

**В.В. Гапонов,
І.А. Теличко,
Н.В. Матешук,
Л.В. Юрченко,
І.В. Гапонов,
П.П. Ковальчук**

ДІАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ТОВСТОЇ КИШКИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
ДЦ «ЕСУ»
КЗ «ДШМКЛ»ДОР»
Дніпро, 49000, Україна*

Збільшення кількості хворих з ускладненнями дивертикулярної хвороби (ДХ) товстої кишки (ТК) супроводжується зростанням потреби в оперативних втручаннях із формуванням у 10 – 30% випадків колостом. Одним із шляхів покращення якості життя є рання діагностика ДХ ТК та її ускладнень.

Мета дослідження – проаналізувати діагностичні можливості додаткових методів діагностики ДХ ТК та її ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для діагностики ДХ ТК та її ускладнень вивчалися клінічні прояви патології, зміни в аналізах, використовувались ультразвукові (УЗД, апарати фірми Mindray та Siemens), рентгенологічні (апарат «РДК-ПУМ-20» з приставкою TRIMAX), ендоскопічні (фіброколоноскопи фірми «Olympus Optical Corporation») методи. При труднощах проведення інструментальних методів дослідження ТК застосовували комп'ютерні технології, а саме: комп'ютерну томографію (КТ) з контрастуванням або віртуальну колоноскопію (ВКС, PHILIPS MX). У гострий період захворювання перевагу надавали УЗД, КТ органів черевної порожнини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед 26024 хворих, які лікувались протягом 5 років, ДХ діагностована в 1,18% (307 осіб). Переважали жінки віком понад 60 років. Використані рентгенологічні та ендоскопічні методи дослідження при ДХ дозволили ідентифікувати розташування та кількість дивертикулів, їх стан (перфорація, запалення, кровотеча), наявність нориці при проведенні фарбової проби, стеноз кишки. Трансабдомінальне УЗД застосовували при гострому дивертикуліті, товстокишковій кровотечі, при підозрі на наявність параколичних абсцесів та інфільтратів. Методика дозволяла диференціювати шари стінки кишки, виявляти

різні її потовщення, довжину ураження кишки дивертикулами, взаємовідношення патологічно зміненої ТК з іншими органами черевної порожнини. Для сонографічного виявлення параколичних абсцесів характерними були наявність капсули у вигляді гіперехогенного обідка з пухирцями газу, інколи рівнем рідини. При розвитку товстокишкової непрохідності виявлялися розширені петлі кишок вище перешкоди, наявність у них рідини, зниження перистальтики, гаустри у вигляді пристіночних структур підвищеної ехогенності. Трансабдомінальне УЗД дозволяло не тільки встановити діагноз, але й при наявності абсцесу провести лікувальні заходи – виконати черезшкірне його дренивання. При КТ, на відміну від ендоскопічних методик, виявляли зміни в просвіті кишки й позапросвітні ураження – явища перидивертикуліту, абсцеси, нориці. Для гострого перидивертикуліту були характерні інфільтрація параколичних жирових тканин, потовщення стінки кишки та формування абсцесів. Впровадження ВКС дозволило виявляти поліпи ТК невеликих розмірів. Перевагами ВКС були можливість застосування неінвазивної методики обстеження пацієнтів, яким протипоказана апаратна фіброколоноскопія (люди похилого віку, з тяжкими хворобами серця, стенозом просвіту кишечника тощо), а також швидкість проведення та безболісність.

Отримані дані інструментальних методів дослідження у всіх випадках оперативних втручань підтвердилися.

ПІДСУМОК

Застосування сучасних діагностичних методів обстеження хворих з ДХ ТК дозволяє спланувати лікувальну тактику та при необхідності - обсяг операції.