

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И ДИСПЛАСТОЗАВИСИМЫЕ ВИСЦЕРОПАТИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

А. Д. Карпова, Т. Е. Джулай

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава
России*

Цель исследования: выявить и оценить клинические и структурные особенности течения дивертикулярной болезни ободочной кишки (ДБ) и проявления висцеральных стигм соединительной ткани.

Материалы и методы: обследованы 23 пациента с ДБ (21 женщина и 2 мужчин) в возрасте от 39 до 78 лет (средний возраст составил 61,7 года). Диагноз ДБ был подтвержден при проведении колоноскопии и/или ирригоскопии, давность заболевания исчислялась фактом инструментального обнаружения дивертикулов в стенке кишки, максимальная продолжительность соответствовала 7 годам.

Результаты: инструментальные исследования кишечника пациентов во всех случаях выявили множественный характер дивертикулов с локализацией чаще в области нисходящей и сигмовидной кишок, преобладание дивертикулеза (69,6 %) над дивертикулитом (30,4 %). Помимо дивертикулов в 30,4 % случаев обнаружены полипы и иные доброкачественные новообразования.

Среди пациентов преобладали лица (74 %) с нормальной массой тела (ИМТ от 18,5 до 24,5 кг/м²), дефицит ее отмечался в 17,4 % случаев (ИМТ <18,5 кг/м²), и лишь 8,6 % пациентов имели избыточную массу тела разной степени выраженности (ИМТ >25 кг/м²). При этом у всех пациентов с явлениями дивертикулита в период активного воспаления регистрировалось снижение массы тела. Клинические проявления заболевания характеризовались наличием спастических болей (82,6 % случаев). Кишечная диспепсия имела место у 91,4 % больных и была представлена преобладанием запоров (47,8 %) над диареей (34,8 %), во всех случаях сопровождалась метеоризмом; желудочная диспепсия встречалась в 26 % случаев.

У большинства больных ДБ (82,6 %) отмечался налет на языке разной степени выраженности. При пальпации живота пациенты отмечали чувствительность (56,6 %) или болезненность (13 %) в околопупочной или подвздошных областях. Учитывая, что дивертикулы ободочной кишки являются одним из проявлений висцеральных соединительнотканых дисплазий, была произведена оценка представленности иных видов диспластозависимых висцеропатий. Так, при инструментальных исследованиях

органов брюшной полости (рентгенологическом, эндоскопическом, ультразвуковом, КТ/МРТ) отмечены висцероптоз, тотальный или в форме нефро- или колоноптоза (34,8 % случаев), аномалии формы желчного пузыря в виде его перегибов или перетяжек (78,3 %), долихосигма или долихоколон (34,8 %), кисты почек и печени (21,7 %), удвоение почек (8,6 %). Анализ сопутствующей ДБ патологии органов пищеварительной системы показал высокую частоту заболеваний панкреатобилиарной системы, встречающихся в разных комбинациях. Так, желчнокаменная болезнь имела место в 17,4 % случаев, хронический холецистит – в 47,8 %, дискинезии желчевыводящих путей – в 69,6 %, хронический панкреатит – в 39,1 %. При проведении эзофагогастродуоденоскопии в 78,3 % наблюдений отмечены признаки разных типов хронического гастрита, дуоденита и рубцово-язвенной деформации гастродуоденальной зоны, которые в 43,4 % случаев сопровождались визуальными проявлениями дуоденогастрального рефлюкса.

Выводы: ДБ ободочной кишки нередко сочетается с диспластозависимыми висцеропатиями желудочно-кишечного тракта, патологией гастродуоденальной зоны и панкреатобилиарной системы, выявляется преимущественно у женщин в пожилом возрасте.