

## ЭКСТРЕННАЯ КТ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Э.Д. Акчурина

Укоренившийся в литературе термин «острый живот» включает множество заболеваний, проявляющихся острой болью в животе и требующих неотложного хирургического вмешательства. К ним относятся острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечная непроходимость, эмболия или тромбоз мезентериальных сосудов, проникающие ранения и тупые травмы живота, апоплексия яичника и многие другие. С этой патологией следует дифференцировать экстраабдоминальную патологию и заболевания органов брюшной полости, не требующих оперативного вмешательства, к примеру, почечную колику, острый гастрит, региональный илеит, плевропневмонию, диафрагмальный плеврит, инфаркт миокарда, невралгию.

Компьютерная томография (КТ) широко применяется при острой боли в животе, намного превосходя традиционную обзорную рентгенографию по диагностической точности. Так, по данным Mackersy (2005), чувствительность обзорных рентгенограмм при «остром» животе составила 30% по сравнению с 96% для КТ. Технический прогресс КТ – появление мультиспиральной КТ – позволяет за очень короткое время выполнить объемное исследование протяженных анатомических областей с созданием разнообразных трехмерных реконструкций. Внутривенное контрастирование еще более расширяет диагностические возможности метода (возможность диагностики очагов ишемии, некроза, острого кровотечения, тромбозов и т.д.).

Основными показаниями для экстренной КТ брюшной полости являются:

- неясная клиническая картина. Бесконтрольный прием болеутоляющих средств, антибиотиков, часто встречающийся иммунодефицит приводят к «смазанности» клинического течения заболеваний, и классический симптомокомплекс встречается все реже;
- подозрение на острый аппендицит, острый панкреатит, дивертикулит, почечную колику, острое нарушение мезентериального кровообращения, тупая травма живота.

Ниже приводятся описания применения КТ при наиболее важных видах абдоминальной патологии.

Острый аппендицит. КТ позволяет уточнить локализацию слепой кишки и червеобразного отростка, исключить или подтвердить диагноз аппендицита, выявить осложнения или альтернативную причину болевого синдрома. Купол слепой кишки обычно находится в правой подвздошной ямке, но может локализоваться высоко (подпеченочное расположение), низко (в малом тазу) либо в других отделах брюшной полости (при наличии брыжейки или в случае *situs viscerum inversus*). Неизменный аппендикс имеет вид трубчатой, слепо заканчивающейся структуры диаметром 2-8 мм, с тонкими стенками и различным содержимым. Если червеобразный отросток заполнен воздухом, диагноз острого аппендицита практически исключается [1]. Аппендикс обычно направляется вниз, в правую подвздошную ямку, но может встречаться также подпеченочное, тазовое, ретроцекальное, ретроперитонеальное расположение отростка.

При аппендиците отмечается утолщение червеобразного отростка до 1-1,5 см, отек его стенок, жидкостное содержимое в просвете отростка и инфильтрация периаппендикулярной жировой клетчатки. Может визуализироваться копролит, вызывающий обструкцию устья аппендикса (так называемый «аппендиколит»).

При контрастировании определяется повышенное накопление контрастного препарата слизистой аппендикса, что обуславливает симптом «мишени». Наличие жидкости в правой подвздошной ямке или в малом тазу свидетельствует о развитии местного перитонита. В случае развития аппендикулярного инфильтрата визуализируется конгломерат, вовлекающий купол слепой кишки, червеобразный отросток, прилежащие петли тонкой кишки и другие смежные органы. Точность МСКТ в диагностике аппендицита достигает 93-98% [4]. У 35-80% пациентов с отрицательными результатами КТ посредством этого метода устанавливается альтернативный диагноз.

Острый панкреатит. КТ имеет ряд преимуществ перед ультразвуковым исследованием в диагностике острого панкреатита: во-первых, во всех случаях достигается визуализация поджелудочной железы. Во-вторых, КТ позволяет с большей достоверностью оценить объем поражения, диагностировать развитие панкреонекроза и его осложнений.

Согласно классификации Филина В.И., Костюченко А.Л. (1995 г.), острый панкреатит подразделяется на отечный, некротический и гнойно-некротический панкреатит [2]. При КТ определяется увеличение размеров и нечеткость контуров поджелудочной железы, инфильтрация парапанкреатической клетчатки, наличие жидкости в брюшной полости и/или в забрюшинном пространстве. Для деструктивного панкреатита характерно неоднородное контрастирование паренхимы железы за счет участков некроза. Обычно воспаление захватывает весь объем поджелудочной железы, но в 15-20% случаев встречается сегментарный панкреатит, при котором поражается часть органа, преимущественно головка [3]. При остром панкреатите могут наблюдаться «стигмы» хронического процесса, к примеру, кальцинаты в паренхиме железы или псевдокисты. Чувствительность КТ в диагностике панкреонекроза достигает 77-85% (Beger et al., 1986).

При острой кишечной непроходимости диагностическая ценность КТ не уступает традиционной рентгенографии. КТ позволяет диагностировать вид, уровень, а в ряде случаев и причину острой кишечной непроходимости. КТ-семиотика сходна с рентгенологической: определяются расширенные петли кишки (диаметр тонкой кишки более 3 см, толстой кишки – более 8 см) с горизонтальными уровнями газ-жидкость, наличие переходной зоны между расширенными и спавшимися отделами кишечника, утолщение стенки кишки (более 3 мм). Чувствительность КТ зависит от степени обструкции и составляет 90-95% при полной непроходимости и около 50% - при частичной.

Острое нарушение мезентериального кровообращения (инфаркт кишечника). Инфаркты кишечника подразделяют на артериальные, венозные и смешанные. Причиной их часто являются эмболия и тромбоз брыжеечных сосудов. Эмболия обычно развивается на фоне сердечных заболеваний (ревматических пороков сердца, инфаркта миокарда, инфекционного эндокардита, мерцательной аритмии) и локализуется на расстоянии 3-10 см от устья верхней брыжеечной артерии [5]. Артериальный тромбоз чаще возникает на фоне тяжелого атеросклероза и поражает устье сосуда. Тромбоз брыжеечных вен бывает первичным (на фоне гнойно-деструктивных процессов в брюшной полости) и вторичным (вследствие замедления тока крови в системе воротной вены). Признаками мезентериальной окклюзии с развитием инфаркта кишки является дефект контрастирования артерии и/или вены, расширение сегмента кишки, утолщение кишечной стенки, подслизистые кровоизлияния, интрамуральные скопления газа. Позже газ появляется в просвете вен.

**Выводы:**

В условиях современной высокотехнологичной медицины мультиспиральная КТ становится методом выбора при острой боли в животе, вытесняя традиционную рентгенографию и успешно конкурируя с УЗИ.

УЗИ является методом первичного обследования в случаях подозрений на гинекологическую патологию, острый холецистит, а также в педиатрической практике и у беременных.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Неотложная радиология/ под ред. Б. Маринчек, Р.Ф. Донделинжер. ВИДАР, 2009.
2. Частная хирургия/ под ред. Ю.Л.Шевченко.- Спб: Спецлит, 2000.
3. Balthazar EJ, A.J. Megibow AJ, Pozzi Mucelli R  
Imaging of the Pancreas  
Springer, 2009.
4. Kosaka N et al.  
Difficulties in the diagnosis of appendicitis: review of CT and US images  
Emerg Radiol (2007) 14: 289-295.
5. Prokop M, Galanski M  
Spiral and Multislice Computed Tomography of the Body  
Thieme, 2005