**Дифференциальный диагноз дивертикулярной**

 **болезни ободочной кишки**

Достоверно подтвердить наличие у больного имен­но ДБ - часто нелегкая задача, особенно, если первая манифестация заболевания сразу была обусловлена воспалительными осложнениями. Изучение случаев осложнений дивертикулеза в отделении ургентной хирургии свидетельствует, что при поступлении в стаци­онар клиническая картина у этих больных может быть принята за проявления самых разных заболеваний. Точный диагноз дивертикулита при первичном осмотре устанавливается, как правило, у достаточно небольшого процента пациентов. У остальных больных под подозре­ние попадают другие заболевания, связанные не только с патологией толстой кишки (опухоль толстой кишки, перитонит неясной этиологии, острый аппендицит, аднексит, почечная колика).

Дивертикулит и рак дифференцируют по следую­щим критериям: при злокачественном процессе более длительный анамнез, постепенное развитие заболе­вания, нередко присутствуют малые симптомы рака, анемия. Бариевая клизма позволяет выявить наличие протяженной стриктуры в зоне дивертикулов с довольно четкими границами, для рака более характерно супрастенотическое расширение кишки, связанное с длительно развивающимся нарушением кишечной проходимости.

Эндоскопическое исследование при подозрении на дивертикулит необходимо проводить с осторожностью ввиду опасности перфорации, однако визуальный ос­мотр позволяет установить воспалительные *изменения* слизистой оболочки дистальнее сужения, что более характерно для дивертикулеза. Решающим является обнаружение в биоптате кишки опухолевой ткани, хотя и ее отсутствие иногда не позволяет отвергнуть наличие злокачественного поражения.

В некоторых случаях может быть использована ультразвуковая колоноскопия. Однако нередко окон­чательное установление диагноза возможно только после морфологического изучения удаленного во время операции пораженного участка ободочной кишки.

Болезнь Крона также может иметь сходную с ди вертикулитом клиническую картину. Для постановки правильного диагноза помогает анамнез с характерной для болезни Крона диареей, примесью слизи и крови в кале, а также ректальный осмотр и ректороманоскопия. При исследовании прямой кишки обнаруживают воспалительные изменения, продольные язвы-тре­щины, а также следы перианальных поражений, часто встречающихся при болезни Крона толстой кишки. Дифференцировать дивертикулез от ишемического колита помогают характер болевого синдрома - дли­тельный анамнез боли и меньшая ее интенсивность, частые позывы на дефекацию, локализация процесса в левом изгибе ободочной кишки.

Во всех случаях какого-либо местного инфильтративного процесса на фоне дивертикулов в ободочной кишке, следует обязательно выполнять морфологичес­кое исследование. При невозможности такого иссле­дования показано хирургическое лечение, так как ни один из дифференциальных критериев не является абсолютным для исключения злокачественного про­цесса. При этом необходимо помнить, что рак толстой кишки на фоне дивертикулярной болезни встречается в 2-3 раза чаще, чем у лиц без дивертикулов в обо­дочной кишке.

Таблица

Дифференциальная диагностика острого дивертикулита (N.H. Stollman, J.B. Raskin, 1999).

|  |  |
| --- | --- |
| Заболевания | Клинические проявления и диагностические вопросы |
| Острый аппендицит | Симптомы в правой подвздошной области, отсутствие эффекта от медикаментозной терапии |
| Болезнь Крона | Афтозные язвы, перианальные поражения, хроническая диарея |
| Рак ободочной кишки | Потеря веса, кишечные кровотечения, диагностика состояния ободочной кишки после купирования острого воспаления |
| Ишемический колит | Кровавый понос, прожилки крови, диагноз устанавливается при сигмоидоскопии |
| Осложнения язвенной болезни (прободная язва) | Пневмоперитонеум, перитонит, язвенный анамнез, применение НПВП или диспепсия |
| Киста яичника, абсцесс, перекрут | Односторонняя боль. Диагностика при УЗИ таза или трансанальном УЗИ |
| Внематочная беременность | Пациенты детородного возраста. Тест на беременность и УЗИ |

УЗИ

Ю.Л. Трубачева, Л.П. Орлова (2015) изучили возможность УЗИ для дифференциальной диагностики воспалительных осложнений ДБ и рака сигмовидной кишки у 16 больных. Всем больным проводим комплексное УЗИ, 13 – колоноскопию, 4 – ирригоскопию, 5 – КТ. 13 больных были прооперированы, у 3 было выявлено осложненное течение ДБ, у 10 – рак сигмовидной кишки, причем у 7 из них он сочетался с дивертикулезом. При УЗИ в 81,2% удалось установить осложненное течение ДБ. Авторы полагают, что дифференциальная диганостика хронических паракишечных инфильтратов при ДБ и местнораспространенного рака сигмовидной кишки при проведении комплексного УЗИ возможна, в трудных случаях рекомендуется использовать весь спектр возможностей современных ультразвуковых приборов (3Д реконструкция изображения, соноэластография) или проводить исследование несколько раз.