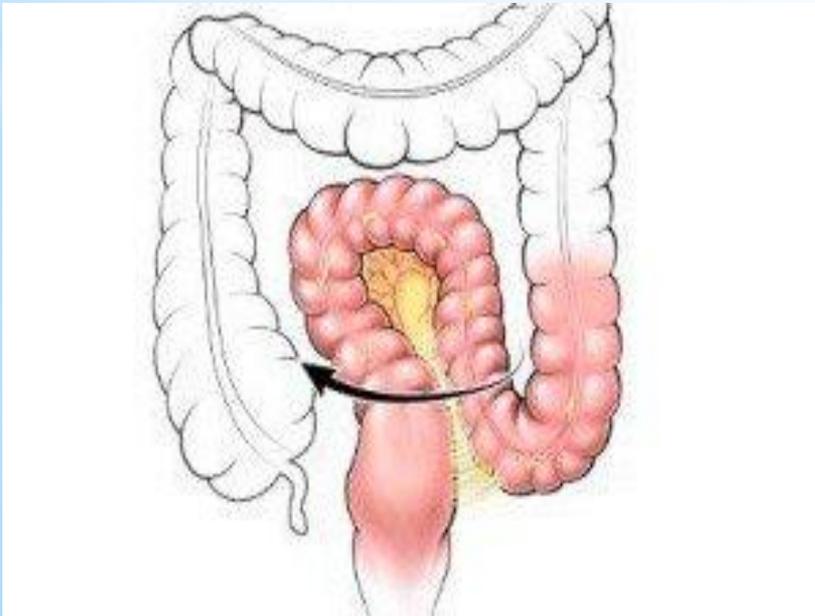


Презентация на тему: Долихосигма



Ниязов Мухамед лд 3-16

Поперечная
ободочная кишка

Печеночный
изгиб

Восходящий
отдел

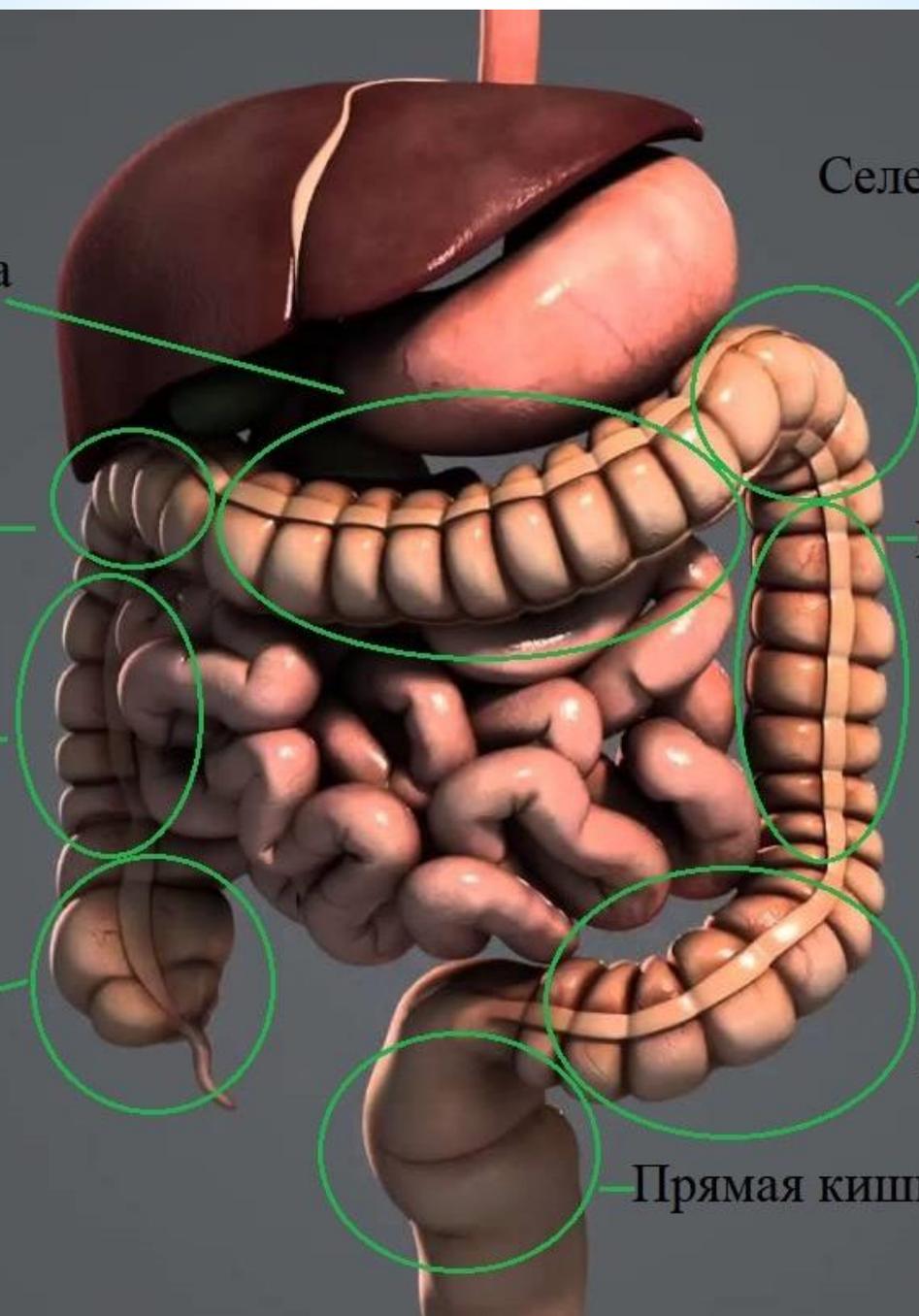
Слепая кишка

Селезеночный изгиб

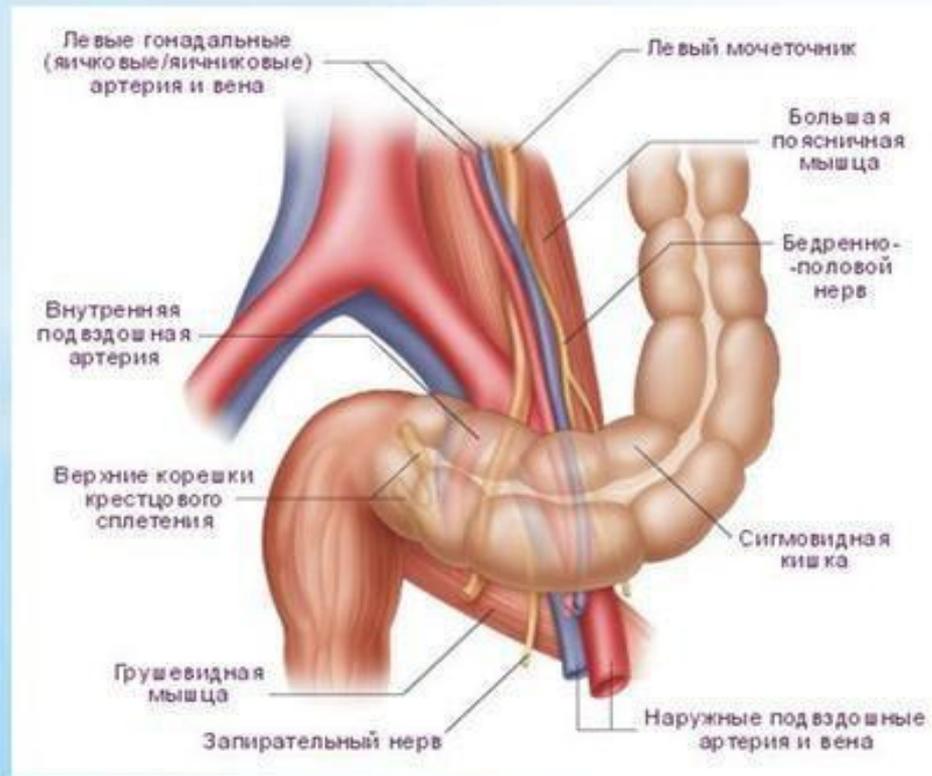
Нисходящий
отдел

Сигмовидная
кишка

Прямая кишка



Сигмовидная ободочная кишка длиной 15-60 см, расположена в левой подвздошной ямке от уровня гребня подвздошной кости до крестцово-подвздошного сустава. Соприкасается с петлями тонкой кишки, мочевым пузырем, маткой и яичником. На уровне крестцово-подвздошного сустава переходит в прямую кишку. Кишка образует две петли, форма и величина которых переменны. Брюшина покрывает сигмовидную ободочную кишку со всех сторон, образуя брыжейку, которая прикрепляется к задней брюшной стенке



Функции

* Обеспечивает формирование и выведение каловых масс. В просвете толстой кишки накапливаются экскреторные вещества (продукты метаболизма), соли тяжелых металлов и др. Бактериальная флора толстой кишки вырабатывает витамины В и К, а также обеспечивает переваривание клетчатки. ◡

три основные функции:

- * поглощение оставшейся воды и электролитов из перевариваемой пищи;
- * переваривание остатков пищи, которые не были переварены в тонкой кишке;
- * выведение отходов (фекалий) из организма.

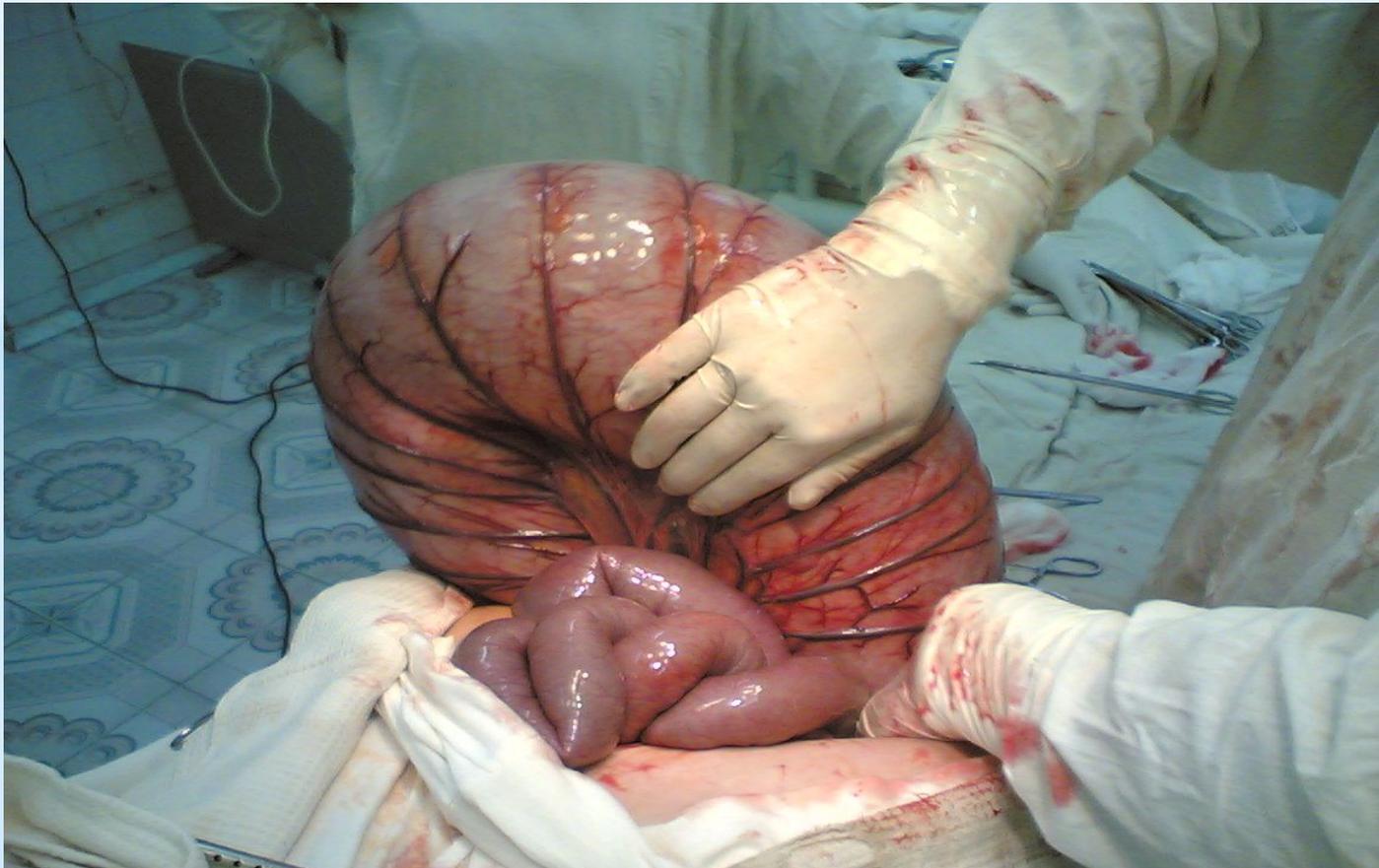
Долихосигма - аномалия строения сигмовидного отдела толстой кишки, заключающаяся в его удлинении без изменения диаметра просвета и толщины стенок. Удлиненная сигмовидная кишка при этом часто имеет повышенную подвижность, что сопровождается нарушением формирования и пассажа каловых масс.



* Эпидемиология

Частота долихосигмы в популяции достигает 25%, однако предполагается, что из-за стертости клинических проявлений и сложности диагностики патология выявляется далеко не во всех случаях. В педиатрии долихосигма обнаруживается у 40% детей, страдающих запорами.

В норме у взрослого человека длина петли сигмовидной кишки в среднем равняется 24-46 см: такая кишка расценивается как нормосигма. При длине сигмовидной кишки менее 24 см говорят о брахисигме, при длине более 46 см - о долихосигме. Сочетание удлинения сигмовидной кишки с ее расширением и утолщением стенок обозначается как мегадолихосигма.



Этиология

Причины развития долихосигмы ещё не установлены. Но выдвинуто несколько основных теорий. Эта патология бывает двух видов - врождённой и приобретённой. Чаще всего у детей диагностируют именно врождённую форму.

Врождённая долихосигма может развиваться под воздействием следующих факторов:

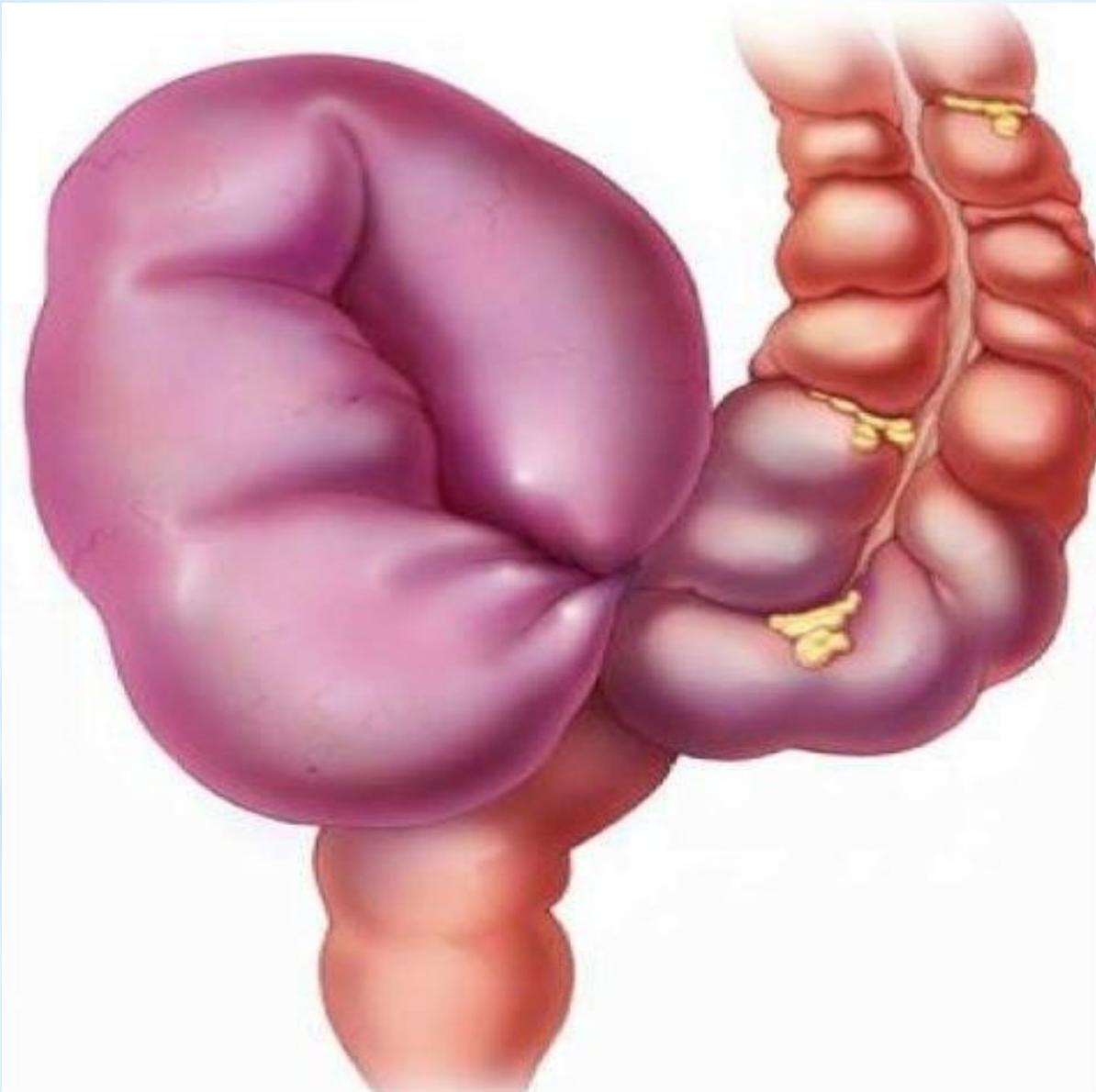
- генетическая предрасположенность;
- неблагоприятные экологические условия, в которых находилась мать во время вынашивания плода;
- приём беременной некоторых групп синтетических медицинских препаратов;
- у детей долихосигма также может развиваться из-за того, что во время беременности мать переболела инфекционными заболеваниями.

Приобретённая форма долихосигмы редко развивается у детей. Обычно эта патология поражает людей после 45 лет, которые ведут неактивный образ жизни, употребляют слишком много углеводистой и мясной пищи. Приобретённая форма начинает прогрессировать из-за нарушения пищеварения, которое произошло вследствие длительного брожения и гниения пищи в кишечнике.

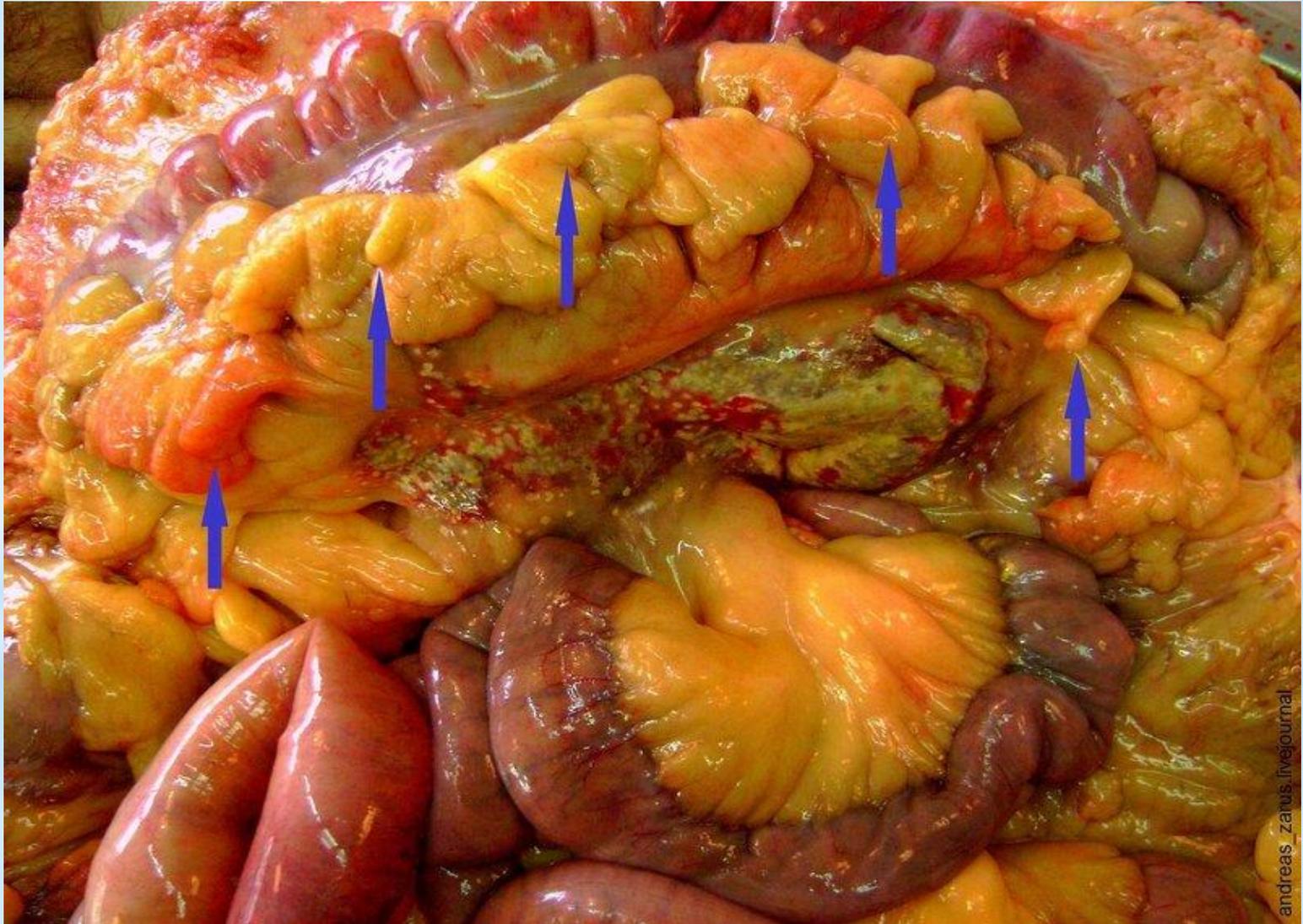
До настоящего времени в проктологии не решен вопрос о том, следует ли считать долихосигму пороком развития толстой кишки или индивидуальным вариантом нормы. С одной стороны, долихосигма встречается у 15% совершенно здоровых детей, что дает основание считать ее вариантом нормы. С другой стороны, удлинение сигмовидной кишки часто сопровождается органическими и функциональными нарушениями дистального отдела толстой кишки, что заставляет думать об аномалии развития

Патоморфологические изменения

Морфологическое исследование стенок кишки при долихосигме выявляет структурные нарушения, обусловленные кишечным стазом и хроническим воспалением: склеротические изменения брыжейки, гипертрофию мышечных волокон, миофиброз, поражение интрамуральных нервных ганглиев, дистрофию слизистой оболочки. Таким образом, в стенке кишки при долихосигме имеют место вторичные дегенеративные изменения, приводящие к нарушению ее моторной функции.



Паралич кишечника (частичная непроходимость)
стаз



Склеротические изменения брыжейки



Дистрофия слизистой

* Патогенез

В основе патогенеза лежит врожденное или приобретенное удлинение сигмовидной кишки. При наличии сопутствующих патологий часто развивается фиброз кишечной ткани, в результате которого нормальная ткань замещается соединительной.



Появляется отечность и гиперемия. Мышечные волокна разрастаются, что приводит к обильному пропитыванию стенок кишечника тканевой жидкостью.



Это приводит к нарушению нормальной сократительной активности кишечника, ослаблению тонуса кишечника. Поскольку интенсивность сократительных процессов снижается, каловые массы с трудом проходят по кишке, что приводит к развитию запора.



В свою очередь, постоянное нахождение каловых масс в кишечнике приводит к нарушению иннервации клеток кишечника, застойным явлениям, боли и интоксикации.

Классификация

1. Врожденная

Приобретенная

2. По положению:

S-образная(53%),

однопетлистая(27,8%),

двупетлистая(9,9%)

многопетлистая(9,3%).

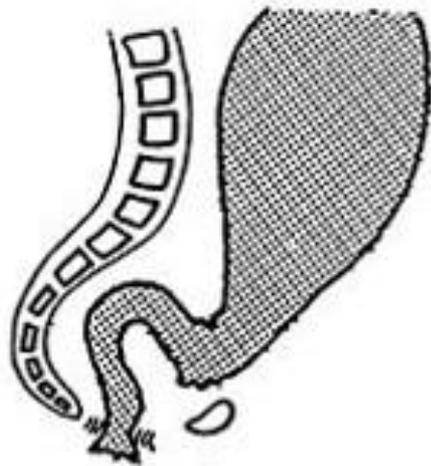
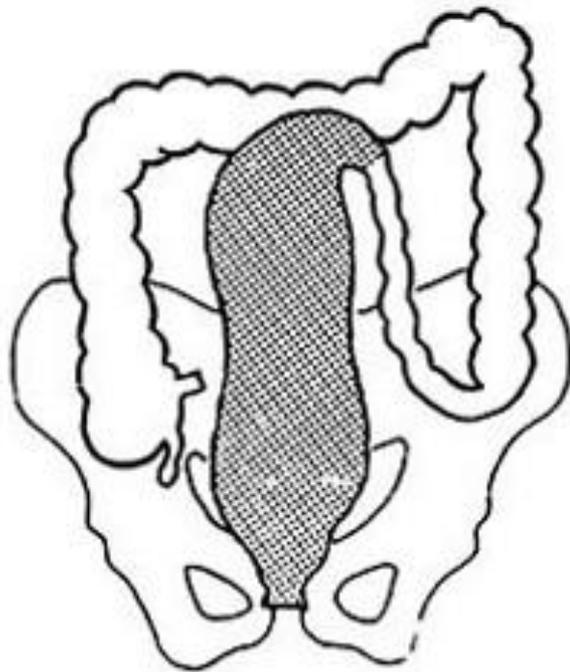
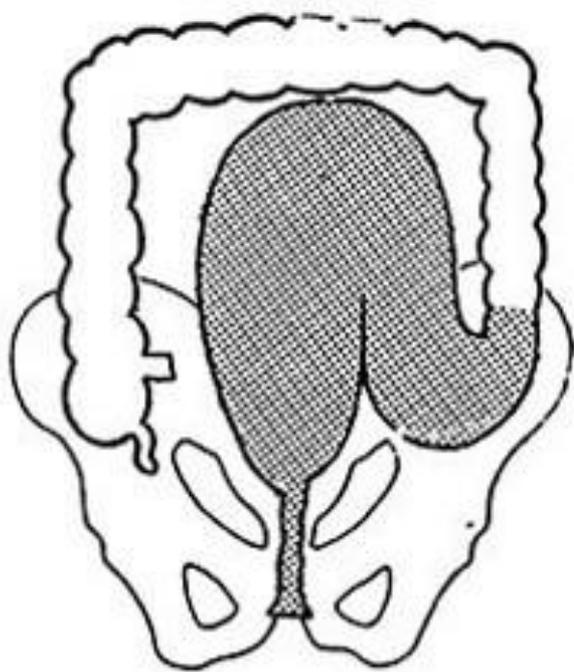
3. По клинической картине:

компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная.

4. По форме : Острая и хроническая.

При острой форме развивается продолжительный запор, который длится 3-5 дней. При этом возможна интоксикация организма, развитие сопутствующих патологий.

При хронической долихосигме запор становится постоянной проблемой. Возникают сильные боли, интоксикация.



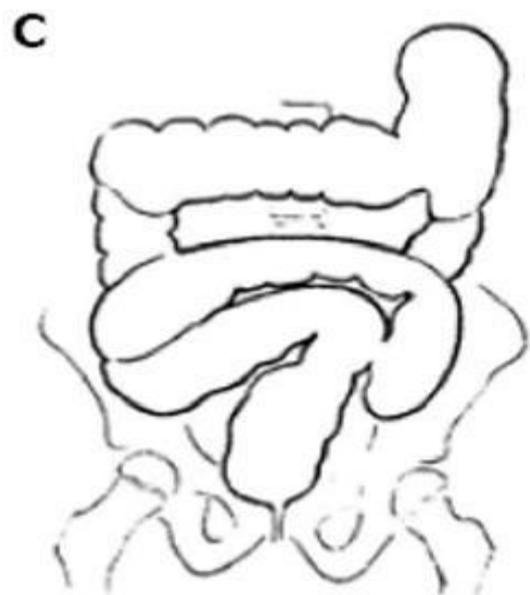
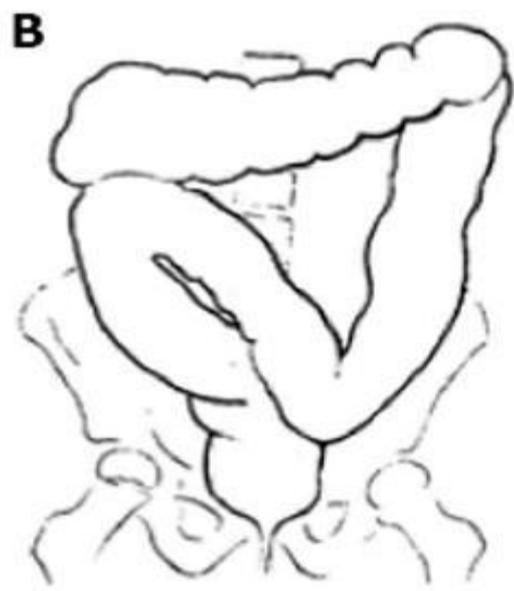
a



б



B



Стадии

Стадия компенсации характеризуется периодическими запорами длительностью до 3-х дней и болью в животе. Опорожнение кишечника достигается путем соблюдения специальной диеты и приема легких слабительных препаратов. Общее самочувствие человека остается нормальным.

Стадия субкомпенсации протекает с постоянными запорами, метеоризмом и болями в животе. Прием слабительных для регуляции стула малоэффективен, что заставляет родителей прибегать к регулярной постановке очистительных клизм.

Стадия декомпенсации является самой тяжелой клинической формой долихосигмы. Запоры длятся 7 и более дней, боли в животе беспокоят постоянно. Толстая кишка раздута и увеличена в размерах за счет скопления газов и каловых масс. Выражена интоксикация: отсутствие аппетита, тошнота, гнойничковые высыпания на коже. Могут возникать симптомы кишечной непроходимости. Для опорожнения кишечника эффективны только сифонные клизмы.

Клиника

- ◆ Самым ранним предвестником является запор.
В большинстве случаев аномалия развития бессимптомна, чаще всего никаких проявлений долихосигмы у пациентов не наблюдается. Но при развитии аномалии сигмовидной кишки могут наблюдаться:
- ◆ Запоры. Главный и основной симптом любой формы долихосигмы. Длительные (около недели) запоры развиваются как у детей, так и взрослых пациентов. Запоры могут сопровождаться кровяными примесями в кале, что происходит из-за повреждений каловыми массами стенок прямой кишки.
- ◆ Метеоризм. Избыточное образование газов также является спутником долихосигмы. Метеоризм сопровождается вздутием живота.
- ◆ Боль в левой подвздошной или околопупочной области, которые ослабевают или полностью исчезают после опорожнения кишечника.
- ◆ Пониженный аппетит и слабость. Вызваны общей интоксикацией организма.
- ◆ Кожные высыпания. Также являются следствием интоксикации.

Клиника

Кал у пациентов с долихосигмой плотный, большого диаметра, иногда напоминает «еловую шишку»; часто имеет зловонный запах. Повреждение слизистой прямой кишки при прохождении твердых каловых масс может вызывать появление примеси алой крови в стуле.

Боль в паху

Боль может иррадиировать в пах при воспалении и структурном повреждении кишечника, особенно если повреждению подвергнуты нервные волокна. Рубцовые изменения и фиброз также могут сопровождаться болью, которая отдает в паховую зону.



Со временем запор приобретает хронический характер, становится регулярным. По мере накопления кала в кишке, она расширяется, снижается ее чувствительность. В структурном плане - появляются дополнительные 2-3 петли. У больного постепенно исчезает иннервация, и пропадают позывы к дефекации. Развивается недержание кала. Кал постепенно твердеет и при прохождении может повредить стенки кишечника, в результате чего в кале появляются примеси крови. Поврежденное место воспаляется, развивается инфекционный процесс, нарушается целостность слизистой оболочки. Воспаление может передаться и на другие отделы пищеварительного тракта.

Клиника

Понос

Появление поноса может указывать на наличие сопутствующей патологии пищеварительного тракта, а также на присоединение инфекции, или пищевое отравление.



Долихосигма без запоров

Запоров не наблюдается только у 10 % пациентов, которым поставлен диагноз. Во всех остальных случаях долихосигма всегда сопровождается запором.

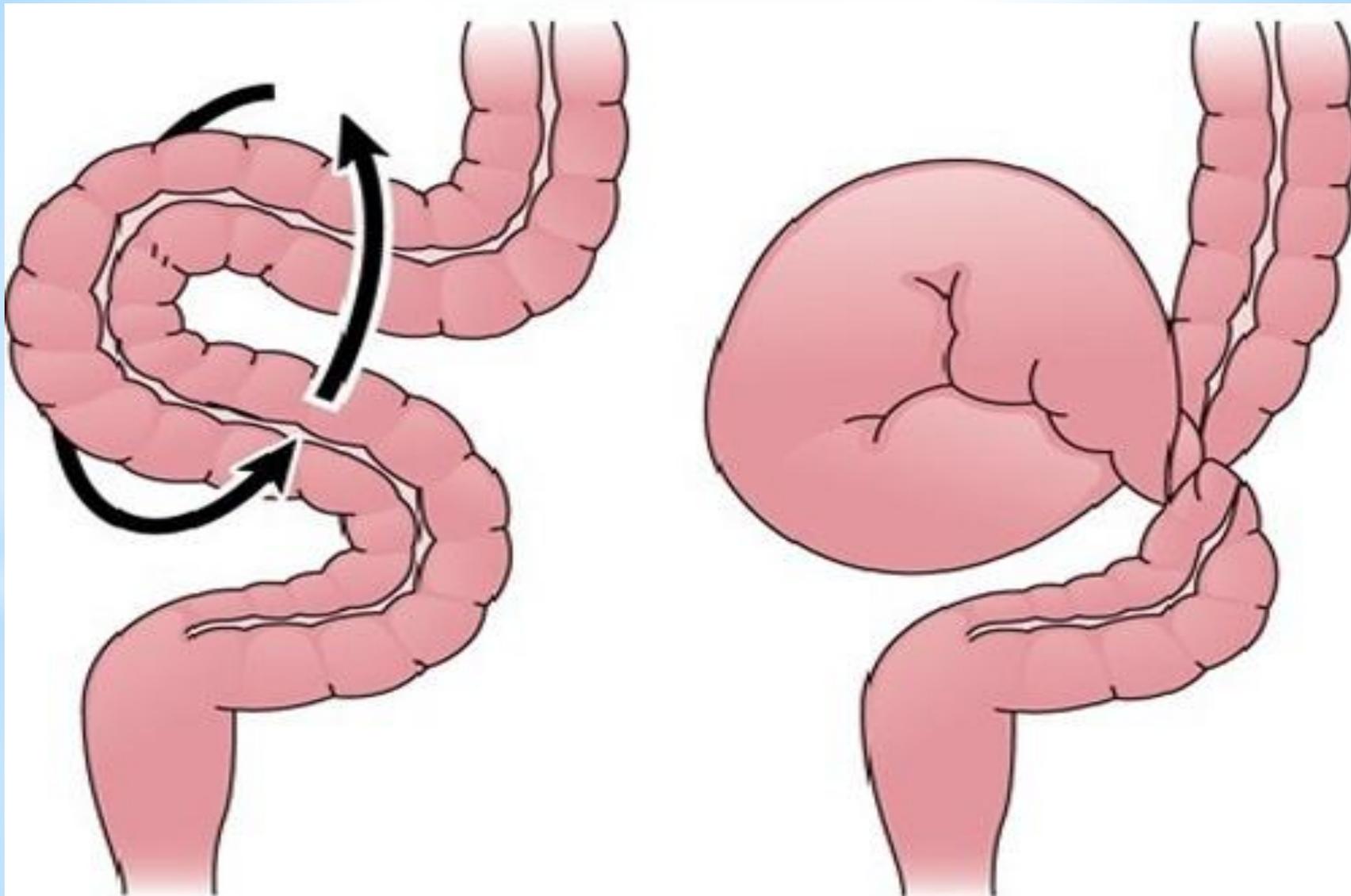
Тошнота

Тошнота может указывать на интоксикацию организма. Чаще всего развивается в том случае, если человек не опорожнялся длительное время, свыше 3-4 дней. Также тошнить может при продолжительном хроническом запоре, при котором каловые массы накапливаются в кишке, она никогда полностью не очищается. В результате происходит накопление токсинов, развивается брожение и гнилостные процессы.

Осложнения и последствия

- «Каловая» интоксикация (отравление организма) – развивается из-за длительного отсутствия опорожнения кишечника в результате самоотравления организма токсическими веществами.
- «Каловые камни» – в результате длительных запоров каловые массы становятся плотными и твердыми и выйти из кишечника самостоятельно не могут.
- Возникновение кишечной непроходимости (нарушения движения пищи и каловых масс по кишечнику).
- Анемия – снижения в крови гемоглобина (белка-переносчика кислорода) и эритроцитов (красных кровяных клеток).
- Гнойные высыпания на коже.
- Снижение веса.
- Синдром раздраженного кишечника — комплекс функциональных (обусловленных нарушениями функций кишки при отсутствии структурных повреждений ее ткани) кишечных нарушений, который включает в себя боль и/или дискомфорт в животе, исчезающий после дефекации (опорожнения прямой кишки).





Кишечная непроходимость

Клиническая семиотика

- Рвота вначале носит рефлекторный характер
- В позднем периоде она становится неукротимой, рвотные массы приобретают каловый вид и запах за счет бурного размножения кишечной палочки в верхних отделах пищеварительного тракта.
- Каловая рвота - несомненный признак механической кишечной непроходимости, но для уверенной диагностики этого патологического состояния не стоит дожидаться данного симптома, так как он часто указывает на «неизбежность летального исхода» (Г. Мондор).

Клиническая семиотика

- *Задержка стула и газов - патогномоничный признак непроходимости кишечника. Это ранний симптом низкой непроходимости*
- При инвагинации, из заднего прохода иногда появляются кровянистые выделения

Осмотр живота

- *обязательно следует начинать с обследования всех возможных мест выхода грыж, чтобы исключить их ущемление, как причину возникновения этого опасного синдрома.*
- *Особое внимание необходимо к бедренным грыжам у пожилых женщин. Ущемление участка кишки без брыжейки в узких грыжевых воротах не сопровождается выраженными локальными болевыми ощущениями.*
- *Вздутие живота*
- *Видимая перистальтика*

Пальпация живота

- *симптом Тэвенара* - резкая болезненность при надавливании брюшной стенки на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии, то есть там, где обычно проецируется корень ее брыжейки
- При сукуссии (легком сотрясении живота) можно услышать «шум плеска» - *симптом Склярова*

Аускультация живота

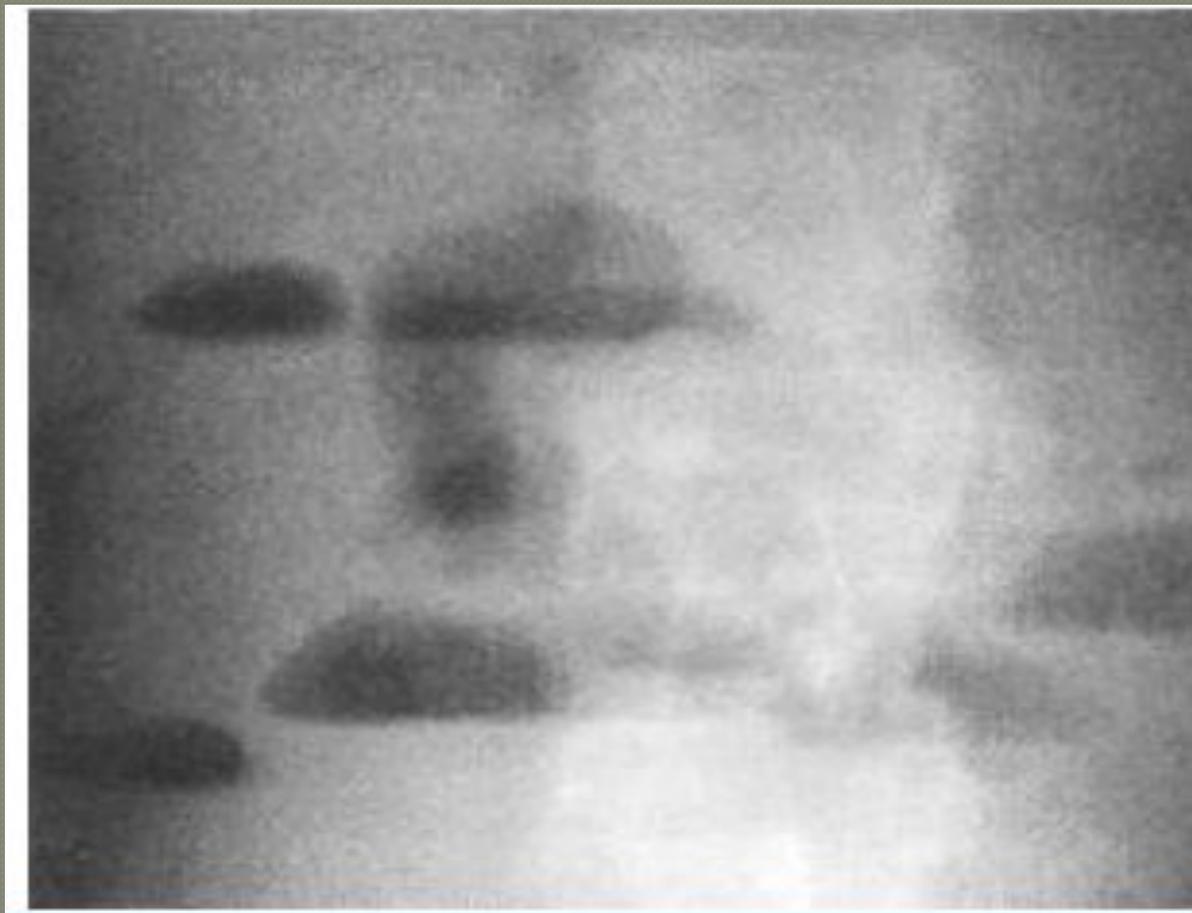
- «услышать шум начала и тишину конца» (Г.Мондор).
- Иногда можно уловить «шум падающей капли» (*симптом Спасокукоцкого - Вильмса*) после звуков переливания жидкости в растянутых петлях кишечника
- «мертвая (могильная) тишина» - несомненно, зловещий признак непроходимости кишечника

-
- Исследование больного острой кишечной непроходимостью обязательно должно быть дополнено *пальцевым ректальным исследованием.*
 - *симптом Обуховской больницы*
(расширение ампулы прямой кишки)
 - *симптом Цеге-Мантейфеля* (малая вместимость при сиф клизме не более 600мл)

Рентгенологическое исследование
Обзорная рентгенограмма брюшной
полости. Кишечные арки.



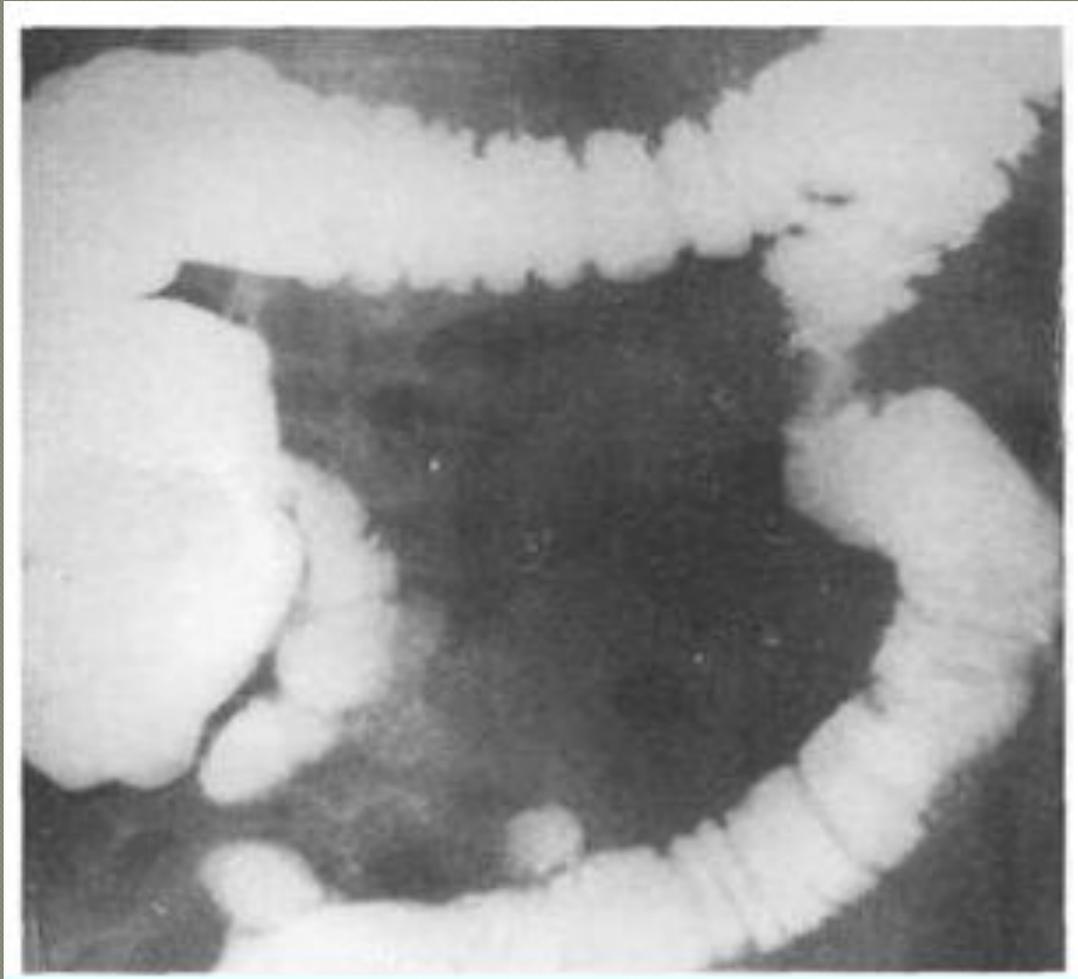
Рентгенологическое исследование
Обзорная рентгенограмма брюшной
полости. Тонкокишечные уровни жидкости и
чаши Клойбера



Обзорная рентгенограмма брюшной полости. Симптом перистости (растянутой пружины).



Ирригоскопия. Опухоль нисходящей
ободочной кишки при разрешившейся
кишечной непроходимости



Диагностика долихосигмы

Анамнеза заболевания и жалоб (когда (как давно) появились запоры (стул начал отсутствовать в течение нескольких дней и недель, дефекация (опорожнение прямой кишки) стала возможной только после клизмы, с чем пациент связывает возникновение этих симптомов).

Анализ семейного анамнеза (наличие у родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта – гастрита (воспаления желудка), язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (образования язв в слизистой желудка и 12-перстной кишки), желчно-каменной болезни (образования камней в желчном пузыре), была ли у кого-нибудь из близких родственников болезнь Гиршпрунга - недостаток или отсутствие нервных ганглиев (специализированных нервных клеток) в стенке кишки, с потерей ее функции).

Осмотр: пальцевое исследование прямой кишки (при этом прямая кишка пустая, даже если долгое время не было стула);

Пальпация (ощупывание) живота, при которой пациент будет жаловаться на боль слева около пупка.

Лабораторные методы исследования.

Клинический и биохимический анализы крови (диагностика возможных малокровия (снижения гемоглобина и эритроцитов в крови), воспалительных реакций, заболеваний печени, поджелудочной железы, почек, содержания основных электролитов крови- калия, кальция, магния, натрия, хлора).

Анализ кала на скрытую кровь (при подозрении на скрытое кровотечение из желудка или кишечника).

Копрограмма - анализ кала (можно обнаружить непереваренные фрагменты пищи, жира, грубые пищевые волокна).

Анализ кала на яйца глист (круглые черви аскариды, острицы) и организмы царства простейших (амебы, лямблии).

Инструментальные методы исследования.

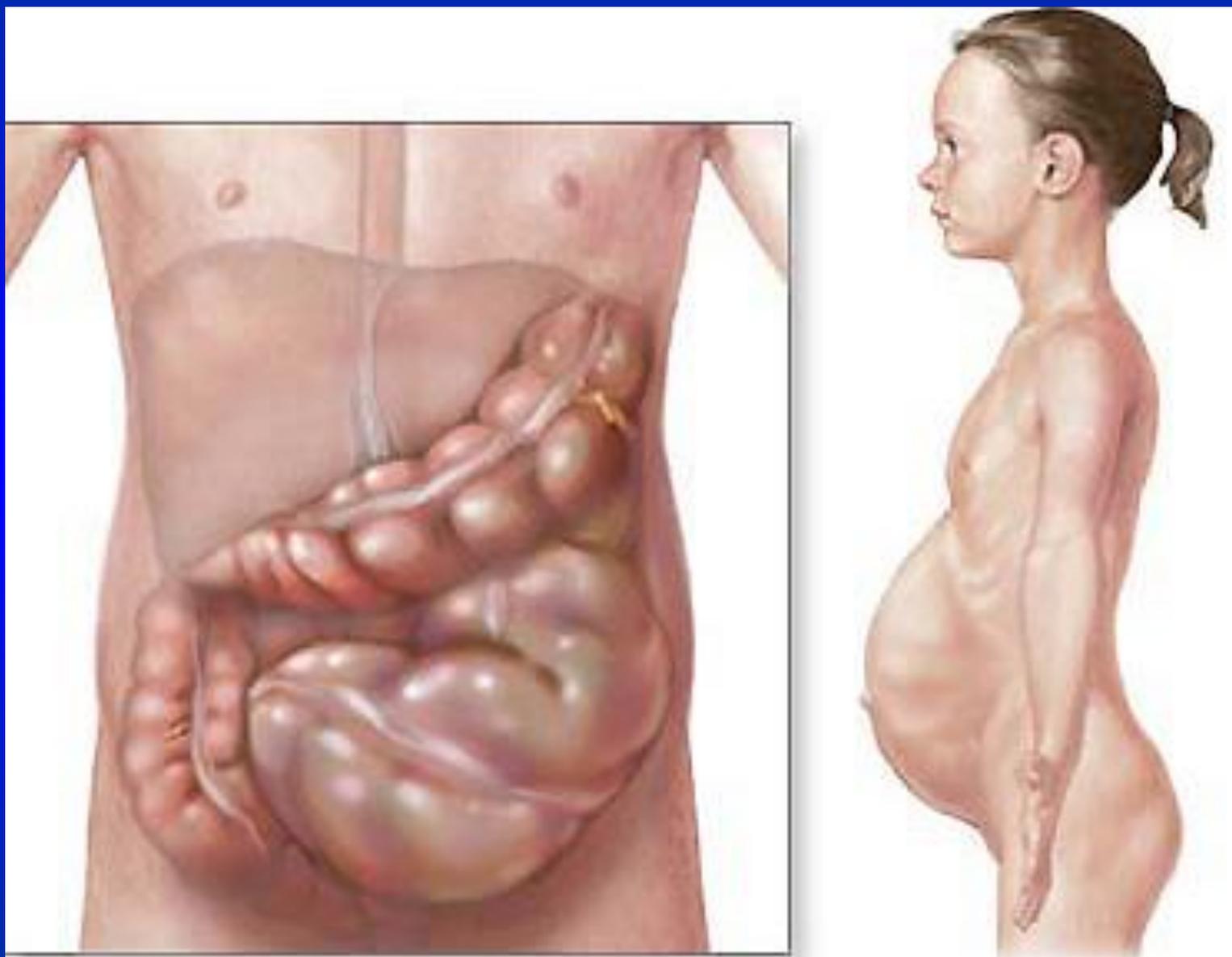
Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (удается увидеть дополнительную петлю кишечника, расширенную сигмовидную кишку - отдел толстого кишечника).

Рентгенологическое обследование кишечника, при котором обнаруживаются характерные для этой болезни расширенные петли толстого кишечника.

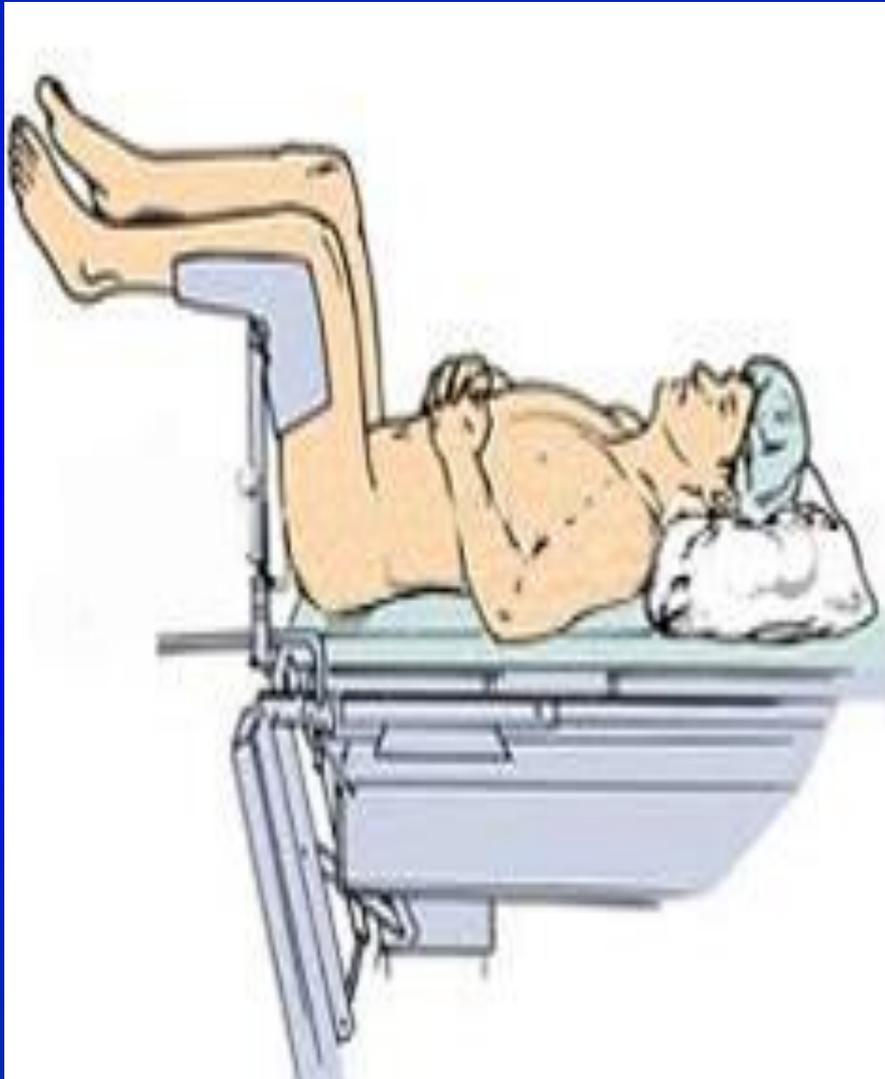
Решающим инструментальным методом в диагностике долихосигмы является **ирригография**, в ходе которой выявляется удлинение сигмовидной кишки, наличие дополнительных петель в виде «восьмерки», «двустволки», «узла», «улитки» и т. д.

Одним из наиболее эффективных методов инструментального исследования является колоноскопия.

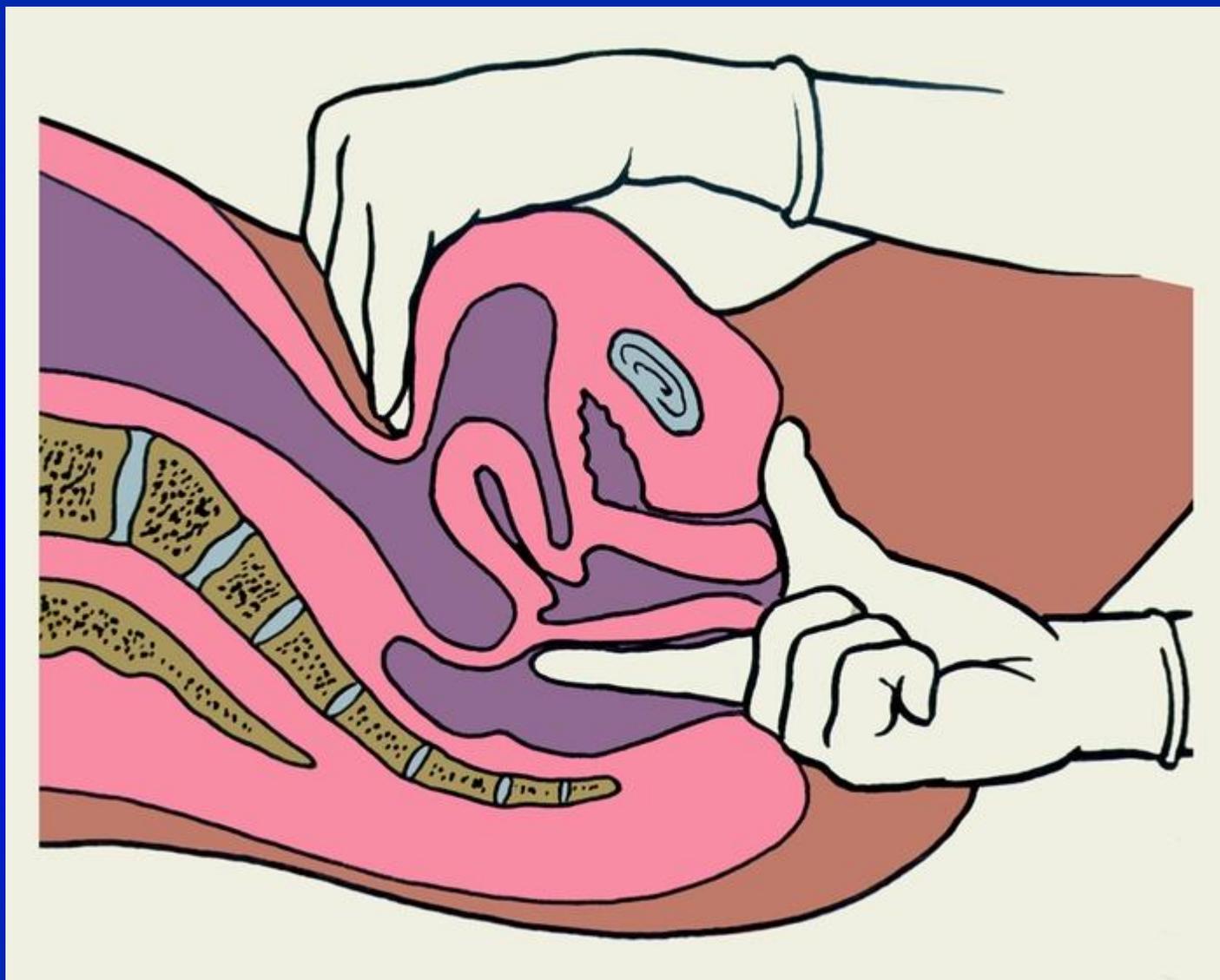
Долихоколон. Долихосигма. Мегаколон.



Стандартное положение для исследования колопроктологического больного – литотомическое



Пальцевое исследование прямой кишки



Ректороманоскопия (предложена в 1897 году С.П. Федоровым)



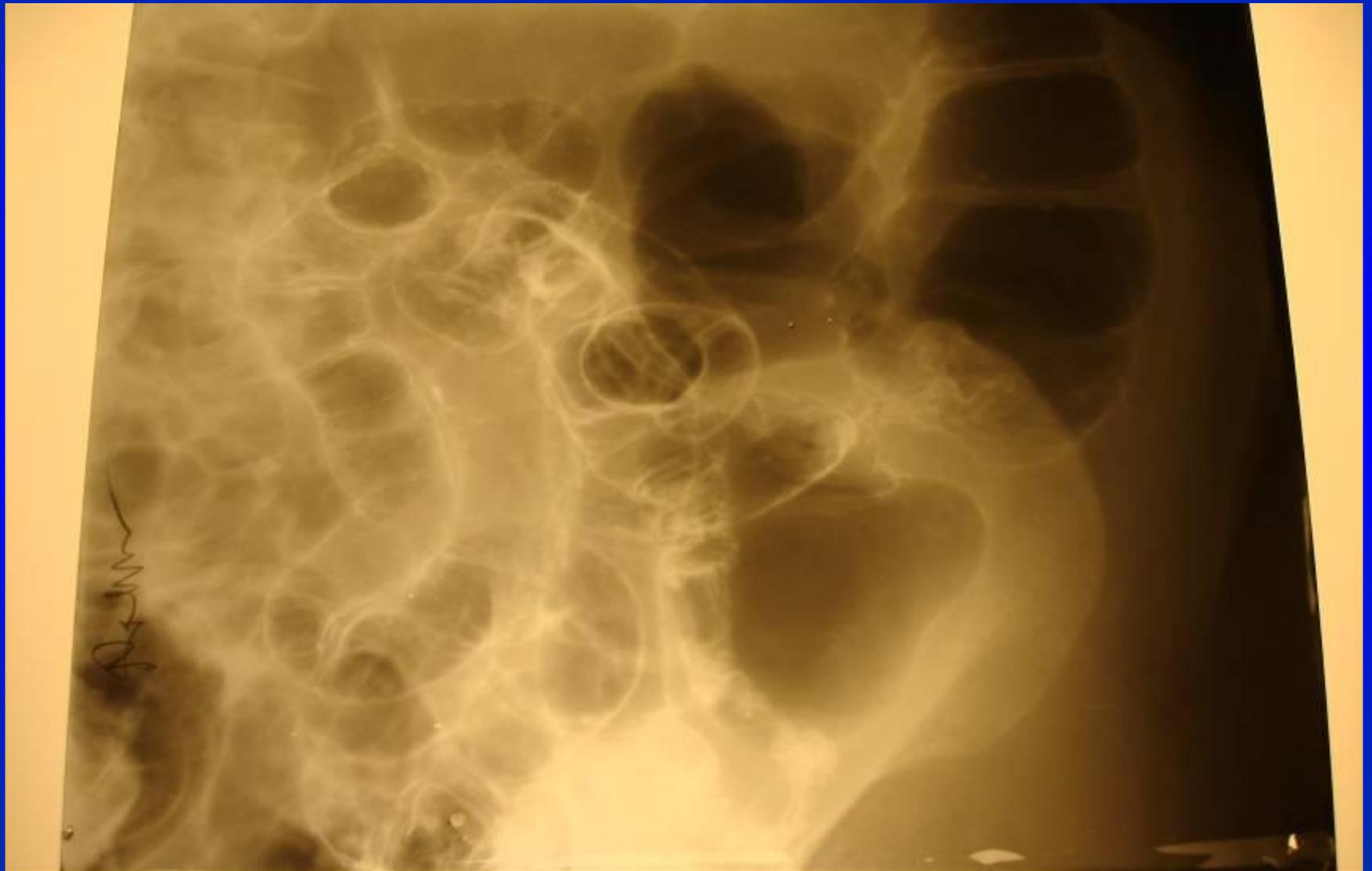
Ирригоскопия (1 фаза – тугое наполнение)



Ирригоскопия (2 фаза – опорожнения)



Ирригоскопия (3 фаза – двойного контрастирования)





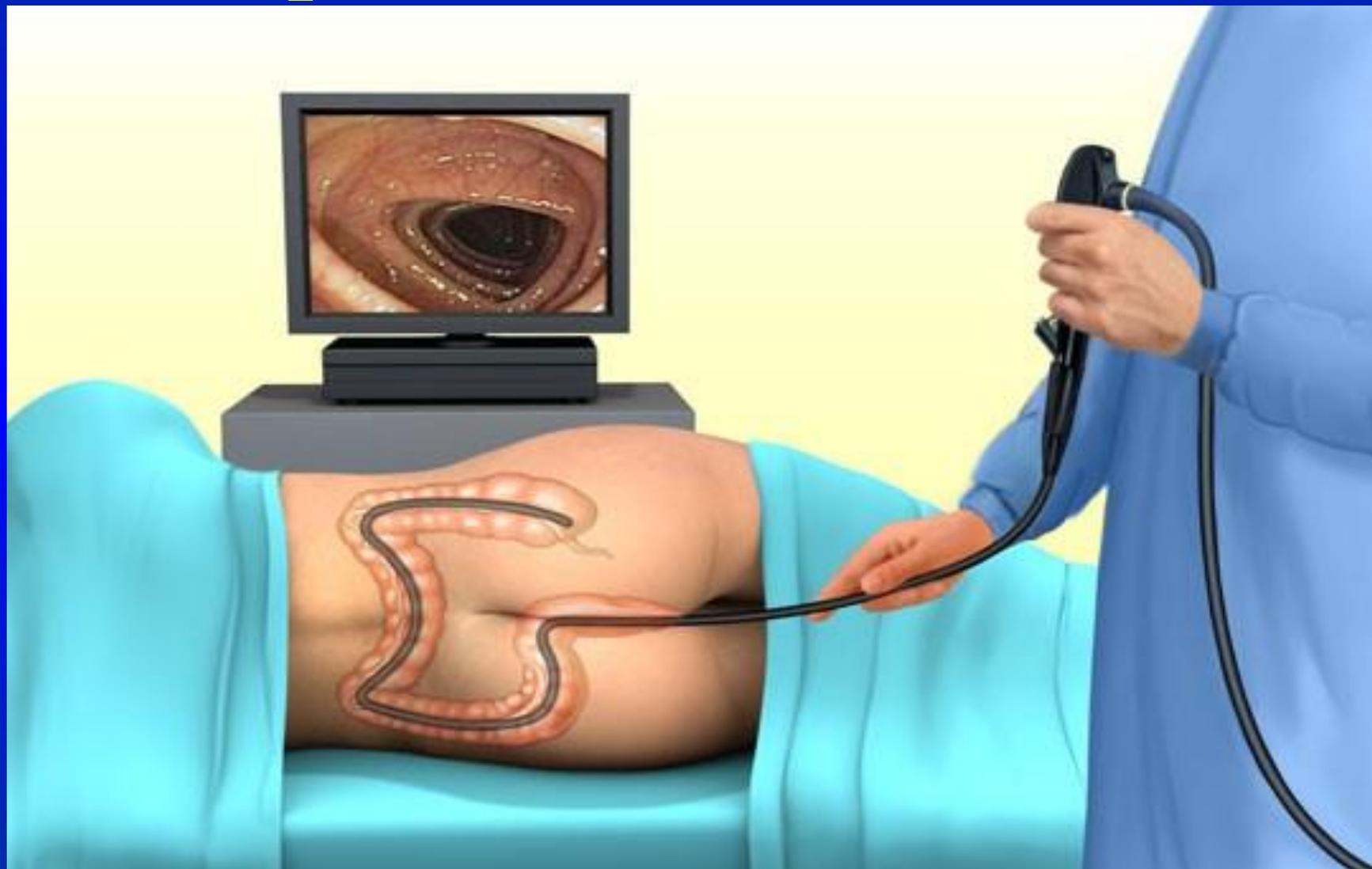
Долихосигма

Долихосигма



Удлиненная
петля
сигмовидной
кишки
располагается
под печенью

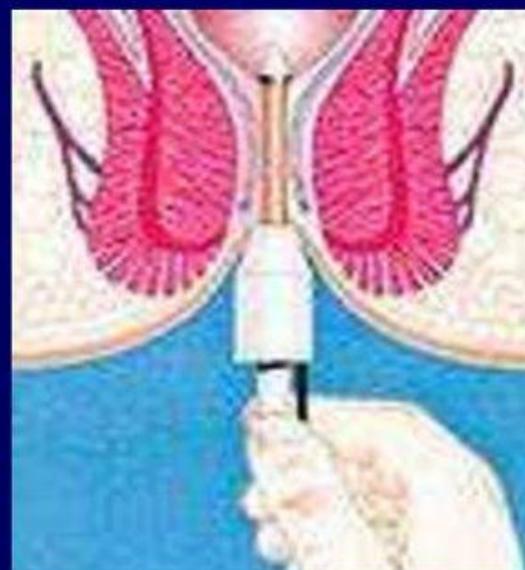
Фиброколоноскопия (ФКС)



Сфинктерометрия

Метод служит для объективной оценки состояния сфинктеров заднего прохода. Он дает возможность определить в количественном отношении тонус сфинктеров, максимальную силу их сокращения и показатель волевого усилия.

Наиболее простой и достаточно удобной является модель Аминева. Прибор состоит из оливы, которую вводят в прямую кишку и с помощью стержня с крючком соединяют снаружи с обычными весами типа «безмен».



Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз проводится в зависимости от стадии и выраженности клинических проявлений с такими заболеваниями, как синдром раздражённой кишки, функциональная кишечная диспепсия, колиты, идиопатический мегаколон, болезнь Гиршпрунга.

Основным дифференциально-диагностическим отличием долихосигмы от идиопатического мегаколон является соотношение диаметра кишки и её длины. Для долихосигмы характерно значительное увеличение длины и некоторое расширение просвета; при идиопатическом мегаколон, наоборот, расширение кишки преобладает над удлинением. Существует множество переходных состояний, что позволяет объединить подобную рентгенологическую картину под терминами «мегадолихосигма» или «мегадолихоколон».

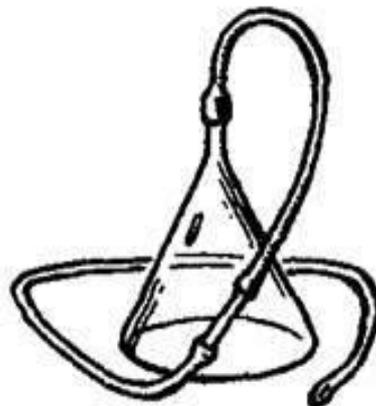
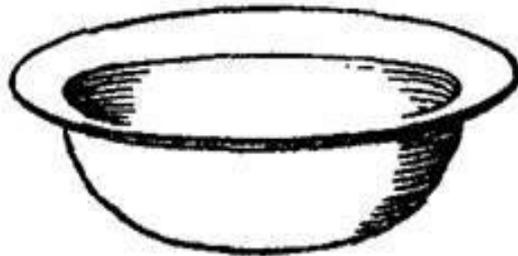
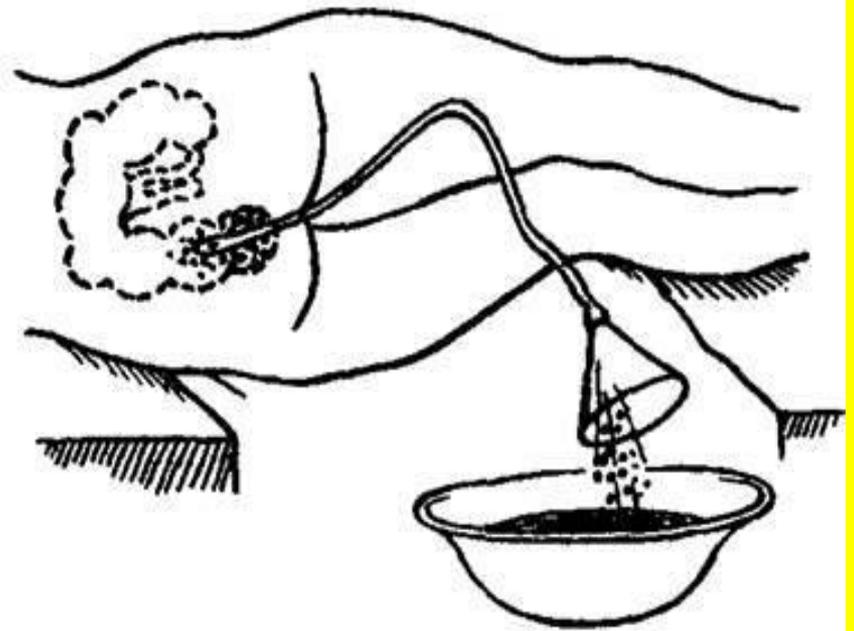
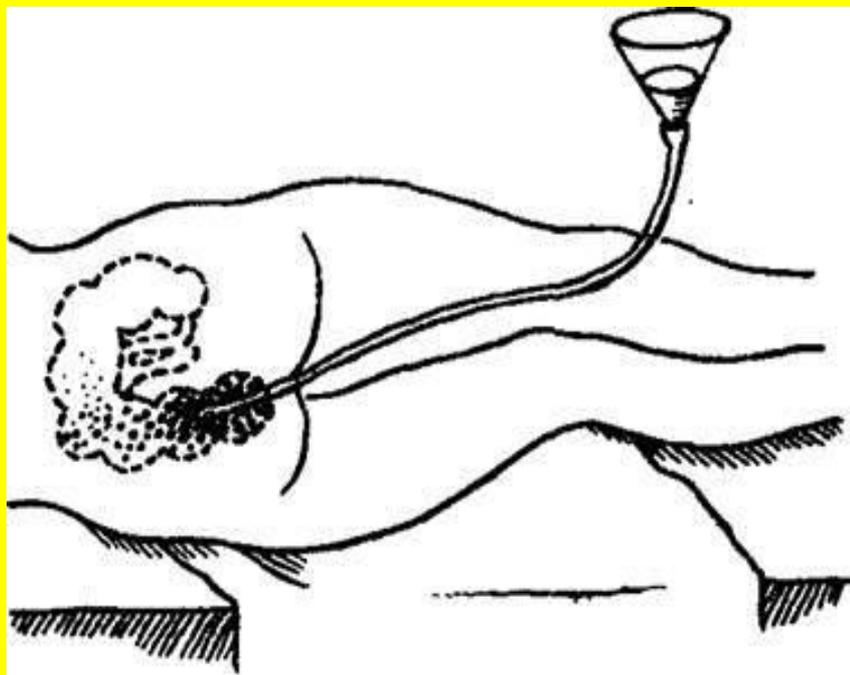
В отличие от болезни Гиршпрунга при долихосигме все симптомы заболевания появляются позже и нарастают медленно. При рентгенологическом исследовании не выявляется суженная зона в толстой кишке. В затруднительных случаях, особенно при мегадолихосигме, может быть использована трансанальная биопсия мышечного слоя стенки прямой кишки для изучения морфологии интрамурального сплетения.

ЛЕЧЕНИЕ . Лечение больных с долихосигмой должно быть направлено:

- **1)на восстановление условного рефлекса на дефекацию;**
- **2)улучшение кишечного транзита;**
- **3)устранение болевого синдрома;**
- **4)лечение дисбактериоза.**

Лечение долихосигмы

- Прокинетики(цезаприд).
- Спазмолитики(но-шпа) при наличии спастического колита.
- Натуральные и синтетические метаболитные препараты
- ЛФК, массаж живота, рефлексотерапия, электростимуляция(наружная – «Амплипульс» и эндоректальная – «Эндотон», медикаментозная стимуляция (инъекции прозерина, витаминотерапия – В₁, В₆).
- Ферментотерапия. С целью устранения образования каловых камней назначаются фестал, мезим-форте, креон.
- Санаторно-курортное лечение (применение минеральных вод, бальнеологическое лечение, комплексные мероприятия).



Радикальное хирургическое вмешательство требуется редко.

Показаниями к нему становятся:

- Непроходимость кишечника;
- Длительный запор;
- Дополнительные нерасправляемые петли кишечника;
- Каловая интоксикация.

- При долихосигме производится резекция сигмовидной кишки.
- В случае преимущественного поражения дистального отдела сигмовидной кишки операцией выбора служит проктосигмоидэктомия.

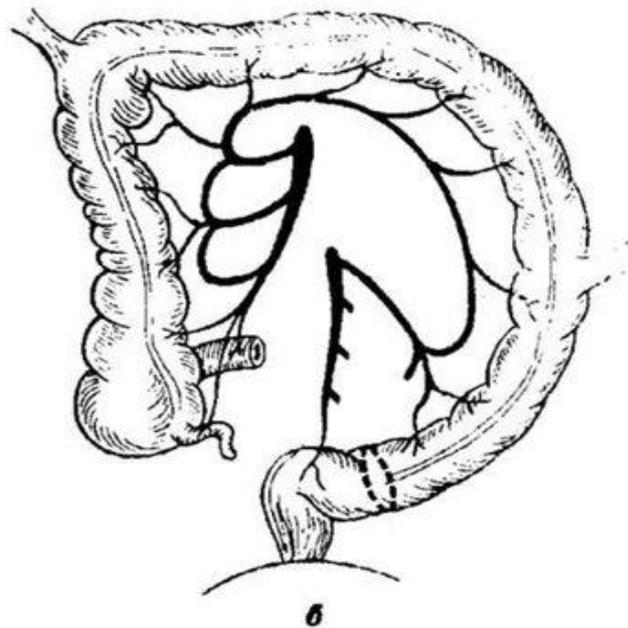
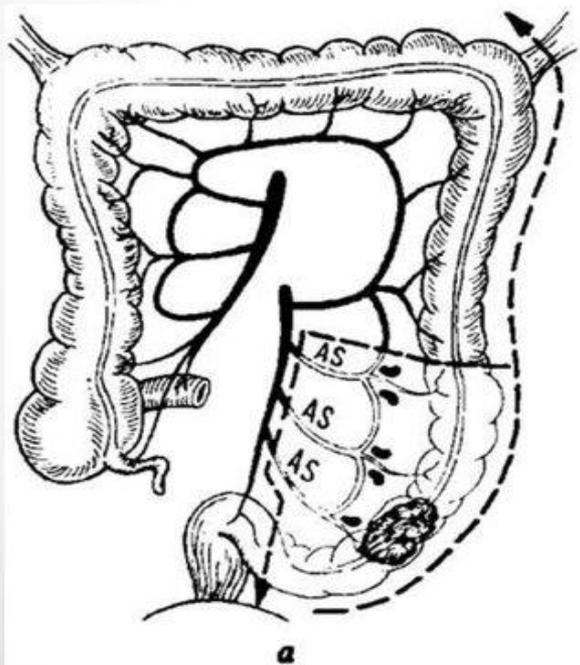
- **Резекция сигмовидной кишки.**

Производится при опухолях сигмовидной кишки.

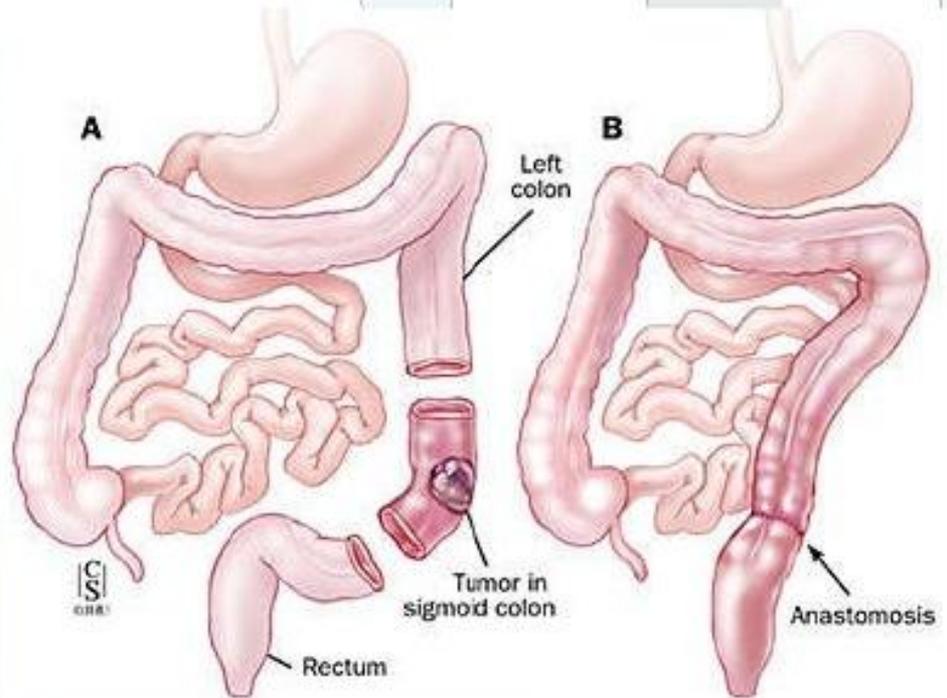
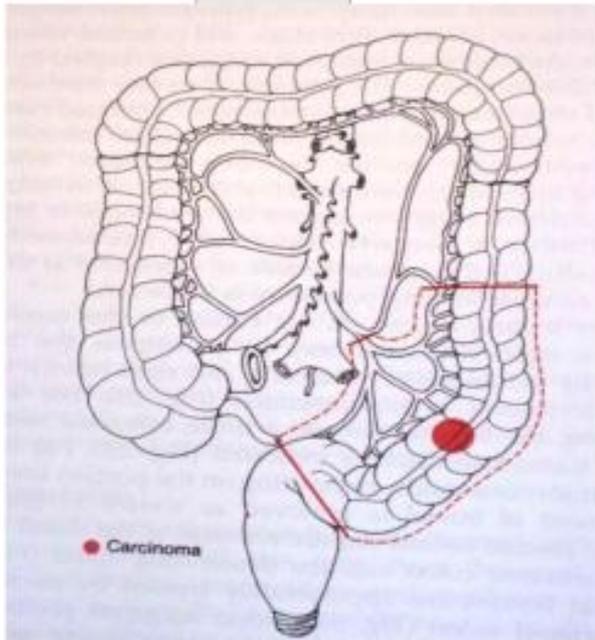
Пересекаются артерии сигмовидной кишки .

Непрерывность кишечного тракта восстанавливается наложением *анастомоза между верхней и нижней*

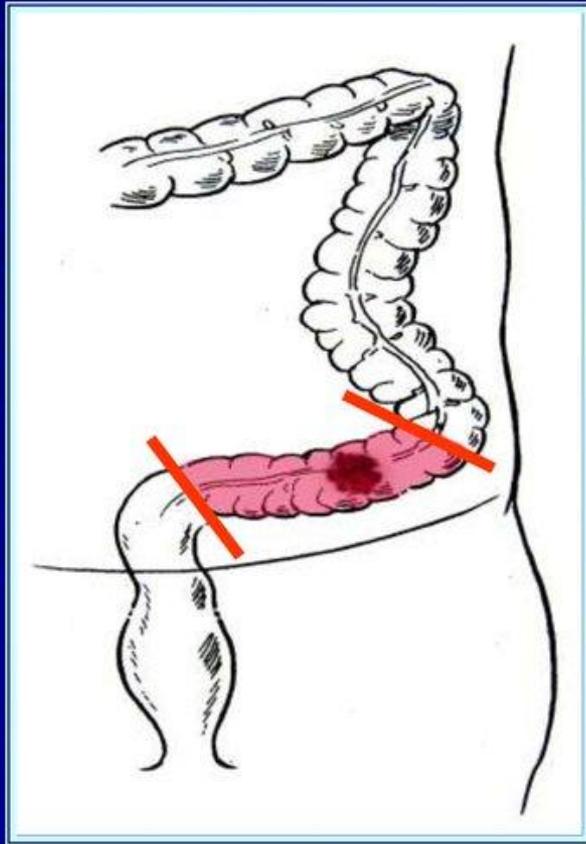
культями сигмовидной кишки. Если это наталкивается на значительные трудности, то мобилизуется селезеночный изгиб и нисходящая часть кишки.



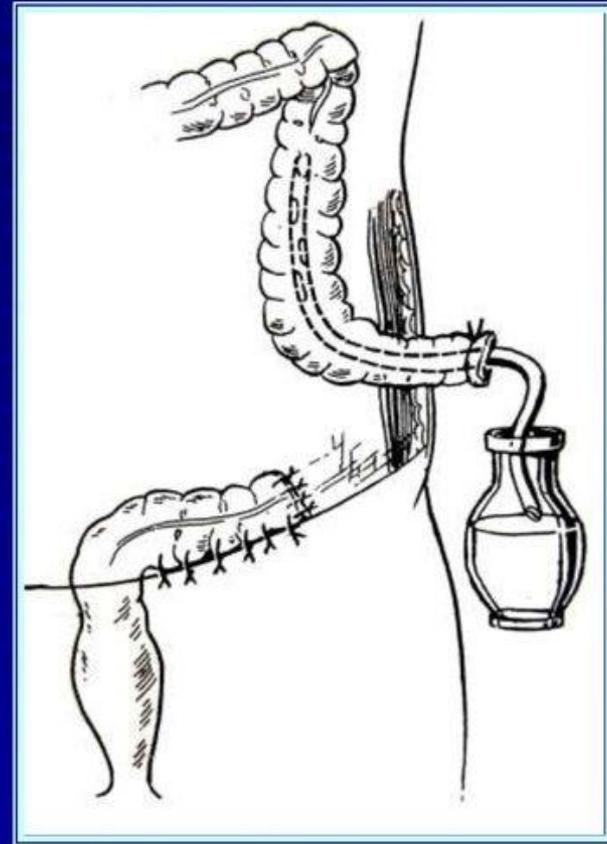
Sigmoidectomy



Операция Гартмана



**Резекция
пораженного участка**



**Формирование
одноствольной
колостомы**