

**Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет**

Кафедра Внутрішньої медицини №3
Факультет VI по підготовці іноземних студентів

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні кафедри внутрішньої медицини №3
«29» серпня 2016 р. протокол № 13
Зав. кафедри _____ д.мед.н., професор Л.В. Журавльова

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
для самостійної роботи студентів

з дисципліни «Внутрішня медицина (в тому числі з ендокринологією)
студенти 4 курсу I, II, III медичних факультетів, V та VI факультетів по підготовці
іноземних студентів

Запальні захворювання кишки. Синдром подразненої кишки.

Харків 2016

Тема заняття «Запальні захворювання кишки. Синдром подразненої кишки.»

1. Кількість годин - 4

Актуальність

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) – термін, яким визначають групу хронічних захворювань, які характеризуються деструктивним неспецифічним імунним запаленням стінки кишки. Етіологія їх невідома. До ЗЗК відносяться неспецифічний виразковий коліт (НВК) та хвороба Крона (ХК).

Розповсюдженість НВК коливається від 28 до 117, ХК – від 34 до 146 хворих на 100000 населення в залежності від етнічної належності та географічної зони. В південних країнах частота захворюваності низька. Частіше хворіють особи європеїдної популяції, ніж негроїдної. Частота ЗЗК у великих містах в 1,5 – 4 рази вище за сільські райони. Віковий пік захворюваності щодо НВК приходить на вік 20-40 років, щодо ХК – на 20-29 років. Ізольоване ураження товстої кишки при ХК частіше спостерігається у осіб старіше за 70 років, поєднане ураження товстої та тонкої кишки або ізольоване ураження тонкої кишки частіше зустрічається у молодих осіб. Особи обох статей хворіють з однаковою частотою, але є тенденція щодо більш частого захворюваності ХК жінок, а ВК – чоловіків. Для НВК та ХК характерна сімейна схильність – біля 10% хворих на ВК та 20% хворих на ХК мають родичів першої ступеню, які хворіють на тіж самі хвороби.

Синдром подразненого кишечника (СПК)- одне з найбільш розповсюджених захворювань, що зустрічається в гастроентерологічній практиці. Як причина непрацездатності, зокрема в США, СПК займає 2 місце після застудних захворювань. СПК значно погіршує якість життя хворих та змушує їх звертатися до лікаря в середньому 3 рази на рік., а 19% з них – більше 5 разів.

Розповсюдженість СПК коливається від 14-22 до 30-48%, в середньому складає 20%. Розбіжності в оцінці частоти СПК пояснюються різним числом симптомів СПК, які враховуються при постановці діагнозу, а також тим, що біля 2/3 хворих (враховуючи делікатний характер скарг) не звертаються до лікаря і лікуються самостійно. У жінок СПК зустрічається в 2-4 рази частіше ніж у чоловіків. Захворювання зустрічається в молодому віці – 30-40 років. Серед чоловіків старіших за 50 років СПК зустрічається також часто, як і серед жінок. При появі симптомів СПК у осіб старіших за 60 років діагноз ставить під сумнів, в даних випадках слід виключити перед усім органічні хвороби.

Навчальні цілі:

- навчити студентів розпізнавати основні симптоми та синдроми СПК та ЗЗК;
- ознайомити студентів з фізикальними методами дослідження при СПК та ЗЗК Г;
- ознайомити студентів з методами дослідження, які застосовуються для діагностики СПК та ЗЗК показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення; методиками їх виконання; діагностичною цінністю кожного з них;
- навчити студентів самостійно трактувати результати проведених досліджень;
- навчити студентів розпізнавати та діагностувати ускладнення при СПК та ЗЗК;
- навчити студентів призначати лікування при СПК та ЗЗК.

Що повинен знати студент?

- частота зустрічаємості СПК та ЗЗК;
- етіологічні фактори СПК та ЗЗК;
- патогенез СПК та ЗЗК;
- основні клінічні синдроми при СПК та ЗЗК;
- загальні та тривожні симптоми при СПК та ЗЗК;
- фізикальні симптоми СПК та ЗЗК;
- діагностику СПК та ЗЗК;
- морфологічні дослідження кишечника при СПК та ЗЗК;
- інструментальні методи діагностики СПК та ЗЗК;
- диференціальна діагностика СПК та ЗЗК;

- класифікація СПК та ЗЗК;
- ускладнення при СПК та ЗЗК;
- лікування СПК та ЗЗК (зміна способу життя, раціональне харчування, медикаментозна терапія).

Що студент повинен вміти?

- видаляти основні клінічні та фізикальні синдроми СПК та ЗЗК;
- інтерпритувати результати біохімічних та імуноферментних досліджень;
- інтерпритувати дані біопсії кишечника;
- інтерпритувати дані інструментальних методів дослідження кишечника;
- оцінити відповідність конкретного пацієнта критеріям успішної терапії;
- провести диференційний діагноз;
- призначити схему лікування хворим на СПК та ЗЗК.

Перелік практичних навичок, які студент повинен засвоїти

- обстеження живота;
- огляд живота;
- поверхнева пальпація живота;
- глибока методична ковзна пальпація органів черевної порожнини за Образцовим-Стражеском;
- огляд шкіри та слизових оболонок;
- фізикальні дані обстеження печінки.

Зміст теми:

Синдром подразненої кишки (СПК) – порушення моторної та секреторної функції кишечника переважно товстої кишки без структурних змін органу.

РИМСЬКІ КРИТЕРІЇ СПК.

Хоча б 12 тижнів безперервного абдомінального дискомфорту або болей за попередній 12-місячний період, які має 2 з 3 наступних ознак:

1. Полегшання при дефекації та/або
2. Початок, який пов'язаний із змінами частоти випорожнення та/або
3. Початок, який пов'язаний із змінами зовнішнього вигляду випорожнення

Наступні симптоми, які кумулятивно підтверджують діагноз СПК:

1. Патологічна частота випорожнень (в дослідженнях «патологією» можна вважати більше 3 разів на день і менше 3 разів на день)
2. Патологічна форма випорожнень (комками/щільний або рідкий/водянистий)
3. Патологічний пасаж випорожнення (напруження кишечника, терміновість, почуття неповного випорожнення).
4. Слизовидалення
5. Здуття живота та відчуття розпирання.

ОСНОВНІ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ СПК

Етіологічний фактор	Механізми патогенезу
Характер харчування (недостатньо харчових волокон)	Призводить до зменшення об'єму випорожнення та створює умови для порушення моторики кишки
Психоемоційні порушення (неврози та психопатії)	Порушення регуляції між ЦНС та автономною ентєральною нервовою системою призводить до того, що незначні збудження ноцицепторів сприймаються як больові відчуття.
Соціальні причини (стреси)	Призводять до зниження резистентності ЦНС до стресових впливів, порушенню церебрально-ентєральних зв'язків, це призводить до підвищеної чутливості ноцицепторів.

Порушення моторно-евакуаторної функції (гіподінамія та ін)	Підвищення тонуру кишечної стінки спостерігається як при гіперсегментарному та антиперистальничному гіперкінезах, так і при дистонічному гіпо- або акінезі
Спадковість	Генетична схильність при впливі факторів, які сенсibiliзують, може призводити до збою регуляції функції кишечника, порушення вісцеральної чутливості та моторики

КЛАСИФІКАЦІЯ СПК

1. К 58. Синдром подразненого кишечника
2. К 58.0. Синдром подразненого кишечника з діареєю
3. К 58.9. Синдром подразненого кишечника без діареї
4. К 59.0. Синдром подразненого кишечника із закрепом

КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ СПК

ТИП СПК	Характерні клінічні ознаки
З переважанням діареї	Абдомінальний біль в поєднанні з частішанням випорожнення до 3 і більш разів на день, видаленням неоформленого або водянистого випорожнення та/або терміновими позивами на дефекацію При поносах випорожнення убоге за об'ємом, рідкий або м'якої консистенції (може бути гетерогенним, коли оформлена перша порція змінюється рідкою), з домішками слизу Рецидивуюча діарея не призводить до синдрому мальабсорбції. Деяке зниження маси тіла може бути наслідком особливостей нервово-психічного статусу.
З переважними закрепам	Абдомінальний біль в поєднанні з порідшенням числа дефекацій (менше 3 разів на тиждень), з видаленням твердих (або за типом «овечого»), калових мас із слизом, з почуттям неповного випорожнення після акту дефекації.

СИМПТОМИ, ЩО ДОЗВОЛЯЮТЬ ВИКЛЮЧИТИ ДІАГНОЗ СПК

<p>Скарги та анамне:</p> <ul style="list-style-type: none"> - немотивована втрата маси тіла - нічна симптоматика - постійний інтенсивний біль в животі як єдиний провідний симптом ураження ШКТ - початок в похилому віці - рак товстої кишки у родичів
<p>Фізикальні дослідження:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лихоманка - зміни в статусі (гепато- та спленомегалія)
<p>Лабораторні показники:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кров у випорожненні - лейкоцитоз - анемія - прискорення ШОЕ - зміни в біохімічних показниках крові

ДІАГНОСТИКА СПК

ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Обов'язкові	Загальний аналіз крові та сечі, глюкоза крові, печінкові проби (АСТ, АЛТ, ЛФ, ГГТ), кал на дисбактеріоз, кал на гельмінти, копрограма, кал на сзовану кров
При наявності показань	Коагулограма, ТЗ, Т4, тест на лактозну та дисахарідну недостатність
ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Обов'язкові	УЗД органів черевної порожнини та малого тазу, ЕКГ, ректороманоскопія, іригоскопія, колоноскопія з біопсією
При наявності показань	Біопсія слизової оболонки кишечника, КТ
КОНСУЛЬТАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ	
Обов'язкові	Невропатолог, психотерапевт, гінеколог, уролог, проктолог, іглорефлексотерапевт, фізіотерапевт
При наявності показань	Психіатр

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ

1. Легка форма НВК
2. Хвороба Крона
3. Дивертикульоз кишечника
4. Колоректальний рак
5. Полипоз кишечника
6. Туберкульоз кишечника
7. Паразитарні та кишечні інфекції
8. Гінекологічні захворювання (ендометріоз)
9. Ендокринні захворювання (діабетична ентеропатія, тиреотоксикоз).

ЛІКУВАННЯ СПК

1. Лікування СПК з діареєю

Препарат	Дози
Настой з кореня валеріани, шишок хмелю та трави пустирника	По 1 ст. л. на 2 склянки вару; по 100 мл 2-3 рази на день
Діазепам або феназепам	0,004 – 0,01 г або 0,25-0,5 мг 2-3- рази на день
Амітриптилін (амізол, азофен)	В середньотерапевтичних дозах
Сульпірід (еглоніл)	50-150 мг /добу – 2 рази на день
Лоперамід (іmodіум)	1 капс 2-3 рази на день
Смекта	3-4 пакет на день
Альмагель, маалокс, гастрал та ін.	1 доза 2-3- рази на день
Холестирамін	12 г на добу

2. Лікування СПК без діареї

Препарат	Дози
Дротаверин (но-шпа форте) або пінаверія бромід (дицител) або Спазмомен або Бускопан; Спазмобрю або Мебеверин (дуспаталін)	По 1 табл 2-3 рази на день
Активоване вугілля або ентеросгель або	Дози, які рекомендовані.

Полісорб, або Поліфепан, або Смекта, або Препарат вісмуту (де-нол)	
Симетикон (еспумізан) або диметикон (метеоспазміл, пепфіз)	Дози, які рекомендовані.

3. Лікування СПК із закрепами

Препарат	Дози
Препарати сени, кореня ревеня, крушини або Сульфат магнію, окис магнію, сульфат натрію (гуталакс), або Лактулоза (дуфалак, нормазе), макрогол (форлак) або Метилцелюлоза, мукофальк	Дози, які рекомендовані. Дози, які рекомендовані. 10-30 мл на день 10-20 г 2 рази на день Дози, які рекомендовані.
Цизаприд (координакс, перистіл)	1 табл 2 рази на день
Есциталопрам (ципралекс)	10 мг 1 раз на день
Флувоксамін (феварин) або Ондасетрон (осетрон)	5 мг на день 4 або 8 мг 1-2 рази на день

Немедикаментозна терапія – відпрацювання дієти: підвищена кількість білків, виключення тугоплавких жирів, обмеження газованих напоїв, цитрусових, шоколаду, овочів, які багаті на ефірні масла,

Якщо переважають закрепи:

- обмеження свіжого білого хліба, макаронних виробів, слизових супів, надлишок каш;
- показані продукти, що містять клітковину, овочеві блюда, фрукти, мінеральні води (Єсентуки № 17, Слов'янівська, Смірновська – кімнатної температури по 1 склянці за 30-40 хвил до їжі великими ковтками в швидкому темпі)

Якщо переважає діарея:

- в раціон включають танін-вміщуючі продукти (какао, кріпкий чай та ін.), вживання підсушеного (вчорашнього) хліба, використання мінеральної води (Єсентуки №4, Миргородська, Березівська в теплом вигляді – 45-55⁰ по 1 склянці 3 рази на день за 30-40 хвил до їжі маленькими ковтками в повільному темпі)
- при метеоризмі виключають із раціону капусту, бобові, чорний свіжий хліб.

ПРОФІЛАКТИКА:

Санаторно-курортне лікування в санаторіях гастроентерологічного профіля.

ПРОГНОЗ сприятливий.

НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) - хронічне запальне захворювання стінки товстого кишечника, здебільшого проксимального відділу, із виразково-некротичними змінами у кишечній стінці, характеризується рецидивуючим, прогресуючим перебігом, клінічно проявляється періодичною кривавою діареєю, нерідко ускладнюється кишечними кровотечами, перфорацією, стенозом кишечника, сепсисом.

Хвороба Крона (ХК) – неспецифічне, сегментарне, трансмуральне запалення, яке виникає на будь-якій ділянці шлунково-кишкового тракту, але частіше в дистальному відділі клубової кишки, має хронічний рецидивуючий перебіг з розвитком кишечних (нориці, стриктури, стенози) та позакишечних проявів (вузловата еритема, епісклерити, моно- та поліартрити, гранульоматозний гепатит та ін.)

Необхідно пам'ятати: НВК вражає виключно товсту кишки та слизову оболонку, а ХК – увесь травний тракт і всі шари кишечної стінки

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЕТІОПАТОГЕНЕЗ ЗЗК

В останні роки найбільша перевага віддіється імуногенетичній теорії виникнення ЗЗК. Причому такі чинники, як віруси, бактерії та бактеріальні продукти (ендотоксин,

пептидоглікан клітинної стінки), їжа (білки сої та молока) є поєднанні з нервово-психічними, інформаційними та фізичними перевантаженнями, часто на тлі несприятливих екологічних впливів (жителі міст хворіють частіше) розглядаються як потенційні учасники патогенезу, своєрідні тригери, що викликають початок ланцюгової реакції.

Докази аутоімунного характеру ЗЗК

Загальні критерії аутоімунного запалення	Критерії, які підтверджують аутоімунний характер ЗЗК
Наявність протитканинних антитіл	У 60-70% хворих з ЗЗК відмічений високий титр протитовстокишечних аутоантитіл
Наявність лімфоплазматичної інфільтрації у вогнищі запалення	Морфологічними субстратом ЗЗК є неспецифічне імунне запалення у стінці кишки з щільною інфільтрацією лімфоцитами і плазматичними клітинами
Позитивна реакція на лікування кортикостероїдами та імуносупресорами	Кортикостероїди та імуносупресори широко використовуються при ЗЗК. Ефективність подібного лікування складає 60-85%
Наявність системного ураження у поєднанні з іншими аутоімунними захворюваннями	ЗЗК часто поєднуються з аутоімунними захворюваннями: гемолітичною анемією, інтерстиціальним фіброзом легеневої тканини, колагенозами, тиреоїдитом
Зв'язок з одними або декількома HLA-антигенами	Зв'язок ЗЗК з різновантними HLA-антигенами встановлений в різних країнах.

ОСНОВНІ ЛАНКИ ПАТОГЕНЕЗУ ЗЗК

ендогенні фактори патогенетичної схильності гіпофізарно-наднирникової системи	Дисбаланс секреції адаптивних гормонів з підвищенням продукції СТГ та зниженням секреції кортизолу і інсуліну, що приводить до посилення перистальтики, паралітичної ділятациї судин, підвищенню проникненості судинної стінки, порушенню мікроциркуляції та набряку слизової, що призводить до порушення трофічних процесів в колоноцитах
Ендогенні фактори генетичної схильності на рівні ендокринних клітин слизової оболонки товстої кишки	Підвищення продукції прозапальних гормонів – вазоінтенстинального пептида та зниження продукції контрзапальних нейропептидів (бомбезин, соматостатин), що призводить до порушення моторики та мікроциркуляції, порушенню трофіки колоноцитів.
Наутий або уроджений дефект антигеніндуцированої супресії (в нормі епітеліальні клітки кишки активують антиген неспецифічні Т-супресори)	При ЗЗК колоноцити стимулюють Т-хелпери, що призводить до посилення місцевої реактивності та в результаті до системних реакцій на нормальні антигени кишкового вміста. Активація Т-хелперів приводить до визволення цитокінів запалення: фактор некрозу пухлини, фактор активації тромбоцитів, лейкотриєнів, та інтерлейкінів 1, 6 та 8.
Уроджене або набуте посилення виділення ентероцитами генів, що відповідають за вироботку оксиду азоту	Оксид азоту, який утворюється в надлишковій кількості, викликає релаксацію гладенької мускулатури, пошкоджує ендотеліальні клітини мікроциркуляторного русла, підвищує проникненість капілярів, агрегацію тромбоцитів, що підсилює запальні реакції
Зниження продукції інтерферону лімфоцитами	Це призводить до недостатньої активації макрофагів для переробки антигену. В результаті можливе надлишкове надходження антигену в організм, що призводить до підвищення рівня антитіл класів імуноглобулінів G та A в крові.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

Клінічні прояви залежать від тривалості захворювання, поширення патологічного процесу у товстому кишечнику (проктит, проктосигмоїдит, лівосторонній коліт, тотальний неспецифічний виразковий коліт), тяжкості перебігу. До основних ознак захворювання відносять діарею, виділення крові з калом, інколи із слизом і гноєм, помірні болі у животі, підвищення температури і зниження маси тіла.

ДІАРЕЯ обумовлена кількома патогенетичними факторами:

- 1) підвищеною ексудацією рідини у просвіт кишки;
- 2) підвищеним утворенням слизу кишковою стінкою;
- 3) підвищеною втратою рідини та калію з калом - до 200 мл і більше за добу;
- 4) порушенням зв'язування натрію і води ураженою слизовою оболонкою кишечника;
- 5) зниженням моторної активності, прискореним транзитом вмісту товстої кишки;
- 6) втратою резервуарної функції прямої кишки - навіть невелике збільшення об'єму кишкового вмісту призводить до підвищення у ній внутрішньокішкового тиску, збільшення частоти позивів на дефекацію і тенезмів.

ДЕФЕКАЦІЯ на початку захворювання може бути нормальною, інколи із схильністю до запорів, що пов'язано із спазмом ураженої ділянки кишки і спостерігається у 30-50% хворих на проктосигмоїдит. У найбільш тяжких випадках частота дефекацій збільшується до 20-30 разів на добу і більше. По мірі збільшення частоти дефекацій виділення втрачають каловий характер.

ВИДІЛЕННЯ СЛИЗУ ІЗ КАЛОМ характерне для початкових стадій захворювання.

ВИДІЛЕННЯ КРОВІ З ПРЯМОЇ КИШКИ є характерним і раннім симптомом НВК. Захворювання характеризується легкою ранимістю, розрихленням, повнокрів'ям слизової оболонки прямої кишки, що призводить до виділення крові з калом. Утворення виразок у стінці кишки супроводжується гнійним запаленням і відходженням гною. У найбільш важких випадках із прямої кишки виділяється тканинний детрит, що містить фрагменти зруйнованої слизової оболонки кишечника. При злоякісному перебігу захворювання спостерігаються постійні позиви з виділенням водянистого калу, що складається із крові, гною та слизу, розвивається мацерація шкіри промежності.

БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ та його вираженість залежать від форми і тяжкості захворювання. Переймисті болі у нижніх відділах живота, що передують позивам до дефекації, характерні для гострих форм. По мірі перетворення кишки у ригідну трубку, не здатну до перистальтики, цей зв'язок втрачається. При хронічному перебігу спостерігаються невеликі періодичні болі, відчуття тяжкості над лоном і у лівій клубовій області.

АПЕТИТ при виражених формах захворювання знижений або відсутній.

НУДОТА, БЛЮВОТА, відчуття тяжкості в епігастральній області характерні для важкого перебігу неспецифічного виразкового коліту.

Прогресуюче схуднення спостерігається при гострих формах і важких рецидивах процесу із вираженою інтоксикацією. Діарейний синдром призводить до зневоднення і виснаження хворого. Втрата маси тіла може досягати 40-50%, з'являється різка адинамія, пастозність, а згодом і безбілкові набряки нижніх кінцівок.

Нерідко НВК супроводжується психоемоційними розладами із змінами особистості.

При виникненні захворювання у дитячому віці розвивається інфантильність з відставанням фізичного та розумового розвитку. У багатьох жінок спостерігаються порушення менструального циклу.

ДАНІ ФІЗИКАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

При легкому перебігу захворювання відхилень від норми може не бути.

ВИСНАЖЕННЯ, БЛІДІСТЬ і сухість шкіри спостерігаються у хворих із важким перебігом НВК. Інколи є іктеричність склер. У важких випадках - ознаки дисфункції серцево-судинної системи: приглушеність тонів серця, артеріальна гіпотонія, тахікардія, зумовлені зниженням об'єму циркулюючої крові (ОЦК).

ПРОПАСНИЦЯ є важливим клінічним симптомом, викликана гнійно-деструктивним

процесом у стінці товстої кишки.

УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ язика і порожнини роту формується по мірі прогресування захворювання. Спершу відзначається обложеність язика білуватим нальотом із відбитками зубів на бокових поверхнях. Надалі, особливо при наявності ускладнень (токсична дилатація товстої кишки, перфорація), язик сухим. При важкому перебігу НВК часто розвивається афтозний стоматит.

ЗДУТТЯ ЖИВОТА, "розпластаний" живіт спостерігається в тяжких випадках. З приєднанням кишкової непрохідності або перитоніту живіт стає здутим і асиметричним. При виникненні перитоніту з'являється притуплення перкуторного звуку в бокових відділах живота, велику діагностичну цінність має симптом зникнення печінкової тупості та поява на її місці дзвінкого тімпаніту.

У запущених випадках виникають позакишечні системні ускладнення - артрити, хронічний активний гепатит, ураження шкіри та інші.

Пальпаторно у легких випадках визначається незначна болючість у лівій клубовій області. При розвиткові ускладнень виявляються симптоми Щьоткіна-Блумберга, Валя, Склярова та інші.

Аускультативно нерідко визначаються перистальтичні шуми навіть при наявності перитоніту або токсичної дилатації товстої кишки.

Характер і вираженість симптомів визначається індивідуальними особливостями перебігу захворювання і розвитком ускладнень.

ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

ГЕМОГРАМА - гіпохромної анемії, лейкоцитоз або лейкопенія, прискорення ШОЕ.

ДОСЛІДЖЕННЯ БІЛКОВИХ ФРАКЦІЙ. Гіпопротеїнемія та диспротеїнемія: підвищення рівня альфа-1- і альфа-2-глобулінів, зниження альбумін-глобулінового коефіцієнту.

ГОСТРОФАЗОВІ ПОКАЗНИКИ - підвищення вмісту СРП, серомукоїдів, фібриногену, сіалових кислот, гексоз, церулоплазміну, тимолової проби.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОЛІТНОГО ОБМІНУ - диселектролітний синдром - дефіцит калію, натрію, кальцію і хлоридів у сироватці крові.

ІМУНОЛОГІЧНІ ТЕСТИ - Т- і В-лімфоцитів, зміна співвідношення Т-хелперів і Т-супресорів (аутоімунний генез захворювання). Підвищується вміст Ig А, М і G.

ЕНДОСКОПІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Виконують ректосигмоскопію і колоноскопію з прицільною біопсією. При огляді слизової оболонки товстої кишки виявляють морфологічні зміни, характер яких залежить від стадії та форми захворювання.

При легкій формі НВК у активній стадії - запальні зміни здебільшого прямої кишки з дифузною гіперемією слизової оболонки, вираженими білуватими нашаруваннями на кишечній стінці, відсутність судинного малюнку, є ерозії та одиничні поверхневі виразки.

При середньотяжкій формі НВК - здебільшого лівостороннє ураження товстої кишки, "зерниста" слизова оболонка, її виражена контактна кровоточивість, геморагії, ерозії та ізольовані поверхневі виразки неправильної форми, покриті слизом, фібрином та гноем.

При важкій формі - тотальне ураження товстої кишки із вираженим некротизуючим запаленням, спонтанними крововиливами, гнійним ексудатом, мікроабсцесами і псевдополіпами різноманітної форми і величини.

Для НВК характерні стріктури товстої кишки, іноді на місці органічного звуження відбувається малігнізація.

У період загострення при мікроскопії у запальних інфільтратах переважають лімфоцити, знижується число келихоподібних клітин, пошкоджуються кишечні залози. При тривалому перебігу захворювання у пунктатах з'являються еозинофіли та плазматичні клітини.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

На оглядових рентгенограмах виявляється вкорочення товстої кишки, відсутність гаустр, токсична дилатація товстої кишки (токсичний мегаколон). При перфорації з'являється вільний газ під куполом діафрагми.

ГОСТРА ФОРМА НВК Р-чно характеризується "зернистістю" слизової оболонки, відсутністю калових тіней у просвіті кишечника, наявністю одиночних або числених виразкових дефектів, п'ятнистого рельєфу слизової оболонки, гостроконечних виступів на контурі кишки, острівців незміненої слизової оболонки та токсичної дилатації кишечника (понад 6 см).

ХРОНІЧНА ФОРМА НВК Р-чно проявляється збільшенням ректоренального простору, "зернистістю" слизової оболонки, відсутністю гаустрації, "трубчатим" характером товстої кишки, наявністю псевдополіпів.

За допомогою рентгенологічного дослідження при НВК визначають довжину ураження, проводять диференціальну діагностику із ХК, дивертикулітами, ішемічним колітом, виявляють ознаки малігнізації.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчають зображення поперечного перетину ураженої ділянки кишечника, вимірюють його діаметр, величину периферичної частини, уточнюють довжину патологічного процесу.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ (по Omge, 1993)

1. Специфічні:

- 1) наявність діареї та/або ректальної крові понад 6 тижнів;
- 2) наявність при ендоскопії запалення слизової оболонки із геморагіями та/або виразками;
- 3) гістологічні дані при біопсії на видаленому матеріалі чи при аутопсії.

2. Типові:

- 1) наявність тільки ендоскопічних даних (при відсутності клініки);
- 2) наявність клінічних даних, при ендоскопії - тільки еритема;
- 3) наявність клінічних і ендоскопічних даних при відсутності патогістологічних.

3. Можливі:

- 1) деякі клінічні дані, не підтверджені іншими дослідженнями.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ

НВК необхідно диференціювати із наступними захворюваннями:

1. Інфекційні захворювання: бактеріальна і амебна дизентерія, сальмонельоз, стафілококовий ентероколіт, гонорейний проктит, інтестинальний туберкульоз.
2. Передпухлинні захворювання: дифузний поліпоз товстої кишки.
3. Пухлини кишечника.
4. Коліти: псевдомембранозний, дивертикульозний (мал. 4.3.1), ішемічний.
5. Хвороба Крона.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ

По перебігу виділяють: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

КРИТЕРІЇ СТУПНЮ ВАЖКОСТІ ВК

Ознаки	Ступінь		
	легкий	середній	важкий
Частота випорожнення	До 4 разів на добу	5-6 разів на добу	Більше 6 разів на добу
Кровотеча	незначна	виражена	Різко виражена
Температура	нормальна	субфебрильна	38 ⁰ та більше
Частота пульсу	нормальна	До 90/хвил	Більше 90/хвил
Гемоглобін	Більше 111 г/л	110-105 г/л	Менше 105 г/л
ШОЕ	Менше 26 мм/год	26-30 мм/год	Більше 30 мм/г

КЛАСИФІКАЦІЯ

ФОРМА:

ГОСТРА форма - раптовий дизентерієподібний початок, прогресування клінічної симптоматики протягом 1-3 діб, явища інтоксикації та зневоднення.

ХРОНІЧНА РЕЦИДИВУЮЧА форма - ритмічна зміна періодів ремісії та загострення.

ХРОНІЧНА БЕЗПЕРЕРВНА форма - часті рецидиви чи безперервні загострення із зростанням важкості захворювання на протязі 6 місяців після його першої атаки.

З УРАЖЕННЯМ: прямої кишки; прямої та сигмовидної кишки із субтотальним ураженням ободочної кишки; тотальним ураженням ободочної кишки.

ФАЗА: загострення; ремісія.

СТУПІНЬ АКТИВНОСТІ:

МІНІМАЛЬНА (I ступінь) активність: гіперемія, набряк і зернистість слизової оболонки кишки, відсутність нормального судинного малюнку, контактна кровоточивість та вразливість слизової оболонки, відсутність ерозій та виразок.

ПОМІРНА (II ступінь) активність: значний набряк, гіперемія і зернистість слизової оболонки, спонтанна кровоточивість, місцями кров'янистий і гнійний слиз, числені ерозії та місцями виразки.

ВИРАЖЕНА (III ступінь) активність: у проясненні кишечника слиз, кров та гній, виражена контактна і спонтанна кровоточивість, ранистість слизової оболонки, числені ерозії, псевдополіпи,

ПЕРЕБІГ: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

ПРОТЯЖНІСТЬ УРАЖЕННЯ:

Дистальний коліт – проктит, проктосигмоїдит

Лівобічний коліт – з ураженням всієї лівої половини товстої кишки до селезіночного кута або до середни поперечно-ободової кишки

Тотальний коліт.

УСКЛАДНЕННЯ

МІСЦЕВІ УСКЛАДНЕННЯ: перфорації, кровотечі, стриктури, псевдополіпоз, токсична дилатація, кишечні фістули, малігнізація.

СИСТЕМНІ УСКЛАДНЕННЯ: еактивний гепатит, токсичний гепатит, склерозуючий холангіт, стоматит, гангренозна піодермія, епісклерит, поліартрит, неспецифічний пустульний дерматоз, воринний імунодефіцит.

ЛІКУВАННЯ НВК

1. ЛІКУВАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ.

У період загострення дієта №4. Добовий раціон включає 110-120 г білків переважно тваринного походження, 50-60 г жирів, 250 г вуглеводів при максимальному обмеженні клітковини. По мірі поліпшення стану хворого поступово переводять на дієту № 4Б, 4В із підвищеним вмістом білку до 110-130 г на добу.

У разі втрати понад 1-5% маси тіла призначається парентеральне харчування, внутрішньовенно крапельно через катетеризовану підключичну вену вводять незамінні амінокислоти, білкові препарати, жирові емульсії (інтраліпід, ліпофундин, віталіпід), розчини глюкози, електrolітів.

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ – в залежності від ступеню важкості НВК.

5-АСК (АМІНОСАЛІЦИЛОВУ КИСЛОТУ) - САЛОФАЛЬК МЕСАЛАЗИ; СУЛЬФАСАЛАЗІН Під впливом кишечної флори сульфасалазин розпадається на сульфапіридин і 5-АСК, який є діючим компонентом препарату. 5-АСК пригнічує синтез лейкотрієнів, простагландинів і медіаторів запалення у товстій кишці, що зумовлює його виражений протизипальний ефект.

ГЛЮКОКОРТИКОЇДИ. Накопичуються у зоні запалення у товстій кишці і блокують вивільнення арахідонової кислоти, запобігають утворенню медіаторів запалення (простагландинів і лейкотрієнів), зменшують проникність капілярів, бо виявляють протизапальну дію. Крім того, вони мають імуносупресивну дію.

Легкий ступінь:

- Салофальк або месалазин - 1,5-2 г на добу; сульфасалазин по 3-4 г на добу,

- альтернативно при дистальній локалізації процесу - месалазін, сульфасалазин, або

преднізолон, гідрокортизон, будесонід у вигляді клізм та свічок . Відсутність ефекту на протязі 2 тижнів – 20 мг на добу преднізолону внутрішньо.

Середня ступінь:

- преднізолон 40-60 мг з щотижневим зниженням дози на протязі перших 2-х тижнів на 10 мг, а в подальшому на 2,5-5 мг на добу
- салофальк або месалазин - 2 г на добу; або сульфасалазін по 4 г на добу,
- можливо поєднання з 5-АСК будесонід та гідрокортизон в клізмах.

Важкий ступінь:

- гідрокортизон 125 мг 4 рази в/в на протязі 5 днів, додатково ректально капельно 125 мг гідрокортизону або 20 мг преднізолону в ізотонічному розчині.
- при розвитку токсичної дилатації товстої кишки – перехід на парентеральне харчування;
- адекватна інфузійно-метаболична терапія, коригуюча та замісна терапія;
- введення свіжозамороженої плазми, відмитих еритроцитів або еритроцитарної маси при зниженні гемоглобіну нижче 70 г/л;
- парентеральне введення метронідазолу у поєднанні з антибіотиками широкого спектру дії;
- при позитивній динаміці – перехід на прийом преднізолону внутрішньо в дозі 1,5 мкг/кг на добу; можна комбінувати салофальк або месалазин - 2 г на добу; або сульфасалазін по 4 г на добу з преднізолоном 40 мг на добу.

Терапія в період ремісії проводиться тривало 5-АСК по 1 г/добу або сульфасалазін – 2г/добу. При поєднанні з **дисбактеріозом показана його корекція:**

1 ст. дисбактеріозу:	Метронідазол або тинідазол (250 мгх4 р) або орнідазол (300мгх3 р); Лоперамід (імодіум) 1 таблх 2 р Колібактерін 2-4 дози 4 р або Біфідумбактерин 5 доз 2-3- р або Біфікол 1 фл (5 доз) 2 р Лактобактерін 3-6 доз 3 р Бактисубтіл 0,2 г 3 р або Біфіформ 2-4 капс в день або Лінекс 2 капс. 3 р або Хілак-форте 40-60 крап 3 рази
2 ст. дисбактеріозу:	Кетоназол (нізорал), флуконазол (200-400мг/добу) Лоперамід (імодіум) 1 таблх 2 р Лактобактерін 3-6 доз 3 р Лінекс 2 капс. 3 р або Хілак-форте 40-60 крап 3 рази Ентерол 1 порош 2-3 р
3 ст. дисбактеріозу	Лактулоза (дюфалак, нормазе) 20-25 л 3 р на день Софтовак (мукофальк) 1-2 дози 1 раз Нейровітан або мультитабс або оліговіт в середніх дозах

КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ І АНЕМІЇ

Використовують введення альбуміну, амінокислотних сумішей, плазми, інтраліпиду, сольових розчинів, глюкози. Трансфузійна терапія має дезінтоксикаційну дію, покращує мікроциркуляцію і метаболичні процеси в організмі.

Корекція анемії проводиться із застосуванням поліферу по 400 мл внутрішньовенно капельно, залізовміщуючого препарату феррум-лек внутрішньом'язово, переливання еритроцитарної маси.

ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНА ТЕРАПІЯ

Для боротьби із інтоксикацією застосовуються внутрішньовенні капельні інфузії розчинів глюкози, електролітів (ізотонічного розчину натрію хлориду, розчину Рінгера),

гемодезу. Крім того, інколи застосовується гемосорбція та плазмаферез, що мають імуномодулюючу дію, сприяють видаленню імунних комплексів.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Показання до хірургічного лікування:

- 1) перфорація виразок товстого кишечника;
- 2) токсична дилатація товстої кишки при відсутності ефекту від медикаментозного лікування протягом 24 годин;
- 3) підозра на малігнізацію процесу;
- 4) виражені диспластичні зміни у деяких біоптатах, узятих із різних ділянок товстої кишки;
- 5) тяжкий перебіг захворювання, без ефекту від комплексного медикаментозного лікування.
- 6) масивна кровотеча

ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Періодично хворі обстежуються у повному об'ємі, отримують курсами підтримуючу та протирецидивну терапію.

ХВОРОБА КРОНА

Неспецифічний інфекційний запальний і гранулематозно-виразковий процес, що вражає різноманітні відділи шлунково-кишечного тракту від стравоходу до прямої кишки. По локалізації процесу розрізняють: гранулематозний езофагіт, гастрит, ентерит, ілеоколіт, коліт; регіонарний ілеїт, термінальний ілеїт. Частіше вражаються тонка і товста кишка.

КЛАСИФІКАЦІЯ ХК

6. Хвороба Крона тонкої кишки (12-палої, порожня кишки, клубова кишки).
7. Хвороба Крона товстої кишки .
8. Інші види хвороби Крона (тонкої та товстої кишки)
9. Хвороба Крона неуточнена.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

У залежності від локалізації та перебігу клінічні прояви змінюються. У більшості випадків хвороба Крона розвивається повільно, але можлива і гостра форма термінального ілеїта, що виникає несподівано. Перебіг захворювання рецидивуючий. Найбільш характерними для хвороби Крона є слідуєчі синдроми.

БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ - болі різної інтенсивності, постійні, частіше локалізуються у нижніх відділах животу, інколи носять коликоподібний характер.

ДИСКІНЕТИЧНИЙ СИНДРОМ - анорексія, нудота, блювота, діарея.

СИНДРОМ ПОРУШЕНОГО УСМОКТУВАННЯ - спостерігається у тяжких випадках, супроводжується гіпополівітамінозом, гіпополіендокринними і диселектролітними порушеннями.

Загальні симптоми - пропасниця (субфебрильна або гектична) і схуднення.

ФІЗИКАЛЬНІ СИМПТОМИ ПРИ ХВОРОБІ КРОНА

Об'єктивно відзначається прогресуюче зниження маси тіла, блідість шкіри. Пальпаторно виявляють болючість у правій та лівій клубовій області, інколи у епігастральній, мезогастральній та правому підребер'ї. У період виражених клінічних проявів пальпується пухлиноподібне утворення у місці локалізації патологічного процесу.

Нерідко збільшуються розміри печінки, край печінки стає болючим, закругленим. Інколи виявляються позакишечні прояви хвороби Крона - жовчні камені, оксалурія, котра іноді ускладнюється нирковою коликою, гідронефрозом.

ДОДАТКОВІ ДІАГНОСТИЧНІ ТЕСТИ

ГЕМОГРАМА - лейкоцитоз, при рецидивуючому перебігу - В-12-дефіцитна анемія,

гіпохромна анемія, еозинофілія, прискорене ШОЕ.

БІОХІМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Гіпопротейнемія, диспротейнемія, гіпергамаглобулінемія, дисліпопротейнемія, порушення толерантності до глюкози, зміна вмісту калію, атрію, кальцію, хлоридів у сироватці крові.

ІМУНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ - порушення клітинного і гуморального імунітету у вигляді аутоімунних реакцій чи відносної імунної недостатності.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ - уточнюють локалізацію запалення обструктивного процесу ("симптом шнура"), наявність фістул та ніздрюватого малюнку слизової оболонки (виразковий процес).

ЕНДОСКОПІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Езофагоскопія, фіброгастродуоденоскопія, сігморектоскопія, колоноскопія дозволяють встановити локалізацію гранулематозного запального процесу і прицільно взяти біопсію слизової оболонки кишечника.

ГІСТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ - наявність морфологічних підтверджень запальних і гранулематозних змін у кишечнику.

ЛАПАРОСКОПІЯ дозволяє підтвердити сегментарно-вогнищеве ураження кишечника.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ

(По Omge, 1993)

1. СПЕЦИФІЧНІ:

1) позитивні гістоморфологічні дані, отримані при дослідженні операційного матеріалу чи при аутопсії.

2. ТИПОВІ:

1) виявлені при лапаротомії (лапароскопії) сегментарні чи вогнищеві ураження кишечника;

2) гістопатологічні знахідки у операційному матеріалі чи прижиттєвій біопсії;

3) рентгенологічні дані, що вказують на наявність запального обструктивного процесу чи фістули.

3. МОЖЛИВІ:

1) клінічні ознаки запалення у кишечнику;

2) наявність регіонарного ентериту;

3) ендоскопічні ознаки гранулематозного процесу;

4) рентгенологічні та ендоскопічні дані, що не відповідають клінічним.

ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ ТА АКТИВНОСТІ ХВОРОБИ КРОНА

(W. Best et al., 1976)

Кількість дефекацій неоформлений стулом за тиждень	x 2
Інтенсивність болю в животі на протязі тижня (0 – немає болю, 1 – легкий біль, 2 – виражений, 3 – сильний біль)	x 5
Самопочуття на протязі тижня (0 – гарне, 1 – задовільне, 2 – погане, 3 – дуже погане, 4 – незносне)	x 7
Напруженість живота при пальпації (0 – немає, 2 – сумнівна, 5 – є)	x 10
Маса тіла ___ кг, стандартна маса тіла ___ кг Маса тіла/нормальна маса тіла Надлишкову масу тіла необхідно відняти, недостатню масу - прибавити	x 100
Необхідність в симптоматичному лікуванні діареї (0 – немає, 1 – є)	x 30
Гематокрит Різниця між тим, який є та нормальним (чоловіки – 47, жінки – 42)	x 6
Інші симптоми хвороби Крона: Біль в суглобах, артрити, ірити, увеїти, вузлова еритема, гангренозна	

підермія, афтозний стоматит, анальні ураження, інші нориці, температура тіла вище 37,5 ⁰ на протязі останнього тижня	x 20
Оцінка індексу активності: Менше 150 – неактивне захворювання Більше 150 – активний перебіг захворювання Більше 450 – дуже важкий перебіг захворювання	Сума

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ

Диференціальна діагностика проводиться із рядом захворювань:

- 1) неспецифічний виразковий коліт;
- 2) інфекційний коліт (дизентерія, ієрсиніоз, аденовірусна та ентеровірусна інфекції, сальмонельоз, черевний тиф, паратифи);
- 3) туберкульоз, сифіліс, актиномікоз кишечника;
- 4) гельмінтози (власоглав, гострики, аскариди, шистосоми);
- 5) найпростіші (патогенна амеба, балантидії);
- 6) новоутворення (доброякісні та злоякісні);
- 7) хвороби крові;
- 8) променева хвороба;
- 9) колагенози;
- 10) хронічний ентероколіт;
- 11) апендицит.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ (НВК) І ХВОРОБИ КРОНА (ХК)

ОЗНАКИ	НВК	ХК
Кров'яниста діарея	90-100%	50%
Ректальні кровотечі	Дуже часто	Інколи
Болі у животі	Інколи	Часто
Перианальна локалізація	Не буває	30-50%
Відсутність проктиту	Не буває	50%
Безперервність процесу	Характерно	Не характерно
Залучення інших відділів ШКТ	Не буває	Характерно
Пальпація запального конгломерату	Немає	Часто
Стріктури	Дуже рідко	Часто
Фістули	Вкрай рідко	Часто
Виразки	Поверхневі	Глибокі
Рецидиви після колектомії	Не бувають	Бувають
Малігнізація	Інколи -20%	Рідше

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ

ГРАНУЛЬОМАТОЗНИЙ КОЛІТ є особливою формою хвороби Крона, розвивається поступово. У початковій стадії захворювання спостерігаються болі у животі, проноси, підвищення температури, тріщини у анальній області, фістули. При ураженні прямої кишки характерне виділення крові із калом.

Гранулематозний коліт може перебігати із утворенням міжпетльових фістул, спайок і конгломератів, які пальпуються у черевній порожнині у вигляді пухлиноподібних утворень. Відзначається втрата маси тіла (у важких випадках до 15-20 кг), виражена гіпохромна анемія, гіпопротеїнемія, дефіцит солей, вітамінів. Нерідко розвиваються ускладнення: масивні кровотечі, перфорації, гостра токсична дилатація товстої кишки, ракове

переродження.

Виділяють особливості перебігу у залежності від локалізації: із ураженням тонкого кишечника, товстого кишечника та інших ділянок травного тракту.

АКТИВНІСТЬ: патологічного процесу озрівають: гострі, підгострі та хронічні.

Ступінь важкості: легкий, середньої тяжкості та тяжкий перебіг.

УСКЛАДНЕННЯ

Найбільш часто виникають: перфорація, масивні кровотечі, стріктури, внутрішні та зовнішні фістули. Більш рідко виявляються: ураження шкіри, артрити, ірити, виразки рогівки, камені жовчного міхура, оксалурія, гідронефроз.

ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ КРОНА

Терапія 1-ого етапу (при помірній активності):

1. Преднізолон перорально в добовій дозі 1-й тиждень – 60 мг, 2-й – 40 мг, 3-й – 30 мг, 4-й – 25 мг, 6-й – 15 мг, з 7-ого по 26-й – 10 мг, у випадку досягнення ремісії (індекс Беста менше 150), 27-й – 52-й тиждень – 10 мг через 1 день з поступовою відміною.
2. 5-АСК – 1,5 – 2 мг/добу, або сульфасалазин – 3 мг/добу.

Терапія 2-ого етапу (при нефективності терапії 1-го етапу або при важкій формі процесу):

1. Парентеральне харчування
2. Азатиоприн 2-3 мг/кг/добу (не менше 3 місяців) або б-меркаптопурин 1,5мг/кг/добу або циклоспорин А.
3. Метронідазол 500-1000 мг/добу не більше 4 тижнів;

Терапія в період ремісії (індекс Беста менше 150):

1. месалазин – 1,5 г/добу в 3 прийоми,
2. компенсація дефіциту віт. В12, фолієвої кислоти, цинку та ін.;
3. холестирамін при хологенному проносі та антидіарейні засоби за показаннями (лоперамід)
4. високоякісне (функціональне) харчування, що багате на баласні речовини.

Важка форма (індекс Беста 360-450)

1. Парентеральне харчування, в/в преднізолон 1000 мг/добу, гідрокортизон 300 мг/добу, метронідазол 500-1000 мг/добу.
2. Після покращання – преднізолон за схемою (див. вище)
3. немає покращання – оперативне втручання.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

При ускладнених хронічних формах захворювання використовують радикальне хірургічне втручання, звичайно резекцію уражених ділянок тонкої чи товстої кишки.

Показання до оперативного лікування:

- 1) постійне чи фіксоване звуження кишки чи її непрохідність;
- 2) утворення фістульних ходів у сечовий пузир, піхву чи шкіру;
- 3) незаживаючі анальні тріщини чи абсцеси;
- 4) внутрішньочеревні абсцеси, токсична дилатація або перфорація кишки.

Необхідно уникати повторних резекцій - може розвинути синдром короткої кишки.

ПРОГНОЗ

При гострій формі хвороби Крона прогноз звичайно сприятливий. При хронічному перебігу процесу захворювання може тривати роками.

Контроль початкового рівня знань

1. Які патогенетичні механізми обумовлюють розлад випорожнення?

- А. Кишкова гіперсекреція, прискорення пасажу хімуса, зниження абсорбції жовчних кислот
- В. Метеоризм, ферментопатія
- С. Спастичне скорочення кишечника,
- Д. Зниження вмісту електролітів та вітамінів
- Е. Гіповітаміноз

2. Яка мікрофлора кишечника відноситься до облігатної?

- А. Біфідо-, лактобактерії, кишкова паличка

- В. Протей, мікрококи, ентерококи
- С. Кишкова паличка, протей, стафілококи
- Д. Анаероби, лактобактерії
- Е. Мікрококи, ентерококи, бактероїди

3. Який з перерахованих факторів не обумовлений мікрофлорою кишечника?

- А. Створення кислоти рН-середовища в кишечнику
- В. Утворення вітамінів та біологічно активних речовин
- С. Посилення перистальтики кишечника
- Д. Утворення амілази, ліпази, трипсину
- Е. Підвищення імунореактивності організму

4. Для діагностики порушень моторної функції товстого кишечника застосовують?

- А. Ірігоскопію
- В. Колоноскопію
- С. пасаж барію по кишечнику з доглядом через 24, 48 та 72 години
- Д. ФГДС
- Е. Жоден з перерахованих

5. Основною причиною больового синдрому при СПК є:

- А. Динамічна непроходимість
- В. Підвищенне виділення слизу
- С. Тромбоз артерій та вен брижейки
- Д. Ураження інтрамуральних нервових сплетень
- Е. Підвищене сприйяття больових імпульсів

6. Які відділи шлунково-кишкового трактув уражуються при хворобі Крона?:

- А. Клубкова кишка
- В. Увесь травний тракт
- С. Ротова порожнина
- Д. Товста кишка
- Е. Тонка кишка

7. Виразковий коліт це:

- А. Запалення всього шлунково-кишкового тракту
- В. Некротизуюче запалення слизової оболонки тонкої кишки
- С. Некротизуюче запалення слизової оболонки товстої кишки
- Д. Захворювання, що починається з ротової порожнини
- Е. Захворювання, що поєднується з виразковою воробою шлунка

8. Позакишечними проявами виразкового коліту є:

- А. Зменшення маси тіла
- В. Лихованка
- С. Артралгії
- Д. Вузлоата еритема
- Е. Все вище перераховане

9. Основним методом дослідження при хворобі Крона є:

- А. Рентгенографія шлунково-кишкового тракту
- В. Ірігоскопія
- С. Ректороманоскопія
- Д. Ендоскопічне дослідження з біопсією
- Е. УЗД

10. Який з перерахованих симптомів НЕ може бути при СПК?

- А. Безбольові проноси
- В. Прогресування симптомів
- С. Стеаторея
- Д. Іпохондрія
- Е. Непереносимість глютену

Контроль кінцевого рівня знань

1. Найбільш ранніми постійними ознаками хвороби Крона є?

- A. Діарея
- B. Біль в животі
- C. Лихоманка
- D. Домішки крові у випорожненнях
- E. Домішки гною у випорожненнях

2. В механізмі розвитку СПК не має значення:

- A. Моторна дисфункція
- B. Вісцеральна гіпералгезія
- C. Наявність психопатії
- D. Застой жовчі в жовчних ходах
- E. Дисбактеріоз кишечника

3. Який з перерахованих симптомів суперечить діагнозу СПК:

- A. Біль в животі, що зменшується після дефекації
- B. Непереносимість лактози
- C. Видалення слизу з випорожненнями
- D. Здуття живота
- E. Дисбактеріоз

4. Що не характерне для СПК:

- A. Вазоспастичні реакції
- B. Відчуття «грудки» при ковтанні
- C. Розлади сечовипускання
- D. Відсутність апетиту та зниження маси тіла
- E. Сексуальна дисфункція

5. Для лікування НВК використовують:

- A. Антибіотики
- B. Препарати 5-АСК
- C. Антациди
- D. Препарати вісмуту
- E. Метронідазол

6. Для лікування хвороби Крона призначають:

- A. Гепатопротектори,
- B. Спазмолітики
- C. Глюкокортикоїди, циттостатики
- D. Противірусні препарати, блокатори H₂-гістамінових рецепторів
- E. Антациди та вітаміни

7. За індексом Беста визначають:

- A. Ступіні важкості та активності хвороби Крона
- B. Ступіні важкості та активності НВК
- C. Ступіні важкості та активності СПК
- D. Ступіні важкості та активності ЗЗК
- E. Ефективність терапії при ЗЗК

8. До кишечних ускладнень при НВК відносяться?

- A. Токсичний мегаколон
- B. Перфорації
- C. Кровотеча
- D. Карцинома
- E. Всі перераховані

9. Допомагає в проведенні диференційного діагнозу НВК та дизентерії:

- A. Іригоскопія

- В. Колоноскопія
- С. Бактеріологічне дослідження випорожнення
- Д. Ректороманоскопія
- Е. Клінічне дослідження випорожнення

10. Показаннями до хірургічного лікування при НВК є?

- А. Вузловата еритема
- В. Токсична дилація товстої кишки
- С. Поєднання з виразковою хворобою шлунка
- Д. Наявність склерозуючого гепатиту
- Е. Все перераховане

Ситуаційні завдання

1. Чоловік 38 років скаржиться на переймоподібний біль у лівій здухвинній ділянці і часті рідкі випорожнення 6-10 разів на добу з кров'ю та гноєм, загальну слабкість, втрату маси тіла. Хворіє понад 5 років. Живіт при пальпації болючий у лівій здухвинній ділянці. Печінка +2 см, у крові – Нв – 80 г/л, ер.- $3,5 \times 10^{12}$ /л, ШОЕ – 34 мм/год. Ске захворювання найбільш імовірно сприяло формуванню анемічного синдрому у даного хворого?

- А. Рак кишечника
- В. Хронічний ентерит
- С. Хвороба Крона
- Д. Поліпоз кишечника
- Е. Неспецифічний виразковий коліт

2. Чоловік 48 років скаржиться на ниючий біль в бокових відділах живота, що зменшується після дефекації й відходження газів, чергування поносів і закрепів, 2 роки тому переніс дизентерію. При пальпації живота – болючість, чергування спазмованих і атонічних, з гурчанням, відділів товстої кишки. Який метод обстеження є найбільш інформативним для постановки діагнозу:

- А. Копроцитограма у динаміці
- В. Пальцеве дослідження прямої кишки
- С. Ректороманоскопія
- Д. Колоноскопія
- Е. УЗД

3. Хворий, 32 років, приймав масивну антибактеріальну терапію. Скаржиться на розлиті болі в животі, часті рідкі випорожнення (4-6 разів на добу), загальну слабкість. Живіт при пальпації м'який, болючий в нижніх відділах, печінка та селезінка не пальпуються. Застосування якого лікарського препарату доцільне в даному випадку?

- А. Імодіум
- В. Панзинорм
- С. Есенціале
- Д. Мотіліум
- Е. Лінекс

4. У хворого 45 років діарея 6-8 разів на добу, з видаленням несформованих фекалій з вмістом слизу, крові та гною. $T^0 - 37,6^0$, болі при пальпації товстого кишечника та утворення зовнішніх і внутрішніх нориць. Виставлений діагноз - хвороба Крона. Яка ознака відрізняє дану хворобу від неспецифічного виразкового коліту?

- А. Болі при пальпації
- В. Діарея
- С. Нориці
- Д. Кров у калі
- Е. Лихоманка

5. У чоловіка 26 років, скарги на переймистий біль у животі, часте рідке випорожнення з домішками слизу та крові. Хворіє 3 роки, схуд на 14 кг. $T^0 37,6^0C$, живіт м'який,

болючий при пальпації по ходу товстої кишки, особливо зліва. Іригоскопія – товста кишка звужена, гаустри відсутні, контури нерівні, нечіткі. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Неспецифічний виразковий коліт**
- B. Туберкульоз кишечника**
- C. Амебна дизентерія**
- D. Хвороба Крона**
- E. Синдром подразненої товстої кишки**

6. Хворий, 55 років, скаржиться на здуття і гурчання в животі, підвищене відходження газів, рідкі випорожнення пінистого характеру, з кислим запахом, що з'являються після вживання страв на молоці. Як іменується даний симптомокомплекс?

- A. Синдром бродильної диспепсії**
- B. Синдром гнильної диспепсії**
- C. Синдром жирової диспепсії**
- D. Синдром дискінезії**
- E. Синдром мальабсорбції**

7. Хвора, 41 року, скаржиться на рідке випорожнення (10-12 разів на добу) з домішками слизу і крові, біль у нижній частині живота, схуднення. Хворіє 2 роки, діагнози гострих інфекційних захворювань виключені. Живіт м'який, пальпація сигмовидної кишки болюча. Фіброколоноскопія – в ділянці синмоподібної кишки слизова оболонка бліда, з ділянками псевдополіпозних розрастань, плоскі поверхневі виразки. Який попередній діагноз?

- A. Поліпоз кишечника**
- B. Хронічний коліт**
- C. Хронічний панкреатит**
- D. Хвороба Крона**
- E. Неспецифічний виразковий коліт**

8. У хворого, 19 років, скарги на переймистий біль в животі, рідке випорожнення 6-8 разів на добу з домішками слизу та свіжої крові. Хворіє протягом 2 років, схуд на 12 кг. Живіт м'який, болючий по ходу товстої кишки, особливо зліва, сигмовидна кишка спазмована. Іригоскопія – товста кишка звужена, гаустри відсутні, контури нерівні, нечіткі, симптом «водопровідної труби». Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Хронічний ентероколіт**
- B. Неспецифічний виразковий коліт**
- C. Амебна дизентерія**
- D. Туберкульоз кишечника**
- E. Хвороба Крона**

9. Хвора К, 48 років, скаржиться на посилення спастичних болів у низу живота після психо-емоційного напруження, випорожнення кишечника інтермітуючі: 2-3-випорожнення після пробудження чергуються із закрепамі протягом 1-2 днів. Помірний біль при пальпації сигмовидної кишки. Ректороманоскопічне дослідження болісне через спастичний стан кишечника, його слизова оболонка не змінена. В просвіті кишечника багато слизу. Яке захворювання найбільш імовірне?

- A. Неспецифічний виразковий коліт**
- B. Хвороба Крона**
- C. Синдром подразненої товстої кишки**
- D. Гостра ішемія кишок**
- E. Синдром мальабсорбції**

10. Хворий, 51 року, скаржиться на часті рідкі випорожнення з домішками слизу на прожилками крові, біль разлитого характеру в нижньобокових відділах живота, зниження маси тіла на 6 кг за місяць, субфебрилітет. Живіт м'який, сигмовидна кишка болюча, спазмована, гурчить. Яке захворювання найбільш імовірне у даної пацієнтки?

- A. Кишкова ензимопатія
- B. Бацилярна дизентерія
- C. Спру
- D. Неспецифічний виразковий коліт
- E. Глистяна інвазія

ВІРНІ ВІДПОВІДІ
Початковий рівень знань

1. A	6. B
2. A	7. C
3. Д	8. E
4. C	9. Д
5. E	10. E

Кінцевий рівень знань

1. A	6. C
2. Д	7. A
3. B	8. E
4. Д	9. C
5. B	10. B

Ситуаційні завдання

1. E	6. A
2. Д	7. E
3. E	8. B
4. C	9. C
5. A	10. Д

Контрольні питання.

1. Дати визначення НВК, ХК, СПК.
2. Основні клінічні синдроми при ЗЗК
3. Характеристика фізикальних даних при ЗЗК.
4. Особливості клініки НВК.
5. Особливості клініки ХК
6. Особливості клініки СПК
7. Назвати методи діагностики ЗЗК.
8. Назвати ускладнення ЗЗК
9. Принципи лікування НВК, ХК
10. Принципи лікування СПК
11. Спосіб життя та дієтотерапія при СПК.
12. Медикаментозна терапія при ЗЗК в залежності від ступенів важкості та активності захворювання
13. Профілактика ЗЗК та СПК

Практичні завдання.

1. Провести курацію хворих з ЗЗК та СПК
2. Дати інтерпретацію отриманим лабораторним методам дослідження.

3. Дати інтерпритацію отриманим інструментальним методам дослідження
4. Провести диференційний діагноз ЗЗК та СПК
5. Назвати ускладнення ЗЗК
6. Виписати рецепти щодо терапії ЗЗК та СПК.

Протокол клінічного розбору хворого (єдина форма)

П.І.П пацієнта _____
 Вік _____ професія _____

Скарги хворого _____

Anamnesis morbi

Вважає себе хворим з _____, коли вперше з'явилися _____

Останнє загострення з _____

Anamnesis morbi

Результати фізикального обстеження хворого:

Попередній діагноз:

План обстеження:

Результати додаткових методів дослідження:

Обґрунтування клінічного діагнозу:

Клінічний діагноз:**Основне****захворювання** _____**Супутнє захворювання**

Ускладнення

Лікування:

1. Режим _____

2. Дієта _____

3. _____

4. _____

5.

Література.**Базова**

1. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 1 /За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2008. – 1056 с.
2. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 2 /А.С.Свінцицький, Л.Ф.Конопльова, Ю.І.Фещенко та ін.; За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2009. – 1088 с.
3. Внутрішня медицина: Порадник лікарю загальної практики: навчальний посібник. / А.С. Свінцицький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар та ін.; За ред. проф. А.С. Свінцицького. – ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с. + 16с. кольоров. вкл.
4. Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».
5. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 600 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при диспепсії». Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги «Диспепсія».
6. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. В 3 т. Том 1. «Нова книга», 2009. – 640 с.
7. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. В 3 т. Том 2. «Нова книга», 2009. - 784 с.
8. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. В 3 т. Том 3. «Нова книга», 2010. - 1006 с.
9. Практикум з внутрішньої медицини: навч. пос. / К.М. Амосова, Л.Ф. Конопльова, Л.Л. Сидорова, Г.В. Мостбауер та ін. – К.: Український медичний вісник, 2012 р. – 416 с.

Допоміжна

1. Харченко Н.В., Бабак О.Я., Гастроентерологія. Підручник - К., 2007. – 720 с.

Інформаційні ресурси

сайт кафедри внутрішньої медицини № 3 ХНМУ <http://www.vnmed3.kharkiv.ua/>, встановлене інформаційно-освітнє середовище Moodle на піддомен сайту <http://distance-training.vnmed3.kharkiv.ua>

Методична вказівка складена: доцентами О.І. Цівенко та О.В. Лахно

Методична вказівка переглянута і затверджена на засіданні кафедри:

З доповненнями (змiнами) _____

Завiдувач кафедри
Д.мед. н., професор

Л.В. Журавльова