

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургії №2

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ З ХІРУРГІЇ

для студентів 6-го курсу Медичного факультету № 1, Медичного факультету № 2, Медичного факультету № 3, Факультету підготовки лікарів для Збройних Сил України

Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

Тема 4. Патологічні синдроми при захворюваннях органів черевної порожнини. Синдром дисфагії, блювання та порушення акту дефекації. Колітичний синдром. Особливості колітичного синдрому в залежності від захворювань товстої кишки. Сучасні методи діагностики захворювань товстої кишки. Їх значення в діагностиці та диференційній діагностиці органів черевної порожнини. Лікувальна тактика.

Київ – 2024

Методичні розробки затверджено на засіданні кафедри хірургії №2
29 березня 2024 року, протокол №15.

Методичні розробки створені колективом кафедри хірургії №2:

Укладачі:

- Колосович І. В., д. мед. н., професор, завідувач кафедри хірургії №2;
- Кравченко В. І., д. мед. н., професор;
- Петренко О. М., д. мед. н., доцент

Тема 4. Патологічні синдроми при захворюваннях органів черевної порожнини. Синдром дисфагії, блювання та порушення акту дефекації. Колітичний синдром. Особливості колітичного синдрому в залежності від захворювань товстої кишки. Сучасні методи діагностики захворювань товстої кишки. Їх значення в діагностиці та диференційній діагностиці органів черевної порожнини. Лікувальна тактика.

Актуальність теми

Дисфагія є причиною 3-4% звернень до лікарів загальної медичної практики і 10% звернень до гастроентеролога. У 25% хворих вона має функціональну основу, а в інших випадках – органічну природу. Кожен 10-й випадок дисфагії обумовлений станами, які вимагають хірургічного втручання. Дисфагія є частим (до 80%) симптомом поразення стравоходу і одним з небагатьох прямих, насторожуючих симптомів онкогастроентерології. У зв'язку з цим всі хворі з дисфагією повинні бути ретельно обстежені з метою встановлення конкретної причини її розвитку. Блювання є симптомом багатьох захворювань, тому якщо воно часто повторюється, то вимагає ретельного обстеження і лікування відповідно до причини. Порушення акту дефекації (діарея, закрепи) є важливим проявом багатьох захворювань травного каналу, що потребує ретельної диференційної діагностики.

Цілі:

- 1.Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із патологічними синдромами.
- 2.Скласти план обстеження хворих на патологічні синдроми.
- 3.На підставі аналізу даних лабораторного і інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтувати та формулювати діагноз.
- 4.Призначати лікування захворювань органів черевної порожнини, які мають патологічні синдроми.

5. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного працівника та принципами фахової субординації.

Студент має знати:

1. Визначення дисфагії, блювання та порушення акту дефекації.
2. Основні причини дисфагії, блювання, порушення акту дефекації та особливості цих синдромів в залежності від захворювання.
3. Особливості патофізіології вказаних патологічних синдромів.
4. Сучасні методи обстеження хворих на вказані патологічні синдроми.
5. Алгоритм діагностики та диференційної діагностики захворювань або патологічних станів, що супроводжуються вказаними синдромами.
6. Методологію диференційного вибору методів лікування захворювань, що проявляються вказаними патологічними синдромами.

Студент має вміти:

1. Клінічно визначити імовірні причини наявності названих патологічних синдромів у хворого.
2. Визначити алгоритм діагностики та диференційної діагностики захворювань, що проявляються вказаними патологічними синдромами.
3. Правильно оцінити результати проведеного клінічного, лабораторного та інструментального дослідження у хворих на патологічні синдроми.
4. Сформулювати попередній, клінічний та остаточний діагноз захворювання, що проявляються вказаними патологічними синдромами.
5. Диференційовано визначити лікувальну тактику при захворюваннях, що проявляються вказаними патологічними синдромами.

Термінологія

<i>Термін</i>	<i>Визначення</i>
Дисфагія	Розлад (утруднення) акту ковтання, а також транспортування твердої і/або рідкої їжі від ротової порожнини до шлунку. Пацієнтами цей стан сприймається, як відчуття «застрягання» їжі при проходженні через порожнину рота, глотку або стравохід.
Блювання	Складний рефлексорний акт (мимовільні поштовхові викиди вмісту шлунка через рот), пов'язаний з порушенням блювотного центру, розташованого в довгастому мозку.
Порушення акту дефекації:	Прискорене, або одноразове випорожнення кишечника з виділенням
Діарея	разріджених калових мас.
Функціональний закріп	Хронічна затримка випорожнення товстої кишки більш ніж на 48 годин, що спостерігається не менш 3 місяців та супроводжується хоча б однією з перелічених ознак: відчуття неповного випорожнення, невелика кількість (менш 100 г.) та густа консистенція калу, натужування не менш чверті часу дефекації.
Хронічний колопроктогенний стаз	Функціональне, а з часом і органічне ураження товстої кишки, в основі якого лежить порушення пластичних та кінетичних властивостей ободової і прямої кишки внаслідок вроджених чи то набутих порушень

	<p>Обструктивна дефекація</p>	<p>судинної та нервової трофіки кишкової стінки, симптомами якого є стійкі закріпи, що супроводжуються болем та здуттям живота, а в тяжких випадках явищами механічної непрохідності товстої кишки та інтоксикацією.</p> <p>Порушення евакуації кишкового вмісту пов'язаного із змінами заднього відділу тазового дна, що виникли на фоні синдрому тазової дисценції (опущення або випадіння органів малого тазу по причині слабкості тазового дна), невід'ємними проявами якого можуть бути ректоцеле, внутрішня інвагінація та випадіння прямої кишки, ентероцеле та сигмоїдоцеле у поєднанні з дискоординацією і/або атрофією м'язів тазового дна.</p>
--	-------------------------------	---

Викладення теми

Причини виникнення *дисфагії* численні і різноманітні. Для досягнення основних цілей, а саме для своєчасного встановлення діагнозу та призначення адекватного лікування, необхідно знання семіотики порушення ковтання. У першу чергу слід уточнити локалізацію порушень ковтання. У зв'язку з цим виділяють орофарингіальну і стравохідну дисфагію.

Класифікація

За різновидом: 1. Орофагінгіальна (преззофагеальна), верхня, середня, нижня.

2. Стравохідна (езофагеальна), верхня, середня, нижня.

За патогенезом: 1. Механічна (периферично-органічна).

2. Рухова (нейрогенна).

За ступіню вираженості порушення прохідності стравоходу:

1 ступінь – характеризується періодичним утрудненням

проковтування твердої їжі, болем за рухом просування харчової грудки;

2 ступінь – вдмічається просування лише напіврідкої їжі;

3 ступінь – просування лише рідкої їжі;

4 ступінь – неможливо навіть проковтування слини і води

Причини основних типів дисфагії при різних захворюваннях представлені в таблиці.

Орофарингеальна дисфагія (презофагеальна)		Стравохідна дисфагія (езофагеальна)	
Причини	Хвороби	Причини	Хвороби
Нейром'язові ураження (параліч глоткових м'язів)	Міастенія. Сказ. Ботулізм. Енцефаліт. Дифтерія. Бульбарний параліч. Псевдобульбарний параліч при церебральному атеросклерозі. Хвороба Паркінсона. Поліомієліт.	Анатомічні аномалії	Дивертикул Ценкера. Шийний остеофіт. Грижа стравохідного отвору діафрагми.

<p>Міопатії, метаболічні і та ендокринні хвороби</p>	<p>Мікседема (гіпотиреоз). Токсичесний зоб. Цукровий діабет. Амілоїдоз. Дерматоміозит.</p>	<p>Порушення тонуусу та моторики стравоходу</p>	<p>Ахалазія. Діоспастичне розширення стравоходу. Дифузний спазм стравоходу. Склеродермія. Дивертикульоз (тракційний та ін.). Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Системні захворювання. Старечий стравохід.</p>
<p>Запальні захворювання</p>	<p>Ангіна. Інфекційний фарингіт. Перитонзиллярний абсцес. Гострий та підгострий тиреоїдит.</p>	<p>Механічне звуження</p>	<p>Пухлини: плоскоклітинний рак, аденокарцинома, рак в ділянці дна шлунка, доброякісні пухлини. Пептичні стриктури. Судинні ураження (варикозно розширені вени)</p>

<p>Пухлини. Пошкодження, спричинені фізичними факторами</p>	<p>Об'ємний утвір в ротоглотці. Променеве ураження. Афтозні виразки. Кандидоз. Ксеростомія (сухість в роті). Глотковий дивертикул.</p>	<p>Інші</p>	<p>Сидеропенії. Інфекційний езофагіт. Езофагіт медикаментозного походження. Опіки лугами та кислотами. Променевий езофагіт. Радіаційні стриктури. Післяопераційні стани: після стовбурової ваготомії чи хірургічного втручання на стравоході. Хвороба Крона. Саркоїдоз. Стиснення ззовні (лімфовузли, аневризма аорти, збільшення лівого шлуночка серця, ретростернальний зоб).</p>
---	--	-------------	---

Хворі з орофарингіальним рівнем дисфагії скаржаться на скупчення їжі в роті, неможливість її проковтнути, або ускладнення ковтання котре триває не більше 1 секунди після ковтка. Крім того, у таких пацієнтів спостерігається

аспірація до, під час. або після ковтання. Поряд з цим внаслідок аспірації під час ковтання можливі кашель або ядуха. Можливі також назофарингіальна регургітація, гнусавість, птоз, фотофобія та порушення зору, а також слабкість, як правило, наростаюча до кінця дня. Найчастіше причинами орофарингіальних дисфагій є афти, кандидоз, порушення мозкового кровообігу. Рідше вона виникає на тлі хвороби Паркінсона, globus hystericus, псевдобульбарного паралічу, міастенії, хвороби Шегрена, поліомієліту, ботулізму, сирінгобульбії.

При *езофагіальній дисфагії* відчуття утруднення при ковтанні локалізовані ретростернально, або в ділянці мечевидного відростка, виникають після декількох послідовних ковтків. При наявності стравохідної дисфагії пацієнти не зовсім точно і далеко не завжди вказують місце локалізації ураження, що заважає проходженню їжі. Так, лише 60-70% з них можуть правильно вказати рівень затримки їжі в стравоході. Решта помилково вважають, що місце ураження розташоване проксимальніше істинного розташування перешкоди. Визначення часу, що пройшов від моменту ковтка до появи дисфагії, може служити більш об'єктивною і простою первинною оцінкою рівня ураження. Дисфагія шийного відділу стравоходу проявляється відразу після ковтка – через 1-1,5 секунди, дисфагія середньої третини стравоходу – через 4-5 секунд, дистальна дисфагія – через 6-8 секунд.

Уточнення локалізації дисфагії має діагностичну цінність тоді, коли хворі описують її як стиснення в ділянці грудної клітки, частіше за грудиною, що відповідає, як правило, рівнем обструкції стравоходу. Відчуття дисфагії в ділянці шиї практично не має диференційно-діагностичного значення, так як ця локалізація може бути проявом ураження глотки, практично всіх відділів стравоходу (у тому числі кардіального відділу), можлива також при globus hystericus.

За тривалістю розрізняють переміжну (пароксизмальну) і стійку (постійну) дисфагію. Перша, як правило, обумовлена гіпермоторною дискінезією стравоходу. Слід пам'ятати про те, що подібна дискінезія нерідко

супроводжує протягом таких захворювань, як грижі стравохідного отвору діафрагми, езофагіти різного генезу, пухлини стравоходу. Постійна дисфагія спостерігається в більшості випадків у хворих з органічною патологією і проявляється утрудненим проходженням переважно твердої їжі.

Крайній ступінь вираженості дисфагії є афагія, при якій виникає повне закриття харчового каналу, що вимагає невідкладного інструментального, або хірургічного втручання.

Диференційно-діагностичний алгоритм потребує аналізу не тільки скарг пацієнта, але і детального розбору анамнезу. Довготривало існуюча печія, попередні дисфагії, може свідчити про пептичну стриктуру. Нетривала переміжна дисфагія може бути обумовлена запальним процесом. Її поєднання з болючим ковтанням (одінофагією) дозволяє припустити наявність езофагіту (можливо, кандидозного або герпетичної, що зустрічаються в онкологічних хворих, або пацієнтів, які отримують імуносупресивну терапію). Одінофагія рецидивуючого характеру може виникнути на тлі дифузного спазму стравоходу. Тип дисфагії залежить також від консистенції їжі, що викликає дискомфорт при ковтанні. Труднощі, які виникають при ковтанні тільки твердої їжі, свідчать про органічну дисфагію. Застрягання грудку при цьому можна проштотувати через звужену ділянку стравоходу, випивши яку-небудь рідину. Рідка їжа проходить гірше при порушенні рухової функції.

Гастрезофагеальна рефлексна хвороба ускладнена пептичною стриктурою стравоходу в області нижнього стравохідного сфінктера



Блювання є симптомом багатьох захворювань внутрішніх органів і станів: захворювань органів травлення, органічних захворювань мозку або його оболонок (крововилив у мозок, тромбоз судин, пухлини), захворювань нирок, токсикозу вагітних, захворювань очей, вестибулярного апарату, цукрового діабету, інфаркту міокарда, інфекцій, інтоксикацій гарячкових станів та інших захворювань. Блювання може виникнути в результаті підвищеної чутливості до ліків, при прийомі несумісних препаратів, передозуванні медикаментозних засобів.

Класифікація

За патогенезом:

1. Блювання, що зумовлюється подразненням рецепторів різних органів – кореня язика, м'якого піднебіння, слизової шлунка, жовчного міхура, органу рівноваги тощо, яке передається до блювотного центра довгастого мозку.

2. Блювання, що зумовлюється безпосереднім подразненням блювотного центра при ураженнях ЦНС (різні пухлини, травма, менінгіт), при підвищеному внутрішньочерепному тиску, різних інтоксикаціях (передозування, токсикоз вагітності, уремія).

3. Блювання, як захисний фізіологічний акт (якщо шлунок переповнений або в нього потрапили шкідливі речовини).

4. Психогенне блювання – при сильному хвилюванні, негативних емоціях.

Основні етіологічні чинники блювання представлені в таблиці

Патофізіологічний механізм	Групи захворювань, стани	Захворювання, стани
Блювання нервового(центрального) походження	Захворювання і травми центральної нервової системи	Вестибулярні розлади, психо-емоційні розлади, стрес, психогенія, депресія, істерія.
	Прийом лікарських середників.	Наркотики (частіше опіати), препарати наперстянки, амінофеліну, хіміотерапевтичні середники.
Гематогенно-токсичне блювання	Інфекційні захворювання, чи дія токсинів	Епідемічні захворювання. Вірусний гепатит, харчові токсикоінфекції, віруси (ентеровіруси).
	Метаболічні порушення	Печінкова недостатність. Ниркова недостатність. Кетоацидоз, хвороба Адісона.
	Вагітність	Токсикози вагітних

блювання периферичного походження (рефлекторна), тому числі „шлункова”	Захворювання органів черевної порожнини	Гострі запальні захворювання шлунку. Порушення прохідності по ШКТ. Перитоніт, Гострий панкреатит, гострий холецистит. Хімічно недоброякісна їжа.
	Захворювання інших систем та органів	Гострий інфаркт міокарда (частіше ураження задньої стінки лівого шлуночка), застійна серцева недостатність

У більшості випадків блюванню передують нудота, підвищене слиновиділення, швидке, глибоке дихання. Послідовно відбувається опущення діафрагми, закриття голосової щілини, пілоричного відділу різко скорочується, тіло шлунка і нижній стравохідний сфінктер (зона стравохідно-шлункового переходу) розслабляються, виникає антиперистальтика. Скорочення діафрагми і м'язів черевної преса супроводжується підвищенням внутрішньочеревного і внутрішшлункового тиску, що веде до швидкого викиду вмісту шлунку через стравохід і рот назовні. Блювання, як правило, супроводжується зблідненням шкірних покривів, підвищеним потовиділенням, різкою слабкістю, тахікардією, зниженням АТ.

При захворюваннях органів травлення блюванню зазвичай передують нудота, іноді біль у животі. Нудота, неприємне відчуття в подложечной області, нерідко супроводжується відчуттями нудоти, слинотечею, блідістю шкірних покривів, потовиділенням, запамороченням. Нудота виникає внаслідок подразнення блукаючих і чревних нервів, що передаються в блювотний центр з подальшою еферентною патологічною імпульсацією.

Супроводжуючи багато захворювань органів травлення, нудота не є специфічним ознакою. Проте відмічено, що блювання без попередньої нудоти частіше має центральне походження. Якщо блюванню передують головний біль, особливо типу гемікранія, слід думати про мігрень. Ранкове блювання, перед сніданком, частіше за все обумовлена токсичною дією екзогенних (алкоголь) або ендогенних (уремія) чинників, можливо токсикозом вагітних.

Стравохідному блюванню, як правило, не передують нудота. Блювання з'являється в тому випадку, коли хворий приймає горизонтальне положення або супроводжуються затримкою і накопиченням їжі в стравоході, – стенозі стравоходу різного генезу (пухлина, послеожогова або пептична стриктура), ахалазії кардії, дивертикулу, дискінезії стравоходу і недостатності нижнього стравохідного сфінктера (кардії). Розрізняють раннє та пізнє стравохідне блювання. *Раннє стравохідне блювання* виникає під час їжі, часте першими ковтками їжі, супроводжується больовим відчуттям за грудиною, дисфагією. Може спостерігатися як при органічному ураженні (рак, виразка, стриктура), так і при функціональних розладах стравоходу. При органічному ураженні стравоходу напади дисфагії, біль і блювота прямо залежать від щільності ковтнув харчової грудки: чим щільніше їжа, тим різкіше виявляються ці симптоми. При функціональних порушеннях стравоходу подібної залежності не відзначається, нерідко більш тверда їжа не викликає ніяких ускладнень, а рідка призводить до появи блювання.

Пізнє стравохідне блювання виникає через 3-4 години і після їжі і свідчить про значне розширення стравоходу. Зазвичай це ознака ахалазії кардії. Пізнє блювання може бути наслідком великого дивертикулу стравоходу, однак обсяг блювотних мас при цьому значно менше, ніж при ахалазії кардії. При стравохідному блюванні вміст складається з неперетравлених харчових мас, слини і слизу без домішки шлункового соку. При пептичній езофагіті (рефлюкс-езофагіт) блювання може виникати як під час їжі, так і через деякий час, іноді вночі в горизонтальному положенні хворого, при різкому нахилі тулуба вперед, при підвищенні

внутрішньочеревного і всередині шлункового тиску. Блювотні маси складаються з неперетравлених харчових залишків з великою домішкою рідини кислого або гіркого смаку (шлунковий сік, жовч). Блювання по ночах, внаслідок попадання блювотних мас у дихальні шляхи, може викликати сильний болісний кашель.

При захворюваннях шлунка та дванадцятипалої кишки блювання, як правило, з'являється після їжі, і цей проміжок часу буває досить постійним. При виразковій хворобі дванадцятипалої кишки блювання зазвичай виникає через 2-4 години і після їжі або вночі на тлі сильного болю у верхній половині живота, їй передують виражена нудота. Біль після блювання у цих хворих слабшає або повністю стихає, тому нерідко хворі навмисне провокують блювоту, щоб настало полегшення. При кровотечі з виразки шлунку, рідше виразки 12-палої кишки характерне блювання незмінною або молозмінною кров'ю (гематемезис) чи то «кавовою гущею» (за рахунок утворення солянокислого гематину коричневого кольору). Стеноз вихідного відділу шлунка органічного походження (рак, післявиразкова рубцева деформація) супроводжується частим рясним блюванням з домішкою залишків їжі, з'їденої напередодні або кілька днів тому, що мають гнильний запах. При пілороспазмі, обумовленому частіше функціональними розладами (рефлекторні впливу при виразковій хворобі, захворювання жовчних шляхів і жовчного міхура, а також неврози) і рідше іншими причинами (свинцева інтоксикація, недостатність паразитовидних залоз), нерідко спостерігається схильність до частого блювання. Однак на відміну від органічного стенозу блювання при пілороспазмі менш кількісна, містить невелику кількість шлункового вмісту з домішкою нещодавно з'їденої їжі, її частота залежить від вираженості основного захворювання і емоційної лабільності хворого.

При гострому гастриті блювання багаторазове, супроводжується різкою, іноді пекучим болем у верхній половині живота, виникає під час або відразу після прийому їжі, приносячи тимчасове полегшення. Для хронічного гастриту блювання малохарактерне, крім однієї форми – хронічного гастриту

з нормальною або підвищеною секреторною функцією. блювання частіше виникає вранці натщесерце, іноді без попередньої болю і нудоти.

Непрохідність кишечника часто супроводжується блюванням. блюванню передують або супроводжують сильний біль у животі та нудота. блювотні маси при високій непрохідності тонкої кишки складаються переважно з шлункового вмісту та великої кількості жовчі. При непрохідності середнього і дистального відділів кишечника в блювотних масах з'являється коричневий відтінок з калових запахом. справжнє «калове блювання» зазвичай вказує на наявність свища між шлунком і поперечної ободової кишкою або свідчить про критичний стан хворого при довгостроково існуючій (декомпенсованій) непрохідності кишечника.

При *гострому апендициті* блювання зазвичай виникає при наявності болю в животі, що лише через кілька годин зосереджується в правій здухвинній ділянці і стає постійною. Больовий напад супроводжується помірним підвищенням температури тіла без ознобу і поступовим наростанням перитоніального явищ у правій здухвинній ділянці.

Тромбозу мезентеріальних судин властиво раптова поява блювання часто з домішкою крові; зазвичай блюванню передує різкий біль у животі та колапс.

При *перитоніті* часто виникає блювання, яка зникає і знову з'являється при розширенні зони патологічного процесу. У токсичної стадії перитоніт проявляється рецидивуючим блюванням, болем у животі, симптомами подразнення очеревини.

Для *захворювань печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози* характерні повторне блювання жовчю, біль у правому підребер'ї, минуща жовтяниця, що розвиваються після прийому жирної їжі. При гострому панкреатиті блювання виникає зазвичай одночасно з нападом сильного болю у верхній половині живота. Нерідко буває блювання з домішкою крові. При жовчній (печінкової), коліці, що розвивається при жовчнокам'яній хворобі, гострому і хронічному холециститі, стенозі великого дуоденального сосочка,

стриктура і дискінезіях жовчних шляхів, блювання супроводжує больовий напад поряд з іншими симптомами (нудота, метеоризм, підвищення температури).

Синдром порушення акту дефекації може бути представлений у двох варіантах: діарея, функціональний закріп, хронічний коло-проктогенний стаз, обструктивна дефекація. Слід зауважити, що за наявності таких варіантів порушення акту дефекації слід, в першу чергу, визначити чи не є ці порушення клінічними ознаками онкологічного захворювання (рак товстої кишки з його обтураційною або ентероколітичною клінічними формами) або іншої органічної патології (запальна або рубцева стриктура) товстої кишки.

Для розуміння вказаних порушень необхідно знати визначення поняття дефекації. Дефекація – фізіологічний акт звільнення кишечника від калових мас. Дефекація регулюється центральною нервовою системою і настає внаслідок подразнення чутливих нервових закінчень слизової оболонки прямої кишки. Збудження від нервових закінчень передається в спинний мозок, де на рівні поперекової частині знаходиться центр дефекації. Від цього центру збудження розповсюджується до кори головного мозку, викликаючи специфічне відчуття і позив до дефекації.

Але навіть за наявності позиву до дефекації калові маси утримуються в прямій кишці за рахунок постійного тонічного напруги двох анальних сфінктерів – зовнішнього і внутрішнього. Акт випорожнення відбувається рефлекторно. Подразнення рецепторів стінки ампули прямої кишки викликає мимовільне розслаблення її внутрішнього сфінктера, перистальтичні скорочення м'язів стінки ободової і прямої кишки. Потім відбувається довільне розслаблення зовнішнього сфінктера прямої кишки. Спорожненню прямої кишки сприяють затримка дихання, напруження черевного преса, діафрагми і м'язів тазового дна.

При ураженні спинного мозку (запальні процеси, травми, пухлини) вище центру дефекації перериваються впливу, що йдуть від вищерозташованих структур головного мозку, особливо кори великих півкуль, і дефекація стає

мимовільною. Мимовільна дефекація може наступити при сильних емоційних впливах (наприклад, при страху). Деякі захворювання шлунково-кишкового тракту (дизентерія, пухлини, виразки) можуть викликати порушення акту дефекації, що проявляється у вигляді проносів або запорів.

Класифікація

1. Діарея.
2. Функціональний закріп.
3. Хронічний коло-проктогенний стаз.

За формою:

1. Кологенний
2. Проктогенний
3. Змішана форма

За ступеню компенсації:

1. Компенсований
2. Субкомпенсований
3. Декомпенсований
4. Обструктивна дефекація.

Найчастіше діарея, як один з клінічних проявів є при таких захворюваннях товстої кишки як: хронічні запальні захворювання (виразковий коліт, хвороба Крона, псевдомембранозний коліт), родинний аденоматозний поліпоз. Характерним є наявність патологічних домішок у випорожненнях (кров, слиз, гній). Слід звернути увагу на те, що при ентероколітичній клінічній формі раку ободової кишки характерним є чередування діареї і закріпу.

Особливостями обструктивної дефекації є наявність феномену обструкції отвору товстої кишки із порушенням евакуації кишкового вмісту за рахунок ректоцеле, внутрішньої інвагінації та випадіння прямої кишки, ентероцеле та сигмоїдоцеле у поєднанні з дискоординацією і/або атрофією м'язів тазового дна. За відсутності органічної причини затримку просування та евакуації вмісту товстої кишки (закріп) імовірніше можна пояснити

наявністю хронічного коло-проктогенного стазу у різних ступенях компенсації.

Методи діагностики

Дисфагії:

1. Збір і аналіз анамнезу.
2. Ознайомлення з попередніми медичними даними і діагнозами, оцінка неврологічного статусу та необхідності догляду.
3. Фізикальне обстеження.
4. Лабораторні дослідження крові та сечі.
5. Інструментальні методи дослідження – езофагогастроскопія з ендосонографією, біопсією та патогістологічним дослідженням, рентгенографія стравоходу, езофаготонометрія, стравохідна та шлункова рН-метрія, сцинтиграфія стравоходу, комп'ютерна томографія із контрастним посиленням.
6. При виключенні езофагеальної дисфагії (периферично-органічної), для діагностики презофагеальної (нейрогенної) дисфагії необхідні психо-неврологічні обстеження (в тому числі МРТ головного мозку, хребта), консультація відповідних спеціалістів.



Гастрезофагеальна рефлексна хвороба ускладнена пептичною стриктурою стравоходу в області нижнього стравохідного сфінктера



Ахалазія стравоходу III стадії. Езофагогастрографія. Визначається супрастенотичне розширення стравоходу, рентгенологічно симптом «мишинного хвоста» в ділянці звуження стравоходу в проекції нижнього стравохідного сфінктера.



1

2

Ахалазія стравоходу III (1) та IV (2) стадії. Езофагоскопія. Звуження кардіального відділу стравоходу в проекції нижнього стравохідного сфінктера (1), значне супрастенотичне розширення стравоходу із накопиченням в ньому їжі і рідини (ендоскопічна ознака кардіостенозу).

Блювання:

1. Збір і аналіз анамнезу.
2. Ознайомлення з попередніми медичними даними і діагнозами, оцінка неврологічного статусу та необхідності догляду.
3. Фізикальне обстеження.
4. Лабораторні дослідження крові та сечі.
5. Інструментальні методи дослідження – езофагогастродуоденоскопія з ендосонографією, біопсією та патогістологічним дослідженням, балонна ентероскопія, рентгенографія стравоходу, шлунку та 12-палої кишки, за показаннями – визначення особливостей транзиту контрастної речовини по кишковому каналу, компютерна томографія із контрастним посиленням.
6. При виключенні органічної причини (наявність органічної перешкоди просуванню вмісту по травному каналу), необхідні психоневрологічні обстеження (в тому числі МРТ головного мозку, хребта), консультація відповідних спеціалістів.



Пептична виразка 12-палої кишки ускладнена субкомпенсованим рубцевим стенозом вихідника. Рентгенографія шлунку, затримка контрастної речовини (сульфату барію) у шлунку до 14 годин.

Порушення акту дефекації

1. Збір і аналіз анамнезу.
2. Ознайомлення з попередніми медичними даними і діагнозами, оцінка неврологічного статусу та необхідності догляду.
3. Фізикальне обстеження.
4. Лабораторні дослідження крові та сечі.
5. Інструментальні методи дослідження – езофагогастродуоденоскопія, проктологічний огляд, колоноскопія, оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, іригографія (в двох фазах), визначення особливостей транзиту контрастної речовини по кишковому каналу, функціональні дослідження прямої кишки (в тому числі проктографія, МРТ-дефекографія і комп'ютерна пневмокінезометрія), комп'ютерна томографія із контрастним посиленням.
6. При виключенні органічної причини (наявність органічної перешкоди просуванню вмісту по товстій кишці), хронічного коло-, проктогенного стазу необхідні психо-неврологічні обстеження (в тому числі МРТ головного мозоку, хребта), консультація відповідних спеціалістів.



Хронічний декомпенсований кологенний стаз. Дослідження транзиту контрастної речовини (сульфату барію) по товстій кишці, кологенний стаз до 120 годин, колоноптоз II ступеня, клінічно випорожнення товстої кишки ще не відбулося.



Ендофітний рак дистального відділу сигмоподібної кишки III стадія, ускладнений хронічною субкомпенсованою обтураційною непрохідністю товстої кишки.



Хронічний декомпенсований проктогенний стаз, інертна пряма кишка.

Проктограма. Відмічається значне розширення ампулярного відділу прямої кишки за відсутності природнього позиву до дефекації. Умовним позивом до дефекації є болі животі, що виникають при введенні 870 мл контрастної речовини (сульфату барію) трасанально у пряму кишку.

Лікування

Лікуванню підлягають звичайно не патологічні синдроми (дисфагії, блювання та порушення акту дефекації), а захворювання, клінічними ознаками яких є вказані синдроми. Диференційований вибір методу лікування залежить від характеру захворювання, особливостей його перебігу та наявності ускладнень.

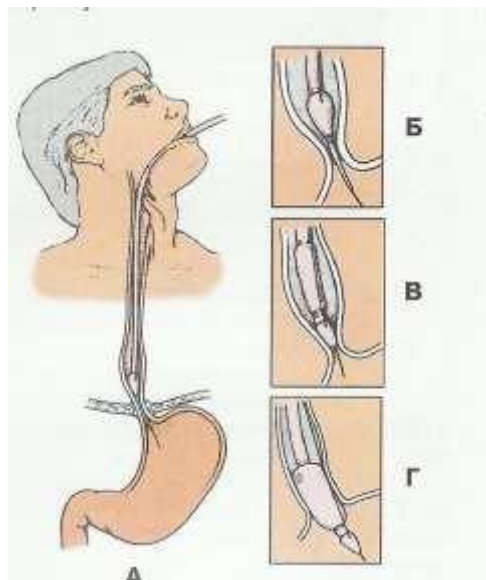
Так, якщо причиною дисфагії є ракова пухлина стравоходу показане планове хірургічне лікування; рубцева стриктуру стравоходу спочатку лікуємо консервативно шляхом проведення лікувальних бушувань, за їх неефективності проводиться планове хірургічне втручання; при ахалазії стравоходу в I та II стадії проводиться консервативне лікування, в тому числі і з використанням кардіодилатації, вже в III та IV стадії показане планове хірургічне лікування.

Якщо причиною блювання є хронічне ускладнення виразкової хвороби у вигляді субкомпенсованого рубцевого стенозу пілоричного каналу або 12-палої кишки показане планове хірургічне лікування. При гострому ускладненні виразкової хвороби у вигляді гострої кровотечі з виразки, наявності гематемезис, виявленого ендоскопічно I типу кровотечі з виразки показане невідкладне хірургічне лікування. За наявності блювання при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини (гострий апендицит, гострий холецистит, гострий панкреатит та інші) показане консервативне або хірургічне лікування вказаних захворювань.

За наявності діареї, як клінічної ознаки хронічного тяжкого тотального виразкового коліту II ступеня активності, інтеремітуючого перебігу, показане консервативної лікування, а при появі незворотніх морфологічних змін у стінці товстої кишки, рефрактерності до консервативної терапії, а тим більше при виникненні гострих або хронічних ускладнень захворювання показане вже хірургічне лікування. За наявності родинного аденоматозного поліпозу показане тільки хірургічне лікування.

За наявності синдрому порушення акту дефекації, причиною якого є обструктивна дефекація із порушенням евакуації кишкового вмісту за рахунок ректоцеле, внутрішньої інвагінації та випадіння прямої кишки, ентероцеле та сигмоїдоцеле у поєднанні з дискоординацією і/або атрофією м'язів тазового дна, або хронічного декомпенсованого коло- чи проктогенного стазу показане тільки хірургічне лікування. В той же час, за наявності хронічного компенсованого або субкомпенсованого коло- чи проктогенного стазу

обґрунтовано показане консервативне лікування. Звичайно, якщо причиною порушення акту дефекації є ракова пухлина товстої кишки показане лише хірургічне лікування (в даному випадку порушення акту дефекації повинно трактуватися як хронічна обтураційна непрохідність товстої кишки).



Ахалазія стравоходу I, II стадія. Балонна кардіодилатація

Література

Основна

1. Хірургія. Том II /За редакцією Я.С.Березницького, М.П.Захараша, В.Г.Мішалова. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2007. 628 с.

Додаткова

1. Siegmüller J., Bartels H. (Hrsg.) (2010): Leitfaden Sprache; Sprechen, Stimme, Schlucken. München: Elsevier. S. 335—364 (нім.)
2. Gerhard Böhme (Hrsg.) (2003): *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*. Bd. 2: *Klinik*. Urban und Fischer, München. S. 435—438(нім.)

Тестові завдання вхідного рівня знань

1. Які основні причини езофагеальної дисфагії?

- A Гострий езофагіт
- B Ахалазія стравоходу
- C Рак стравоходу
- D Стороннє тіло стравоходу
- E Рубцева стриктура стравоходу

Пояснення: Основними причинами дисфагії є ахалазія стравоходу (B), рак стравоходу (C) та рубцева стриктура стравоходу (E), що пояснюється виникненням органічної перешкоди у стравоході із порушенням просування їжі у вигляді пухлинного або рубцевого або функціонального (I-II стадія ахалазії) звуження стравоходу.

2. Які основні причини поєднання дисфагії з одиофагією (біль за грудиною під час ковтання)?

- A Стороннє тіло стравоходу
- B Хімічний опік стравоходу
- C Гострий езофагіт
- D Рак стравоходу
- E Рубцева стриктура стравоходу

Пояснення: Основними причинами поєднання дисфагії та одиофагії є хімічний опік стравоходу (B) та гострий езофагіт (C), що пояснюється наявністю запального процесу в стінці стравоходу (біль як ознака запалення) і подразненням її під час ковтання.

3. Які основні сучасні методи діагностики дозволяють визначити причину дисфагії?

- A Езофагогастродуоденоскопія
- B Рентгенографія стравоходу

Д Ph-моніторинг стравоходу

Д Комп'ютерна томографія органів грудної порожнини

Е Магнітнорезонансна томографія органів грудної порожнини

Пояснення: Основні методи діагностики, що дозволяють визначити причину дисфагії є езофагогастродуоденоскопія (А) та рентгенографія стравоходу (В), що пояснюється сучасними можливостями ендоскопічної технології (включаючи ендоскопію, ендоскопію з великим збільшенням, ендоскопічну мікроскопію), а також рентгенологічним визначенням особливостей просування вмісту по стравоходу.

4. Блювання, як складний рефлекторний акт зумовлюється подразненням яких рецепторів?

А Кореня язика

В Слизової шлунка

С Жовчного міхура

Д Шкірних

Е Больових

Пояснення: Блювання зумовлюється подразненням рецепторів кореня язика (А), слизової шлунку (В) та жовчного міхура (С), яке передається до спеціального блювотного центру довгастого мозку, який координує злагоджене скорочення мускулатури шлунку, а також рухи дихальних м'язів та черевного преса.

5. Блювання обумовлене безпосереднім подразненням спеціального блювотного центру можливе при:

А Ураження центральної нервової системи

В Підвищеному внутрішньочерепному тиску

С Різних інтоксикаціях

Д Неускладненій дивертикулярній хворобі товстої кишки

Е Пенетруючій виразці дванадцятипалої кишки

Пояснення: Блювання обумовлене безпосереднім подразненням спеціального блювотного центру можливе при ураженні центральної нервової системи (пухлини, травма, менінгіт) (А), підвищеному внутрішньочерепному тиску (В) та різних інтоксикаціях (передозування, токсикоз вагітності, уремія) (С).

6. При яких хірургічних захворюваннях зустрічається блювання, як клінічний симптом?

- А Гострий холецистит
- В Гострий панкреатит
- С Гостра непрохідність тонкої кишки
- D Неускладнена пахвинна грижа
- Е Хронічний геморой

Пояснення: Блювання, як симптом хірургічного захворювання зустрічається при гострому холециститі (А), гострому панкреатиті (В) та гострій непрохідності тонкої кишки (С), носить рефлекторний характер і регулюється спеціальним блювотним центром довгастого мозку.

7. За наявності гематемезис (блювання незміненою, або мало зміненою кров'ю) про яке захворювання слід подумати в перше чергу?

- А Виразкова кровотеча
- В Синдром Мелорі-Вейса
- С Хронічний атрофічний гастрит
- Д Кровоча з варикозно розширених вен стравоходу
- Е Рубцевий стеноз пілорічного каналу

Пояснення: За наявності гематемезис в перше чергу слід подумати про виразкову кровотечу (А), синдром Мелорі-Вейса (В) та кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу, що пояснюється наявністю морфологічного дефекту (розриву або виразки) у слизово-підслизовому футлярі стравоходу, шлунку або початковому відділі дванадцятипалої кишки.

8. Яка на сьогодні прийнята у світі за нормальну частота дефекацій?

- A Один раз на добу
- B Від одного до трьох разів на добу
- C Від 1-3 разів на добу до 2-3 разів на тиждень
- D Від двох до трьох разів на тиждень
- E Від двох до трьох разів на добу

Пояснення: Прийнята у світі нормальна частота дефекацій – від 1-3 разів на добу до 2-3 разів на тиждень. Людей, що випорожнюються 2-3 рази на тиждень лише 30% і серед них до 90% - жінки, це, так званій, повільнотранзиторий тип евакуації, у проміжках між такими більш «рідкими» випорожненнями люди відчують звичайно. Якщо між «рідкими» випорожненнями людина відчуває болі у животі, його здуття, погіршення загального стану необхідна ретельна діагностика причини затримки евакуації.

9. Основними причинами порушення акту дефекації є:

- A Синдром обструктивної дефекації
- B Хронічний коло-проктогенний стаз
- C Виразковий коліт
- D Рак товстої кишки
- E Дивертикулярна хвороба товстої кишки

Пояснення: Основними причинами порушення акту дефекації є синдром обструктивної дефекації (А), хронічний коло-проктогенний стаз (В) та рак товстої кишки (Д), що пояснюється або наявністю синдрому тазової дисценції (опущення чи випадіння органів малого тазу за причиною слабкості тазового дна), або порушенням пластичних та кінетичних властивостей ободової і прямої кишки, внаслідок вроджених чи то набутих порушень судинної і нервової трофіки кишкової стінки, або за наявності механічної перешкоди просуванню вмісту у вигляді пухлини.

10. Які основні спеціальні методи дослідження повинні бути використані для диференційної діагностики причин порушення акту дефекації?

A Іригографія

B Колоноскопія

C Дослідження транзиту контрастної речовини по травному каналу

D Функціональні дослідження прямої кишки

E Проктологічний огляд

Пояснення: Основними спеціальними методами диференційної діагностики порушення акту дефекації (закріп або хронічна обтураційна непрохідність товстої кишки) є іригографія (A), колоноскопія (B) та проктологічний огляд (E). Це пояснюється діагностичними можливостями цих методів дослідження щодо визначення органічної або функціональної причини порушення акту дефекації.

Тестові завдання кінцевого рівня знань

1. У 60-річного чоловіка розвинулась дисфагія, яка швидко прогресує протягом декількох тижнів. Відмічена втрата ваги, анемія. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A Стороннє тіло стравоходу
- B Рак стравоходу
- C Ахалазія кардії
- D Дивертикул стравоходу
- E Кила стравохідного отвору діафрагми

Пояснення: Найбільш ймовірний діагноз – рак стравоходу (А), який обумовлений наявністю дисфагії внаслідок органічного стенозу стравоходу і порушення проходження їжі по стравоходу, загальних онкологічних ознак (втрата ваги, анемія).

2. Хворий 38 років скаржиться на відчуття повноти в епігастрії, відрижку повітрям, блювоту. Вказані явища стали турбувати останній місяць, поступово наростали. Схуд на 3 кг. Об'єктивно: Протягом 3 років хворіє виразковою хворобою 12-палої кишки. Пульс – 78 хв, АТ – 115/75 мм рт.ст. При обстеженні серця та легень патології не виявлено. Живіт при пальпації м'який, неболючий. Нижня межа шлунку знаходиться на 4 см нижче пупка. Загальний ан. крові: Ер. – $4,8 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін – 152 г/л, Л. – $6,0 \cdot 10^9/л$, ШЗЕ – 10 мм/год, загальний білок сироватки крові 60 г/л. Який попередній діагноз можна поставити?

- A Переродження виразки в рак
- B Пілородуоденальний стеноз
- C Пенетруюча виразка
- D Кальозна виразка
- E Поліп

Пояснення: Попередній дагноз – В пілородуоденальний стеноз, що

обумовлений хронічним ускладненням виразкової хвороби із рубцевим звуженням (стенозом) пілородуоденальної зони у стадії субкомпенсації (обумовлена спроможністю хворого блювати), збільшенням шлунку внаслідок порушення евакуації із нього вмісту.

3. У хворої 65 років стався напад інтенсивного болю у правому підребр'ї, нудота, багаторазова блювота. Після спазмолітиків біль майже зник, але через добу після нападу з'явилась жовтяниця. Сеча стала темною, кал білий. Пальпується збільшений, напружений, болючий жовчний міхур. Печінка +3 см. Лейкоцити – 10×10^9 /л, білірубін крові – 64 ммоль/л, переважає прямий. Який діагноз найбільш імовірно відповідає такій картині?

- A Рак голівки підшлункової залози
- B Вірусний гепатит
- C Жовчнокам'яна хвороба, холедохолітиаз
- D Цироз печінки
- E Гемолітична жовтяниця

Пояснення: Найбільш імовірно такій картині відповідає діагноз – жовчнокам'яна хвороба, холедохолітиаз, що обумовлено особливістю больового синдрому, виникнення після нападу жовтяниці, збільшення печінки, лейкоцитоз, підвищення загального білірубіну, переважно за рахунок прямої фракції.

4. У хворого 25-ти років раптово з'явилися нудота, запаморочення, загальна слабкість, блювання “кавовою гущеною” та згортками крові. Об'єктивно: стан важкий, шкіра бліда, вкрита холодним потом. Пульс- 120 /хв, АТ – 90/60 мм рт.ст., Нв – 60 г/л, еритроцити – $2,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $12,6 \times 10^9$ /л, гематокрит – 25%. Пальпаторно: живіт м'який, неболючий, аускультативно: перистальтика посилена, перкуторно: тимпаніт. Per rectum: ампула прямої кишки заповнена каловими масами звичайного кольору. Яке дослідження найбільш інформативне для встановлення джерела кровотечі?

А Фіброезофагогастроскопія

В Рентгеноскопія шлунка

С Лапароскопія

Д Лапароцентез

Е Назогастральний зонд

Пояснення: Найбільш інформативним дослідженням для встановлення джерела кровотечі є фіброезофагогастроскопія (А), що дозволить візуально оглянути стравохід, шлунок та дванадцятипалу кишку.

5. Хвору 49 років прооперована з приводу гострого катарального апендициту. Через 8 діб у хворої з'явилась блювота, перестали відходити гази та кал. Об'єктивно: живіт роздутий, позитивні симптоми Склярєва, Валя. Лейкоцитоз. Підозрюється гостра спайкова непрохідність тонкої кишки. Які додаткові методи обстеження найбільш інформативні для діагностики ускладнення?

А УЗД

В Гастродуоденоскопія

С Колоноскопія

Д Оглядова рентгенографія черева

Е Лапароскопія

Пояснення: Найбільш інформативними методами для діагностики ускладнення в данному випадку є УЗД (А) органів черевної порожнини та оглядова рентгенографія черева (D), що дасть можливість визначити наявність кишкового стазу та ступінь його компенсації.

6. Хвора скаржиться на біль у епігастральній ділянці оперізуючого характеру, нудоту, багаторазове блювання, здуття черева, наростаючу слабкість. Стан тяжкий, виражена блідість шкірних покривів, Рs- 100/хв., АТ- 90/50 мм рт.ст. Язик сухий, обкладений. Живіт здутий, але м'який при пальпації. Симптомів подразнення очеревини немає. У крові: лейкоц.- 26 · 10⁹/л,

амілаза – 44 г(год·л). Який найбільшвірогідний діагноз?

- A Гострий панкреатит
- B Пенетрація та кровотеча з виразки 12-ти палої кишки
- C Гострий холецистит
- D Гострий тромбоз мезентеріальних судин
- E Гострий апендицит

Пояснення: Описана патогномонічна ознака (оперізуючий біль), загальні симптоми (нудота, багаторазове блювання, здуття черева) та наведені лабораторні дані (амілаза – 44 г/год·л) свідчать про розвиток у хворой гострого запалення підшлункової залози – гострий панкреатит (А).

7. У хворого, 68 років, за три доби до госпіталізації був напад різкого болю у правому підребер'ї, інтенсивність якого значно зменшилася після застосування спазмолітиків. Через 10 годин біль у правому підребер'ї виник знову, набув постійного і наростаючого характеру. З'явилося блювання. Температура тіла підвищилася до 38°C. Раніше при ультрасонографії були виявлені конкременти в жовчному міхурі . Стан хворого середнього ступеню важкості. Пульс - 98 ударів за хв. Язик сухуватий, обкладений білим нальотом. Живіт помірно напружений і болючий у правому підребер'ї. Симптоми Ортнера і Мюссі позитивні, симптом Щоткіна-Блюмберга визначається тільки у правому підребер'ї.

Який найбільш імовірний діагноз?

- A Гострий панкреатит
- B Гострий деструктивний апендицит
- C Гострий деструктивний калькульозний холецистит
- D Гостра obturaційна непрохідність тонкої кишки
- E Гострий мезентеріальний тромбоз

Пояснення: Найбільш імовірний діагноз – гострий деструктивний калькульозний холецистит (С), що пояснюється наявністю нападу різкого болю у правому підребер'ї (проекція жовчного міхура) в подальшому

наростаючого характеру, підвищення температури до 38⁰, виявлені при УЗД конкременти у жовчному міхурі, позитивні симптоми Ортнера та Мюсі, позитивні симптоми локального перитоніту (подразнення очеревини).

8. Хворий 36 років протягом 12 років страждає на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Лікувався періодично, нерегулярно. Останнім часом турбує біль, відчуття важкості у верхній половині живота. Виникає блювання раніше спожитою їжею. Хворий худощавий, шкіра суха. Над поверхнею шлунка визначається симптом „шуму плеску”. При фіброгастродуоденоскопії встановлена виразка дванадцятипалої кишки на задній її стінці, діаметром 11 мм. Тубус ендоскопу із труднощами проходить у дванадцятипалу кишку. При зондуванні шлунка встановлено гіперсекрецію шлунка з високими цифрами кислотності.

Який у хворого діагноз?

A Пептична виразка 12-палої кишки

B Пенетруюча пептична виразка 12-палої кишки

C Пілородуоденальний рубцевий стеноз, компенсована стадія

D Пептична виразка 12-палої кишки, ускладнена пенетрацією та рубцевим субкомпенсованим стенозом

E Пілородуоденальний рубцевий стеноз, декомпенсована стадія

Пояснення: У хворого пептична виразка 12-палої кишки, ускладнена пенетрацією та рубцевим субкомпенсованим стенозом (D), що пояснюється виявленими ендоскопічно виразку 12-палої кишки на задній її стінці, труднощами просування в неї ендоскопу, наявністю таких клінічних симптомів як біль та відчуття важкості у верхній половині живота, сухість шкіри, втрату ваги, «шуму плеску».

9. У хворого 62 років три місяці тому з'явилися закріпи, що характеризувалися затримкою стільця до 2-3 діб, здуттям живота, періодично виникнення спастичного болю, необхідність прийняття послаблюючих

засобів. Протягом наступних трьох місяців стан хворого погіршувався: відмічена втрата ваги, наявність загальної слабкості, необхідність для випорожнення використовувати очисні клізми, періодичні домішки малозміненої крові і слизу у випорожненнях. На оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини визначена виражена аероколія з «обривом» газу в проекції сигмоподібної кишки. На іригограммі визначено «дефект наповнення» в середній тритині сигмоподібної ободової кишки.

Який найімовірніший діагноз у хворого?

А Виразковий коліт

В Синдром подразненої товстої кишки

С Рак сигмоподібної ободової кишки, хронічна субкомпенсована обтураційна непрохідність товстої кишки

Д Дивертикулярна хвороба товстої кишки

Е Хронічний субкомпенсований кологенний стаз

Пояснення: Найімовірніший діагноз у хворого – рак сигмоподібної ободової кишки, хронічна субкомпенсована непрохідність товстої кишки (С), що пояснюється наявністю прогресуючих закріпів (як симптом захворювання), здуттям живота, періодично спастичні болі, патологічних домішків у випорожненнях, а також результатами оглядової рентгенографії (ознаки хронічної обтураційної непрохідності) та іригографії (ознаки пухлини товстої кишки).

10. Хвора 37 років протягом шести місяців скаржиться на закріпи із затримкою випорожнення до 3-5 діб, періодичне здуття живота та колікоподібні болі в лівій половині живота, нудоту, необхідність постійного прийому послаблюючих засобів, а інколи із використанням очісних клізм. В результаті проведеного проктологічного огляду, колоноскопії, іригографії органічної патології товстої кишки не виявлено, визначено подовження сигмоподібної ободової кишки та опущення поперековоободової кишки. Яке у хворої найбільш імовірне захворювання?

А Рак товстої кишки

В Синдром подразненої товстої кишки

С Хвороба Крона товстої кишки

Д Хронічний субкомпенсований кологенний стаз

Е Дивертикулярна хвороба товстої кишки

Пояснення: Найбільш імовірним захворюванням у хворої є хронічний субкомпенсований кологенний стаз (D), що пояснюється наявністю закріпів проягом шести місяців із періодичним здуттям та болем у животі, постійну необхідність прийняття послаблюючих засобів, відсутність виявленої органічної патології у товстій кишці (за результатами проктологічного огляду, колоноскопії, іригографії), але визначеного подовження сигмоподібної ободової кишки (доліхосигма) та опущеної поперековоободової кишки (трансверзоптоз).