

Заболевания ободочной и прямой кишки.

Краткая анатомо-физиологическая характеристика

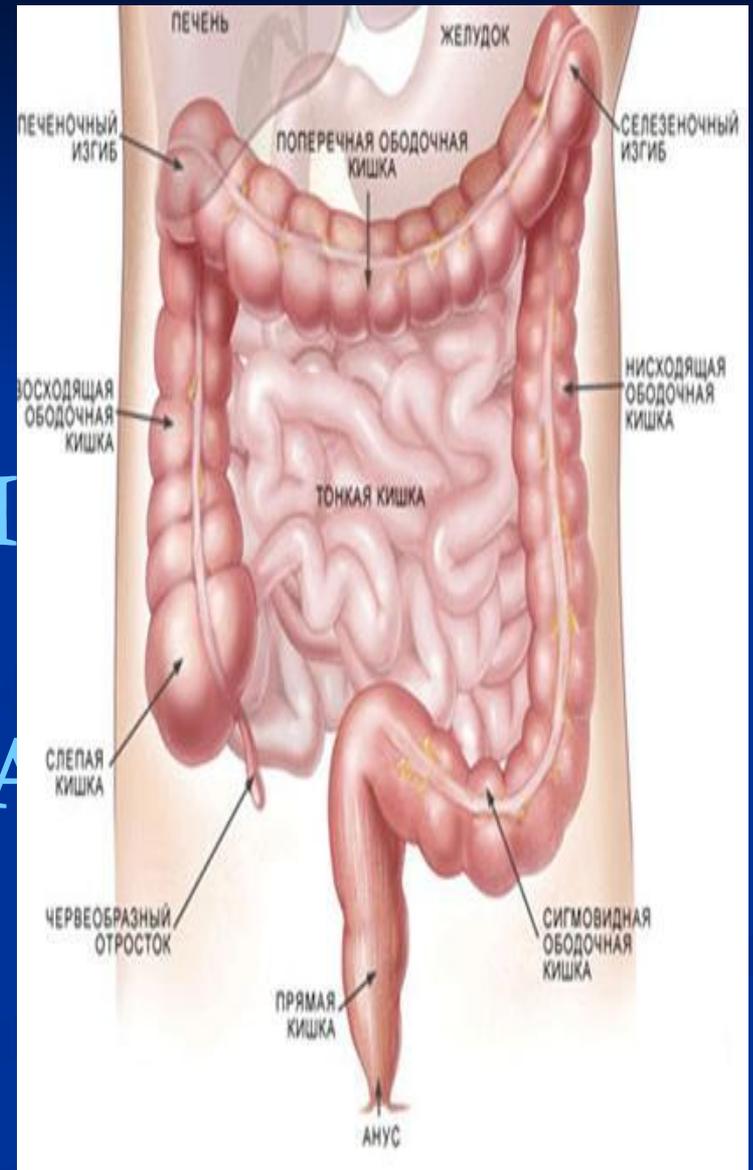
ТОЛСТАЯ КИШКА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕПУЮ КИШКУ, ВОСХОДЯЩУЮ, ПОПЕРЕЧНУЮ, НИСХОДЯЩУЮ, СИГМОВИДНУЮ ОБОДОЧНУЮ И ПРЯМУЮ КИШКУ. ДЛИНА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 1-2 М, ДИАМЕТР 4-6СМ. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА НЕ ИМЕЕТ ВОРСИНОК. ВОСХОДЯЩАЯ ОБОДОЧНАЯ КИШКА РАСПОЛОЖЕНА МЕЗОПЕРИТОНЕАЛЬНО. В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ КИШКА ОБРАЗУЕТ ПЕЧЕНОЧНЫЙ ИЗГИБ И ПЕРЕХОДИТ В ПОПЕРЕЧНУЮ ОБОДОЧНУЮ КИШКУ. ПОПЕРЕЧНАЯ ОБОДОЧНАЯ КИШКА РАСПОЛОЖЕНА ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНО, ИМЕЕТ ДЛИННУЮ БРЫЖЕЙКУ, ЕЁ ПЕРЕДНЯЯ ПОВЕРХНОСТЬ СРАЩЕНА С БОЛЬШИМ САЛЬНИКОМ. В ЛЕВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ КИШКА ОБРАЗУЕТ ЛЕВЫЙ ИЗГИБ И ПЕРЕХОДИТ В НИСХОДЯЩУЮ ОБОДОЧНУЮ КИШКУ, КОТОРАЯ РАСПОЛОЖЕНА МЕЗОПЕРИТОНЕАЛЬНО. НИСХОДАЩАЯ ОБОДОЧНАЯ КИШКА ПЕРЕХОДИТ В СИГМОВИДНУЮ,

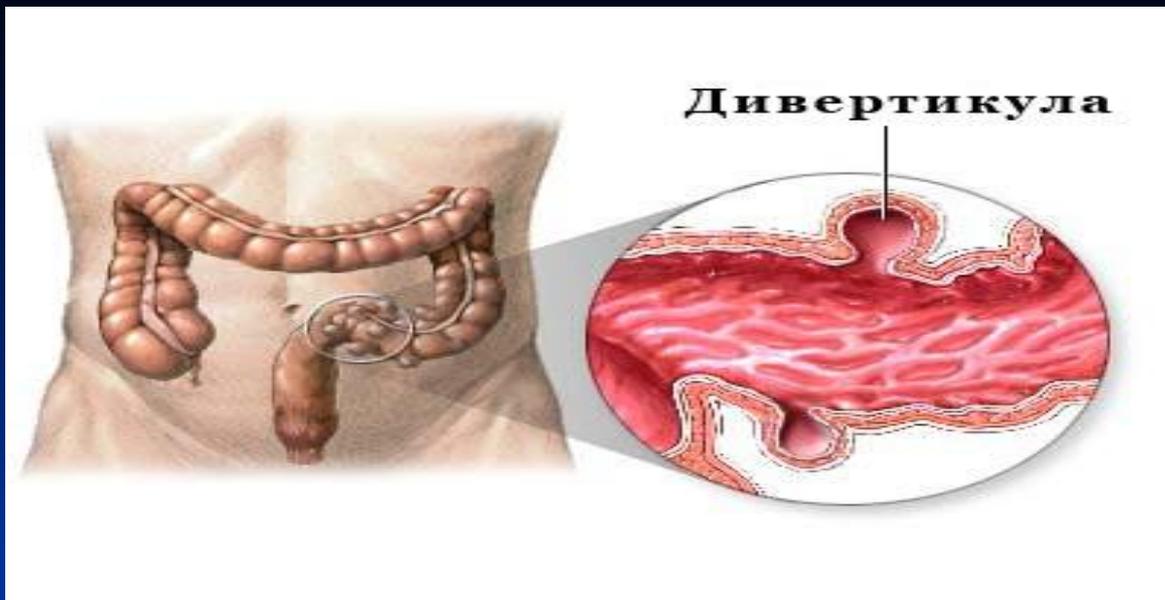
Функции ободочной кишки:

- МОТОРНАЯ

- ВСАСЫВАТЕЛЬНАЯ

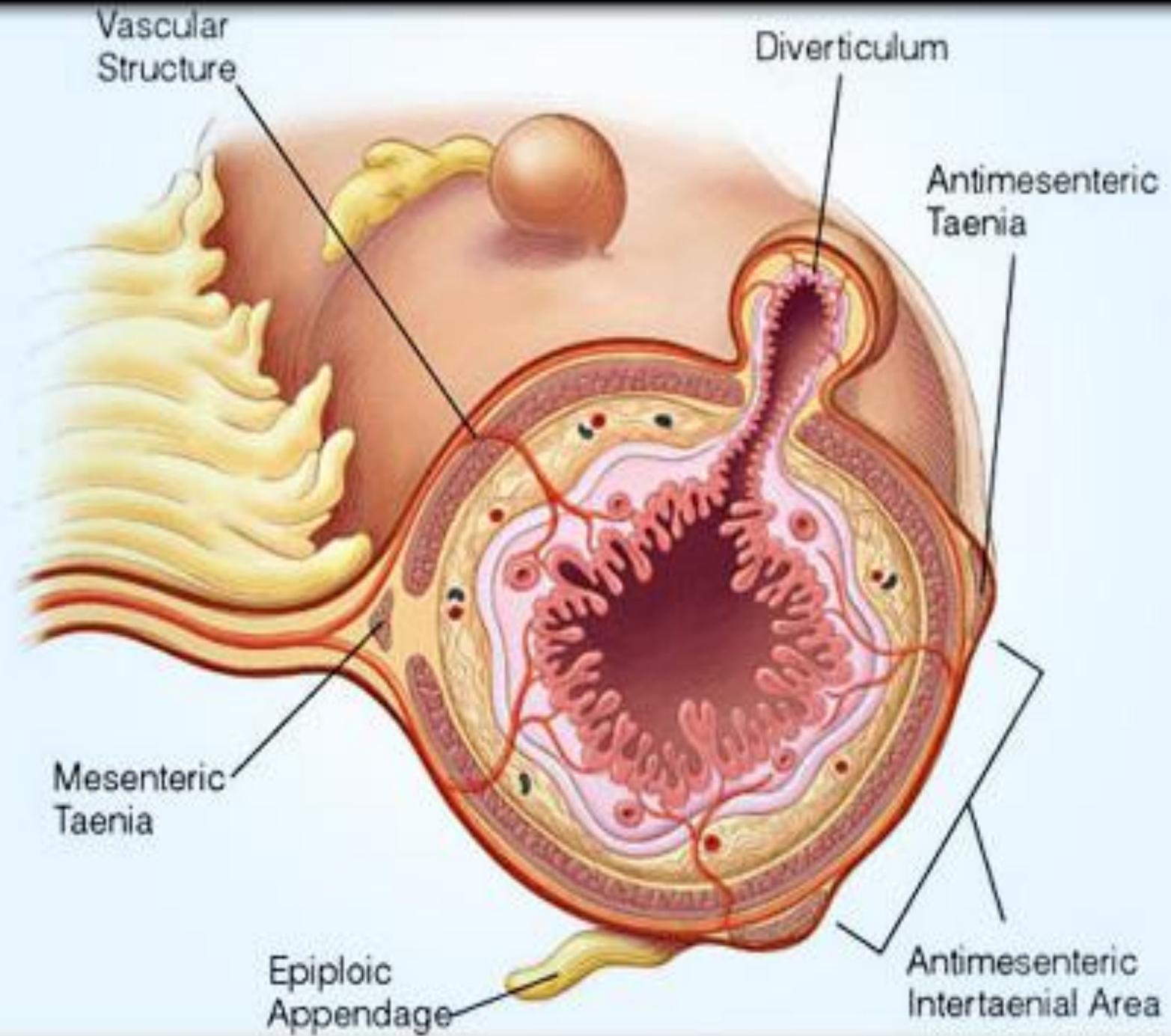
- ВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ





ДИВЕРТИКУЛЫ — ЭТО СЛОЖНО
ОКАНЧИВАЮЩИЕСЯ
МЕШКОВИДНЫЕ ВЫПЯЧИВАНИЯ
ОГРАНИЧЕННОГО УЧАСТКА
КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ.

ДИВЕРТИКУЛЕЗ - НАЛИЧИЕ
МНОЖЕСТВЕННЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ



ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА:

- дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки;
- рассогласованность ее моторики, в результате врожденной или приобретенной слабости соединительной ткани
- по причине сосудистых изменений в стенке кишки;
- бедная клетчаткой и шлаками пища, вызывающая запоры и повышения давления в толстой кишке;
- наличие отверстий в местах, где сосуды проникают в стенки кишки;
- воспалительные процессы в кишке, ослабляющие ее стенку;
- гиподинамия;
- пожилой возраст.

Классификации дивертикулов:

- в зависимости от участия слоев органа в образовании дивертикулов:

1. Истинный дивертикул.
2. Ложный дивертикул (псевдодивертикул).

Истинный дивертикул образован мешковидным выпячиванием всех слоев стенки органа – слизистой оболочки, подслизистой и мышечной. Ложный дивертикул образован только слизистой оболочкой органа, которая выбухает в просвет между мышечными волокнами, тем самым имея сходство с грыжами.

По происхождению :

1. Врожденные дивертикулы.
2. Приобретенные дивертикулы.

Истинные дивертикулы обычно формируются в период внутриутробного развития, то есть в основном относятся к врожденным заболеваниям. Ложные дивертикулы - напротив, чаще формируются в течение жизни под воздействием неблагоприятных факторов, и в основном являются приобретенными.

В зависимости от механизма развития:

1. Пульсационные дивертикулы

2. Тракционные дивертикулы

Основное различие данных вариантов дивертикулов состоит в том, что механическое воздействие может быть направлено внутрь полости органа, или наружу. Пульсационные дивертикулы образуются под действием какого-либо механического воздействия или генетически обусловленной несостоятельности мышечного слоя органа, через который происходит выбухание слизистой оболочки в виде мешочка. Тракционные дивертикулы образуются при длительном механическом растяжении стенки полого органа с наружной стороны. Данное явление происходит при формировании спаек полого органа с тканями, с последующим хроническим растяжением наружной стенки. В процессе постоянного растягивания стенки органа, в ней развивается участок сильного выпячивания, который и представляет собой тракционный дивертикул.

Клинические формы дивертикулеза:

- 1) дивертикулез без клинических проявлений, случайно выявляемый при исследовании;
- 2) дивертикулез с клиническими проявлениями;
- 3) дивертикулез , сопровождающийся осложнениями(дивертикулит, параколические абсцессы, внутренние и наружные свищи, перфорация, кровотечение).

Клиническая картина:

В основном дивертикулез протекает без каких-либо проявлений и выявляется случайно при обследовании кишечника по различным другим поводам. Основным признаком клинически выраженного неосложненного дивертикулеза - болевой синдром различного характера и интенсивности, а также нарушения стула.

Боль локализуется чаще в левой подвздошной области и в левом мезогастрii — в проекции сигмовидной кишки и носит спастический характер, усиливаясь по мере наполнения толстой кишки каловыми массами. После дефекации болевой синдром обычно уменьшается. Часть больных отмечает в период между этими спазмами тупую ноющую боль в тех же отделах. При пальпации живота можно не определить локализации болезненного очага, что свидетельствует об отсутствии органической причины болевого синдрома, который связан в этом случае с дискоординацией моторики кишки. Продолжительность болевого синдрома варьирует от нескольких дней и недель до постоянной боли в течение длительного времени.

ДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛЕЗА

- на данных анамнеза;
- результаты рентгенологического и колоноскопического исследований.

При пальпации живота выявляются болезненные зоны – обычно левая подвздошная область и левая мезогастральная область. Иногда при дивертикулите обнаруживают симптом раздражения брюшины, что свидетельствует о более опасных осложнениях: перфорации дивертикула, прорыве паракишечного абсцесса в брюшную полость. Вздутие, асимметрия живота, увеличенные в объеме ободочная кишка и петли тонкой кишки, усиленная перистальтика – это симптомы возникновения кишечной непроходимости.

Наиболее информативным методом выявления дивертикулеза толстой кишки является исследование толстой кишки с помощью бариевой клизмы (ирригоскопия), которая позволяет выявить смещаемость отделов ободочной кишки или их фиксацию вследствие кишечного воспалительного процесса. Кроме того, рентгенологический метод позволяет выявить сужение просвета сигмовидной кишки в случае образования инфильтрата, а также заполнить контрастом свищевые ходы (фистулография)

Лечение

Бессимптомный дивертикулёз кишечника, диагностированный случайно, не требует специального лечения. С целью профилактики прогрессирования заболевания и предупреждения возможных осложнений больному рекомендуют богатую растительной клетчаткой диету.

При дивертикулёзе с выраженными симптомами применяют комплекс лечебных мероприятий: послабляющую диету, спазмолитики, препараты, регулирующие моторную функцию кишечника. У большинства пациентов с клинически выраженной дивертикулярной болезнью толстой кишки консервативное лечение дивертикулеза кишечника даёт стойкий положительный эффект.

При дивертикулите показано назначение антибиотиков, кишечных антисептиков, осмотических слабительных средств.

Амбулаторно при дивертикулезе кишечника применяют следующие группы лекарственных средств:

- Спазмолитики
- Блокаторы кальциевых каналов: мебеверин (200 мг 2 раза в день), пинаверия бромид (50 мг 3 раза в день).
- Холиноблокаторы: платифиллин.
- Миотропные спазмолитики: папаверин, бенциклан или дротаверина хлорид.

Средства для регуляции стула:

Следует избегать приёма стимулирующих слабительных средств, поскольку они могут повышать давление в кишке и вызывать боль.

Рекомендован приём осмотических слабительных и средств, увеличивающих объём кишечного содержимого. Осмотическое слабительное средство для регуляции стула - лак-тулоза.

При диарейном синдроме - вяжущие средства, адсорбенты (смектит диоктаэдрический, препараты висмута).

При метеоризме назначают адсорбенты, симетикон. Меры предосторожности: следует избегать применения препаратов группы морфина и близких по структуре синтетических соединений, повышающих тонус гладких мышц.

Оперативное лечение

показано при осложнениях заболевания, представляющих непосредственную угрозу для жизни пациента, - перфорации дивертикула в брюшную полость, кишечной непроходимости, профузном кровотечении, наличии свищей (межкишечных, кишечно-пузырных, кишечно-влагалищных), рецидивирующем дивертикулите, осложнённом абсцедированием.

Околокишечный абсцесс - выжидательная тактика (при абсцессах размерами менее 2 см, расположенных вблизи брыжейки толстой кишки, консервативная тактика себя оправдывает). Тазовые, ретроперитонеальные абсцессы, перитонит - показания для оперативного лечения. При абсцессах возможно проведение чрескожного дренирования под рентгенологическим контролем.

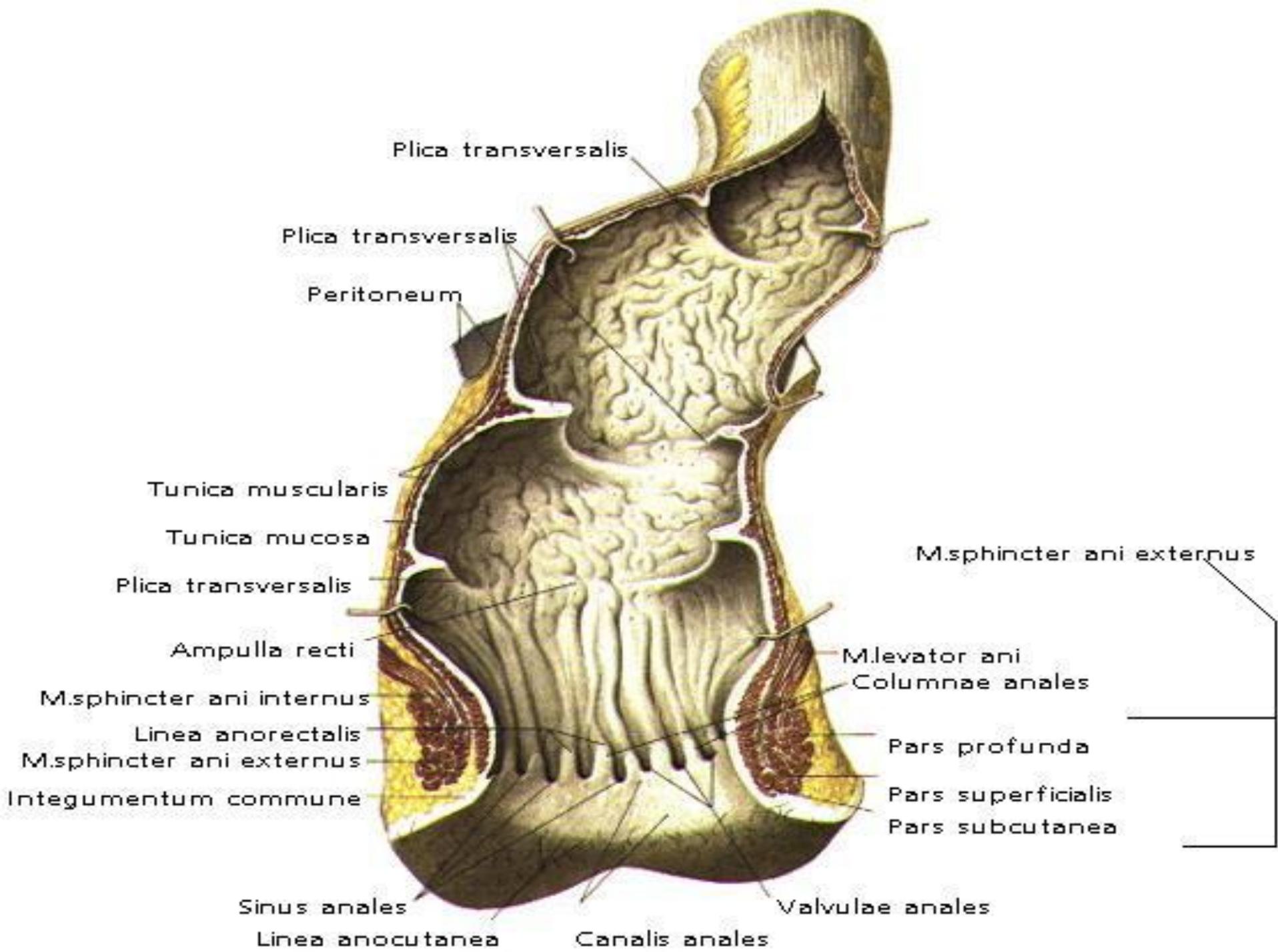
Выбор метода операции в каждом конкретном случае зависит от ряда факторов: характера осложнений, распространённости процесса, воспалительных изменений ткани дивертикула, кишечной стенки и окружающих тканей, наличия перифокального воспаления или перитонита. Большую роль играют сопутствующие заболевания, часто наблюдаемые у лиц пожилого возраста.

Предпочтительнее выполнять резекцию толстой кишки в плановом порядке с одновременным наложением анастомоза.

Прямая кишка

Располагается в полости малого таза на его задней стенке и открывается в области промежности задним проходом . Длина ее составляет 14—18 см. Прямая кишка состоит из тазовой части, располагающейся над тазовым дном, — ампулы прямой кишки и заднепроходного анального канала, находящегося в области промежности под тазовой диафрагмой.

По отношению к брюшине в прямой кишке различают три части: верхнюю, где она покрыта брюшиной интраперитонеально, с короткой брыжейкой - mesorectum, среднюю, расположенную мезоперитонеально, и нижнюю - экстраперитонеальную. С развитием хирургии прямой кишки в настоящее время удобнее пользоваться делением ее на пять отделов: надампулярный (или ректосигмовидный), верхнеампулярный, среднеампулярный, нижнеампулярный и промежностный.



Парапроктит (параректальный абсцесс)

острое или хроническое воспаление параректальной клетчатки.

Вызывается смешанной микрофлорой, но преобладающее значение имеет *E. coli*. В этиологии парапроктита ведущее значение имеет внедрение инфекции в параректальную клетчатку. Инфекция может проникать через анальные железы, поврежденную слизистую оболочку прямой кишки, гематогенным и лимфогенным путем, из соседних органов, пораженных воспалительным процессом.

Развитию парапроктита способствует снижение иммунных свойств организма, общее истощение, хронические заболевания органов и систем, острая или хроническая инфекция пищеварительного тракта, специфические инфекционные заболевания, расстройства стула (запоры или поносы), проктологические патологии (проктит, геморрой, анальная трещина, криптит, папиллит).

Классификация парапроктита:

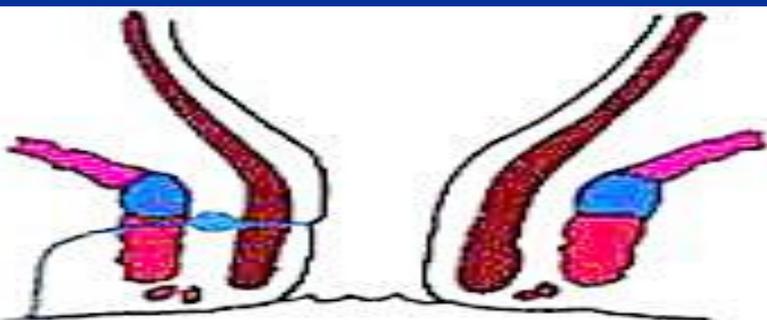
- по этиологическому признаку: банальный, специфический и посттравматический.
- по активности воспалительного процесса:
острый, инфильтративный и хронический (свищи прямой кишки).
- по локализации гнойников, инфильтратов, затёков: подкожный и подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный.
- по расположению внутреннего отверстия свища: передний, задний, боковой.
- по отношению свищевого хода к волокнам сфинктера: интрасфинктерный (подкожно-подслизистый), трансфинктерный, экстрасфинктерный (I—IV степени сложности).
- по расположению патологического процесса поверхностный и глубокий



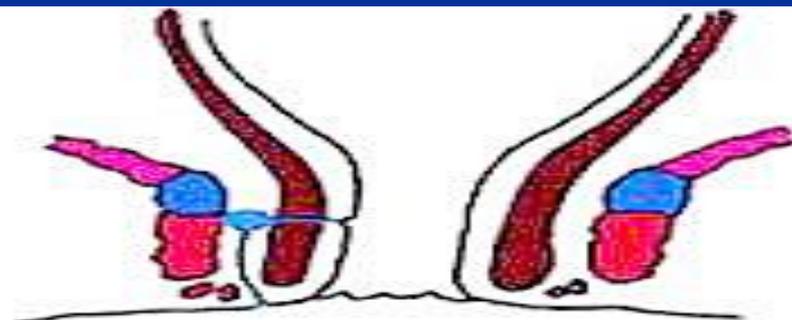
Аноректальная инвертебрина



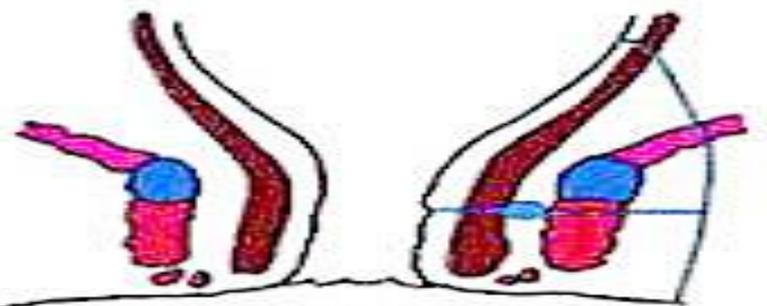
Острый парапроктит (гнойник)



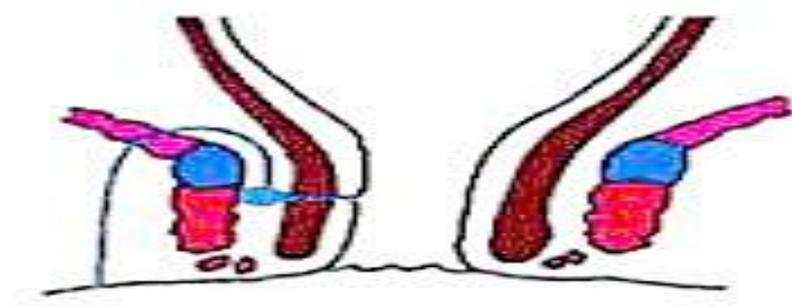
Транссфинктерный свищ



Интрансфинктерный свищ



Экстрасфинктерный свищ



Пельвио-ректальный абсцесс

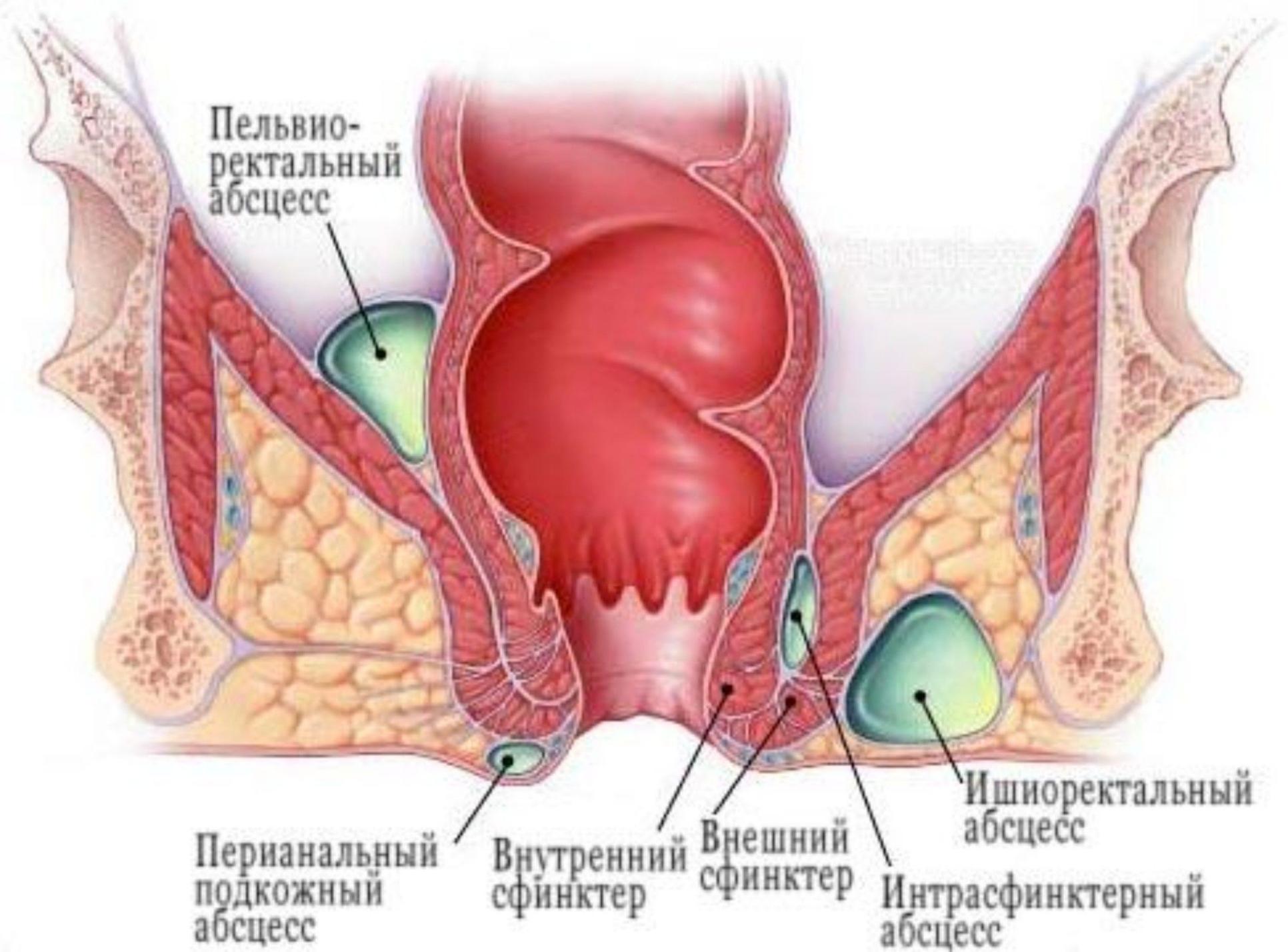
Перианальный подкожный абсцесс

Внутренний сфинктер

Внешний сфинктер

Интрасфинктерный абсцесс

Ишиоректальный абсцесс



Острый парапроктит

Характеризуется внезапным началом и выраженными клиническими проявлениями, которые будут зависеть от локализации очага воспаления, его размеров, особенностей возбудителя и общей сопротивляемости организма.

Некоторые симптомы характерны для всех форм парапроктита:

- лихорадка до 38 – 39 градусов, нередко с ознобом
- проявления общей интоксикации: слабость, недомогание, ломота в мышцах и суставах, головная боль, отсутствие аппетита
- расстройства стула и мочевыделения в виде запоров, болезненных позывов к дефекации и болезненного мочеиспускания
- разной интенсивности болевые ощущения в области прямой кишки, малого таза, низа живота, усиливающиеся во время стула.

Подкожный парапроктит

уже с первых дней появляется покраснение кожи, отёк и уплотнение тканей рядом с анусом, резкая болезненность при ощупывании этого участка, невозможность сидеть из-за боли. Очаг воспаления виден невооружённым глазом, поэтому больные практически сразу обращаются к врачу.

Тазово-прямокишечный парапроктит

вызывает наибольшие затруднения в диагностике, поскольку процесс протекает глубоко в полости малого таза и даёт только общие для всех форм симптомы.

Больные обращаются к терапевту, гинекологу, а нередко лечатся самостоятельно, расценивая своё состояние как респираторную инфекцию. Этот период может затягиваться на 1 – 2 недели, причём, самочувствие больного ухудшается, нарастают симптомы интоксикации, боли становятся всё сильнее, и усугубляются нарушения стула и мочеотделения.

Иногда самочувствие больного вдруг улучшается: уменьшаются боли, нормализуется температура, а из прямой кишки появляются обильные гнойные выделения с примесью крови. Такая картина возникает при прорыве гнойника в прямую кишку в результате расплавления её стенки. А у женщин гнойник аналогичным образом может вскрываться во влагалище

Подздошно-прямокишечный парапроктит

Вызывает определённые затруднения в начале болезни, поскольку его симптомы неспецифичны. Только к концу недели с момента возникновения заболевания появляются местные проявления: кожа над очагом воспаления краснеет, отекает, становятся асимметричными ягодицы, что позволяет заподозрить острый парапроктит.

При самостоятельном вскрытии гнойника или при неправильном лечении острый парапроктит может переходить в хроническую форму.

Хронический парапроктит

Характеризуется образованием параректального свища, т. е., канала, внутренним отверстием которого является анальная крипта. Наружное отверстие свища чаще всего открывается на кожу промежности.

Инфекция из прямой кишки через крипту постоянно «подаётся» в межсфинктерное пространство и параректальную клетчатку, поддерживая в ней воспаление. Воспалительное отделяемое при хорошей проходимости свища выходит наружу. Если же дренирование очага воспаления не достаточное, то в клетчаточном пространстве по ходу свища формируются гнойные полости и инфильтраты.

У больного с диагнозом хронический парапроктит симптомы проявляются волнообразно, в соответствии с периодами обострения и ремиссии. В фазу ремиссии единственной жалобой больных является гнойно-сукровичное отделяемое из наружного отверстия свища. При достаточном дренировании болевые ощущения пациента не беспокоят.

Если свищевой канал забивается гноем, отмершими тканями или перекрывается грануляциями, нарушается отток из параректальной клетчатки, и в ней вновь развивается воспаление с такими же клиническими проявлениями, как при остром процессе. После самостоятельного вскрытия гнойника воспаление затихает, и наступает период ремиссии.

Лечение парапроктита

Единственный метод лечения, позволяющий устранить как острый, так и хронический парапроктит – операция, причём при остром процессе она должна выполняться сразу же после установления диагноза.

Радикальная операция при остром парапроктите состоит из вскрытия гнойника, дренирования его полости, а также обязательного иссечения воспалённой крипты и перекрытия хода, по которому инфекция распространяется на параректальную клетчатку. Только в этом случае возможно полное выздоровление. В большинстве случаев гнойник просто вскрывают и дренируют, так что остаётся риск повторного возникновения парапроктита или формирования свищевого хода.

При обострении хронического парапроктита тактика та же, что и при остром процессе – вскрытие и дренирование гнойника. Но у больных с диагнозом хронический парапроктит после операции лечение должно продолжаться. Если по ходу свища есть инфильтраты, проводят интенсивную антибиотикотерапию, физиолечение, а после стихания всех острых проявлений прибегают к плановой операции иссечения свища.



Осложнения парапроктита

Возможны как при остром, так и при хроническом течении процесса.

Острый парапроктит чаще всего сопровождается осложнениями:

- расплавление гноем стенки прямой кишки или влагалища
- спонтанное вскрытие гнойника на поверхность кожи
- переход воспалительного процесса на тазовую клетчатку
- расплавление стенки кишки гноем выше аноректальной зоны с выходом кишечного содержимого в параректальную клетчатку и быстрым распространением инфекционного процесса
- расплавление гноем мочеиспускательного канала
- вскрытие гнойника в полость брюшины с развитием перитонита и в забрюшинное пространство
- переход гнойного воспаления с одного клетчаточного пространства на другие

Наиболее частые осложнения хронического парапроктита связаны с повторяющимся воспалением и развитием рубцовой ткани, что приводит к сужению и деформации анального канала, сфинктера прямой кишки и формированию его недостаточности.