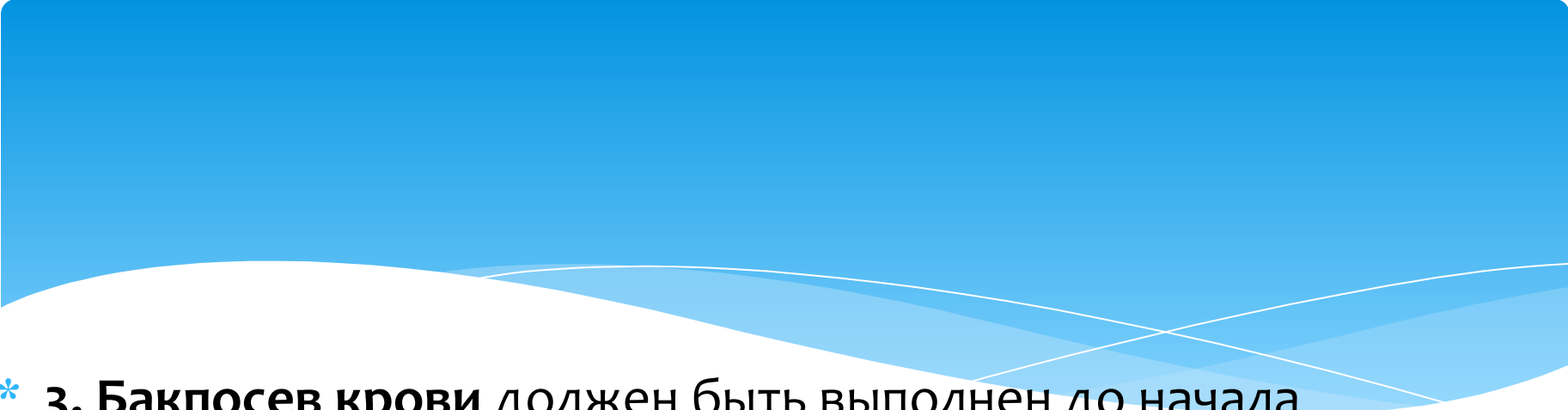
- * **1. ФГДС.** Лучший метод диагностики для дивертикулов, расположенных в двенадцатиперстной кишке. Ограниченно рекомендована в острый период в связи с возможностью перфорации ДПК.
- * **2. Компьютерная томография** считается "золотым стандартом" диагностики для дивертикулов тощей и слепой кишки. Чувствительность и специфичность значительно увеличиваются при применении контраста.
- * **3. Рентгеноконтрастные методы** обследования тонкого кишечника применяются вне стадии обострения.
- * **Селективная ангиография и сцинтиграфия** применяются при невозможности определить место кровотечения. Оба метода имеют ограничения и могут применяться только при достаточно выраженном кровотечении.

* Дивертикулы толстого кишечника



Лабораторная диагностика

- * **1. Общий анализ крови** может выявить лейкоцитоз и сдвиг формулы влево, указывающий на инфекцию. Тем не менее, отсутствие лейкоцитоза не исключает дивертикулит, 20-40% больных имеют нормальное количество лейкоцитов. Это особенно актуально у пациентов с ослабленным иммунитетом, у пациентов пожилого возраста, а также у пациентов с менее тяжелой манифестацией заболевания. Уровень гемоглобина снижается при кровотечении. Дивертикулез не рассматривается как причина хронической железодефицитной анемии.
- * **2. Биохимический анализ крови.** Не выявляет никаких специфических для дивертикулита изменений, но может быть полезным у пациентов с рвотой или поносом для оценки нарушений электролитного баланса. Также оценивается функция почек до начала ангиографии, проводимой обычно с целью дифференциальной диагностики. Определение ферментов печени и липазы может помочь исключить другие причины боли в животе.

- 
- * **3. Бакпосев крови** должен быть выполнен до начала эмпирической антибактериальной терапии у тяжелых пациентов.
 - * **4. Общий анализ мочи.** Проводится с целью исключения поражения мочевых путей (пиелонефрита, мочевого инфекции, мочекаменной болезни).
 - * **5. Анализ кала на скрытую кровь** показывает положительный результат при микроперфорации, кровотечении.

Дополнительные исследования:

- * - тест на беременность - у женщин детородного возраста (для исключения внематочной беременности);
- * - выявление в каловых массах токсина *Clostridium difficile* - при недавнем проведении антибактериальной терапии (для исключения псевдомембранозного колита);
- * - коагулограмма - при подозрении на кишечное кровотечение;
- * - карциноэмбриональный антиген - при подозрении на опухоль;
- * - тесты на хеликобактерную инфекцию;
- * - при наличии гипохромной анемии требуется определение концентрации сывороточного железа, ОЖСС, среднего содержания гемоглобина в эритроците.

- 
- * Клиническая дифференциальная диагностика сложна. В целом ее нужно проводить с любыми заболеваниями, вызывающими боли в животе и кровотечение из верхних отделов живота.
 - * Поскольку дивертикулы двенадцатиперстной кишки могут нарушать отток из желчного пузыря и поджелудочной железы, возникает необходимость дифференцировать дивертикулы с холециститом и панкреатитом.

Осложнения

- * **1. Кровотечение.** При массивной кровопотере и гиперперистальтике кишечника в кале может обнаруживаться свежая кровь. В остальных случаях отмечается типичная мелена. Кровотечения характерны для пациентов молодого возраста или пациентов, принимающих НПВС (например, аспирин в малых дозах).
- * **2. Развитие прободения дивертикула.**
- * **3.** Наличие дивертикулов, локализующихся в тонком кишечнике, способствует развитию **микробной контаминации кишечника**, что часто приводит к формированию дивертикулита, расширению кишки за счет нарушений моторики и скопления газов и, как следствие, повышению внутрибрюшного давления, высокому стоянию диафрагмы, раздражению блуждающего нерва. Последний фактор является одним из частых провокаторов пароксизмальной формы фибрилляции предсердий.

5. Лечение

Дивертикулез

- * Амбулаторная терапия. Бессимптомный дивертикулез кишечника, диагностированный случайно, не требует специального лечения. Для профилактики прогрессирования заболевания и предупреждения возможных осложнений рекомендована диета богатая растительной клетчаткой. Особое значение придается терапии фоновых заболеваний: ожирения, панкреатита, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК).
- * Симптоматическая терапия - спазмолитики.

Дивертикулит, не осложненный кровотечением, в 70-100% лечится амбулаторно.

- * 1. Диета. Жидкая, протертая пища с большим количеством жидкости и постепенным расширением рациона по мере стихания процесса.
- * 2. Антибактериальная терапия. У нетяжелых пациентов не требуется проводить бакпосев крови и терапия может быть назначена эмпирически, энтерально. Приблизительные схемы:
 - * - триметоприм/сульфаметоксазол (160 мг/800 мг) один раз в день + метронидазол 500 мг внутрь 4 раза в день;
 - * - цiproфлоксацин 500-750 мг + метронидазол 500 мг;
 - * - левофлоксацин 750 мг внутрь + метронидазол 500 мг внутрь 4 раза в день;
 - * - амоксициллин-клавуланат (875 мг/125 мг) в день;
 - * - моксифлоксацин 400 мг в день.

Примечания:

- * - продолжительность терапии - 7-10 дней;
- * - при наличии язвенной болезни ДПК антибактериальная терапия проводится по стандартным схемам эрадикации хеликобактерной инфекции в сочетании с ИПП и/или другими препаратами;
- * - лечение анемии - по показаниям, в зависимости от этиологии;
- * - модификация факторов риска (снижение ИМТ, контроль сахарного диабета, лечение этиологически значимых заболеваний);
- * - симптоматическая терапия (спазмолитики);
- * - необходимость назначения пробиотиков обсуждается.



Дивертикулит тяжелый или резистентный к амбулаторной терапии

- * Лечение в стационаре показано лицам с гипертермией, лейкоцитозом, иммунокомпрометированным пациентам, пациентам старческого возраста, пациентам с дегидратацией или тяжелой сопутствующей патологией.
- * 1. Обезболивание с применением наркотических анальгетиков.
- * 2. Декомпрессия кишечника путем введения назогастрального зонда.
- * 3. Парентеральная дегидратация с коррекцией электролитов и КЩС.

- * 4. Антибактериальная терапия начинается с перорального приема или комбинированного введения антибиотиков, при его невозможности или неэффективности в течение 2-3 дней рассматривается вопрос о парентеральном назначении антибиотиков.

Приблизительные схемы АБТ:

- * - ципрофлоксацин 400 мг каждые 12 часов + метронидазол 500 мг каждые 6 часов;
- * - левофлоксацин 750 мг каждые 24 часа + метронидазол 500 мг каждые 6 часов;
- * - цефтриаксон 1-2 г каждые 24 часа + метронидазол 500 мг каждые 6 часов;
- * - ампициллин/сульбактам 3 г каждые 6 часов;
- * - пиперациллин/тазобактам 3.375 г каждые 6 часов или 4,5 г каждые 8 часов;
- * - тикарциллин-клавунат 3.1 г каждые 6 часов;
- * - эртапенем 1 г каждые 24 часа;
- * - импиенем 500 мг каждые 6 часов;
- * - меропиенем 1 г каждые 8 часов;
- * - дорипиенем 500 мг каждые 8 часов;
- * - тигецилин 100 мг - первая доза, затем 50 мг каждые 12 часов.

Дивертикулез, осложненный кровотечением

- * Лечение в стационаре. Как правило, кровотечения из дивертикулов тонкой кишки не сопровождаются выраженным болевым синдромом, однако обезболивание может потребоваться во время эндоскопических процедур.
- * 1. Обезболивание с применением наркотических анальгетиков.
- * 2. Декомпрессия кишечника путем введения назогастрального зонда.
- * 3. Парентеральная дегидратация с коррекцией электролитов и КЩС.
- * 4. Коррекция анемии гемотрансфузией - по показаниям.
- * 5. Антибактериальная терапия при выявлении признаков дивертикулита.
- * 6. Экстренная ФГДС с остановкой кровотечения из изъязвления методом коагуляции.

Хирургическое лечение

- * Экономная резекция тонкого кишечника показана при частых тяжелых рецидивах, формировании непроходимости, множественных дивертикулах с частыми кровотечениями.
- * При дивертикулах ДПК применяется латеральная дуоденотомия. Операцию лучше выполнять в плановом порядке.
- * Профилактика рецидивов включает в себя назначение месалазина.
- * При сочетании дивертикулеза ДПК с рецидивирующей хеликобактерной инфекцией показана эрадикация с учетом определения чувствительности или эмпирическая антихеликобактерная терапия 3-й, 4-й линии.

Список литературы

- * 1. <https://diseases.medelement.com/disease/дивертикулярная-болезнь-тонкой-кишки-без-прободения-и-абсцесса-k57-1/4716>
- * 2. <https://www.smed.ru/guides/43990>
- * 3. http://www.gastro-j.ru/files/44_49_1470879591.pdf
- * 4. http://vmede.org/sait/?id=msprav_Terapija&menu=msprav_Terapija&page=56
- * 5. http://ilive.com.ua/health/diagnostika-divertikuleza-kishechnika_110710i15938.html
- * 6. <https://www.klinika29.ru/diseases/divertikulez-tolstoy-kishki/>