

**Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
до практичних занять для студентів 4 курсу
Тема заняття : Захворювання тонкої та товстої кишки.

Навчальна дисципліна Хірургія
Напрямок підготовки Медицина
Спеціальність 222 Медицина
Кафедра хірургії №1

Київ 2024

Затверджено на засідання кафедри від 26.03.2024р., протокол № 15

Розглянуто та затверджено: ЦМК з хірургічних дисциплін
від «29» березня 2024року, протокол №1

Методичні розробки створені колективом кафедри хірургії № 1:

Укладачі:

- Кучер М. Д., д.мед.н., професор;

- Волошин І.В., асистент.

Тема заняття : Захворювання тонкої та товстої кишки.

Компетенції:

1. інтегральні: здатність розв'язувати складні задачі та практичні проблеми у галузі професійної діяльності 22 “Охорона здоров'я”, що передбачає застосування певних теоретичних знань, вмій, практичних навичок та методів відповідного професійного спрямування;

2. загальні:

- здатність застосовувати знання у реальних клінічних ситуаціях; проводити дослідження на відповідному рівні;
- демонструвати здатність до адаптації та дій в нових ситуаціях,
- діяти в автономному і командному режимах,
- оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт;
- спілкуватися державною мовою як усно, так письмово, з
- знаходити, опрацьовувати та аналізувати інформацію з різних джерел;
- виявляти та вирішувати проблеми;
- приймати обґрунтовані рішення, формувати базові уявлення, що сприяють розвитку загальної культури й соціалізації особистості, підтримці етичних цінностей, знанню важливих етапів вітчизняної історії,
- спроможності усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків розвитку суспільства з використанням їх у професійній і соціальній діяльності на основі положень фундаментальних наук
- діяльності у відповідності із основними безпечними та етичними принципами (мотивами) .

3. спеціальні (фахові, предметні):

- проведення збору та аналізу інформації від пацієнта (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя, епідеміологічний анамнез, алергологічний анамнез);

- проведення загального огляду пацієнта;
- проведення фізикального обстеження хворих із захворюваннями тонкої та товстої кишки та їх ускладненнями;
- проведення додаткових діагностичних методів обстеження пацієнтів із захворюваннями тонкої та товстої кишки та їх ускладненнями, інтерпретація їх результатів;
- складання плану лікування пацієнтів із захворюваннями тонкої та товстої кишки та їх ускладненнями;
- проведення диференціальної діагностики з іншими гострими захворюваннями органів черевної порожнини, позаочеревинного простору;
- планування та проведення профілактичних заходів з метою попередження подальшого розвитку або ускладнення хірургічної патології органів черевної порожнини тощо.

Мета: : розглянути та засвоїти основні етіологічні чинники, патогенез, класифікацію, клінічну симптоматику, методи діагностики, диференційну діагностику та особливості лікування хворих із захворюваннями тонкої та товстої кишки (дивертикул Меккеля, дивертикулярна хвороба товстої кишки, поліпи та поліпоз товстої кишки, мезентеріальний тромбоз, вади положення товстої кишки, хронічний колостаз), в залежності від особливостей клінічного перебігу основного захворювання, наявності або відсутності його ускладнень та супутньої патології.

Обладнання: ноутбук, тестові завдання, результати інструментальних та лабораторних досліджень, ситуаційні задачі.

План та організаційна структура заняття:

Назва етапу	Опис етапу	Рівні засвоєння	Час
Підготовчий етап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Організаційні заходи 2. Постановка навчальних цілей та мотивація. 3. Визначення вхідного рівня знань студентів 	Реконструктивний рівень	35 хв
Основний етап	<ul style="list-style-type: none"> • Обговорення теоретичної частини (визначення етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування захворювань тонкої та товстої кишки та їх ускладнень) • Формування професійних вмінь та навичок: <ol style="list-style-type: none"> 1.Провести курацію хворого; 2.Скласти план обстеження хворих із захворюваннями тонкої та товстої кишки. 3.Провести діагностику та диференційну діагностику 4.Визначити план лікування 	Реконструктивний , творчий рівень	110хв
Підсумковий етап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Контроль та корекція рівня професійних вмінь та практичних навиків: <ul style="list-style-type: none"> • Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи студентів ; 	Реконструктивний , творчий рівень	35 хв

	<ul style="list-style-type: none"> • Аналіз та оцінка результатів лабораторних, експериментальних, досліджень; • Рішення нетипових ситуаційних задач, завдань; <p>2. Підведення підсумків заняття: теоретичного, практичного, організаційного</p>		
--	---	--	--

Зміст теми заняття:

Анатомія та фізіологія товстої кишки

Товста кишка починається від ілеоцекального кута і закінчується прямою кишкою. Складовими її є сліпа, ободова та пряма кишка. Ободова кишка має наступні складові: висхідну ободову, поперечноободову, нисхідну ободову, сигмовидну ободову. Ободова кишка також має три анатомічні вигини – правий(печінковий), лівий(селезінковий) та сигмовидний. Функціональне призначення зазначених вигинів полягає у здійсненні фізіологічної затримки просування вмісту. Пряма кишка розподіляється на тазову кишку(ампулу) та анальний канал. Ампула прямої кишки має верхній, середній та нижній ампулярний відділи. Стінка сліпої та ободової кишки має слизову, підслизову м'язову та серозну оболонки. М'язова оболонка має два шари поздовжній, у вигляді м'язових стрічок, та циркулярний. М'язові стрічки починаються від куполу сліпої кишки і закінчуються ділянкою переходу ободової кишки в пряму. Між стрічками ободової кишки наявні випинання – гаустри, які утворені внаслідок нерівномірного розвитку циркулярний м'язових волокон. В окремих ділянках ободової кишки циркулярний шар м'язів створює фізіологічні сфінктери – значніші потовщення цих м'язів, однак їх потовщення не є циркулярним а місцевим, тому зазначені сфінктери отримали назву фізіологічних. Фізіологічні сфінктери виконують функцію просування вмісту

по ободовій кишці. Стінка товстої кишки має чепцеві привіски.

Кровопостачання ободової кишки здійснюється гілками верхньої брижової артерії (клубовоободовою, правою ободовою, яка не завжди достатньо виражена та середньою ободовою артерією), а також нижньої брижової артерії, зокрема, лівою ободовою, сигмоподібними, верхньою прямокишковою. Відтік крові від ободової кишки здійснюється по одноіменних венах. Система артеріальних гілок верхньої та нижньої брижових артерій створює артеріальну дугу Ріолана, яка забезпечує надійне кровопостачання ободової кишки і створює умови для виконання пластичних операцій.

Фізіологічні функції товстої кишки досить різноманітні. В ній відбувається (особливо в правій половині) всмоктування води, електролітів, амінокислот, білків ферментів. Ободова кишка також є імунним органом за рахунок лімфоїдної тканини, яка міститься в підслизовому та м'язовому шарах стінки кишки.

Дивертикул Меккеля

Дивертикул Меккеля (ДМ, код МКХ-10 Q43.0) – найпоширеніша вроджена патологія, яка уражає до 4% населення. ДМ – справжній дивертикул, який виникає внаслідок неповного закриття вітелінової протоки, яке має відбутися до дев'ятого тижня гестації. Вперше його ембріональне походження описав німецький вчений Й.Ф. Мекель у 1809 році.

Клінічні особливості ДМ описує «правило двійок»:

- 2% від популяції страждає на цю патологію;
- 2% людей із ДМ мають симптоми;
- 2 см – довжина самого дивертикула;
- 2 дюйми (7 см) становить діаметр дивертикула;
- 2 роки – вік, до якого найчастіше розвивається симптоматика від цієї патології;
- 2 фути (61 см) – відстань ДМ до ілеоцекального клапана;
- 2:1 співвідношення чоловіків та жінок із цим захворюванням;

- 2 види ектопічної тканини (шлункова, панкреатична) зустрічаються в дивертикулі.

Більшість пацієнтів із ДМ (84%) не мають жодних симптомів. Типовий симптомокомплекс ДМ – слизовий кал із кров'ю («смородинове желе» у дітей і мелена у дорослих), біль у животі та блювота у дітей до шести років. Внаслідок повторних кровотеч може розвинутися важка анемія, гемодинамічна нестабільність.

Інвагінація – часте ускладнення, спричинене наявністю фіброзної тканини – сполучення з пупком. Це сполучення зумовлює інвагінацію проксимальної ділянки кишки у дистальну.

Рідше зустрічається інфікування і запалення ДМ – дивертикуліт, який клінічно часто імітує гострий апендицит.

Ектопічна шлункова слизова тканина у ДМ може спричинити виразкування з вираженим больовим синдромом, крововтрату (90% випадків кровотечі пов'язано з ектопічним шлунковим епітелієм). Місце кровотечі в цьому випадку розташоване дистальніше дивертикулу. Зрідка у ДМ може виявлятися неопластична тканина.

У дітей найкращим методом діагностики ДМ вважають ультразвукове дослідження. У дорослих використовують КТ. Контрастна рентгенографія з барієм малоінформативна у разі ДМ. Іноді використовують сцинтиграфію з технецієм з огляду на те, що майже 50% хворих із ДМ мають ектопічний шлунковий епітелій.

Усі пацієнти із симптоматичним ДМ підлягають хірургічному лікуванню (дивертикулотомії або сегментарній резекції клубової кишки). Використання лапароскопічної техніки має деякі переваги перед відкритим способом, але немає доказів щодо меншої кількості ускладнень і смертності внаслідок лапароскопічних операцій.

Необхідність операції у разі безсимптомного ДМ залишається спірним питанням. Було виявлено, що після хірургічного видалення асимптомних ДМ ризик ускладнень (обструкція кишки, інфікування) зростає у п'ять разів. Ряд

дослідників пропонує обмежити коло осіб, яким рекомендується оперативне лікування за умови відсутності симптомів ДМ: здорові особи до 50 років з утворенням, що пальпується, або підозрою на наявність гетеротопічної тканини, або з ДМ розміром більше ніж 2 см (довжина або максимальна ширина).

Дивертикулярна хвороба товстої кишки

Поширеність дивертикулярної хвороби в розвинутих країнах – від 5 до 45% населення, при цьому переважає локалізація в лівих відділах товстої кишки (до 90% хворих); В Азії переважає правостороння локалізація (70-74% хворих)

Зустрічаємість в різних вікових групах :

До 40 років: 5%

Від 40 до 60 років : 30%

Від 60 до 80 років : 65%

До 50 років частіше зустрічається у чоловіків

Після 70 років частіше зустрічається у жінок.

Дивертикулярна хвороба товстої кишки

Визначення	Термін "дивертикулярна хвороба товстої кишки" включає: 1)дивертикульоз товстої кишки без клінічних проявів; 2)дивертикульоз товстої кишки з клінічними проявами; 3)дивертикульоз товстої кишки ускладнений.
	Дивертикульоз - наявність одиничних або множинних дивертикулів. Дивертикул - грижеподібне випинання стінки порожнистого органа; може бути справжній (випинання всіх шарів порожнистого органа) та несправжній (випинання слизового та підслизового шарів через дефект в м'язевому шарі). В ободовій кишці зустрічаються, як правило, несправжні дивертикули. Розміри дивертикулів можуть бути від декількох міліметрів до декількох сантиметрів, кількість дивертикулів може коливатись від 1 до декількох сотень. В 90% випадків локалізуються в сигмовидній кишці, рідше - в нисхідній, але можуть бути у всіх відділах ободової кишки.

Епідеміологія	Дивертикулярна хвороба ободової кишки - хвороба цивілізації, найвищою є її частота в індустріально розвинених країнах, де переважає "західний" тип харчування (вживання в їжу недостатньої кількості клітковини). Частота захворювання збільшується з віком: до 30 років практично не зустрічається, в 30-40 років дивертикули є у 10% населення, в 50-60 років - у 20-35%, в 60-70 років - у 35-50%, а після 80 років - у 75%.
Етіопатогенез	В етіопатогенезі виникнення дивертикулів виділяють 2 основні фактора: сприяючі (природна слабкість кишкової стінки в місцях проходження через неї судин) та провокуючі (ослаблення м'язевого шару товстої кишки і підвищення тиску в просвіті кишки). Провокуючі фактори виникають внаслідок малорухливого способу життя, вживання недостатньої кількості

	<p>клітковини, вікової атрофії м'язевого шару кишківника.</p> <p>Патогенез запальних ускладнень дивертикульозу такий: кал затримується в просвіті дивертикула —> утворюються копроліти —> в стінці дивертикула виникають некрози і мікроперфорації —> бактерії кишківника проникають в тканини, що оточують дивертикул (клітковина брижі, жирові підвіски) —> формуються мікроабсцеси —> прогресування процесу призводить до розвитку периколярних інфільтратів або перфорацій в черевну порожнину.</p>
--	--

Класифікація	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дивертикульоз без клінічних проявів (80% дивертикулоносіїв). 2. Дивертикульоз з клінічними проявами (15-20% дивертикулоносіїв) 3. Ускладнення дивертикульозу (4-5% дивертикулоносіїв): <ul style="list-style-type: none"> • дивертикуліт; • перидивертикуліт, • периколіт, запальні інфільтрати (можуть привести до кишкової непрохідності в результаті здавлення кишки), абсцеси; • перфоративні кишки (прикриті та відкриті), • фістули (зовнішні та внутрішні), кишкова кровотеча. <p>За кордоном прийнята класифікація дивертикуліту за Nishey (2000р.):</p> <p>I стадія – перфорація дивертикулу з формуванням параболічного абсцесу II стадія – перфорація дивертикулу с формуванням ретроперитонеального або тазового абсцесу III стадія – перфорація дивертикулу у вільну черевну порожнину з розвитком фібринозно-гнійного перитоніту IV стадія – перфорація дивертикулу с формуванням калового перитоніту (можлива V стадія – сепсис)</p>
--------------	---

Клініка	<p>Клінічні прояви дивертикулярної хвороби варіабельні і залежать від стадії перебігу.</p> <p><u>Дивертикульоз без клінічних проявів</u> вважають доклінічною стадією хвороби, так як будь-які симптоми відсутні, а дивертикули випадково виявляють при рентгенологічних або ендоскопічних дослідженнях кишківника.</p> <p><u>Дивертикульоз з клінічними проявами</u> схожий за симптоматикою з синдромом подразненого кишківника: метиоризм, відчуття переповнення кишківника, порушення частоти випорожнення кишківника (частіше закрепи, але періодично може бути діарея), абдомінальний біль тягучого характеру. Пальпація, перкусія та аускультация живота малоінформативні.</p> <p>Клінічні прояви ускладнень залежать від їх виду.</p> <p><u>Дивертикуліт</u> за симптоматикою схожий з гострим апендицитом, але локалізація всіх проявів буде в місці розташування дивертикулів (найчастіше в лівій здухвинній ділянці): диспептичні розлади, локалізований абдомінальний біль, дефанс, можливі симптоми подразнення очеревини, підвищення температури, лейкоцитоз. При розташуванні дивертикулів поруч з сечовим міхуром та/або залучення його до запального процесу - дизуричні розлади, зміни запального характеру в загальному аналізі сечі.</p> <p><u>Перидивертикуліт, периколіт</u>: симптоми дивертикуліта, при пальпації - інфільтрат в черевній порожнині, можливий розвиток кишкової непрохідності з усіма її клінічними і рентгенологічними симптомами.</p> <p><u>Перфорація дивертикула</u> проявляється симптомами перитоніту і залежить від його розповсюдженості.</p>
---------	---

	<p><u>Кровотеча</u>: абдомінальний біль буває рідко, основний симптом –</p>
	<p>виділення крові з прямої кишки. Основні клінічні симптоми є результатом геморагії. Масивна кровотеча (буває рідко) може призвести до геморагічного шоку. Приховані кровотечі можуть проявлятися анемією, позитивним гемокульттестом або/та калом темного кольору. Основний метод діагностики - фіброколоноскопія, котра дозволяє виявити джерело кровотечі.</p>

Діагностика	<p>Додаткові методи діагностики дивертикулярної хвороби ободової кишки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • іригографія - дає можливість виявити наявність дивертикулів (випинання стінки кишківника), їх розмір, кількість та локалізацію; • колоноскопія - дає можливість виявити наявність дивертикулів, розмір їх шийки, кількість та локалізацію; є найбільш ефективним методом діагностики дивертикулярних кровотеч; • УЗД, КТ - інформативні методи діагностики дивертикулітів, периколітів, параколярних інфільтратів та абсцесів; • оглядова рентгенографія дає можливість виявити гострі ускладнення (перфорація, кишкова непрохідність). • лабораторна діагностика є інформативною при запальних ускладненнях (↑ лейкоцитів та зсув лейкоцитарної формули вліво, ↑ ШОЕ) та кровотечі (↑ гемоглобіну, ↑ еритроцитів)
Диференційна діагностика	<p>Неускладнену дивертикулярну хворобу необхідно диференціювати з синдромом подразненого кишківника, дисбактеріозом, ішемічним та псевдомембранозним колітом. Дивертикуліти, перидивертикуліти та периколіти - з гострим апендицитом, аднексітом, перекрутом кісти яєчника, цистітом, колоректальним раком, хворобою Крона, інвагінацією, перекрутом жирового підвіска. Дивертикулярні кровотечі з гемороєм, анальною тріщиною, неспецифічним виразковим колітом, променевим колітом, колоректальним раком, поліпами.</p>

Лікувальна тактика	<p>Залежить від стадії хвороби.</p> <p><u>Дивертикульоз з клінічними проявами</u> лікують консервативно: вживання продуктів багатих клітковиною, підвищення фізичної активності, підсилений питний режим (мін 2л рідини/добу), набухаючі послаблюючі засоби (Мукофальк, целюлоза, геміцелюлоза, лігнін).</p> <p><u>Дивертикуліт, перидивертикуліт</u> - спочатку лікують консервативно: парентеральне живлення, антибіотики, спазмолітики. Якщо настає покращення, то далі лікують як дивертикульоз з клінічними проявами, при відсутності ефекта від консервативної терапії - хірургічне лікування (резекція ураженого сегмента кишки з накладанням анастомоза).</p> <p><u>Периколіт з прикритою та відкритою перфорацією</u> - хірургічне лікування: резекція ураженого сегмента кишки з накладанням тимчасової колостоми, або первинного анастомозу (можливо лише при прикритих перфораціях та відсутності перитоніту).</p> <p><u>Дивертикулярні кровотечі</u> - спочатку лікують консервативно (іригографія, в/в та місцева гемостатична терапія), при відсутності ефекта та рецидивних кровотечах - хірургічне лікування (резекція ураженого сегмента кишки з первинним анастомозом).</p>
--------------------	--

Родинний поліпоз товстої кишки

Родинний поліпоз товстої кишки — рідкісна хвороба, за якої в товстій кишці утворюється понад 100 аденоматозних поліпів.

Захворювання успадковується автосомнодомінантно; у нечисленних хворих із необтяженим сімейним анамнезом його вважають проявом спонтанної мутації. Молекулярно-генетичні дослідження виявили мутацію гена аденоматозного поліпозу товстої кишки (APC), розміщеного на довгому коліні 5 хромосоми в локусах 5q21_q22.

Спадкові поліпозі закладені вже в генах батьків, формуються поступово

в дитячому віці, а проявляються в другій, третій чи навіть четвертій декадах життя. Сімейний поліпоз становить 0,1% усіх випадків колоректального раку. Поліпи розвиваються у віці 10–30 років. Якщо не проведено профілактичної операції, то до 40–45 років з'являється 100% ризик розвитку колоректального раку в разі малігнізації одного або кількох поліпів. Є багато класифікацій поліпозів травного каналу. Синдроми поліпозів кишечника поєднують схильність до пухлин, пігментацію шкіри, гіпермобільність суглобів, гіпереластичність шкіри, пролабацію клапанів серця з порушенням ритму, нейроендокринні дисфункції.

Поліпоз проявляється рецидивними проносами з кров'ю або, за локалізації поліпів у прямій кишці, зі слизом. Вторинно виникає залізодефіцитна анемія. Зрідка поліпи розміщуються в дні, тілі шлунка та дванадцятипалій кишці, термінальному відділі тонкої кишки. Розміщення поліпів у сосочку дванадцятипалої кишки можуть викликати обструкцію протоки підшлункової залози, що призведе до панкреатиту. Остеоми знаходять на черепі і нижній щелепі. Стоматологічні розлади проявляються непрорізаними зубами, відсутністю одного і більше зубів, додатковими зубами, кістами. Спостерігаються природжені ураження пігментного епітелію сітківки.

Епідермоїдні кісти та фіброми можуть локалізуватися на будь-якій частині тіла, зокрема на обличчі, їх виявляють у 5% хворих на дифузний сімейний поліпоз. Не повністю вивчено зв'язок з аденомами надниркових залоз та гіпофіза. Із сімейним аденоматозним поліпозом пов'язані позакишкові злоякісні пухлини: рак шлунка, періампулярний рак, аденокарцинома дванадцятипалої кишки, аденокарцинома підшлункової залози, рак жовчних проток, рак тонкої кишки, аденокарцинома надниркових залоз, щитоподібної залози, медулобластома, остеогенна саркома, гепатобластома.

Поліпоз кишечника потрібно підозрювати щоразу за кишкової кровотечі, рецидивних диспепсій, особливо за наявності домішок крові чи

слизу. Нині для скринінгового обстеження пацієнтів із групи ризику за сімейним аденоматозним поліпозом застосовують молекулярний генетичний метод.

Рестриктивний аналіз генетичного матеріалу може з точністю до 95–99 % визначити наявність захворювання і ймовірність його виникнення у родичів пацієнта. Офтальмоскопія може виявити природжену гіпертрофію пігментного епітелію сітківки вже у віці трьох місяців, що з імовірністю 97 % свідчить про розвиток сімейного аденоматозного поліпозу.

Для дифузного поліпозу характерним є розвиток великої кількості (до кількох тисяч) аденом на слизовій товстої кишки. Генетичні дослідження свідчать про те, що причиною розвитку захворювання є супресія гена, розташованого в довгому плечі 5-ї хромосоми і відповідального за пригнічення розвитку пухлин товстої кишки. Захворювання є спадковим в першому поколінні за принципом домінантного гена незалежно від статі.

Клінічними проявами дифузного поліпозу є часті нападоподібні болі у животі, рідкий стілець з великою кількістю слизу та крові, втрата маси тіла, загальну слабкість, анемію. Інколи поліпи великих розмірів можуть випадати через вихідник. При появі захворювання у молодому віці діти відстають у рості та загальному розвитку, пізніше розвиваються вторинні статеві ознаки. Характерним є зміни нігтів у вигляді шкелець годинника на пальцях рук і ніг у формі барабанних паличок. Частота малігнізації при дифузному поліпозі сягає 70-100%, тобто він є облігатним передраком.

Ендоскопічна картина поліпів при різних ступенях його розвитку різна:

Так при міліарному поліпозі – на слизовій облонці виявляються округлі, розового кольору утворення 0,3-0,5 см в діаметрі, розташовані щільно один до одного, так що вільна слизова оболонка між ними відсутня.

При аденоматозному поліпозі - виявляється скупченням невеличких та більш великих (до 1 см в діаметрі) поліпів на складках слизової оболонки, де- які з яких мають ніжку. Всі поліпи блідорожевого кольору.

При аденопапіломатозному поліпозі – виявлені різнокаліберні поліпи. Серед невеликих блідо-рожевих знаходяться більш великі утворення яскраво червоного або вишневого кольору, неправильної форми, з розрихленнями, досить часто з дольчатою поверхністю. Поліпи можуть бути на ніжках та на широкій основі.

Слід виділити і спадкові синдроми поліпозу:

Синдром Пейтц-Егерса - характеризується поєднанням множинних поліпів товстої кишки, тонкої кишки та шлунку з різноманітною пігментацією шкіри: на кінцівках, обличчі, губ, слизової оболонки рота та кон'юнктив. У хворих відмічається виснаження, анемія, відставання у розвитку. Захворювання передається за спадщиною. Нерідко синдром проявляється інвагінаційною непрохідністю кишечника.

Синдром Гарднера - спадкове захворювання, яке характеризується дифузним поліпозом товстої кишки у поєднанні з множинними аномаліями розвитку сполученої тканини (остеоми черепа, атероми, дермоїдні кісти, десмоїдні пухлини, фіброми).

Синдром Тюрке - поліпоз товстої кишки, поєднені з пухлинами центральної нервової системи.

Синдром Кронкайта-Кенада - рідке поєднання поліпів кишечника з алопецією, гіперпігментацією та відсутністю нігтів.

Синдром Олдфілда – аденоматоз товстої кишки в поєднанні з пухлинами наднирників, щитовидної залози та кистами сальних залоз.

Лікування:

При дифузному поліпозі єдиним реальним шансом на рятування життя хворого є своєчасне проведення радикального хірургічного лікування, яке передбачає виконання: 1/ колонопроктектомії з моноілеостомією – при тотальному ураженні поліпами всіх відділів товстої кишки у поєднанні з раковою пухлиною нижньоампулярного відділу прямої

кишки; 2/ субтотальної колектомії з демукозацією слизової оболонки прямої кишки та утворенням ендоректального ілеоанального анастомозу – якщо немає ендоскопічних та гістологічних ознак злоякісного переродження поліпів; 3/ колектомії з черевоанальною резекцією прямої кишки та утворенням резервуарного ілеоанального анастомозу – якщо дифузний поліпоз поєднується з раковою пухлиною прямої кишки, яка розташована на 5-7 см вище вихідника чи пухлини немає, але весь ампулярний відділ прямої кишки вражений поліпами; 4/ субтотальної колектомії з формуванням ілеоректального анастомозу – якщо у прямій кишці поліпів немає чи поодинокі поліпи видалені, але є тотальне ураження поліпами всіх відділів ободової кишки.

Мегадоліхоколон

Визначення	Захворювання, основним проявом котрого є хронічний закреп. Основними критеріями хронічного закрепу є: 1) частота стула рідше 3-х разів на тиждень; 2) тверда консистенція кала; 3) утруднення при дефекації. Додатково у хворих можуть бути супутні вегетативні кишкові та позакишкові розлади, але вони не є типовими.
Епідеміологія	Ідіопатичний мегадоліхоколон - хвороба цивілізації, найвищою є її частота
	в індустріально розвинених країнах, де переважає "західний" тип харчування (вживання в їжу недостатньої кількості клітковини). Закрепами можуть страждати пацієнти всіх вікових категорій, але частіше зустрічаються у людей похилого віку.

Етіопатогенез	<p>Нормальний час транзиту від ротової порожнини до анального каналу у здорових людей складає 24-48 годин, іноді до 60 годин. При хронічних закрепах - 60-120 годин і більше. Збільшення часу транзиту може бути обумовлено двома механізмами:</p> <p>1) вповільненням транзиту кала по ободовій кишці в результаті зменшення її пропульсивної активності – кологенний колостаз;</p> <p>2) уповільнене випорожнення кишківника в результаті порушення випорожнення прямої кишки - проктогенний колостаз.</p> <p>Основні причини функціональних закрепів:</p> <p>1.Неправильний режим харчування. Відмова від сніданка або поспішне вживання їжі подавляє шлунково-товстокишковий рефлекс. Основний прийом їжі у вечірні години порушує добовий ритм діяльності кишківника, т.я. вночі відсутнє нормальне збудження кишківника.</p> <p>2.Пригнічення мошва на дефекацію. Якщо позив на дефекацію подавляється хворим (в результаті стреса, відсутності гігієнічних умов, дії професійних факторів), то рецептори прямої кишки адаптуються до підвищеного тиску. Поступово для дефекації необхідно більш значне наповнення прямої кишки.</p> <p>3.Вживання деяких лікарських засобів: протикашльові препарати з кодеїном, гіпотензивні, Р-блокатори, психотропні, антациди, опіати, пероральні контрацептиви, анальгетики, спазмолітики.</p> <p>4.Вагітність Причини закрпів повязані зі зменшенням фізичної активності, зміною характеру харчування, здавленням кишківника збільшеною маткою, подавленням рефлекса на дефекацію, гормональними змінами.</p> <p>5.Міцеві органічні причини . Захворювання аноректальної області, котрі призводять до болю під час дефекації: анальні тріщини, геморой, виразки прямої кишки і т.д.. Подовження окремих відділів кишківника.</p> <p>6.Ендокринні захворювання Гіпотіреоз.</p>
Класифікація	<p>1.За механізмом виникнення.</p> <ul style="list-style-type: none"> • кологенні • проктогенні <p>2.За характером перебігу:</p> <ul style="list-style-type: none"> • хронічні • епізодичні

Клініка	Клінічні прояви варіабельні. Основними симптомами є 1) частота стула рідше 3-х разів на тиждень; 2) тверда консистенція кала; 3) утруднення при дефекації. Додатково у хворих можуть бути супутні вегетативні кишкові та позакишкові розлади (вздуття живота, відчуття переповнення живота, абдомінальний біль, симптоми хронічної інтоксикації) але вони не є типовими.
Діагностика	Грунтується на скааргах хворого та анамнезі. Додаткові методи застосовують для виключення органічної патології товстої кишки, котра могла стати причиною закрепів (хвороба Гіршпрунга, колоректальний рак, стриктури кишківника, злукова хвороба), визначення часу пасажу по шлунково-кишковому тракту. <ul style="list-style-type: none"> • іригографія; • колоноскопія;
	<ul style="list-style-type: none"> • пасаж сульфата барія по шлунково-кишковому тракту; • функціональні дослідження прямої кишки, • УЗД; • оглядова рентгенографія дає можливість виявити гострі ускладнення (перфорація, кишкова непрохідність); • лабораторна діагностика (для виключення метаболічних та ендокринних причин закрепів: гіпокаліємія, гіперкальціємія, уремія, гіпофізарна та надниркова недостатність, гіпотиреоз).
Диференційна діагностика	Необхідно диференціювати з органічними колостазми, ендокринними колостазми, синдромом подразненого кишківника, дисбактеріозом, і колоректальним раком, хворобою Крона.
Лікувальна тактика	Лікування консервативне: <ul style="list-style-type: none"> • бесіда з хворим для виявлення причин закрепів; • усунення причин закрепів; • дієта: вживання їжі багатой клітковиною (хліб грубого помолу, овочі, фрукти); • підсиленний питний режим - вживання min 2л/добу (соки, кисломолочні продукти, мінеральна вода, кава); • підвищення фізичної активності; • набухаючі послаблюючі засоби.

Мезентеріальний тромбоз

Гостра мезентеріальна ішемія, мезентеріальний інфаркт, мезентеріальний тромбоз — гострий стеноз артерій, які кровопостачають кишечник, що

призводить до інфаркту та некротизації відповідного відділу кишечника. Як артеріальна емболія, так і венозний тромбоз, можуть відігравати вирішальну роль. Оклюзія мезентеріальних судин зазвичай вражає пацієнтів старшого віку з серцево - судинними захворюваннями в анамнезі.

Патогенез

Гостра мезентеріальна ішемія може бути неоклюзивною (НОМІ) або окклюзивною (ОМІ), при цьому первинна етіологія надалі визначається як брижова артеріальна емболія (50%), мезентеріальний артеріальний тромбоз (15–25%), або мезентеріальний венозний тромбоз (5–15%)

Відповідно до уражених артерій при ОМІ, у приблизно 85 % випадків спостерігається оклюзія/стеноз верхньої брижової артерії, решта діляться приблизно порівну між черевним стовбуром і нижньою брижовою артерією. Стеноз нижньої брижової артерії клінічно легший і має сприятливіший прогноз, оскільки вона забезпечує кров'ю значно меншу зону.

Неоклюзивна мезентеріальна ішемія виникає приблизно в 20% випадків і, як правило, є наслідком вазоконстрикції верхньої брижової артерії, пов'язаної із низьким спланхнічним кровотоком. Пацієнти з НОМІ, як правило, страждають від важкої супутньої патології, зазвичай серцевої недостатності, яка може бути наслідком сепсису. Гіповолемія та застосування судинозвужувальних засобів можуть спричинити в даному випадку клініку інтестинальної ішемії.

Стадії

Мезентеріальна ішемія може бути небезпечною для життя і зазвичай протікає в три стадії:

Початкова стадія: проявляється сильним спазмоподібним білем у животі, можлива геморагічна (кривава) діарея, та початковими симптомами шоку, часто без захисного напруження передньої стінки живота. Біль в основному виникає в області пупка . Некроз ураженої частини кишечника починається вже через дві

години після оклюзії, саме тому він вимагає термінових дій у будь-якому випадку!

Латентна стадія: оманливе полегшення болю і симптомів протягом декількох годин, зменшення перистальтики кишечника ("оманиливий спокій").

Стадія непоправного кишкового некрозу: паралітична кишкова непрохідність, перитоніт, та виражена загальна інтоксикація організму з розвитком поліорганної недостатності, шокового стану.

Діагноз виставляється на основі:

Клініки гострого живота із наростаючим погіршенням стану пацієнта

Лейкоцитозу > 20000 / мкл

Метаболічного ацидозу, лактоацидозу

Кольорової дуплексної сонографії

Ангіографії ураженої ділянки

Комп'ютерної томографії

Рентгену живота - не специфічний показник

При неклюзивній мезентеріальній ішемії (НОМІ) - першочергово проводять консервативне лікування та лікування супутньої патології.

При оклюзійній мезентеріальній ішемії (ОМІ), тобто закупорці судини, показане екстрене хірургічне втручання з метою реваскуляризації ураженої ділянки кишечника шляхом відновлення кровотоку за допомогою ангіопластики або відкритої тромбектомії з накладанням стоми на місці ураженої ділянки кишки. Некротичні частини кишечника повинні бути видалені .

Прогноз: через швидкий перебіг, летальність до 80 % в залежності від стадії, та місця ураження. Це також пов'язано з тим, що діагноз зазвичай ставлять занадто пізно (складна диференціальна діагностика).

Рекомендована література :

Базова:

1. Хірургія : у 2-х т. Т. 2. Спеціальна хірургія / Р. О. Сабадишин, В. О. Рижковський, О. В. Маркович, Б. З. Чижишин. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – (377-380) с. ISBN 978-966-382-706-3
2. Невідкладна хірургія. Підручник для студентів VI курсів медичних факультетів медичних вузів: / Авт. кол.: В.В. Бойко, В.М. Лісовий, В.А. Капустник, Л.Й. Гончаренко, І.А. Тарабан, В.В. Макаров та ін.; під ред. чл.-кор. НАМНУ, проф. В.В.Бойка; чл.-кор. НАМНУ, проф. В.М. Лісового – Харків., «НТМТ», видавництво, 2019. – (288-296 с.) ISBN 978-617-578-116-6
3. Хірургія : підручник / [Я. С. Березницький О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – (92-95с.) ISBN 978-966-382-834-3
4. Хірургія: підручник /О.Ю.Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. – 5-е вид. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – 416 с. ISBN 978-617-505-853-4
5. Я.С.Березницький, М.П.Захараш, В.Г.Мішалов, В.О.Шидловський Хірургія, Том I 2006 , Підручник 49,14 Д.А.
6. Я.С.Березницький, М.П.Захараш, В.Г.Мішалов Хірургія, Том II 2007 , Підручник , 628 с.
7. Невідкладна хірургія за ред. Ковальчука Л.Я.-Тернопіль:Укрмедкнига, - 2000, 288 С.
8. „Хірургія” , Підручник М.П. // Захараш, О.І.Пойда, М.Д.Кучер.- К.:Медицина, 2006.-650с.

Допоміжна:

1. Carabotti M, Annibale B. Treatment of diverticular disease: an update on latest evidence and clinical implications. *Drugs Context*. 2018;7:212526.
2. Sinclair A. Diverticular Disease of the Gastrointestinal Tract. *Prim Care*. 2017 Dec;44(4):643-654.
3. Alexander A, Farish-Williford H, Hashmi M. Recognizing and treating Meckel diverticulum. *JAAPA*. 2015 Sep;28(9):1-2.
4. Choi SY, Hong SS, Park HJ, Lee HK, Shin HC, et al. The many faces of Meckel's diverticulum and its complications. *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2017 Apr;61(2):225-231.
 - Практичний посібник від Всесвітньої Організації Гастроентерологів (WGO, 2007).
5. *World Journal of Emergency Surgery* (2016): Керівництво по веденню пацієнтів з дивертикулітом лівої половини товстої кишки.

6. Практичні рекомендації по лікуванню дивертикуліта сигмовидної кишки від Американського Товариства Колоректальних Хірургів (ASCRS, 2014)
7. Систематичний огляд літератури «Нові тренди в невідкладній терапії гострої дивертикулярної кровотечі», журнал *Medicine от Wolters Kluwer* (2015)
8. Підручник *The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery* під редакцією David E. Beck. (2009).
9. Patel A, Kaleya RN, Sammartano RJ. Pathophysiology of mesenteric ischemia. *Surg Clin North Am.* 1992;72:31–41.
10. Acosta S. Mesenteric ischemia. *Curr Opin Crit Care.* 2015;21:171–8.
11. Clair DG, Beach JM. Mesenteric Ischemia. *N Engl J Med.* 2016;374:959–68
12. Орел.Ю "ГОСТРА МЕЗЕНТЕРІАЛЬНА ІШЕМІЯ" Архівовано 19 серпня 2019 у Wayback Machine. ЛМУ, Медицина світу, 1997, № 6 С.314-317
13. І. А. Даниленко "КЛІНІКА ТА ДІАГНОСТИКА ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ" Архівовано 12 липня 2020 у Wayback Machine. Медичний інститут СДУ, Хірургія України.- 2011.-№ 1.-С. 83-90. ISSN 1818-5398.

Питання для самопідготовки студента до практичного заняття.

1. Назвіть анатомічні відділи товстої кишки.
2. Яка особливість морфологічної будови стінки ободової кишки?
3. Вкажіть особливості кровопостачання ободової кишки.
4. Назвіть основні фізіологічні функції товстої кишки.
5. Назвіть морфологічні відмінності товстої кишки від тонкої.
6. Назвіть ознаки колітичного синдрому.
7. Назвіть вагомі морфологічні ознаки відмінності неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
8. Назвіть клінічні ознаки неспецифічного виразкового коліту.
9. Назвіть позакишкові прояви неспецифічного виразкового коліту.
10. Етіопатогенез неспецифічного виразкового коліту.
11. Методи інструментальної діагностики неспецифічного виразкового коліту.
12. Назвіть ендоскопічні ознаки активності процесу І ступеня неспецифічного виразкового коліту.
13. Назвіть ендоскопічні ознаки активності процесу ІІ ступеня неспецифічного виразкового коліту.

14. Назвіть ендоскопічні ознаки активності процесу III ступеня неспецифічного виразкового коліту.
15. Що визначає індекс Беста?
16. Визначити схему лікування при I ступеню активності неспецифічного виразкового коліту.
17. Назвіть ускладнення неспецифічного виразкового коліту.
18. Які є покази до хірургічного втручання при неспецифічному виразковому коліті?
19. Які ви знаєте методи хірургічного лікування хворих на виразковий коліт?
20. Назвіть рентгенологічні ознаки дивертикульозу товстої кишки.
21. Які клінічні особливості відрізняють хворобу Крона від неспецифічного виразкового коліту?
22. Чи потрібна біопсія слизової оболонки кишки при хворобі Крона?
23. Назвіть рентгенологічні ознаки хвороби Крона.
24. Визначте поняття дивертикульозу та дивертикуліту.
25. Назвіть клінічні ознаки дивертикуліту товстої кишки.
26. Рентгенологічні ознаки виразкового коліту.
27. Назвіть ускладнення дивертикульозу товстої кишки.
28. Дивертикул Мекеля та дивертикульоз товстої кишки однакового походження чи ні?
29. Лікувальна тактика при дивертикульозі та дивертикуліті.
30. Коли слід використовувати хірургічні методи лікування при дивертикульозі товстої кишки?
31. Які ви знаєте хірургічні методи лікування хворих на дивертикульоз?
32. Чи потрібна біопсія при встановленні діагнозу дивертикулярної хвороби?
33. Провести диференційну діагностику дивертикульозу товстої кишки та виразкового коліту.
34. Чи має синдром подразненої товстої кишки в основі патогенезу хронічне запалення слизової оболонки?
35. Назвіть клінічні ознаки синдрому подразненої товстої кишки.
36. Чи будуть характерними для синдрому подразненої товстої кишки при проведенні ірригаційного обстеження: дефект наповнення, мішкоподібне випинання стінки кишки?
37. Що означає антибіотикоасоційована діарея?
38. Хронічний колостаз які має клінічні прояви?
39. Чи показана колектомія при хронічному колостазі?
40. Чи є хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, дивертикуліт початковими проявами синдрому подразнення товстої кишки?
41. При яких захворюваннях товстої кишки розпочинається дисбактеріоз товстої кишки?
42. Чи доцільно шукати в калі *Helicobacter pilori*?
43. Пневматоз товстої кишки які має клінічні прояви?
44. Чи можлива затримка акту дефекації до 3-5 діб при синдромі подразнення товстої кишки?

45. При фіброколоноскопії можливо відрізнити хворобу Крона від виразкового коліту?
46. Ректороманоскопія та ректоскопія – рівнозначні інструментальні дослідження?
47. Які лікувальні та діагностичні можливості ендоскопічних досліджень?
48. Чи потрібне бактеріологічне дослідження калу при діарейному синдромі, для чого?