

ДИВЕРТИКУЛЯРНА ХВОРОБА: МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ

Євстігнєєв Ігор Володимирович

к.мед.н., асистент, кафедра

внутрішньої медицини 3

ДЗ “Дніпропетровська медична

академія МОЗ України”

м. Дніпро, Україна

Анотація. Розповсюдженість дивертикульозу товстої кишки складає 5-10% у віці 40-60 років, біля 30% у пацієнтів понад 60 років, 50-60% у людей віком понад 80 років. Враховуючи підвищення середнього віку у багатьох країнах, актуальність діагностики та лікування дивертикулярної хвороби (ДХ) не викликає сумніву. Наведені дані щодо основних методів діагностики: колоноскопії, ультразвукового дослідження (УЗД), комп'ютерної томографії (КТ), магніторезонансної томографії (МРТ), КТ колонографії. Висвітлені показання до застосування даних методів, переваги та доцільність використання, а також вплив якісної діагностики на зменшення кількості рецидивів та профілактику ускладнень.

Ключові слова: дивертикулярна хвороба, дивертикульоз, дивертикуліт, методи дослідження, інструментальні методи

Дивертикульоз товстого кишечника (ДТК) є досить поширеним дефектом структури стінки цього органу з утворенням кил внаслідок випинання слизової оболонки та підслизової крізь слабкі ділянки кишкової стінки (частіше поряд з судинами), дивертикули переважно розташовані у лівій половині товстої кишки. Приблизно у 80% пацієнтів з ДТК не виникає клінічних проявів, але у 20% наявні симптоми ДХК, а у 15% з останніх діагностують ускладнення.

Кілька десятиліть тому рентгенологічне дослідження з барієвою клізмою було найбільш доступним методом для оцінки розповсюдженості і тяжкості процесу у товстій кишці. У сучасний час існують більш чутливі та інформативні методи діагностики, що забезпечують оптимальну візуалізацію стінок товстого кишечника та навколишньої клітковини.

Іригоскопія виявляє розташування, кількість, розміри дивертикулів, деформацію та звуження уражених ділянок товстої кишки. *Комп'ютерна колонографія* більш інформативний метод ніж рентгенологічний з барієм, але при гострій абдомінальній патології використовується обмежено у зв'язку з можливою перфорацією.

Комп'ютерна томографія (КТ) дає можливість виявити ДТК, диференціювати ускладнені та неускладнені форми. Можливо визначити незначну кількість газу поза порожниною товстого кишечника при перфорації дивертикула. Застосування КТ при гострих станах обумовлено можливістю проводити диференційну діагностику серед захворювань, що супроводжуються гострим болем у животі [2, с.53]. Визначені рентгенологічні критерії для гострого дивертикуліту без ускладнень: потовщення стінки кишечника більш 5 мм, крихкотіла навколо кишкова жирова клітковина. КТ є точним методом в прогнозуванні ризику перфорації протягом першого гострого епізоду дивертикуліту. *КТ-ангіографія* є найменш інвазивним методом для визначення ділянки крововтрати до планування ендоскопічного лікування.

УЗД та *MPT* доцільно застосовувати у діагностиці дивертикулітів у стадії загострення. УЗД є доступним і чутливим методом першої лінії верифікації дивертикулітів. При цих дослідженнях не застосовується променеве навантаження, що є важливим особливо для молодих жінок. Відносним недоліком УЗД є труднощі у оцінці глибоких відділів живота, особливо у пацієнтів з ожирінням. УЗД застосовується для диференційної діагностики дивертикуліта, визначення стадії, спостереження розвитку абсцеса при проведенні лікування [1, с.218]. УЗД може бути корисним у діагностиці

ускладнень дивертикуліта (нориці, перфорації). До вірогідних ультразвукових ознак розвитку ускладнень при ДТК відносяться:

- 1) дифузне гіпоехогенне потовщення стінки кишки через запалення;
- 2) гіперехогенна структура навколо кишкового жиру і клітковини;
- 3) візуалізація дивертикулів з зоною запалення навколо;
- 4) наявність абсцесу черевної порожнини.

МРТ дає можливість отримати висококонтрастні зображення для проведення диференційної діагностики між запальним та пухлинним процесом.

Колоноскопія є основним методом верифікації діагнозу, спостереження у динаміці при ДТК і ДХ.

Дає можливість виявити запальні зміни слизової оболонки, наявність або відсутність інших запальних захворювань кишечника, а також онкологічної патології. Однак, при наявності поширеного ураження, особливо сигмоподібної кишки, при дивертикуліті існує можливість перфорації внаслідок підвищення ригідності стінки кишки. Частіше колоноскопію виконують після 6 тижнів від зникнення клінічних симптомів гострого дивертикуліту для виключення злоякісної пухлини [3, с.1947; 4, с.135]. У сучасний час колоноскопія є методом вибору при веденні пацієнтів з ДХ, при проведенні диференційної діагностики захворювань кишечника. У пацієнтів з гострою кровотечею з дивертикула строки проведення колоноскопії впливають на наслідки і погіршення стану хворих [1, с.549]. Тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі значно нижче при виконанні колоноскопії протягом перших 24 годин від надходження пацієнта у стаціонар у порівнянні з більш пізніми строками проведення колоноскопії, також це скорочує фінансові витрати.

У сучасний час велика увага приділяється проблемі дивертикульозу, його епідеміології, причинам виникнення, діагностиці, лікуванню. Завдяки цьому за останні роки доведена тенденція до зменшення летальності від цієї хвороби в наслідок удосконалення методів діагностики та лікування. Якісна профілактика хвороби, своєчасне інформування пацієнтів щодо особливостей перебігу

патологічного процесу будуть сприяти зниженню частоти загострень і ускладнень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Kandagatla PG, Stefanou AJ. Current status of the radiologic assessment of diverticular disease. *Clin Colon Rectal Surg.* 2018; 31: 217-220.
[PMC free ace article] [Google Scholar]
2. Ambrosetti P. Value of CT for acute left-colonic diverticulitis: the surgeon's view. *Dig Dis.* 2012; 30: 51-55.
[Pub Med] [Google Scholar]
3. Stollman N, Smalley W, Hirano I. AGA Institute Clinical Guidelines Committee American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. *Gastroenterology.* 2015; 149: 1944=1949.
[Pub Med] [Google Scholar]
4. Halligan S. CT colonography for investigation of patients with symptoms potentially suggestive of colorectal cancer: a review of the UK SIGGAR trials. *Br J Radiol.* 2013; 86: 20130137.
[PMC free article] [Pub Med] [Google Scholar] .
5. Zullo A, Gatta L, Vassalo R et al. Paradigm shift: the Copernican revolution in diverticular disease. *Ann Gastroenterol.* 2019; 32(6): 541-553.
doi: 10.20524/aog. 2019.0410. Epub 2019 Aug 2.