

А.В. Куляпин, Ф.М. Гайнутдинов, М.Ю. Батталов, П.Б. Павлов

**ВОЗМОЖНОСТИ КТ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

МУ Городская клиническая больница № 21 (Уфа)

Дивертикулярная болезнь является на современном этапе одним из наиболее распространенных заболеваний толстой кишки и выходит, по данным нашего отделения, на третье место после геморроя и острого парапроктита среди пациентов отделения экстренной колопроктологии — 7–8 %, а развивающиеся грозные осложнения ставят зачастую перед лечащим врачом сложные задачи в диагностике и выборе тактики лечения.

**Целью** нашей работы являлось изучение возможности КТ в диагностике осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки.

Наша работа основана на анализе результатов лечения 389 пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки, находившихся на лечении в городском колопроктологическом центре г. Уфы при ГКБ № 21 в 2001–2005 гг. Среди пациентов преобладали женщины пожилого возраста старше 60 лет, за исключением группы младше 40 лет, где наблюдается обратное соотношение. В экстренном порядке было госпитализировано 65,3 % пациентов (254 человека) в плановом — 34,7 % (135 человек). Причиной госпитализации послужили: острый дивертикулит — 76 (19,5 %), кровотечение — 80 (20,5 %), передивертикулярный инфильтрат — 30 (7,6 %), передивертикулярный абсцесс — 4 (0,9 %), острая кишечная непроходимость — 15 (3,8 %), перфорация дивертикула — 45 (11,5 %), обострение хронического дивертикулита — 139 (35,8 %) случаев.

Постановка диагноза дивертикулярной болезни толстой кишки и ее осложнений представляет зачастую значительную трудность за счет отсутствия патогномичных симптомов, полиморфизма течения заболевания и наличия сопутствующих заболеваний, оказывающих иногда существенное влияние на клиническую картину и характер течения процесса. Хотелось бы обратить особое внимание на частоту сочетания дивертикулярной болезни с полипозом толстой кишки (29,4 %), колоректальным раком (0,6 %), гипертонической болезнью (19,2 %), язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (6,4 %) и сахарным диабетом (10,2 %), поскольку это во многом определяет объем обследования и выбор тактики лечения.

Диагностика дивертикулярной болезни и ее осложнений должна быть комплексной и включает в себя общеклинические, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые методы.

Рентгенологический метод остается ведущим в диагностике дивертикулита толстой кишки. К использованным ранее методам обзорной рентге-

нографии органов брюшной полости, исследования пассажа бария по кишечнику и ирригографии добавилась КТ толстой кишки. Ирригография проведена нами у 90,4 % пациентов (352 человека). При этом наиболее часто дивертикулы встречались в нисходящем отделе ободочной кишки 24,9 % и в сигмовидной кишке 22,5 %, в поперечноободочной — в 7,5 %, в восходящем отделе — в 2,4 % случаев. Тотальный дивертикулез отмечен у 7,5 % пациентов, одиночные дивертикулы встречались в 2,4 %. Левосторонняя локализация характерна для дивертикулеза с воспалительными осложнениями, такими как острый и хронический дивертикулит, инфильтрат, перидивертикулярный абсцесс, перфорация дивертикула. При дивертикулярных кровотечениях в два раза чаще — 4,8 % — отмечается правостороннее поражение толстой кишки. Это является, по нашему мнению, важным моментом, поскольку во всех случаях дивертикулярного кровотечения, потребовавших хирургического вмешательства, отмечалось либо тотальное, либо правостороннее расположение дивертикулов. Дивертикулы при воспалительных осложнениях имели неправильную форму, неровные, нечеткие контуры, тело и шейка четко не выделялись. Деформация сигмовидной кишки отмечена в 9,9 % случаев, сужение просвета левого фланга — в 20 %, удлинение сигмовидной кишки — в 23,3 %, сглаженность гаустры — в 12,5 %. Таким образом, имеется четкая рентгенологическая семиотика воспалительных осложнений дивертикулярной болезни. Необходимо отметить, что проведение ирригографии с тугим наполнением и двойным контрастированием в остром периоде зачастую бывает невозможным из-за риска развития перфорации дивертикула. Исключением являются случаи дивертикулярного кровотечения, в которых, по мнению профессора В.М. Тимербулатова, проведение бариевой клизмы может способствовать остановке кровотечения за счет пломбировки дивертикулов барием. При необходимости проведения в остром периоде дифференциальной диагностики между дивертикулярным инфильтратом, колоректальным раком и другими воспалительными заболеваниями кишечника в остром периоде мы использовали КТ с контрастированием толстой кишки. Данный метод применен у 12 пациентов. В качестве контраста использовался 3 % раствор иодсодержащего контрастного вещества или концентрированная чайная заварка. Исследование может проводиться в остром периоде заболевания, легко переносится пациентами и позволяет не только установить уровень, харак-

тер и степень поражения толстой кишки, выявить наличие и характер внекишечных осложнений, оценить состояние органов и тканей брюшной полости и забрюшинного пространства, но и дает возможность детального изучения степени поражения кишечной стенки и вовлечения в процесс окружающих тканей и органов.

Таким образом, КТ является важным элементом в комплексном обследовании пациентов с осложненными формами дивертикулярной болезни толстой кишки, позволяющим объективно оценить характер и степень выраженности осложнений и планировать дальнейшую тактику лечения пациента.