

**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:

- Кравченко Т.Г., к.мед.н., доцент;

- Грицак Л.І., 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 виразковим колітом (ВК), Хворобою Крона (ХК);
- проведення додаткових діагностичних методів обстеження пацієнтів із ВК і ХК та їх ускладненнями, інтерпретація їх результатів;
- складання плану лікування пацієнтів із ВК і ХК та їх ускладненнями;
- проведення диференціальної діагностики з іншими 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 (виразковим колітом (ВК), Хворобою Крона (ХК)), 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	1. Організаційні заходи 2. Постановка навчальних цілей та мотивація. 3. Визначення вхідного рівня	Реконструктивний рівень	35 хв

	знань студентів		
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	<p>1. Контроль та корекція рівня професійних вмінь та практичних навиків:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи студентів ; • Аналіз та оцінка результатів лабораторних, експериментальних, досліджень; • Рішення нетипових ситуаційних задач, завдань; <p>2. Підведення підсумків</p>	Реконструктивний , творчий рівень	35 хв

	заняття: теоретичного, практичного, організаційного		
--	---	--	--

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.

Неспецифічний виразковий коліт

НВК розглядають як дифузну запальне захворювання, при якому первинно пошкоджується слизова оболонка прямої кишки з подальшим розповсюдженням процесу у проксимальному напрямку. Ці зміни супроводжуються як порушення функції товстої кишки (колітичний синдром), так і позакишковими проявами хвороби. В рік реєструється 6-8 нових випадків захворювання на неспецифічний виразковий коліт (НВК) на 100 тис. населення. З врахуванням тривалості життя кількість хворих на НВК становить приблизно 60-70 на 100 тис. населення.

Класифікація. В залежності від розповсюдження розрізняють наступні типи уражень:

- сегментарний (проктит, проктосигмоїдит),
- лівобічний,
- субтотальний,
- тотальний.

Виділяють наступні форми хвороби: блискавичну, гостру, хронічно-рецидивуючу, хронічнобезперервну (прогресуючу). Ступінь активності запалення слизової оболонки може бути мінімальним, помірним і значним. Є три ступені тяжкості НВК: легкий, середній та тяжкий.

Ускладнення НВК поділяють на дві групи: місцеві та системні.

До місцевих відносять токсичну дилатацію товстої кишки, перфорацію кишки, перитоніт, профузну кишкову кровотечу, стиктури, псевдоколіти і рак кишки.

До системних: артрити, вузлову ерітему, гангренозну піодермію, іридоцикліти і

кон'юктивіти, стоматити, гепатити, холангіти, затримку росту та розвитку (у дітей).

НБК є ідіопатичною хворобою. Факторами ризику є генетичні розлади (спадковість), інфекція (персистенція вірусів, зокрема цитомегаловірусів), зміни в імунному апараті товстої кишки, фактори навколишнього середовища, харчова алергія, психогенні травми.

Гіпотези НБК

Гіпотеза механізмів	Докази
Первинними є зміни кишкового епітелію	<ul style="list-style-type: none">- структурні та функціональні зміни крипт та війок;- навіть під час ремісії не відновлюються нормальні співвідношення періодів дегенерації та регенерації.
Первинними є розлади мікроциркуляції в стінці кишки	<ul style="list-style-type: none">- стійкий набряк інтерстиціального простору;- діapedезні та істинні геморагії в слизовій оболонці;- зміщення фаз тканинного кровообігу під час ангиографії;- десквамація ендотелію, некрози стінок інтраорганних судин.
Первинними є зміни систем імунітету	<ul style="list-style-type: none">- високий титр антитіл, цитотоксичних до епітелію товстої кишки, які перехресно реагують з антигенами E.coli;- наявність антитіл до деяких білків молока, власних Т- і В-лімфоцитів, цитомегаловірусів;- порушення співвідношення НК-клітин.

Первинною є “помилка” в генетичному коді	- порушення структури ДНК в локусі В-27 МНС, яке зустрічається у 40 % пацієнтів з НВК.
Первинним є порушення кишкової екології	- дизбактеріоз; - ієрсиніоз; - персистенція вірусів у епітеліальних клітинах товстої кишки.

Діагностика.

Основний прояв хвороби – колітичний синдром, який супроводжується діареєю та патологічними домішками в стільці (слиз, гній, кров). Тяжкість коліту корелює з кількістю дефекацій в добу:

- до шести разів – легка;
- 6-12 разів – середня;
- більше 12 разів – тяжка.

Форма перебігу хвороби залежить від тривалості періодів загострення та ремісії:

- гостра - виникає тяжкий тотальний коліт, який триває менше шести місяців;
- хронічно-рецидивуюча – загострення тривають до 6 місяців, а ремісії – не менше 4 місяців;
- хронічно-безперервна (прогресуюча) – загострення більше 6 місяців, а ремісії – менше 4 місяців.

Об'єктивний огляд хворого, пальпація черевної стінки є малоінформативними для діагностики, однак є важливими для визначення тяжкості загального стану хворого, ускладнень і позакишкових проявів хвороби.

При встановленні діагнозу найперше слід виключити специфічну природу коліту – провести бактеріологічні дослідження. Діагностика НВК обов'язково включає ректороманоскопію, фіброколоноскопію з біопсією та іригоскопію.

Морфологічні зміни у слизовій оболонці товстої кишки залежать від тяжкості хвороби:

- легкий ступінь – ендоскопічно виявляється почервоніння, набряк слизової оболонки, “розмитий” судинний рисунок, незначна контактна кровотеча.

Рентгенологічно – зубчастість і подвоєння контуру кишки, нерівномірність чи втрата гаустрації, сегментарне (частіше лівобічне) ураження;

- середній ступінь – ендоскопічно виявляється гіперемія, набряк слизової оболонки, ерозії і виразки, контактна кровоточивість, в просвіті кишки багато слизу, плівок фібрину, наявні запальні поліпи. Рентгенологічно – відсутність гаустр на значній ділянці кишки, випрямленість та вкорочення її контуру;

- тяжкий ступінь – ендоскопічно спостерігаються численні виразки, які зливаються, запальні поліпи, в просвіті кишки значна кількість гною, крові і слизу.

Рентгенологічно – відсутність гаустр, численні дефекти наповнення, звуження і вкорочення кишки, зміщення сліпої кишки до печінкового кута, роздуті петлі термінального відділу тонкого кишківника.

Диференційний діагноз проводиться з специфічними колітами, хворобою Крона, ішемічним колітом, променевим колітом, колагенозами, колоректальним раком.

Лікування. Абсолютні покази до операції: гострі (бліскавичні) форми хвороби, токсична дилатація кишки, перфорація, перитоніт, профузна кровотеча, кишкова непрохідність, малігнізація. Відносні покази: перехід хронічно-рецидивуючої форми у хронічно-безперервну, тотальне ураження товстої кишки, псевдополіпоз, позакишкові прояви хвороби, затримка росту та розвитку у дітей.

Радикальним втручанням є колопроктектомія з виведенням постійної ілеостоми. При мінімальних морфологічних змінах у прямій кишці можлива колектомія, демукозація прямої кишки з ілеоанальним ендоректальним анастомозом. У виснажених хворих, при гострих формах, дефіциті ваги більше 20 % можливі двохетапні операції: першим етапом виконують субтотальну колектомію, ілеостомію, дистальна сигмостомію, другим – колопроктектомію.

Консервативне лікування залежить від тяжкості хвороби:

Ступінь тяжкості	сульфосалазин	кортикостероїди	корекція ОЦК, детоксикація
легка	3-4 г в добу впродовж 3-4 міс.	Не показано	Не показано
середня	4-6 г в добу впродовж 4-6 міс., або мікроклізми	60 мг преднізолону щотижня, знижуючи дозу на 10 мг	детоксикація, плазмацитаферез, парентеральне харчування
тяжка	6-10 г в добу	100 мг преднізолону довенно	корекція анемії, білкових, електролітних втрат, парентеральне харчування

Хвороба Крона відноситься до гранульоматозних колітів. Основним морфологічним субстратом її є імунна гранульома, яка формується на основі реакції гіперчутливості сповільненого типу. Щороку реєструється 6-8 нових випадків на 100 тис. населення.

В залежності від розповсюдження розрізняють:

- сегментарне ураження (будь-який сегмент шлунково-кишкового тракту);
- правобічне;
- лівобічне;
- субтотальне;
- тотальне.

До ускладнень хвороби Крона відносять:

- місцеві: інфільтрати (псевдозапальні пухлини) та абсцеси, внутрішні міжкишкові, ректовагінальні, ректовезикальні нориці, зовнішні нориці, стриктури, злоякісні пухлини.
- позакишкові: (за аналогією з НВК).

Основний прояв хвороби – колітичний синдром, який нічим не відрізняється від такого ж при НВК. При відсутності колітичного синдрому хворий може звернутися до лікаря у зв'язку з ускладненнями хвороби Крона.

Діагностика базується на даних іригоскопії, фіброколоноскопії з біопсією.

Різниця у клінічних та морфологічних проявах НВК та хвороби Крона

НВК	Хвороба Крона
Первинно пошкоджується слизова оболонка прямої кишки. Надалі процес поступово розповсюджується проксимально.	Характерний сегментарний тип уражень (“стрибки кенгуру”). Пряма кишка ушкоджується тільки в 50 % випадків.
Реактивний ілеїт зустрічається тільки в 10% хворих при тотальному ураженні.	Ураження товстої кишки в 30 % випадків
Скорочення м’язового шару кишки на фоні мінімального фіброзу.	Значно виражений фіброз, який призводить до вкорочення кишки та до стриктур.
Уражається тільки слизова оболонка, підслизовий шар – рідко.	Зміни носять трансмуральний характер
Загальний псевдополіпоз.	Поліпи зустрічаються рідко.
Інтенсивна гіперемія слизової оболонки	Гіперемія не характерна
Виразки поверхневі з тенденцією до злиття.	Глибокі виразки тріщини, які розміщуються вздовж осі кишки, з яких часто формуються нориці.
При мікроскопії наявні численні крипт-абсцеси	Потовщення стінки кишки з лімфоїдними інфільтратами, у 60 % – епітеліоїдні гранульоми.
Серозна оболонка макроскопічно без змін	Серозна оболонка завжди уражена.

Абсолютні покази до операції:

- гострі форми хвороби;
- перфорація кишки, перитоніт;
- профузна кишкова кровотеча;
- стриктури, що призвели до кишкової непрохідності;
- абсцеси, псевдопухлини черевної порожнини;
- нориці.

Відносні покази до операції:

- прогресивний перебіг хвороби;
- резистентність до консервативного лікування;
- значні зміни у прямій кишці та промежині (тріщини, нориці та ін.);
- позакишкові прояви хвороби.

Види операцій:

- при тотальному ураженні товстої кишки – колопроктектомія;
- при відсутності змін у прямій кишці – колектомія, ілеоректальний анастомоз;
- при правобічному ураженні – правобічна геміколектомія з ілеотрансверзоанастомозом.

- при лівобічному ураженні – колектомія, іноді – лівобічна геміколектомія.
- не припустимі пластичні конструкції типу тазового резервуару, ілеостоми-резервуару.

Консервативне лікування таке ж саме, як і при НВК.

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. – 353-389 с. ISBN 978-966-382-706-3
2. Хірургія : підручник / [Я. С. Березницький О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 183-194 с. ISBN 978-966-382-834-3
3. Хірургія: підручник /О.Ю.Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. – 5-е вид. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – 286-314 с. ISBN 978-617-505-853-4
4. Oxford Textbook of Surgery (3-Volume Set) 2nd edition (January 15,2000): by Peter J. Morris (Editor), William C. Wood (Editor) By Oxford Press
5. Sabiston Textbook of Surgery 17th edition by Courtney M. Townsend Jr.,Kenneth L. Mattox, B. Mark, MD Evers, Kenneth L., MD Mattox, Courtney Townsend, Daniel Beauchamp, B. Mark Evers, Kenneth Mattox W.B. Saunders Company (June, 2004)

Допоміжна:

1. SCHWARTZ'S PRINCIPLES OF SURGERY 2-volume set 11th edition 11th Edition/ F. Brunicaudi (Author), Dana Andersen (Author), Timothy Billiar (Author), David Dunn (Author), John Hunter (Author), Lillian Kao (Author), Jeffrey Matthews (Author), Raphael Pollock (Author) - McGraw Hill / Medical,2019. – 2448
2. Kirk's Basic Surgical Techniques, 7th Edition/ By Fiona Myint, FRCS – 2019. – 272

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 вагомні 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 I ступеня неспецифічного виразкового коліту.
13. Назвіть ендоскопічні ознаки активності процесу II 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. Чи є хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, початковими проявами синдрому подразнення товстої кишки?
25. При фіброколоноскопії можливо відрізнити хворобу Крона від виразкового коліту?
26. Ректороманоскопія та ректоскопія – рівнозначні інструментальні дослідження?
27. Які лікувальні та діагностичні можливості ендоскопічних досліджень?
28. Чи потрібне бактеріологічне дослідження калу при діарейному синдромі, для чого?