**Дивертикулы. Дивертикулез толстой кишки**

Дивертикулы мешковидное выпячивание слизистой оболочки и подслизистого слоя в дефекты мышечной оболочки пищеварительного тракта. Дивертикулы бывают врожденными (стенка их состоит из всех слоев кишки; они расположены на противобрыжеечном крае кишки) и приобретенными. Приобретенные дивертикулы возникают за счет воспалительных изменений в стенке органа и окружающих тканях; могут быть пульсионными (в основе повышение давления в просвете органа с последующим выпячиванием слизистой) и тракционными (воспалительный перипроцесс втягивает стенку органа).

Дивертикулы пищевода локализуются в шейном отделе (70%), на уровне бифуркации трахеи (20%) и над диафрагмой (10%). Бифуркационные дивертикулы относятся к тракционным, остальные к пульсионным. Для диагностики дивертикулов чаще прибегают к рентгенологическому исследованию с контрастом; эндоскопическое исследование необходимо применять по показаниям и с осторожностью (возможна перфорция дивертикула, особенно шейного).

Шейный дивертикул возникает в результате слабости задней стенки глоточнопищеводного перехода с одной стороны и дискинезии перстневидноглоточной мышцы с другой. Вероятно, причиной является нарушение координации сокращений глотки и перстневидноглоточной мышцы, действующей как верхний сфинктер пищевода. В результате преждевременного сокращения верхнего сфинктера возникает повышение давления, и слизистая оболочка треугольника Киллиана выпячивается, образуя дивертикул.

Симптомы. Основной симптом дисфагия. Даже маленький дивертикул может обусловить дисфагию спастического характера. При большом дивертикуле после приема пищи возникает ощущение давления и распирания в области шеи, одновременно с этим спереди от левой кивательной мышцы появляется образование. Постепенно наполняющийся пищей дивертикул сдавливает пищевод и вызывает иногда полную дисфагию. При опорожнении дивертикула возникает регургитация остатков пищи, сопровождаемая специфическим шумом, прохождение пищи по пищеводу восстанавливается. При надавливании на дивертикул также происходит регургитация остатков пищи; кислого желудочного содержимого при этом нет. Регургитация может происходить и по ночам, на подушке остаются следы пищи и слизи, появляется неприятный запах изо рта, кашель, голос приобретает булькающий оттенок.

Лечение оперативное: выделение и иссечение дивертикула, пересечение перстневидноглоточной мышцы. Прогноз благоприятный.

Бифуркационный дивертикул является тракционным, возникает преимущественно за счет воспалительных процессов соседних органов, например, рубцевания лимфатических узлов и гранулем. Клиническая картина аналогична дивертикулам шейного отдела и провоцируется симптомом Вальсальвы (напряжение брюшного пресса после максимального вдоха). Застой пищи в дивертикуле приводит к развитию дивертикулита и перидивертикулита, последний может осложниться перфорацией дивертикула в трахею, в результате чего развивается аспирационная пневмония и абсцесс легкого. Поэтому при каждом виде дивертикула, который причиняет страдания больному или увеличивается в размерах, показано оперативное лечение. Доступ трансплевральный.

Эпифренальный дивертикул пульсионного характера располагается в нижней трети пищевода над пищеводным отверстием дифрагмы. Он исходит чаще всего из правой стенки пищевода, но растет влево.

Симптомы. Боль, обусловленная повышением давления в дивертикуле, дисфагия. Осложнения эзофагит, перфорация (при дивертикулите). Дифференциальный диагноз проводят с кардиоспазмом, параэзофагеапьной грыжей и раком пищевода. Оперативное лечение показано при больших дивертикулах, склонных к развитию осложнений. Доступ трансторакальный. Летальность менее 3%.

Прогноз благоприятный.

Дивертикулы желудка встречаются редко, чаще локализованы на задней стенке субкардиапьного отдела ближе к малой кривизне. Клинические проявления возникают при воспалении дивертикула, они напоминают язвенную болезнь. Диагностика основывается на данных рентгенологического исследования и фиброгастроскопии. Лечение показано при наличии жалоб, производят иссечение дивертикула.

Прогноз благоприятный.

Дивертикулы двенадцатиперстной кишки по частоте занимают второе место после дивертикулов ободочной кишки, большей частью врожденные. Только 45% дивертикулов сопровождаются клиническими проявлениями. Локализуются они преимущественно на внутренней поверхности кишки. Дивертикулы могут быть одиночными и множественными (каждый 34й дивертикул).

Симптомы. Клинические проявления возникают только при осложнениях. Дивертикулы верхнего горизонтального отдела проявляются клинической симптоматикой язвенной болезни, что связано с попаданием в дивертикул кислого содержимого и возникновением в нем эрозии и язвы. Дивертикул нисходящего отдела кишки при возникновении воспаления в нем может обусловить компрессию большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска) с последующим развитием холангита, панкреатита, механической желтухи. Возможен и непосредственный переход воспаления на поджелудочную железу с развитием хронического панкреатита.

Клиническая картина: боль в правой половине живота, чувство тяжести, тошнота, рвота, кровотечения, возможна желтуха. Дивертикулы нижнего горизонтального отдела при развитии воспалительного перипроцесса могут вызвать сдавление двенадцатиперстной кишки и привести к ее непроходимости.

Диагноз ставят на основании клинической картины, контрастного рентгенологического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденоскопии.

Лечение в основном консервативное. Оно направлено на лечение и профилактику дивертикулита. При упорном рецидивировании осложнений, больших размерах дивертикула показано оперативное лечение. Во время операции иногда трудно найти дивертикул, поиск облегчается инсуффпяцией воздуха через зонд, введенный в двенадцатиперстную кишку. После обнаружения дивертикула производят погружение его и ушивание дефекта мышечной оболочки кишки. При больших парафатеральных и интрапанкреатических дивертикулах иногда производят резекцию желудка по методу БильротИ, выключая двенадцатиперстную кишку из пищеварения.

Прогноз благоприятный.

Меккелев дивертикул представляет собой остаток желточного протока. Частота 23%. Располагается на противобрыжеечном крае подвздошной кишки в 60 100 см от илеоцекального угла. Это истинный дивертикул, в его стенке находятся все слои кишки; могут быть и эктопированная ткань желудка, поджелудочной железы, островки толстокишечного эпителия.

Симптомы. Неосложненный дивертикул протекает бессимптомно. Половина больных моложе 10 лет и половина моложе 30 лет. Иногда первым симптомом, особенно в детском возрасте, может быть кишечное кровотечение, источником которого является изъязвление островков эктопированной слизистой оболочки желудка. Возникающий дивертикулит может симулировать клинику острого аппендицита, причем дооперационная диагностика практически невозможна. Поэтому в случае несоответствия клинической картины острого аппендицита обнаруженным в момент аппендэктомии изменениям червеобразного отростка необходима ревизия примерно 1 м подвздошной кишки. Другие осложнения: перфорация в свободную брюшную полость с развитием перитонита, развитие кишечной непроходимости, малигнизация эктопированной слизистой оболочки желудка с развитием рака. Возможно сочетание нескольких осложнений.

Лечение оперативное иссечение дивертикула с ушиванием стенки кишки.

Прогноз благоприятный.

ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ. Возникновение дивертикулов связывают с длительным повышением сегментарного давления в дистальных отделах ободочной кишки в результате регуляторных нарушений моторной функции на фоне чаще всего возрастных дистрофических изменений соединительнотканных и мышечных элементов кишечной стенки.

Застой каловых масс в дивертикулах приводит к травмированию слизистой оболочки, развитию воспалительного процесса (дивертикулит), распространяющегося на прилежащую часть стенки кишки и на окружающие органы. Дивертикулит может сопровождаться изъязвлением слизистой оболочки (кровотечение) или перфорацией дивертикула. Следствием этого могут быть перитонит (местный или разлитой), воспалительные инфильтраты вокруг кишки. При стихании острого воспаления образуются массивные рубцовые изменения тканей, обусловливающие возникновение стриктуры кишки.

Симптомы, течение. Дивертикулез может долго не иметь клинических проявлений или протекать под видом колита (неустойчивый стул, боль по ходу левой половины толстой кишки); возможно сильное кровотечение. При остром дивертикулите наблюдаются резкая боль, перитонеальные явления, болезненные инфильтраты преимущественно в левой половине живота, повышение температуры тела, озноб, нередко дизурия (вовлечение мочевого пузыря в воспалительный инфильтрат или образование внутреннего свища вследствие перфорации дивертикула и расплавления стенки мочевого пузыря).

Диагноз затруднен. С несомненностью дивертикулез устанавливают обычно при ирригоскопии, а также при колоноскопии. Чаще всего дивертикулезом поражается сигмовидная кишка. Острый дивертикулит и перфорации дивертикулов распознают предположительно по локализации боли в левой половине живота в сопоставлении с признаками хронического колита. В этих случаях необходимы госпитализация и наблюдение хирурга. Острые явления при дивертикулезе склонны к рецидивированию.

Лечение преимущественно консервативное и направлено на нормализацию стула и снятие спастических и воспалительных изменений толстой кишки (см. колит, лечение). При кровотечениях из дивертикулов показана гемостатическая терапия; операция, возможна лишь в случаях профузных кишечных кровотечений. При остром дивертикулите с образованием воспалительных инфильтратов проводят консервативное лечение в условиях стационара (постельный режим, бесшлаковая диета, холод на область инфильтрата, антибиотики). Перфорации дивертикулов с развитием разлитого перитонита, а также рубцовые сужения кишки и явления непроходимости требуют хирургического лечения. Кроме того, операция показана при дивертикулезе с выраженным и стойким болевым синдромом.

Прогноз у большинства больных благоприятный для жизни, но заболевание всегда прогрессирует и у определенной части больных приводит к серьезным и даже опасным для жизни осложнениям. Хирургическое вмешательство часто сопровождается осложнениями.

Желтуха механическая патологический синдром, обусловленный нарушением оттока желчи из желчных протоков. Причины механической желтухи: пороки развития [атрезии, кисты холедоха, дивертикулы двенадцатиперстной кишки, расположенные вблизи большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска), гипоплазия желчных ходов]; желчнокаменная болезнь, камни в общем желчном и печеночных протоках, вколоченные камни большого сосочка двенадцатиперстной кишки, воспалительные стриктуры и стенозы (стриктуры желчных ходов, воспалительный или рубцовый папиллостеноз); воспалительные заболевания (острый холецистит, перихолецистит, холангит, панкреатит, альвеолярный эхинококкоз в области ворот печени); опухоли (папилломатоз желчных ходов, рак печеночных и общего желчного протоков, большого сосочка двенадцатиперстной кишки, головки поджелудочной железы, метастазы и лимфомы в воротах печени).

Закупорка протоков приводит к нарушению обмена желчных кислот, что обусловливает кожный зуд. Кроме того, при желчнокаменной болезни часто возникают гиперхолестеринемия и недостаточное всасывание жирорастворимых витаминов, прежде всего витамина К, иногда гипопротеинемия. Застой желчи, особенно в сочетании с гнойным холангитом, приводит к резким нарушениям функционального состояния печени, что служит причиной развития острой печеночной недостаточности. Клинически желтуха выявляется при уровне билирубина в сыворотке выше 1,5 мг% (26 ммоль/л). Основной вопрос, стоящий перед хирургом: с какой желтухой он имеет дело механической постгепатической или пре и интрапеченочной? Все методы исследования направлены на решение этой задачи. Следующий вопрос причина механической желтухи. В решении первого вопроса используют биохимическое исследование крови, в частности определение уровня билирубина и соотношения его фракций, преобладание прямой фракции характерно для механической желтухи; исследование трансаминаз сыворотки крови и щелочной фосфатазы (повышение их характерно для паренхиматозной желтухи). Пероральная и внутривенная холецистохолангиография при механической желтухе применяться не должна, так как в условиях резкого снижения элиминационной функции печени она не может дать никакой информации. Наиболее информативны ультразвуковое исследование, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, чрескожная, чреспеченочная холангиография. Дополнительные сведения могут дать сканирование печени с радиоактивным золотом или технецием, ангиография печени. Однако следует помнить, что при механической желтухе излишнее обследование чревато потерей времени и, естественно, более частым развитием печеночнопочечной недостаточности.

Камни желчевыводящих путей являются одним из проявлений желчнокаменной болезни. После приступа печеночной колики могут появиться кожный зуд, иктеричность склер, видимых слизистых оболочек кожи, обесцвеченный кал, моча темного цвета. Длительное существование механической желтухи приводит к развитию билиарного цирроза печени, печеночной коме, холемическим кровотечениям. Присоединение холангита значительно ухудшает общее состояние больного: высокая температура, озноб, профузный пот, быстро нарастает печеночная недостаточность. При удовлетворительном состоянии больного, непродолжительной желтухе после кратковременного лечения (антибиотики широкого спектра, спазмолитики, инфузионная дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия, особенно применение витамина К) показано оперативное вмешательство холецистэктомия, хопедохотомия, извлечение камней из холедоха и дренирование его. При высокой степени риска оперативного вмешательства (преклонный возраст, тяжелые сопутствующие болезни, экстремальные цифры билирубина, длительная желтуха), предпочтительно применение эндоскопической папиллотомии, восстанавливающей отток желчи в двенадцатиперстную кишку. Хирургическую папиллотомию следует производить только при невозможности применения эндоскопического метода или его неэффективности, так как тяжелые осложнения при первом случае встречаются в 23 раза чаще, чем при эндоскопическом рассечении большого сосочка двенадцатиперстной кишки. По ликвидации желтухи и стихании острых явлений после эндоскопической папиллотомии производят плановую санацию желчевыводящих путей.

Вентильный камень холедоха. При закупорке терминального отдела общего желчного протока возникают боль по типу печеночной колики, желтуха, повышение температуры (триада Шарко). В результате желчной гипертензии холедох растягивается, камень как бы всплывает, болевой синдром и желтуха снижаются. Лечение см. выше.

Папиллостеноз может быть обусловлен гиперплазией большого сосочка двенадцатиперстной кишки, аденомой его, рубцами или отеком. Установить причину папиллостеноза возможно при дуоденоскопии (отек, аденома) и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, а во время операции с помощью интраоперационной холангиографии. Основным методом лечения рубцового папиллостеноза является эндоскопическая (а при невозможности еехирургическая) папиллотомия. При отеке большого сосочка двенадцатиперстной кишки или папиллите проводят противовоспалительное лечение, а при его аденомеэндоскопическое (или хирургическое) ее удаление.

Стриктура желчевыводящих путей рубцовое сужение возникает в результате пролежня камнем или повреждения в ходе операции на желчевыводящих путях. В 1 случае на 300500 операций на желчевыводящих путях и на 100 операций при низких дуоденальных язвах происходит повреждение желчных ходов.

Симптомы. Желтуха, возникшая после операции, или постоянный наружный желчный свищ, ознобы ахолия, диспепсия, потеря массы тела. Только 5% повреждений распознаются в ходе операции, большая часть только через

2 мес 1 год, иногда позднее. В последнем случае в диагностике имеют значение характер и описание выполненной операции, ознобы и желтуха, повышение щелочной фосфатазы и лейкоцитоз. Рентгенологически при чрескожнойчреспеченочной холангиографии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатофасрии через дуоденоскоп можно выявить локализацию стриктуры. Дифференциальный диагноз проводят с резидуальными камнями протоков, папиплитом, раком большого сосочка двенадцатиперстной кишки или головки поджелудочной железы.

Лечение оперативное, характер операции зависит от степени и протяженности стриктуры.

Прогноз серьезный.

Рак головки поджелудочной железы дает выраженную быстро нарастающую механическую желтуху, при этом имеется кожный зуд, следы расчесов на коже. При пальпации живота в правом подреберье пальпируется напряженный безболезненный, подвижный желчный пузырь (симптом Курвуазье). Лечение оперативное.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>