

ДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

С. И. Авдонин, Р. К. Харитонов, М. Х. Файзуллин, А. П. Старостин

Кафедра рентгенологии (зав. — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. М. Х. Файзуллин) и кафедра хирургии (зав. — доц. Р. К. Харитонов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Проведен анализ клинко-рентгенологических проявлений дивертикулярной болезни толстой кишки с учетом новых данных о природе и классификации этого заболевания (152 больных). Предложены методические приемы, способствующие выявлению указанной патологии и проведению дифференциальной диагностики. **Ключевые слова:** толстая кишка, дивертикулярная болезнь, дивертикулез. 2 иллюстрации. Библиография: 7 названий.

Проблема дивертикулеза (дивертикулярной болезни) толстой кишки приобрела в последние годы большую актуальность в связи с ростом частоты, трудностями диагностики и лечения этого заболевания.

Мы поставили перед собой задачу изучить клинические и рентгенологические проявления дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК) в свете новых данных о природе и классификации этой патологии, обсуждавшихся на Всесоюзном симпозиуме по проктологии (Саратов, 1979). Проанализированы наблюдения за 152 больными ДБТК (мужчин — 73, женщин — 79), у 29 из которых диагноз был подтвержден при хирургическом вмешательстве или на секции. В возрасте до 39 лет было 6 больных, от 40 до 49 лет — 20, от 50 до 59 лет — 33, старше 60 лет — 93. Таким образом, наиболее часто ДБТК встречается у лиц старше 50 лет (82,9%). Отсюда следует, что эта возрастная группа нуждается в особенно тщательном обследовании толстого кишечника.

Дивертикулы сигмы выявлены у 72 больных (47,4%), нисходящей кишки — у 13 (8,5%), сочетанное поражение сигмы и нисходящей кишки — у 44 (28,9%), всех отделов толстой кишки — у 16 (10,5%), единичные дивертикулы слепой и восходящей кишок — у 7 (4,6%). Из представленных данных видно, что наиболее частым местом локализации дивертикулов является сигмовидная кишка, которая изолированно и в сочетании с другими отделами ободочной кишки была поражена у 132 больных (86,8%). Указанное обстоятельство обусловлено анатомо-физиологическими особенностями этого отдела пищеварительного тракта. Сигма отличается мощной мышечной оболочкой, сравнительно узким просветом и высоким внутрикишечным давлением, которое возрастает при развитии мышечной сегментации [5, 7]. По сравнению с другими отделами толстой кишки в сигме значительно больше слабых мест (тоннелей), которые могут стать грыжевыми воротами пролапсов слизистой оболочки через мышечный слой стенки кишки [4]. По нашим данным, эти особенности проявляются не только при формировании дивертикулов, но и при развитии осложнений ДБТК.

Клинические и рентгенологические симптомы ДБТК многообразны, что дало основание выделить следующие три формы течения болезни: 1 — бессимптомная; 2 — ДБТК с клиническими проявлениями, обусловленными сегментацией мышечных слоев кишечной стенки; 3 — осложненная ДБТК (острый и хронический дивертикулиты, абсцессы, перфорации, свищи, проникающие в другие органы брюшной полости, кровотечения, кишечная непроходимость). Такое деление ДБТК, принятое на Всесоюзном симпозиуме по проктологии в 1979 г., отражает современный уровень знаний о природе этого заболевания.

На основании комплексной оценки клинических, эндоскопических и рентгенологических данных первая форма ДБТК отмечена нами у 30 больных (19,7%), вторая — у 77 (50,7%), третья — у 45 (29,6%). Среди больных с осложненной формой ДБТК перфорация, абсцессы и свищи наблюдались у 4, кишечная непроходимость — у 7¹, кишечное кровотечение — у 5*. Сочетание ДБТК с другими заболеваниями отмечено у 35 больных, в том числе со злокачественной опухолью — у 17, с полипами толстой кишки — у 9, с опухолью мочевого пузыря — у 5, с желчнокаменной болезнью — у 4.

Клинические проявления заболевания наблюдались у 122 больных ДБТК. Прежде всего следует отметить болевой синдром, чаще всего — умеренно выраженные боли в животе и по ходу толстой кишки. Периодически они становились схваткообразными. При пальпации отмечалась болезненность по ходу толстой кишки или внизу живота. У больных с осложненной формой ДБТК болевой синдром был более выраженным, иногда боли напоминали аппендикулярную колику с локализацией в левой половине живота. У 6 больных с осложненной формой ДБТК при пальпации определялась патологическое образование в проекции сигмы, которое, как показало дальнейшее исследование, было обусловлено «воспалительной опухолью». На втором месте по частоте в клинической картине были симптомы нарушения функции кишечника: запоры, не-

¹ В указанное число не входят случаи кишечной непроходимости и кровотечений, связанных с опухолями толстой кишки.

устойчивый стул, метеоризм, урчание в животе, выделения слизи. Сравнительно редко наблюдались вздутые живота, задержка стула и газов, кровь в испражнениях, повышение температуры и анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ в анализах крови. Указанные симптомы отмечались при осложненной форме болезни. 98 больных подвергались эндоскопическому контролю. Ректороманоскопия оказалась малоэффективной в распознавании дивертикулов. Довольно часто при ректороманоскопии отмечались спазм и ригидность кишечной стенки, которые следует рассматривать как косвенные признаки дивертикулярного поражения [3, 6]. Фиброколоскопия значительно расширяет возможности эндоскопического исследования, однако в распознавании дивертикулов и она уступает рентгенологическому методу [2].

В целом клиническая картина ДБТК не является характерной, ибо описанные симптомы могут наблюдаться при многих функциональных и органических процессах толстой кишки, в том числе при дискинезиях, колитах, доброкачественных и злокачественных опухолях. Значение клинических данных состоит в том, что они являются достаточным поводом для проведения рентгенологического исследования, а также помогают правильной интерпретации выявленных рентгенологических изменений.

Рентгенологические симптомы ДБТК зависят от морфологической характеристики, формы, величины и расположения дивертикулов, от присоединения сопутствующих явлений, а также от наличия или отсутствия осложнений и сочетаний с другими патологическими процессами. Прямой рентгенологический симптом — наличие ограниченных выпячиваний стенки кишки — проявляется различно в зависимости от ширины устья дивертикулов, степени дренирования дивертикулов в просвет кишки. Дивертикулы, сообщаящиеся с просветом кишки широкой шейкой и не содержащие каловых масс, легко выявляются рентгенологически как при пероральном контрастировании, так и методом контрастной клизмы. Конечно, чем меньше величина дивертикулов, тем труднее их выявление, особенно при просвечивании. Учитывая, что величина дивертикулов составляет в среднем 3—6 мм и редко превышает 10 мм, следует признать, что выявление подобных изменений может быть обеспечено лишь рентгенографией. При этом наряду со снимками в прямой проекции необходима рентгенография и в косых проекциях, а для изучения сигмы — и аксиальная проекция по Шассар — Лаппине.

К косвенным признакам ДБТК относятся зазубренность гаустр, явления спазмы, поперечная перестройка рельефа слизистой оболочки, неспадение просвета кишки, нарушения смещаемости. Перечисленные симптомы следует рассматривать как признаки-сигналы, ибо они могут наблюдаться не только при ДБТК, но и при других заболеваниях: синдроме раздраженной кишки, спастической дискинезии, колитах, периколитах и др. Диагноз ДБТК становится достоверным, если удается в подобных случаях заполнить контрастом хотя бы небольшое количество дивертикулов.

Наш опыт показывает, что в диагностике ДБТК требуется определенная методическая последовательность и применение дополнительных методических приемов, способствующих выявлению дивертикулов. При исследовании контрастной клизмой не-



Рис. 1. Б-ная Г., 75 лет. Исследование методом контрастной клизмы. а — тугое заполнение толстой кишки. Зсна неравномерной гаустрации, б — снимок через 48 ч после контрастной клизмы. Задержка бария в полостях дивертикулов.



а



б

Рис. 2. Б-ной К., 54 лет. а — фрагмент рентгенограммы контрастированной толстой кишки. б — повторное исследование через 6 мес. Объяснения в тексте.

обходима наряду со снимками кишки при тугом заполнении рентгенография после опорожнения. Эта стандартная методика дает возможность выявлять неосложненную форму ДБТК, когда полости дивертикулов свободно сообщаются с просветом кишки. При наличии косвенных признаков ДБТК целесообразно проведение отсроченной рентгенографии (через 24 и 48 ч после контрастной клизмы).

Для иллюстрации приводим снимки больной Г., 75 лет, направленной на рентгенологическое обследование с диагнозом колита. На снимке с тугим заполнением толстой кишки (рис. 1а) определяется неравномерность и зазубренность гаустрации в зоне сигмы. Отсроченная рентгенография через 48 ч после контрастной клизмы (рис. 1б) выявила большое количество дивертикулов сигмы и нисходящей кишки. Применение спазмолитических препаратов (метацина, бускопана, но-шпы, папаверина) также способствует обнаружению дивертикулов. Указанные методические приемы эффективны при второй форме ДБТК, протекающей с явлениями усиленной мышечной сегментации.

При подозрении на осложненную форму ДБТК в виде острого дивертикулита или обострении хронического целесообразно проведение повторных рентгенологических исследований после 7—10-дневного курса спазмолитической и противовоспалительной терапии. Снятие спастических явлений и уменьшение воспаления при дивертикулитах обеспечивают возможность заполнения контрастом полости дивертикулов при повторном исследовании [1].

В комплексной диагностике ДБТК определенное значение имеет изучение рельефа слизистой оболочки толстого кишечника. Отсутствие изменений слизистой оболочки говорит в пользу неосложненной формы ДБТК. Поперечная перестройка рельефа может наблюдаться как при второй, так и при третьей форме болезни. В пользу острого дивертикулита говорит снижение четкости изображения складок слизистой оболочки, флокюляция бария из-за наличия слизи и воспалительного экссудата, незаполнение или частичное контрастирование барием полостей дивертикулов. При хроническом дивертикулите кроме описанных изменений рельефа отмечаются стойкие сужения просвета кишки, укорочение ее длины, нарушения смещаемости. Эти изменения трудно дифференцировать от опухолевого поражения.

К., 54 лет, поступил в хирургическое отделение с направительным диагнозом: подозрение на рак сигмы. Клиническое обследование выявило частичную кишечную непроходимость. При ректороманоскопии тубус ректоскопа удалось провести лишь на 15 см. На указанном уровне отмечается сужение просвета кишки и ригидность стенок. При контрастной клизме констатировано затрудненное продвижение бариевой взвеси в зоне ректосигмоидного изгиба и в сигме (рис. 2а). Определяется зона неравномерного сужения просвета кишки протяженностью около 10 см. (на рис. помечено стрелками). Рельеф слизистой перестроен, местами плохо прослеживается. В связи с явлениями кишечной непроходимости предпринята лапаротомия, при которой установлена «воспалительная опухоль» сигмы на почве хронического дивертикулита. Повторное рентгенологическое исследование через 6 мес. (рис. 2б) подтвердило наличие дивертикулов сигмы и нисходящей кишки.

В дифференциальной диагностике стеноза на почве опухоли и дивертикулита боль-

шое значение имеет изучение состояния кишки не только в зоне поражения, но и в соседних участках. Постепенное сужение просвета кишки, большая протяженность поражения, сохранение эластичности или невыраженная ригидность стенок в зоне поражения, зазубренность гаустр или наличие дивертикулов в соседних с зоной поражения участках кишки, поперечная перестройка рельефа слизистой оболочки указывают на осложненную форму ДБТК. Меньшая протяженность зоны сужения, уступообразный переход к нормальному просвету кишки, ригидность стенок пораженного участка и разрушение складок слизистой оболочки, отсутствие изменений в соседних отделах кишки свидетельствуют об опухолевом поражении. Дифференциальная диагностика облегчается применением метода двойного контрастирования. Весьма эффективна в этих случаях методика искусственной гипотонии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдонин С. И. В кн.: Современные аспекты клинической рентгенодиагностики. Тр. каф. рентгенол. Казанского ГИДУВа. Л., 1977.
2. Гавриленко Я. В. и др. В кн.: Тез. симпозиума по проктологии «Дивертикулез толстой кишки и его осложнения». Саратов, 1979.
3. Газетов Б. М., Жерихова И. Д. Хирургия, 1972, 5.
4. Галахов Б. Б. В кн.: Тез. симпозиума по проктологии «Дивертикулез толстой кишки и его осложнения». Саратов, 1979.
5. Левитан М. Х. и др. Там же.
6. Петров В. П. и др. Там же.
7. Hughes L. E. Gut, 1969, 10, 5.

Получила 24 сентября 1981 г.

УДК 616.53—002.25—08

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ

В. Н. Андреева

Кафедра дерматовенерологии

(зав. — проф. В. П. Сергеев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Дано патогенетическое обоснование эффективности включения препарата цинка в комплекс лечения вульгарных угрей. Приведена оригинальная методика объективной оценки тяжести кожных проявлений процесса на этапах лечения. На материалах обследования и лечения 34 больных вульгарными угрями доказано исходное изменение показателей активности клеточной щелочной фосфатазы, стабилизирующееся в ходе лечения. Включение в комплекс терапии препарата сульфата цинка в дозе 110—220 мг способствовало быстрому исчезновению воспалительных явлений, прогрессивному снижению индекса тяжести кожных проявлений и улучшению ближайших результатов терапии.

Ключевые слова: вульгарные угри, цинк, патогенетическая терапия.

Библиография: 18 названий.

Заболевания себорей и вульгарными угрями встречаются у лиц молодого возраста довольно часто. Ряд авторов [13, 17] описали стойкий клинический эффект от применения цинка у больных вульгарными угрями. Установлено [11, 12, 18], что дефицит цинка в организме стабильно сопровождается проявлениями иммунной недостаточности. В работах Э. Н. Солошенко, П. Ф. Петрунина (1977), Райка (1977) подчеркивается снижение иммунных свойств организма при абсцедирующих и конглобатных угрях. Устранение дефицита цинка способствует повышению функции макрофагов, моноцитов, гранулоцитов и стимулирует иммунологическую активность организма.

Известно, что возникновение вульгарных угрей происходит на фоне повышенной функции сальных желез [6], причем любые процедуры, уменьшающие секрецию сала, способствуют редукции угрей [8]. В условиях дефицита цинка секреция сала значительно возрастает. Нормализация уровня цинка влечет за собою уменьшение избыточного салоотделения [9, 10]. Выявлена прямая корреляция между содержанием цинка и уровнем витамина А [16]. Дефицит цинка нарушает окислительно-восстановительные процессы, что замедляет заживление ран, язв, кожных повреждений [7]. Стабилизация баланса цинка в организме положительно влияет на редукцию воспалительных явлений при вульгарных угрях. Установлена связь вульгарных угрей с состоянием симпатико-адреналовой системы организма [1, 5]. Доказана гипофизарная регуляция обмена цинка [2].

Нами предпринята попытка разработать и обосновать схему комплексного патогенетического лечения вульгарных угрей на основании материалов направленного специального обследования 34 больных с различными формами вульгарных угрей. Для объективизации оценки тяжести кожных проявлений нами модифицировано предложение Михаэльсона и соавт. (1977) о балльной оценке тяжести процесса. Мы пользуемся следующей системой балльных оценок: комедоны—0,5 балла каждый, пиг-