

Міністерство охорони здоров'я України

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Кафедра хірургії №1

ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова Вченої Ради ФПДО
Декан доц. Січкоріз О.Є.

«14» травня 2019 року

**ДИВЕРТИКУЛЯРНА ХВОРОБА.
ПОЛІПИ ТА СИНДРОМИ СПАДКОВОГО ПОЛІПОЗУ КИШЕЧНИКА**

Методичні рекомендації
для студентів старших курсів медичних університетів
інтернів, слухачів циклу «Спеціалізація», ПАЦ, ТУ
зі спеціальності «Проктологія»

Затверджено на методичній комісії
Засіданні кафедри хірургії №1
Протокол №__ від _____

Обговорено та затверджено на
ФПДО протокол №1 від 14.05.2019р.
Голова методичної комісії ФПДО

Завідувач кафедри

Затверджено на засіданні методичної комісії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 2 від 14 травня 2019 року)

Навчально-методичні рекомендації підготували викладачі кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: Кандидат медичних наук, доцент **Лозинський Юрій Сильвестрович**, кандидат медичних наук, доцент **Варивода Є.С.**, асистент **Леошик Олексій Вячеславович**, асистент **Лозинська Любов Юріївна**

За редакцією завідувача кафедри хірургії №1, доктора медичних наук, професора, **Лукавецького Олексія Васильовича**

Рецензенти:

- **Кобза Ігор Іванович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;
- **Андрющенко Віктор Петрович** - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Відповідальний за випуск перший проректор з науково-педагогічної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Гжегоцький Мечислав Романович**.

ЗМІСТ

Вступ. Актуальність теми.....	4
Дивертикулярна хвороба: етіологія, класифікація, клініка,діагностика та лікування.....	5
Поліпи та поліпоз кишечника.....	9
Синдроми спадкового аденоматозного поліпозу кишечника	10
Синдроми спадкового гамартомного поліпозу кишечника	11
Клінічні симптоми, методи обстеження та лікування синдромів поліпозу кишечника.....	11
План та організаційна структура заняття.....	12
Матеріали методичного забезпечення.....	13
Список літератури.....	15

I. ВСТУП. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Поліпоз товстої кишки вважається передраковим станом, і вимагає ранньої діагностики, для попередження ймовірної малігнізації захворювання.

Дивертикулярна хвороба характеризується різноманітністю клінічної симптоматики, помилкова тактика в лікуванні може стати причиною ускладнень чи рецидиву хвороби.

Достатньо часто дивертикулярна хвороба є випадковою знахідкою в абдомінальній хірургії при накладанні анастомозів і вимагає перегляду хірургом вибраної раніше стратегії операційного втручання.

II. Мета заняття

1. Ознайомитися з етіологією та патогенезом захворювань, класифікацією поліпів та поліпозу товстої кишки та дивертикулярної хвороби, клінічною симптоматикою та методами діагностики. $\alpha=I$
2. Інтерпретувати клінічну картину цих захворювань та проводити диференційну діагностику. $\alpha=II$
3. Проводити основні методи загального клінічного обстеження хворого (опитування, огляд, пальпація, перкусія, аускультация), визначати певний обсяг додаткових досліджень і аналізувати отримані дані для встановлення попереднього $\alpha=III$
4. Вміти правильно формулювати діагноз, та визначати тактику лікування поліпами та поліпозом та дивертикулярною хворобою $\alpha=IV$

III. Мета розвитку особистості.

Сформувати у студентів здатність логічно інтерпретувати клінічну картину захворювань, закріпити принципи етики та деонтології при проведенні обстеження пацієнта з урахуванням його індивідуальних, в тому числі інтелектуальних, соціальних особливостей.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Нормальна і топографічна анатомія, фізіологія	Анатомічну будову товстої кишки, функцію, кровопостачання, іннервацію	Визначати топографію товстої кишки
Гістологія	Будову слизової товстої кишки	Диференціювати мікроскопічні препарати
Патологічна анатомія	Механізми порушень в товстій кишці	Описати патологічні зміни при поліпах та поліпозі товстої кишки та дивертикулярній хворобі

Фармакологія	Групи препаратів, які використовуються при поліпозу та дивертикулярної хвороби	Призначити симптоматичне лікування, виписати рецепти
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Семіотику захворювань товстої кишки	З'ясувати скарги, анамнез захворювання, огляд та фізикальне обстеження пацієнта
Наступні дисципліни		
Внутрішня медицина	Основні діагностичні критерії захворювань тонкої та товстої кишки	Діагностувати поліпоз та дивертикулярну хворобу
Внутрішньопредметна інтеграція		
Поліпи та поліпоз товстої кишки	Клініку та діагностику поліпів та поліпозу товстої кишки	Діагностувати поліпоз та поліпи товстої кишки, призначити лікування
Дивертикулярна хвороба товстої кишки	Клініку та діагностику дивертикулярної хвороби	Діагностувати дивертикулярну хворобу, призначити лікування

V. Зміст теми та його структурування

ДИВЕРТИКУЛЯРНА ХВОРОБА

Дивертикулярна хвороба товстої кишки або дивертикульоз товстої кишки (ДТК) – захворювання яке супроводжується наявністю мішкоподібних випинань в стінці товстої кишки. Захворювання найчастіше уражає людей старечого та похилого віку. Найчастіша локалізація дивертикулів – сигмоподібна кишка.

Епідеміологія: Частіше хворіють чоловіки. Захворювання розвивається у віці 40-60 років у 5% хворих, 60-80р – 30%, 80 і старше – 65%хворих.

В етіології та патогенезі захворювання провідну роль відіграють слабкі місця в стінці кишки та підвищення тиску з просвіту кишки. Слабкими місцями товстої кишки є місця проходження судин (vasa recta) через циркулярний м'язовий шар у напрямку до слизової. До підвищення внутрішньокишкового тиску призводить дискоординована непропульсивна моторика, зменшення кількості рослинних волокон у калі, що призводить до уповільнення транзиту калу, а також прийом хворим речовин (зокрема жовчних кислот), що підсилюють перистальтику й зумовлюють спазм м'язів кишки. Встановлено, що найбільший внутрішньокишковий тиск є в сигмоподібній кишці.

Класифікація

За виникненням

- Природжений дивертикульоз (зустрічається рідко, дивертикули «повні», оскільки містять всі стінки товстої кишки, можуть бути в правих відділах товстої кишки)

- Набутий дивертикульоз (дивертикули «неповні», містять тільки слизовий та підслизовий шар, який пролабує через м'язову стінку). Частіше виникають у лівих відділах товстої кишки.

За клінічними проявами та ускладненнями

1. Дивертикульоз без клінічних проявів;
2. Дивертикульоз із клінічними проявами;
3. Дивертикульоз із ускладненнями (дивертикуліт):
 - а) Кровотеча;
 - б) Параколичний інфільтрат (периколіт):
 - без абсцесу;
 - з абсцесом;
 - непрохідність;
 - кишкові нориці (зовнішні і внутрішні);
 - в) Перфорація у черевну порожнину.

Клініка та діагностика

1. Дивертикульоз без клінічних проявів може діагностуватися при колоноскопії, або іригографії, як випадкова знахідка.

2. Дивертикульоз із клінічними проявами (дивертикулярна хвороба). Скарги пов'язані не з наявністю дивертикулів, а з супутнім синдромом подразненої кишки: спастичний біль переважно зліва, який зникає після дефекації або відходження газів, метеоризм, тенезми. При пальпації живота у випадку ускладненої форми хвороби може пальпуватися абдомінальна маса, сформована запаленими петлями товстої кишки.

3. Дивертикуліт ускладнений кровотечею. Проявляється профузною товстокишковою кровотечею з явищами гіпотонії, колапсу та у важких випадках – шоку. Хворі скаржаться на виділення з калом, а у тяжких випадках - згустків темно-червоної крові без випорожнення. В деяких випадках кровотеча може спонтанно зупинитися.

4. Дивертикуліт, ускладнений параколичним інфільтратом. Механізм виникнення запалення пов'язаний з формуванням калових каменів в дивертикулярному мішку, що призводить до запалення дивертикула та/або виразкування. Запалення дивертикулярного мішка не обмежується тільки дивертикулом, а поширюється на суміжні тканини та всю стінку товстої кишки (периколіт). Хворі скаржаться на спастичний біль, тенезми, субфебрилітет, розлади дефекації (діарея або закрепи). При об'єктивному огляді виявляють здуття живота, болючість за ходом товстої кишки, інфільтрат довкола кишки.

- У випадку розвитку *закритої перфорації* у хворого виникає дефанс м'язів передньої черевної стінки, симптоми локального перитоніту.
- Коли місце перфорації прикриває петля тонкої кишки або сечовий міхур, у хворих виникають *внутрішні нориці*: товсто-тонкокишкова, товсто-сечоміхурова, товсто-піхвова. Такі хворі можуть скаржитися на тривалу уроінфекцію, виділення калу та газів через уретру або піхву. Зовнішні нориці виникають при зрощенні товстої кишки з передньою черевною стінкою.
- У випадку *абсцедування* гіпертермія стає фебрильною, наростають явища інтоксикації. *Перфорація у вільну черевну порожнину* виникає як наслідок витончення, або ж виразкування стінки дивертикула та підвищення внутрішньокишкового тиску, і супроводжується симптомами гнійного перитоніту.

- Стеноз при дивертикуліті виникає як наслідок формування рубцевих змін на фоні рецидивуючого дивертикуліту, а також внаслідок механічного звуження просвіту кишки інфільтратом. У хворих розвивається клініка *кишкової непрохідності*: затримка відходження калу, газів, здуття живота, неефективність клізм, позитивні симптоми подразнення очеревини.

Інструментальні методи обстеження

При іригографії з подвійним контрастуванням відзначають вихід контрастної речовини за межі контуру кишки у вигляді овальних мішкоподібних тіней, розміри та кількість яких варіабельні: від поодиноких до множинних, розповсюджених по всій товстій кишці, діаметром від 0,2-0,3 до 2-3 см та більше. Характерною рентгенологічною ознакою дивертикулу є наявність шийки, що зв'язує дивертикул із просвітом товстої кишки.

Тривала затримка барію в просвіті дивертикула при спорожненні, нечіткий контур дивертикула, стенозування перешийку, зміни відповідного сегмента кишки, будуть свідчити про наявність дивертикуліту.

Вихід контрастної речовини в просвіт іншого порожнистого органу буде свідчити про формування внутрішньої нориці, що потребуватиме проведення фістулографії чи цистографії.

При підозрі на перфорацію слід виконувати оглядову рентгенографію органів черевної порожнини, яка у випадку кишкової непрохідності вкаже рівні рідини, роздуті газом та калом аборальні відділи кишки.

При колоноскопії відзначають наявність в кишці отворів, що вистелені слизовою, «вічка дивертикулів», діаметром від 0,2см,. Ознаками дивертикуліту є гіперемія, набряк вічка та слизової сегмента кишки, що містить дивертикул. У випадку кровотечі з дивертикула спостерігається підтікання або пульсація крові з вічка. При колоноскопії інсуфляцію повітря слід проводити обережно, щоб не спричинити перфорацію дивертикула.

УЗД показана при інфільтраті або абсцесі черевної порожнини.

При кровотечі з дивертикула показане проведення селективної артеріографії верхньої брижової артерії, радіоізотопного сканування для визначення локалізації місця кровотечі.

Комп'ютерна томографія та МРТ дозволять виявити потовщення стінки кишки, стеноз кишки, параколичний інфільтрат, абсцеси та закриті перфорації (проводяться зазвичай в плановому порядку).

Дослідження калу – копрологія, дисбактеріоз – для покращення пасажу калу та корекції дисбіотичних змін.

Диференційний діагноз

Діагноз	Діагностична маніпуляція
Гострий інфекційний коліт	Посів калу на дизентерійну групу
Амебний коліт, лямбліоз	Мікроскопія калу
Псевдомембранозний коліт	Тест на Clostridium Difficile Toxin A,B, в анамнезі прийом антибіотиків
Туберкульоз кишечника	Проба Mantoux, рентгенологічне дослідження

	легень
Ішемічний коліт	Наявність серцевої патології, старечий вік, рентгенологічні ознаки при іригографії, патогістологічне дослідження біоптатів
Хвороба Crohn	Локалізація, дані ендоскопії (симптом бруківки), позакишкові прояви
НБК	За даними ендоскопії (проксимальний, дифузний характер запалення), дані біопсії, позакишкові прояви
Рак товстої кишки	Патогістологічне дослідження біоптатів
Синдром подразненої кишки	Відсутність дивертикулярних вип'ячувань, локалізація болю по всьому животу
Пієлонефрит, нефролітіаз	УЗД, аналіз сечі
Тубо-оваріальні пухлини (аднекс-тумор)	Бімануальний огляд, УЗД геніталій

Лікування

Дивертикульоз із клінічними проявами

- Дієта багата клітковиною, ліквідація закрепів.
- Набухаючі засоби рослинного походження (препарати насіння подорожника – Мукофальк, Дефенорм), лактулоза (нормолакт, нормазе, дуфалак)
- При потребі – спазмолітики, послаблюючі препарати.

Дивертикуліт з параколічним інфільтратом

- Дієта багата клітковиною, ліквідація закрепів. У випадку тяжкого перебігу ентеральне харчування адаптованими сумішами (Модулен IBD, Берламін-Модуляр), або перентеральне харчування.
- Набухаючі засоби рослинного походження (препарати насіння подорожника – Мукофальк, Дефенорм), лактулоза (Нормолакт, Нормазе, Дуфалак).
- Антибіотикотерапія (per os у пацієнтів з легким перебігом, або парентерально у пацієнтів з тяжким перебігом). З антибіотиків застосовуються фторхінолони та метронідазол.
- Анальгетики.
- Спазмолітики.
- Препарати 5 АСК (Салофальк, Пентаза, Асакол, Сультасалазин).

При неефективності консервативної терапії або в разі виникнення ускладнень – операційне лікування.

Дивертикуліт ускладнений кровотечею

- Гемостатична, трансфузійна терапія
- Ургентна іригоскопія
- Операційне лікування (на підставі іригоскопії)
 - Лівобічна геміколектомія
 - Субтотальна колектомія
 - Тотальна колектомія

Дивертикуліт ускладнений перфорацією

- Операційне лікування:

- Колостомія;
- Резекція типу Hartman;
- Резекція з анастомозом;
- Резекція з анастомозом і стомою;

Дивертикуліт ускладнений абсцесом

- Пункція і дренивання гнійника під контролем УЗД +антибіотикотерапія ;
- лівобічна геміколектомія з колостоною;
- резекція сигмоподібної кишки типу Hartman.

Дивертикуліт ускладнений кишковою непрохідністю

- Консервативна терапія (антибіотикотерапія, клізми, спазмолітики, 5АСК)
- Операційне лікування:
 - розвантажуюча колостомія;
 - лівобічна геміколектомія з колостоною;
 - правобічна геміколектомія;
 - резекція сигмоподібної кишки.

Дивертикуліт ускладнений норицею

Операційне лікування, метою якого є резекція зміненої кишки з дивертикулами, висічення нориці з висіченням або резекцією прилеглого порожнистого органу. Операція часто закінчується накладанням розвантажувальної колостоми, для профілактики недостатності анастомозу.

ПОЛПИ ТА ПОЛПОЗ КИШЕЧНИКА

Поліпом прийнято називати утвір, що походить зі слизової і виступає в просвіт кишки, має ніжку. Поліп – це доброякісний утвір. Згідно міжнародної гістологічної класифікації пухлин, доброякісні утвори товстої кишки представлені наступним чином.

1. Аденоми:

- тубулярна (аденоматозний поліп);
- ворсинчаста (вільозний поліп);
- тубулярно-ворсинчаста.

2. Гамартоми: вроджені вади розвитку кишкової стінки (Morson В., 1962), утворені з ембріональних залишків тканин, які представляють собою пухлиноподібні утвори з наявністю в їх стромі гладком'язових волокон, що галузяться

Множинний поліпоз кишечника

Встановлено спадкову передачу захворювання за автономно-домінантним чи рецесивним типом. Приблизно у 30% хворих захворювання встановлюється *de novo* і пацієнт стає першою ураженою особою в родині. До основних критеріїв, що дозволяють виділити поліпоз є, по-перше, ураження поліпами всіх відділів товстої кишки, по-друге, сімейний характер ураження, по-третє, кількість поліпів, в середньому, повинна бути наближеною до 100 чи більше.

Клінічні симптоми

- Часті рідкі випорожнення (до 5-6 раз на добу)
- Виділення з калом слизу, крові
- Біль в животі
- Затримка фізичного розвитку, порушення обмінних процесів.

Клінічна діагностика повинна включати збір спадкового анамнезу, та детального огляду хворого на предмет виявлення позакишкових проявів поліпозу:

- Десмоїдні пухлини: високодиференційовані сполучнотканинні утвори, які в більшості випадків знаходяться в передній черевній стінці, в брижі тонкої і товстої кишки, в м'язових шарах спини і плечового поясу
- Остеоми
- Аномалії щелеп
- Епідермальні кісти
- Гіпертрофії пігментного епітелію сітківки.

Діагностика

- Проктологічне обстеження: при пальцевому дослідженні вдається виявити поліпи.
- Ендоскопічні методи обстежень. Колоноскопія, при якій виявляють множинні ураження товстої кишки поліпами різного ступеня диференціації. ФЕГДС – у 50% хворих виявляють патологію верхніх відділів ШКТ, в тому числі – множинні поліпи.
- Генеалогічний аналіз. Дозволяє встановити зв'язок захворювання у родичів, виявити приховані форми захворювання.

Лікування

Хірургічне.

Колпроктектомія (видалення всіх відділів товстої кишки, оскільки в залишених відділах висока ймовірність утворення поліпів, з переродженням в злоякісну пухлину).

Синдроми спадкового аденоматозного поліпозу кишечника

- **сімейний дифузний поліпоз** (зумовлений мутаціями гена APC в кодонах 233, 835, 1179, 1407; супроводжується десмоїдними пухлинами, аномаліями щелеп, вродженою гіпертрофією пігментного епітелію сітківки);
- **синдром Гарднера (Gardner)**– варіант СДП (зумовлений мутаціями гена APC в кодоні 1309 (поліморфізм APC в екзонах 15 і 13); супроводжується десмоїдними пухлинами, фібромами, остеомами різних локалізацій, аномаліями щелеп, вродженою гіпертрофією пігментного епітелію сітківки);
- **синдром Турко (Turcot)** (зумовлений мутаціями генів APC чи HNPCC; аденоматоз із пухлинами центральної нервової системи (ЦНС));
- **синдром Олдфілда (Oldfield)** (зумовлений мутаціями гена APC; аденоматоз із пухлинами наднирників, щитоподібної залози, сімейної гіпертрофії сальних залоз і аденокарциномами різної локалізації);
- **синдром Цоллінгера-Еллісона (Zollinger-Ellison)** (множинний ендокринний аденоматоз).

Синдроми спадкового гамартомного поліпозу кишечника

1. Гамартоми: вроджені вади розвитку кишкової стінки (Morson B., 1962), утворені з ембріональних залишків тканин, які представляють собою пухлиноподібні утвори з наявністю в їх стромі гладком'язових волокон, що галузяться:

- **синдром Пейтса-Єгерса (Peutz-Jeghers)** (зумовлений мутаціями в генах LKB1 і STK11 в 10-70% випадків; супроводжується поліпами протягом всього шлунково-кишкового тракту з пігментацією шкіри обличчя і пальців, слизової губ, щік, піхви і злоякісними пухлинами шлунка).
- **ювенільний поліпоз** (зумовлений мутаціями та соматичною інактивацією в гені PTEN, в гені BMPR1, та в гені SMAD4; супроводжується анемією невиясненої етіології, розладами гомеостазу, відставанням у фізичному розвитку).
- **синдром Ковдена (Cowden)** (зумовлений мутаціями та соматичною інактивацією в гені супресорі PTEN; множинний гамартомний синдром);
- **синдром Баньян-Рілі-Рувалькаба** (зумовлений мутаціями та соматичною інактивацією в гені супресорі PTEN; супроводжується макроцефалією, природженим порушенням пізнавальної і моторної функції, ліпомами і гемангіомами).
- **синдром Кронкайта-Канада (Cronkhite-Canada)** (зумовлений мутаціями та соматичною інактивацією в гені супресорі PTEN; супроводжується облісінням, атрофією нігтів, пігментацією шкіри).

2. Гетеротопії.

- Гіперпластичний поліп.
- Доброякісний лімфоїдний поліп і поліпоз.
- Запальний поліп.
- Глибокий кістозний поліп.
- Ендометриоз.

Клініка

У більшості хворих захворювання протікає безсимптомно, виявляють поліпи як правило при ендоскопічному обстеженні. Клінічно захворювання починає проявлятися при досягненні пухлиною розмірів 1,5-2 см.

Одним з клінічних проявів є наявність патологічних виділень в калі. Зазвичай це крововтрата, у випадку вільозних поліпів – це виділення слизу. Гіперпродукція слизу може призводити до диспротейнемії, водно-електролітних зрушень. При досягненні великих розмірів може наступати інвагінація, явища кишкової непрохідності.

Методи обстеження: пальцеве обстеження, ректороманоскопія, фіброколоноскопія, іригоскопія.

Методи лікування

- поліпектомія з допомогою ректоскопа або колоноскопа з електрокоагуляцією ніжки або ж ложа поліпа;
- трансаанальне висічення поліпа;

- колотомія і резекція кишки з пухлиною;
- черевно-анальна резекція прямої кишки з формуванням ректоанального анастомозу з приводу циркулярних та напівциркулярних пухлин нижньоампулярного відділу прямої кишки;
- трансанальне ендохірургічне висічення новоутвору.

VI. План та організаційна структура заняття

<i>№ п/п</i>	<i>Основні етапи заняття</i>	<i>Навчальна мета в рівнях засвоєння</i>	<i>Методи контролю та навчально-методичне забезпечення</i>	<i>Час</i>
1.	Підготовчий етап: Організація заняття Визначення навчальної мети та мотивації Контроль вихідного рівня знань, вмінь, та навичок А) етіологія патогенез Б) класифікація В) клінічні особливості перебігу Г) алгоритм діагностики та консервативна терапія Д) Хірургічне лікування Е) МСЕК	α =II-III	Фронтальне опитування, тестові завдання, навчальні таблиці. Оснащення мультимедійні слайди, карти стаціонарних хворих, запис відеокolonоскопії, рентгенограми, клінічні задачі	10%
2	Основний етап: Формування професійних вмінь та навичок, обговорення та оцінка результатів клінічної діагностики, диференційної діагностики, лікування, реабілітації та МСЕК	α =III-IV	Історії хвороб, амбулаторні карти хворих. Обладнання: рентгенограми, мультимедійні слайди, запис відеокolonоскопії, клінічні задачі.	70%
3.	Заключний етап А) контроль та корекція рівня професійних знань Б) підведення підсумків В) домашнє завдання	α =III-IV	Індивідуальний контроль теоретичних знань	20%

VI. Матеріали методичного забезпечення

Питання ($\alpha=I, \alpha=II$)

1. Етіологія та патогенез дивертикулярної хвороби
2. Класифікація дивертикулярної хвороби
3. Клініка та діагностика дивертикулярної хвороби
4. Ускладнення дивертикулярної хвороби
5. Лікування дивертикулярної хвороби
6. Етіологія і патогенез поліпів та поліпозу товстої кишки
7. Класифікація поліпів та поліпозу товстої кишки
8. Клініка та діагностика поліпів та поліпозу товстої кишки
9. Хірургічне лікування хворих з поліпозом
10. Хірургічне лікування хворих з дивертикулітом.

Тестові завдання ($\alpha = II$)

1. Яка тактика при неускладненому дивертикульозі?
 - A. Дієтичне харчування, санаторно-курортне лікування
 - B. Спазмолітики, місцева протизапальна терапія
 - C. Сульфасалазопрепарати, спазмолітики
 - D. Антибіотикотерапія
 - E. Ліквідація закрепів, спазмолітики

Відповідь E

2. Який основний метод діагностики дивертикульозу?
 - A. Пальцеве обстеження прямої кишки
 - B. Ректороманоскопія
 - C. Колоноскопія
 - D. Іригоскопія
 - E. Рентгенографія травного каналу

Відповідь D

3. Яка клініка поліпів товстої кишки?
 - A. Біль в животі
 - B. Виділення слизу з калом
 - C. Виділення крові з калом
 - D. Виділення крові та слизу з калом
 - E. Випадіння поліпа з ануса

Відповідь D;

4. Яка частота малігнізації сімейного дифузного поліпозу?

- A. менш ніж 20%
- B. 20-50%
- C. 50-70%
- D. 70-90%
- E. 100%

Відповідь E

5. В якому відділі товстої кишки найчастіше зустрічаються дивертикули?

- A. Пряма кишка
- B. Сліпа кишка
- C. Поперечно-ободова кишка
- D. Висхідна ободова кишка
- E. Сигмоподібна кишка

Відповідь E

Типова задача ($\alpha = \text{II}$)

У хворого клініка перитоніту. Після оглядової рентгенографії органів черевної порожнини виявлено газ під куполом діафрагми. Діагностична лапароскопія вказала на перфорацію дивертикула сигмоподібної кишки в черевну порожнину. Який обсяг операційного втручання слід виконати?

Відповідь: Резекція сигмоподібної кишки або лівобічна геміколектомія за типом Гартмана; колостомія, санація та дренування черевної порожнини

Нетипова задача ($\alpha = \text{III}$)

Хворий, 68 років, госпіталізований ургентно з клінікою шлунково-кишкової кровотечі. Захворів гостро, коли відзначив дефекацію згортками крові, а також кров'ю яскраво-червоного кольору. Хворіє гіпертонічною хворобою. При надходженні тиск 180/110 мм рт.ст. Пульс 92 хв. ЧД 20/хв. Шкірні покриви бліді, чисті. Язик вологий, живіт м'який, неболючий. Симптоми подразнення очеревини негативні. При огляді в перианальній ділянці без особливостей. *Per rectum* тонус сфінктера достатній. В анальному каналі без патології. На рукавичці залишки свіжої крові. RRS: в анальному каналі без особливостей. Огляд прямої кишки утруднений через велику кількість яскравої крові, та наявність згортків в просвіті. Гемоглобін 90 г/л. Ймовірний діагноз? Яка подальша тактика ведення хворого?

Відповідь: діагноз: дивертикулярна хвороба ускладнена кровотечею.

Дообстеження: Біохімічний аналіз крові. Група крові, резус фактор. ФЕГДС для виключення профузної кровотечі з верхніх відділів ШКТ. ФКС після підготовки клізменним методом. Ургентна. Іригоскопія. Лікування: Гемостатики. Переливання свіжезамороженої плазми. Корекція АТ. Спазмолітики. Сульфасалазопрепарати. Динамічне спостереження. У випадку рецидиву кровотечі ургентна операція – лівобічна геміколектомія або колектомія

VIII. Список літератури

Рекомендована література для вивчення дисципліни студентами 4 курсу:

Обов'язкова література

1. Хірургія (факультетська): підручник /М.П.Захараш, О.І.Пойда, М.Д.Кучер та ін. – К.:Медицина, 2006. – 656 с.

Додаткова література

1. Масляк В.М., Павловський М.П., Лозинський Ю.С., Варивода І.М. Практична колопроктологія. – Львів, Світ, 1993. – 144 с.
2. Хірургічна гастроентерологія: Навчальний посібник / М.П. Павловський, Н.І. Бойко, С.М. Чуклін та ін. – Львів: “Кварт”, 2010. – 432 с.
3. *APC* germline mutations in individuals being evaluated for familial adenomatous polyposis: a review of the Mayo clinic experience with 1591 consecutive tests / S.E. Kerr, C.B. Thomas, S.N. Thibodeau [et al.] // *J. Mol. Diagn.* – 2013. – Vol. 15(1). – P. 31-43.
4. Patel, S.G. Familial colon cancer syndromes: an update of a rapidly evolving field / S.G. Patel, D.J. Ahnen // *Curr. Gastroenterol. Rep.* – 2012. – Vol. 14(5). – P. 428-38.