

Выводы. Таким образом, данные результаты исследования подтвердили, что диагноз эндометриоза включает повышенный риск возникновения онкологических процессов и указывает на значимую сопутствующую метаболическую дисфункцию. Применение комбинированного подхода к лечению данной патологии является золотым стандартом. Однако, даже при его использовании у каждой восьмой пациентки регистрируется рецидив. Это доказывает необходимость подбора индивидуального подхода для долгосрочных перспектив.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Adriaanse B.M.E., Natté R., Hellebrekers B.W.J. Scar endometriosis after cesarean section: possibly underestimated complication // Gynecological Surgery. – 2013. – Vol. 10, № 4. – P. 279–284. – DOI: 10.1007/s10397-013-0807-3. – EDN: XITRGS.

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

**Колоцей В. Н.¹, Климович И. И.¹, Страпко В. П.¹, Науменко А. А.¹,
Юркевич С. В.²**

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Гродно

Актуальность. Дивертикулярная болезнь (ДБ) толстой кишки в настоящее время является одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В основном страдают ДБ люди старшей возрастной группы, однако, необходимо отметить «омоложение» болезни, которая в 5-10% отмечается у лиц моложе 40 лет. Многими авторами, занимающихся лечением ДБ, отмечается отсутствие специфической клинической картины заболевания у большинства пациентов, что диктует необходимость учитывать индивидуальный подход в диагностике и лечении. Так же необходимо принимать во внимание интерпретацию специальных и дополнительных методов для постановки диагноза. Всё вышеизложенное подчеркивает, что с каждым годом увеличиваются расходы на диагностику и лечение ДБ и это переводит болезнь в социально значимую [1, 2].

Цель – выяснить наиболее частые клинические, лабораторные и дополнительные методы исследования, способствующие правильной диагностике и лечению ДБ.

Методы исследования. Путём метаанализа нами было обследовано 261 пациент с разными формами ДБ, которые находились на лечении в хирургическом отделении УЗ ГКБСМП г. Гродно в 2022-2025 г. Мужчин было 96 (36,8%), женщин 165 (63,2%). Возраст пациентов от 21 до 92 лет, средний возраст составил 59,4 года. Самому младшему было 22 года (мужчина), а старшим (4 женщины) 87 лет и 92 года. С целью постановки диагноза учитывались основные клинические симптомы ДБ: боли в левой подвздошной области или над лобком, т.е. в зоне расположения сигмовидной кишки, проявляющиеся от легкого покалывания до сильных коликообразных, из лабораторных показателей использовали: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – уровни общего белка, билирубина, глюкозы, активности трансфераз – АСТ, АЛТ, содержание мочевины, креатинина С-реактивного белка, активности ферментов поджелудочной железы (амилазы и липазы) в плазме крови. Дополнительные методы включали УЗИ органов брюшной полости, гепатопанкреатодуоденальной зоны, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), компьютерная томография (КТ), магниторезонансная томография (МРТ), колоноскопия, ирригоскопия (по показаниям).

Результаты и их обсуждение. Длительное время симптомы ДБ чаще всего не проявляются, и её обнаруживают случайно при обследовании пациентов по поводу других заболеваний. Таких пациентов было 9 (3,5%). Основными симптомами неосложненной ДБ являются боли в левой половине живота, т.е. в зоне расположения сигмовидной кишки, которые проявлялись от слабовыраженных покалываний до сильных коликообразных. Таких пациентов было 63 (24,1%). Иногда отмечается точечная боль в нижней части живота, которая сохраняется в течение нескольких дней, периодически усиливаясь при физической нагрузке, кашле, а также отсутствии стула, что фиксировалось при пальпации живота. Таких пациентов у нас было 16 (6,1%). ДБ у 19 (7,3%) имели место запоры, иногда отмечалась диарея, неустойчивый стул, которые часто сочетались с тошнотой или рвотой, повышением температуры тела и появлением прожилок крови в кале, это наблюдалось в возрастной группе 61-87 лет. У пациента мужчины в возрасте 74 лет с 1 группой крови, с умеренным снижением эритроцитов, гемоглобина и гематокрита при кровотечении, отмечалось снижение протромбина, фибриногена и МНО. У пациента мужчины 68 лет с 3 группой крови, с аналогичным снижением эритроцитов, гемоглобина и гематокрита, показатели коагулограммы были в пределах нормы. У пациентов со 2 группой крови (женщины), в возрасте 65 и 67 лет соответственно, эритроциты, гемоглобин, гематокрит были снижены при увеличении фибриногена, у второй женщины так же по лабораторным данным отмечалось сгущение крови. Приведённые данные показывают неоднозначные изменения общих показателей гемоглобина, эритроцитов и гематокрита в сравнении с показателями коагулограммы. Было прооперировано 20 (7,7%) пациентов в связи с осложнениями ДБ и развитием перитонита, умерло 3 пациента, послеоперационная летальность 15%. Приводим частный случай осложнения ДБ сигмовидной кишки у пациента 43 лет, страдающего ХПН, находившегося на

гемодиализе, с развитием дивертикулита, осложненным абсцессом брюшной полости с разгерметизацией и развитием распространенного фибринозного перитонита. Была проведена лапаротомия с обструктивной резекцией сигмовидной кишки, операция закончена наложением концевой сигмостомы, санацией и дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде развилась острая паралитическая кишечная непроходимость и двусторонняя полисегментарная пневмония. На фоне гипокоагуляции развилась гематурия, осложнившаяся гемотампонадой мочевого пузыря. По поводу последней произведена цистостомия и ликвидация гемотампонады мочевого пузыря. Кроме того, развились двусторонний гидроторакс, двусторонний гидроперикард, острая легочно-сердечная недостаточность. Данное наблюдение показывает сложность клинического течения ДБ с развитием смертельно опасных осложнений со стороны органов и систем, что требует дальнейшего изучения патогенеза ДБ при тяжелых сопутствующих заболеваниях с целью предотвращения летального исхода. При консервативном лечении ДБ с выраженными клиническими проявлениями проводили комплекс лечебных мероприятий: сбалансированная диета, содержащая большое количество растительной клетчатки с нормализацией всех видов обмена веществ (белкового, углеводного, жирового, минерального). При наличии явлений дивертикулита назначали антибиотики, к которым чувствительна микробиота кишечника.

Выводы.

1. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника проявляется болью в левой половине живота.

2. Ведущим методом диагностики ДБ толстой кишки является фиброколоноскопия.

3. Распространённые осложнения ДБ: дивертикулит, перфорация дивертикула с развитием перитонита, кровотечение, непроходимость кишечника.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Особенности клинического течения дивертикулярной болезни толстой кишки по материалам больницы скорой медицинской помощи г. Гродно / В. Н. Колоцей, И. И. Климович, В. П. Страпко, С. В. Юркевич // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итог. науч.-практ. конф., 14 фев. 2025 г. / редкол.: И. Г. Жук (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2025. – С. 172-174. – 1 CD-ROM.

2. Ардатская, М. Д. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: решенные и нерешенные вопросы / М. Д. Ардатская // Медицинский совет. – 2017. – № 15. – С. 68-75. – doi: 10.21518/2079-701X-2017-15-68-75