

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.

---

«15» лютого 2018 року

**ЗАПАЛЬНІ ТА ВРОДЖЕНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА.  
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ**

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 \_\_\_\_\_  
Завідувач кафедри

---

Обговорено та затверджено на  
ФПДО протокол №1 від 15.02.2018р.  
Голова методичної комісії ФПДО

---

Затверджено на засіданні методичної комісії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол №1 від 15 лютого 2018 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 Євген Степанович**, асистент **Леошик Олексій Вячеславович**, асистент **Лозинська Любов Юрївна**

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

<b>Вступ. Актуальність теми.....</b>	<b>4</b>
<b>Неспецифічний виразковий коліт: етіологія, патогенез, класифікація, диференціальна діагностика та лікування.....</b>	<b>5</b>
<b>Хвороба Крона: етіологія, патогенез, класифікація, диференціальна діагностика та лікування.....</b>	<b>9</b>
<b>Хвороба Гіршпрунга: етіологія, патогенез, класифікація методи обстеження та лікування.....</b>	<b>12</b>
<b>План та організаційна структура заняття.....</b>	<b>14</b>
<b>Матеріали методичного забезпечення.....</b>	<b>15</b>
<b>Список літератури.....</b>	<b>18</b>

## I. ВСТУП. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

При вивченні хірургічних захворювань тонкої та товстої кишок особлива увага надається неспецифічному виразковому коліту та Хворобі Крона, що на даний час об'єднуються спільним терміном «запальні захворювання товстої кишки» та вивченню хвороби Гіршпрунга, яка найбільш поширена в дитячому віці, а субкомпенсовані форми можуть зустрічатися і у дорослих, що складає труднощі у встановленні діагнозу. Частота захворюваності на Хворобу Крона та неспецифічний виразковий коліт повільно зростає з кожним роком, і незважаючи на появу нових, достатньо ефективних консервативних методів лікування, хірургічне лікування все ще залишається єдиним ефективним методом лікування цих нозологій та їх ускладнень.

## II. Мета заняття

1. Ознайомитися з етіологією та патогенезом захворювань, класифікацією НВК, ХК, ХГ, 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 діагнозу.  $\alpha=III$
4. Вміти правильно формулювати діагноз та визначати тактику лікування хворих з запальними захворюваннями товстої кишки та хворобою Гіршпрунга  $\alpha=IV$

## III. Мета розвитку особистості.

Сформувати у слухачів 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
<b>Попередні дисципліни</b>		
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 неспецифічному виразковому коліті, хворобі Крона та хворобі Гіршпрунга

Фармакологія	Групи препаратів, які використовуються при лікуванні неспецифічного виразкового коліту, хвороби Крона та хвороби Гіршпрунга	Призначити симптоматичне лікування, виписати рецепти
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Семіотику захворювань тонкої та товстої кишки	З'ясувати скарги, анамнез захворювання, огляд та фізикальне обстеження пацієнта
<b>Наступні дисципліни</b>		
Внутрішня медицина	Основні діагностичні критерії захворювань тонкої та товстої кишки	Діагностувати неспецифічний виразковий коліт, хворобу Крона та хворобу Гіршпрунга призначити лікування
<b>Внутрішньопредметна інтеграція</b>		
Неспецифічний виразковий коліт	Клініку та діагностику неспецифічного виразкового коліту	Діагностувати неспецифічний виразковий коліт, призначити лікування
Хвороба Крона	Клініку та діагностику хвороби Крона	Діагностувати хворобу Крона, призначити лікування
Хвороба Гіршпрунга	Клініку та діагностику хвороби Гіршпрунга	Діагностувати хворобу Гіршпрунга призначити лікування

## V. Зміст теми та його структурування

### НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

**Неспецифічний виразковий коліт (НВК)** – некротизуюче деструктивне запалення слизової оболонки і підслизової основи товстої кишки неспецифічного характеру, невідомої етіології.

Первинна захворюваність на НВК становить 1,3-15,1 на 100 тис. населення, розповсюдженість 20-130 на 100 тис. населення.

**Етіологія НВК** невідома, а патогенез мало вивчений. Механізм первинного ушкодження ґрунтується на розвитку реакцій гіперчутливості і автоагресії, які призводять до дегенеративно-некротичних змін епітелію та порушення мікроциркуляції у стінці товстої кишки.

*У розвитку запалення відіграють роль наступні фактори*

- Порушення біоценозу внутрішньокишкової флори
- Генетичні дефекти (ген *MDR1*)
- Порушення імунної відповіді

- Фактори ризику середовища (тютюнопаління зменшує ризик), лікарські препарати – нестероїдні протизапальні, порушення харчування.

Розповсюдження запально-некротичних змін від прямої кишки в оральному напрямку призводить до порушення всмоктувальної, секреторної, резервуарної та евакуаційної функцій товстої кишки, а при тотальному коліті вітаміносинтезуючої, що виявляється діареєю, тенезмами та кровотечею у просвіт кишки. У міру розвитку до патологічного процесу залучаються всі органи травлення. Порушується гомеостаз: виникає диспротеїнемія, порушення балансу електролітів, вуглеводів. Розвиток дисбактеріозу та приєднання суперінфекції ще більше порушують обмін речовин. У результаті постійної ендогенної інтоксикації та автосенсибілізації виникають вторинні ураження печінки, нирок, підшлункової залози та центральної нервової системи.

### Класифікація

За ступенем тяжкості хвороби (за індексом DAI)

- легка (до 5);
- середньотяжка (5-9);
- тяжка (9-12);

Індекс активності хвороби (DAI)		
Кількість дефекацій протягом останнього тижня	Нормальна (як в ремісії)	0
	На 1-2 >норми	1
	На 3-4 >норми	2
	На > 4 >норми	3
Кров'янисті випорожнення (за останній тиждень)	Немає	0
	Прожилки крові	1
	Явні домішки крові	2
	Головним чином кров	3
Зовнішній вигляд слизової	Нормальний	0
	Підвищена ранимість слизової	1
	Висока ранимість слизової	2
	Ексудація, спонтанна кровотеча	3
Оцінка ступеня активності лікарем	Норма	0
	Легка ступінь	1
	Помірно тяжка	2
	Тяжка	3

### За клінічним перебігом

- гострий (блискавичний)
- хронічний рецидивуючий
- хронічний безперервний перебіг

### За анатомічним типом

- проктит
- проктосигмоїдит
- лівобічний коліт

- тотальний коліт

### **Клінічні прояви НВК**

*Дефекація калом з патологічними домішками* (кров, слиз, гній, фібрин) відбувається за рахунок виразкових дефектів стінки кишки).

*Часті дефекації* внаслідок прискороного транзиту кишкового вмісту та надходження в просвіт кишки ексудату та трансудату, який виділяється запальною слизовою оболонкою. *Абдомінальний біль*, тенезми.

*Прояви інтоксикації* (гіпертермія, втрата апетиту, маси тіла).

*Позакишкові прояви* (артрит, іридоцикліт, увеїт, судинні ураження, амілоїдоз нирок, первинний склерозуючий холангіт).

### **Діагностика**

*Лабораторна діагностика* спрямована на визначення ступеня анемії, лейкоцитозу, прискороної ШОЕ. Також виявляють гіпопротейнемію, гіпоглобулінемію, порушення електролітного балансу.

Одним з маркерів активності хвороби може служити підвищення рівня С-реактивного білка.

*Дослідження калу – копрологія, патогенна флора, дисбактеріоз* із метою диференційної діагностики з кишковими інфекціями та коригування дисбактеріозу.

*Інструментальна діагностика.*

*Ендоскопічне обстеження*– основний метод обстеження хворих на НВК. Слизова оболонка зерниста, судинний малюнок внаслідок набряку відсутній, виражена контактна кровоточивість. У випадку тяжкого перебігу визначаються виразки та ерозії. В час ремісії можуть визначатися «псевдополіпи», які є острівцями збереженої слизової між ділянками з виразками. Під час ендоскопічного обстеження необхідно встановити оральну межу запалення для визначення анатомічного типу коліту та відповідно медикаментозної терапії.

В окремих випадках застосовують *іригографію*, при якій можна виявити відсутність гаустрації, псевдополіпи, що разом надає кишці форму «водопровідної труби».

Гостра токсична дилатація та наявність вільного газу у черевній порожнині є протипоказанням до іригоскопії. Слід також пам'ятати, що відсутність гаустрації в низхідній ободовій кишці є варіантом норми.

### **Диференційний діагноз**

<b>Діагноз</b>	<b>Діагностична маніпуляція</b>
Гострий інфекційний коліт (збудники Shigella, Salmonella, Yersinia enterocolitica)	Посів калу на дизентерійну групу
Амебний коліт	Мікроскопія калу
Псевдомембранозний коліт	Тест на Clostridium Difficile Toxin A,B, колноскопія, 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
Променевий коліт	В анамнезі опромінення
Хвороба Crohn	Локалізація, дані ендоскопії(симптом бруківки), гістологічне дослідження (інформативність 20%)
Рак товстої кишки	Патогістологічне дослідження біоптатів
Коліти при СНІД	ПЛР на ВІЛ

*Морфологічне дослідження.* Патогістологічне дослідження є обов'язковим у хворого на НВК. В тканині, взятій при біопсії визначаються виразкові дефекти, інфільтрація слизової лімфоцитами, плазматичними клітинами, еозинофілами, поліморфно-ядерними лейкоцитами з утворенням крипт-абсцесів. Фіброзні зміни при НВК у підслизовому шарі практично відсутні.

#### **Ускладнення:**

- Профузна кровотеча
- Токсичний мегаколон
- Перфорація/перитоніт
- Первинний склерозуючий холангіт
- Малігнізація

#### **Лікування НВК**

При призначенні лікування НВК слід враховувати анатомічний тип та важкість захворювання. При призначенні імуносупресорів та біологічної терапії слід виключити ТВС інфекцію, для запобігання дисемінації туберкульозу.

1. Дієта 4 за Певзнером.
2. Препарати 5 аміносаліцилової кислоти (5АСА- салофальк, пентаса, асакол) в дозі 3-4 г/добу peros, в дозі 0,5-1г /добу місцево у вигляді свічок ( у разі проктиту пероральний прийом препарату не застосовується)
3. Кортикостероїди: Преднізолон в дозі 1 мг/кл маси тіла/добу peros, Будесонід (Буденофальк) 9 мг/добу
4. Біологічна терапія: анти ФНП- $\alpha$ , - Ремікейд 5 мг/кг, в/в краплинно.
5. Імуносупресанти: азатіопрін – 2,5-4 мг/кг на добу, протягом 2-4 місяців.циклоспорин – 4мг/кг парентерально, або в таблетках 10 мг/кг.

#### **Показання до операційного втручання**

- Підозра на перфорацію товстої кишки.
- Випадки, що не піддаються цілеспрямованій комплексній терапії, тобто виникнення гострої токсичної дилатації товстої кишки.
- Рідкі випадки профузної кровотечі з товстої кишки.
- Нефективність наполегливого комплексного лікування НВК.
- Рак на фоні запального процесу.



**Операційні втручання.** Метою операційного втручання є тотальна колектомія, навіть у випадках, коли у хворого відсутнє тотальне ураження. У випадку залишення мінімального відрізка товстої кишки запалення буде продовжуватися у цьому відрізку. При формуванні резервуарних анастомозів проводиться десерозація слизової анального каналу. Набуває поширення лапароскопічна техніка виконання операцій.

- Колектомія з ілеоанальним анастомозом, з формуванням резервуару
- Колпроктектомія з постійною ілеостомою.

## **ХВОРОБА КРОНА (Crohn)**

**Хвороба Crohn (ХК)** – хронічне рецидивуюче гранульоматозне запалення шлунково-кишкового тракту невідомої етіології, що характеризується трансмуральним сегментарним запаленням з розвитком місцевих та системних ускладнень.

Захворюваність на ХК становить 2-4 на 100 тис. нас. Поширеність 50-70 на 100 тис нас.

**Етіологія ХК невідома.** Патогенез розвитку запалення подібний до НБК. У розвитку запалення відіграють роль наступні фактори:

- Порушення біоценозу внутрішньокишкової флори
- Генетичні дефекти (ген *NOD2 (CARD1), SLC22A4, SLC22A5, DLG5, PPARG*)
- Порушення імунної відповіді
- Фактори ризику середовища (тютюнопаління – збільшує ризик захворювання на ХК, лікарські препарати – нестероїдні протизапальні, порушення харчування).

### **Класифікація ХК**

**за анатомічним типом ураження**

- ХК тонкої кишки (5% випадків)
- ХК термінального відділу клубової кишки (термінальний ілеїт) (25%)
- ХК ілеоцекальної ділянки (40%)
- ХК товстої кишки (25%)
- Інші ураження (стравохід, порожнина рота) (2%)

### **Клініка**

- Дефекація з патологічними домішками (кров, слиз, гній, фібрин)
- Часті дефекації
- Абдомінальний біль
- Наявність абдомінальної маси(інфільтрат черевної порожнини)
- Перианальні ускладнення (геморой, тріщина, нориці)
- Прояви інтоксикації (гіпертермія, втрата апетиту та маси тіла)
- Позакишкові прояви (артрит, іридоцикліт, увеїт, судинні ураження, амілоїдоз нирок, первинний склерозуючий холангіт)

### **Діагностика**

**Лабораторна діагностика** спрямована на визначення ступеня анемії, лейкоцитозу, прискорення ШОЕ. Також виявляють гіпопротеїнемію, гіпоглобулінемію, порушення електролітного балансу.

Одним з маркерів активності хвороби може служити підвищення рівня С-реактивного білка.

Дослідження калу – копрологія, патогенна флора, дисбактеріоз – із метою диференційної діагностики з інфекційними кишковими інфекціями та коригування дисбактеріозу.

### **Інструментальна діагностика**

При проведенні **колоноскопії** визначають характерне вогнищеве, асиметричне, трансмуральне, гранульоматозне запальне ураження будь-якої частини кишки типу «бруківки» (повздожні виразки), афтозні виразки-тріщини на фоні незміненої слизової, наявність стриктур, ураження термінального відділу тонкої кишки, ілеоцекального клапана. Також виявляють внутрішні отвори нориць товстої кишки. Специфічним проявом є сегментарність ураження – здорова слизова чергується з сегментами запаленої.

*Патоморфологічне дослідження* біоптатів слизової має 20% інформаційну цінність. У ньому виявляють специфічне гранульоматозне запалення, інфільтрацію власної пластинки слизової. У післяопераційному матеріалі визначають гранульому (клітини типу Пирогова-Langhans), трансмуральне ураження.

*Рентгенологічне дослідження* спрямоване на виявлення поширеності та характеру ускладнень при ХК. Проводять пасаж барію та іригографію. Виявляють звуження просвіту кишки, наявність внутрішніх нориць, наявність сегментарного ураження кишки.

З допомогою *УЗ діагностики* можна виявити абсцеси та інфільтрати черевної порожнини. Трансанальна *УЗД* допомагає виявити параанальні ускладнення та їх характер – парапроктит, нориця прямої кишки.

*MPT* та *KT* застосовується в складних діагностичних випадках.

Необхідна також *ФЕГДС* для виявлення ураження стравоходу та шлунка, сфінктерометрія для визначення ступеня ураження сфінктерного апарату.

### **Диференційний діагноз**

<b>Діагноз</b>	<b>Діагностична маніпуляція</b>
Гострий інфекційний коліт (збудники Shigella, Salmonella, Yersinia enterocolitica)	Посів калу на дизентерійну групу
Амебний коліт	Мікроскопія калу
Псевдомембранозний коліт	Тест на Clostridium Difficile Toxin A,B, колоноскопія, в анамнезі прийом антибіотиків
Туберкульоз кишечника	Проба Манту, рентгенологічне дослідження легень
Ішемічний коліт	Наявність серцевої патології, старечий вік, рентгенологічні ознаки при іригографії, патогістологічне дослідження біоптатів
Променевий коліт	В анамнезі опромінення
НВК	За даними ендоскопії (дифузний характер запалення), дані біопсії.
Рак товстої кишки	Патогістологічне дослідження біоптатів
Коліти при СНІД	ПЛР на ВІЛ

<b>Диференційна діагностика ХК та НВК</b>		
<b>Ознака</b>	<b>НВК</b>	<b>ХК</b>
Ректальні кровотечі	Постійно в період загострення	Рідко, трапляються при ураженні прямої кишки
Діарея	Випорожнення часті, водянисті, нерідко в нічний час	До 4-6 р/д, кашоподібний, переважно в денний час
Закрепи	Рідко, при проктосигмоїдитах, проктитах	Більш характерні
Біль у животі	Частіше перед актом дефекації, і стихає після акту дефекації	Типовий, різного характеру
Інфільтрат в черевній порожнині	немає	Часто, у правій клубовій ділянці
Перфорації	Тільки на фоні токсичної дилатації	Типові, прикриті
Нориці	Вкрай рідко	Часто внутрішні та зовнішні
Кишкова непрохідність	Рідко	Часто, особливо на фоні стриктур
Ракове переродження	Часто	Рідко
Ураження перианальної ділянки	Рідко, за рахунок діареї	Часто
Стриктур	Нетипові, частіше при малігнізації	Часті
Поширеність процесу	Поширення в оральному напрямку, дифузне. Завжди в прямій кишці. Тільки товста кишка	Сегментарне, в усіх відділах ШКТ. 5% Пряма кишка.
Активна стадія	Дифузний набряк, зернистість, гіперемія слизової, відсутність судинного малюнку, контактна кровотеча, поверхневі виразки, псевдополіпи	Симптом „бруківки”, глибокі лінійні виразки, деформація кишки, стриктури.
Ремісія	Нормальна або атрофічна слизова	Набряк та ригідність, стриктура

### **Ускладнення**

- Стеноз;
- Перфорація/перитоніт;
- Абсцес;
- Сепсис;
- Нориці;
- Малігнізація.

### **Лікування**

Хворим призначається дієта залежно від переважаючої клініки (стеноз чи діарея). Виключаються молочні продукти, овочі та фрукти. Спектр лікарських препаратів такий самий як і при НВК. Показане застосування антибіотиків при гіпертермії та наявності абдомінальної маси. Особлива увага приділяється місцевому лікуванню параанальних ускладнень. Застосовуються свічки месалазину, клізми месалазину, гель метрогіл, діоксизоль, повідон-йод.

### ***Легкий та середньотяжкий ступінь***

- 5 ASA 1г 3-4 р/д;
- Будесонід 9 мг/добу per os;

При аборальних формах свічки, клізми, піна 5 ASA / Будесонід.

### ***Середньотяжкий-тяжкий ступінь***

- Преднізолон 40-60 мг/добу по схемі;
- Азатиоприн 2-2,5 мг/кг/добу (3-6 міс);
- Антибіотики (ципрофлоксацин, метрогіл);

### ***Тяжка форма***

- Преднізолон 2мг/кг на добу;
- Парентеральне харчування ;
- Метотрексат, 15-25 мг/ 1р-тиждень;
- Антитіла до ФНП-α – Інфліксімаб 5 мг/кг 1р/ 2 тижні;

### **Показання до хірургічного лікування**

- Кишкова кровотеча;
- Стеноз з явищами кишкової непрохідності;
- Абсцеси, нориці;
- Рефрактерність до медикаментозної терапії;
- Малігнізація.

### **Хірургічне лікування**

- Резекція макроскопово зміненої кишки;
- Колпроктектомія;
- Стриктуропластика;
- Висічення нориць.

## **ХВОРОБА ГІРШПРУНГА (HIRSCHSPRUNG)**

**Хвороба Гіршпрунга** – гіпо- та агангліоз інтрамуральних гангліїв, як правило прямої кишки, внаслідок чого над неперистальтуючою, звуженою ділянкою кишки формується розширений, гіпертрофований відділ товстої кишки –мегаколон.

### **Етіологія. Патогенез.**

Доведений генетичний характер аномалії. Провідна роль в розвитку хвороби Гіршпрунга належить 4 генам: RET (рецептор тирозинкінази), GDNF (нейтрофічний фактор гліальних клітин), ENDRB (ген рецептора ендотеліна-В), EDN3 (ендотелін-3) та їх вплив на процес міграції нейробластів. Внаслідок чого порушується міграція нейробластів з вагусного нервового гребінця в процесі ембріогенезу, і чим раніше припиняється міграція, тим довший агангліонарна ділянка. Відомо, що частота поширення цієї вади становить 1:4000-1:5000 народжених. У хлопчиків ця аномалія зустрічається в 4-5 разів частіше.

У дітей спостерігаються частіше протяжні форми агангліозу, що призводить до раннього розвитку клініки кишкової непрохідності, у дорослих ця зона, як правило, коротша проте ступінь вираженості мегаколон значно більша.

В патогенезі захворювання відсутність, або зниження пропульсивної діяльності агангліонарного сегменту кишки. Постійні спроби кишки проштовхнути вміст в дистальному напрямку призводять до гіпертрофії, а потім до склерозування м'язевих структур стінки кишки. В результаті сегментом кишки втрачається евакуаторна функція, а

постійне накопичення калових мас та газів призводить до розширення кишки, що сприяє розвитку хронічної кишкової непрохідності та до постійної інтоксикації та формуванню мегаколону.

### **Класифікація**

Виділяють наступні анатомічні форми захворювання, в залежності від ураженого відділу:

1. Наданальна
2. Ректальна
3. Ректосигмоїдна
4. Субтотальна
5. Тотальна форма.

### **Клініка**

Відсутність самостійної дефекації, періодичний біль в животі, нудота, відсутність апетиту, виражений метеоризм.

При огляді звертає увагу характерна деформація грудної клітки, та живота який збільшений в розмірах. При пальпації виявляється скупчення калових мас, розширену, атонічну кишку. При пальцевому обстеженні прямої кишки визначають збережений або посилений тонус анального сфінктера, і порожню ампулу. В деяких хворих після тривалої відсутності дефекацій буває нестримний пронос, зумовлений розвитком запалення в розширених відділах кишки. Клінічно можна виділити три стадії захворювання компенсовану, субкомпенсовану та некомпенсовану, які залежать від довжини зони аномалії, ступеню вираженості змін (агангліоз, гіпогангліоз) компенсаторними можливостями організму та адекватністю терапії. Для компенсованої стадії характерна самостійна дефекація, з закрепамі по 3-7 діб, при субкомпенсованій стадії зпорожнення кишки досягається послаблюючими чи клізмами. декомпенсованої стадії характерна відсутність позову до дефекації та неефективність консервативних методів терапії (послаблюючі та клізми).

### **Методи обстеження**

1. Ректороманоскопія: визначається порожня ампула прямої кишки та затруднено проходження апаратом через пряму кишку, наступним «провалюванням» в розширену кишку з каловими масами.
2. Іригографія: різкий перехід від дистальної до розширеної проксимальної частини кишки, потовщення цих відділів та відсутність гаустр. Наявність вмісту в розширених відділах.
3. Для визначення моторно-евакуаторної функції товстої кишки використовується пасаж барію з рентгенологічним обстеженням.
4. Біопсія прямої кишки за Свенсоном з визначенням будови інтрамурального нервового апарату, та гістохімічний аналіз слизової для виявлення ацетилхоліністерази, кількість якої збільшена.
5. Визначення ректоанального рефлексу шляхом балонної манометрії. Ознакою хвороби Гіршпрунга буде відсутність або зниження розслаблення внутрішнього сфінктера у відповідь на збудження.

## Лікування

Досягнути нормалізації евакуації можливе шляхом видалення або відключення агангліонарної зони з розширеними декомпенсованими відділами товстої кишки. В дитячій хірургії найбільшого поширення набули методи Свенсона, Дюамеля, Соаве. В дорослих, поряд з низькими апаратними резекціями прямої кишки, виконується модифікований варіант методу Дюамеля, суть якого в двоетапному формуванні над анального коло ректального анастомозу, з залишенням культу агангліонарної зони, для попередження травмування сфінктера.

## VI. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття	Навчальна мета в рівнях засвоєння	Методи контролю та навчально-методичне забезпечення	Час
1.	Підготовчий етап: Організація заняття Визначення навчальної мети та мотивації Контроль вихідного рівня знань, вмінь, та навичок А) етіологія патогенез Б) класифікація НВК, ХК, ХГ В) клінічні особливості перебігу, індекси активності Г) алгоритм діагностики та консервативна терапія Д) Хірургічне лікування Е) МСЕК	$\alpha$ =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	$\alpha$ =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	$\alpha$ =III-IV	Індивідуальний контроль теоретичних знань	20%

## VII. Матеріали методичного забезпечення

Питання ( $\alpha=I, \alpha=II$ )

1. Етіологія та патогенез НВК
2. Класифікація НВК
3. Клініка та діагностика НВК
4. Індекс активності хвороби
5. Лікування хворих на НВК
6. Етіологія і патогенез ХК
7. Класифікація ХК
8. Клініка та діагностика ХК
9. Індекс активності хвороби ХК
10. Лікування хворих на ХК
11. Хірургічне лікування хворих з запальними захворюваннями товстої кишки.
12. Етіологія і патогенез ХГ
13. Клініка та діагностика ХГ
14. Лікування ХГ

Тестові завдання ( $\alpha = II$ )

1. Які основні клінічні симптоми неспецифічного виразкового коліту?

- A. Нудота, блювання
- B. Біль в анальному каналі
- C. Діарея
- D. Кров'янисті виділення з прямої кишки
- E. Діарея, слизово-кров'янисті виділення при дефекації, біль в животі

Відповідь E.

2. Який основний метод діагностики виразкового коліту?

- A. Аналіз калу на приховану кров (реакція Gregersen)
- B. Аноскопія
- C. Іригоскопія
- D. Колоноскопія
- E. Ренгеноскопія травного каналу

Відповідь D.

3. Які основні препарати використовуються у лікуванні виразкового коліту?

- A. Анальгетики, спазмолітики
- B. Гемостатики
- C. Антибіотики, сульфаніламід
- D. Седативні

Е. Сульфасалазопрепарати, кортикостероїди  
Відповідь Е.

4. Для якого захворювання характерна ендоскопічна ознака «бруківка»?

- А. Хвороба Hirschsprung
- В. Неспецифічний виразковий коліт
- С. Хвороба Crohn товстої кишки
- Д. Рак товстої кишки
- Е. Спадковий сімейний поліпоз

Відповідь С.

6. При хворобі Гіршпрунга рівень ацетилхолінестерази при імуногістохімічному обстеженні:

- А. Високий
- Б. Знижений
- В. Нормальний
- Г. Не визначається

Відповідь А.

7. Клінічно хвороба Гіршпрунга проявляється:

- А. Кишковою кровотечею
- Б. Кишковою непрохідністю
- В. Діареєю
- Г. Анусалгією

Відповідь Б.

Типові задачі ( $\alpha = II$ )

Хворий, 25 років, надійшов зі скаргами на дефекацію з домішками крові та слизу 3-5 разів на добу, підвищення температури тіла до 37,5 С, біль в лівих відділах живота. Хворіє протягом тижня. Ймовірний діагноз? Які додаткові дообстеження слід виконати?

*Правильна відповідь: Неспецифічний виразковий коліт. Слід виконати фіброколоноскопію з біопсією.*

У хворої 32 роки, на фоні лікування термінального ілеїту ХК преднізолоном розвинулась затримка дефекації на протязі 2-х діб та не відходять газы. При огляді в правій клубовій ділянці абдомінальна маса. Живіт піддутий в усіх відділах, не бере участь в акті дихання. В правій клубовій ділянці позитивні симптоми подразнення очеревини. При оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини наявне затемнення в піддіафрагмальному просторі з права. Яке ускладнення наступило у хворої? Яка подальша тактика лікування?

*Правильна відповідь: Перфорація. Слід виконати операційне втручання: лапаротомія*

Нетипові задачі ( $\alpha = III$ )



Хворий звернувся з скаргами на затримку дефекації на протязі 5 днів. З дитинства страждає закрепамми. Останні декілька місяців неефективний прийом послаблюючих. При огляді збільшений в розмірах живіт. При пальпації за ходом товстої кишки щільні рухомі утвори. При огляді прямої кишки тонус сфінктера посилений, а в ампулі чисто. Ваш діагноз? Які додаткові методи обстеження слід виконати?

*Правильна відповідь: Хвороба Гіршпрунга. Слід виконати ректороманоскопію з біопсією по Свенсону та імуногістохімічним аналізом, іригографію.*

## **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. Шельгін Ю.А., Ачкасов С.И., Бирюков О.М.и др.. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга - Москва 2013 - 15 с.
4. Лозинський Ю.С. Неспецифічний виразковий коліт. Методичні рекомендації. – Львів, 2003. -26с.
5. Степанов Ю.М. Хронічні запальні захворювання кишечника: особливості епідеміології в Україні / Ю. М. Степанов, І. Ю. Скірда, О. П. Пегішко // Гастроентерол. – 2017. – Т. 51, № 2. – С. 97-105.