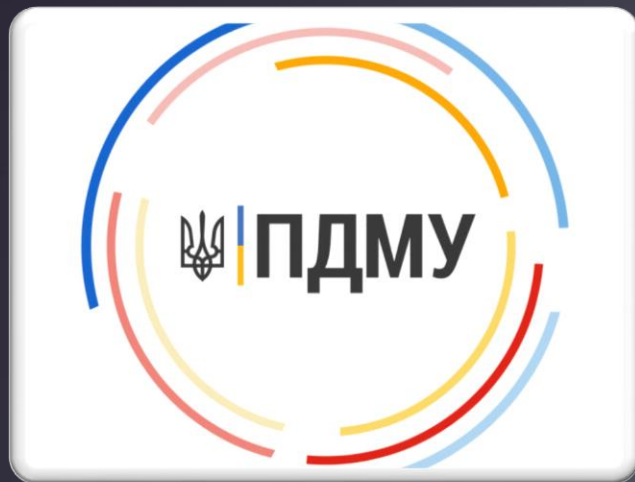




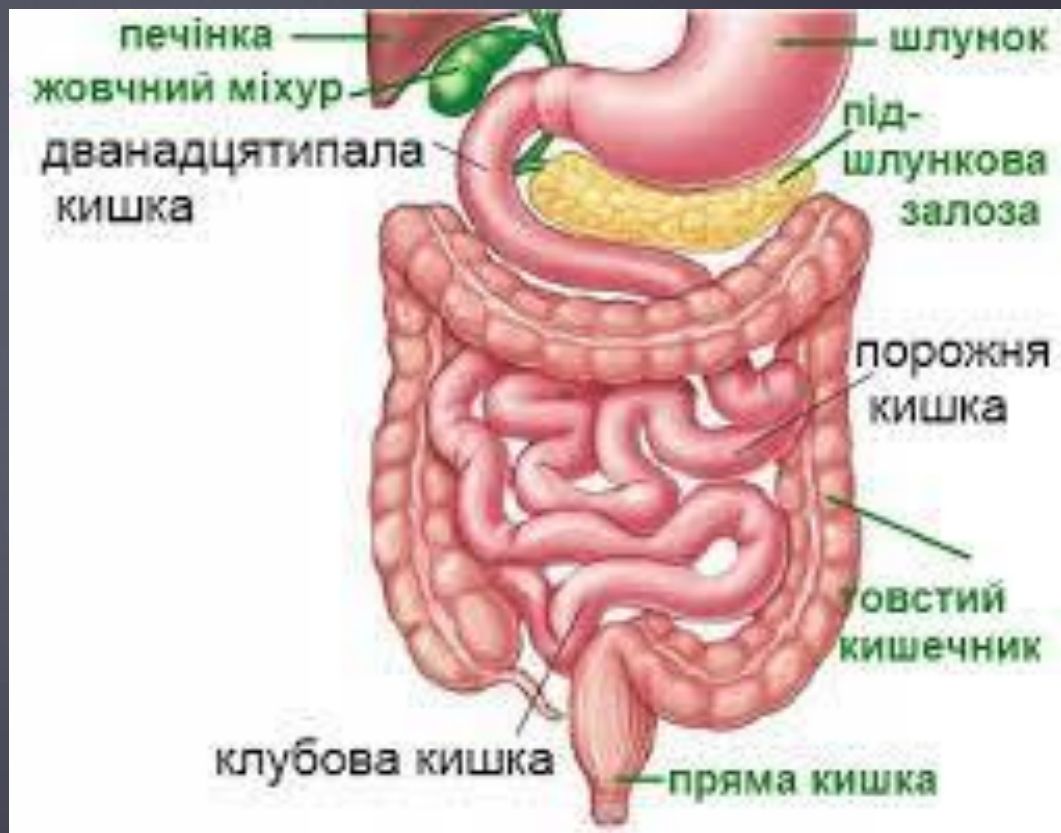
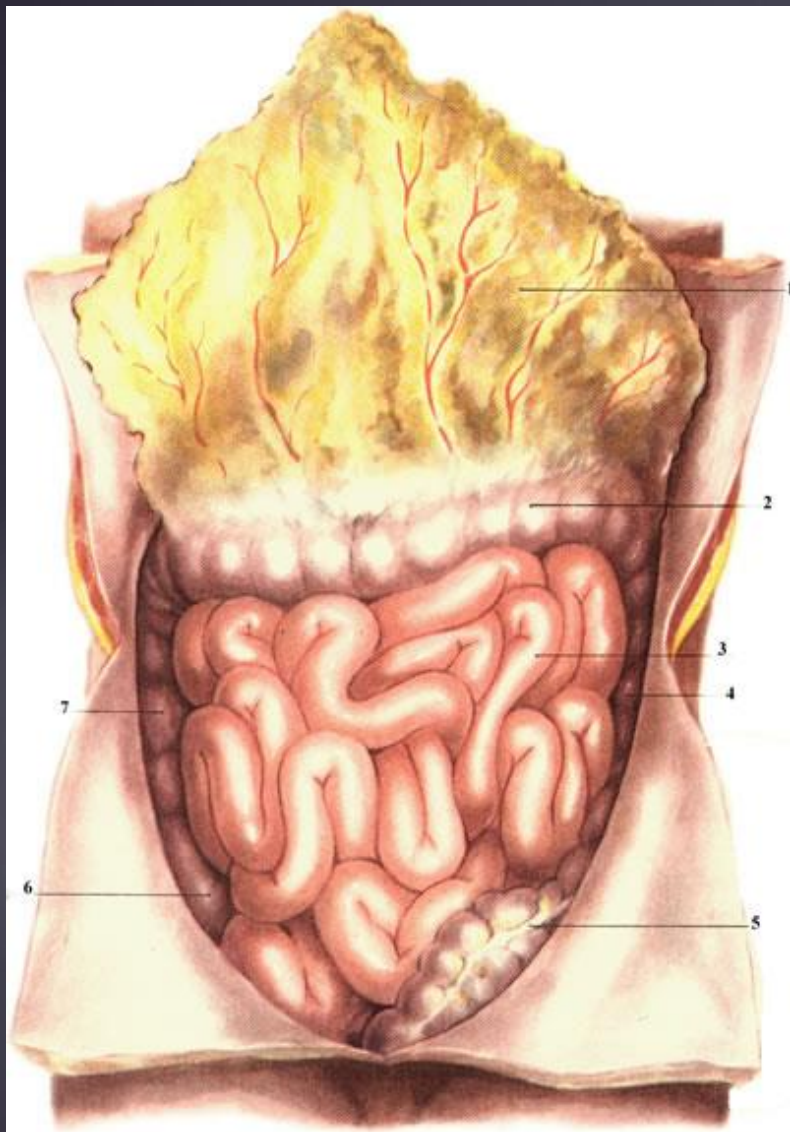
Полтавський державний медичний університет
Кафедра хірургії № 1

Лекція для лікарів-інтернів з фаху «Хірургія»

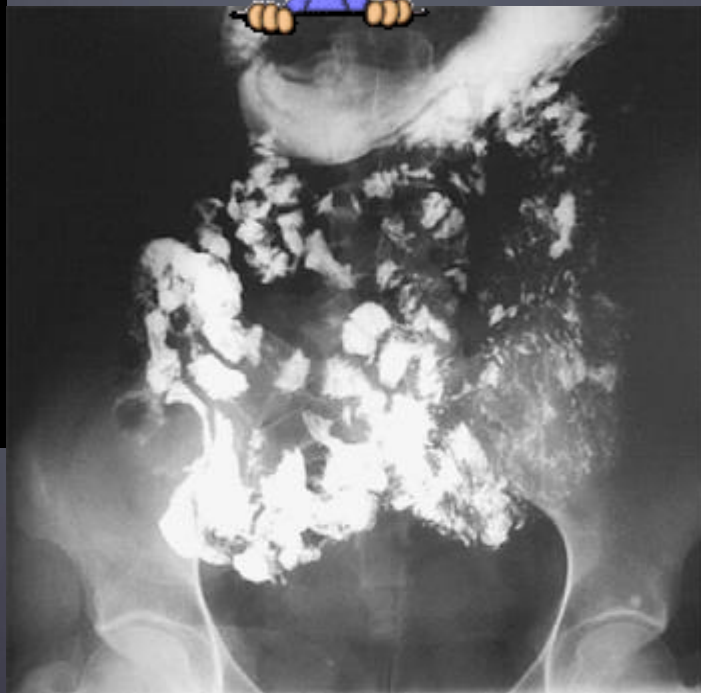
Тема:
«Захворювання тонкої кишки»

Полтава 2023

Анатомія тонкої кишки



Рентгенологічні методи



Хвороба Крона – хронічне запальне захворювання тонкої і товстої кишки з періодичними загостреннями і ремісіями

- В.Crohn в 1932 описав 14 випадків запалення кишечника.
- Інші назви: гранульоматозний коліт, гранульоматозний ентерит, регіональний коліт, трансмуральний коліт.
- Частіше зустрічається у мешканців розвинутих країн.
- Жінки хворіють частіше



✓ Місцеві ускладнення:

Інфільтрати

Абсцеси

Внутрішні міжкишкові,
ректовагінальні,
ректовезикальні нориці

✓ Зовнішні нориці

✓ Стриктури

✓ Кровотечі

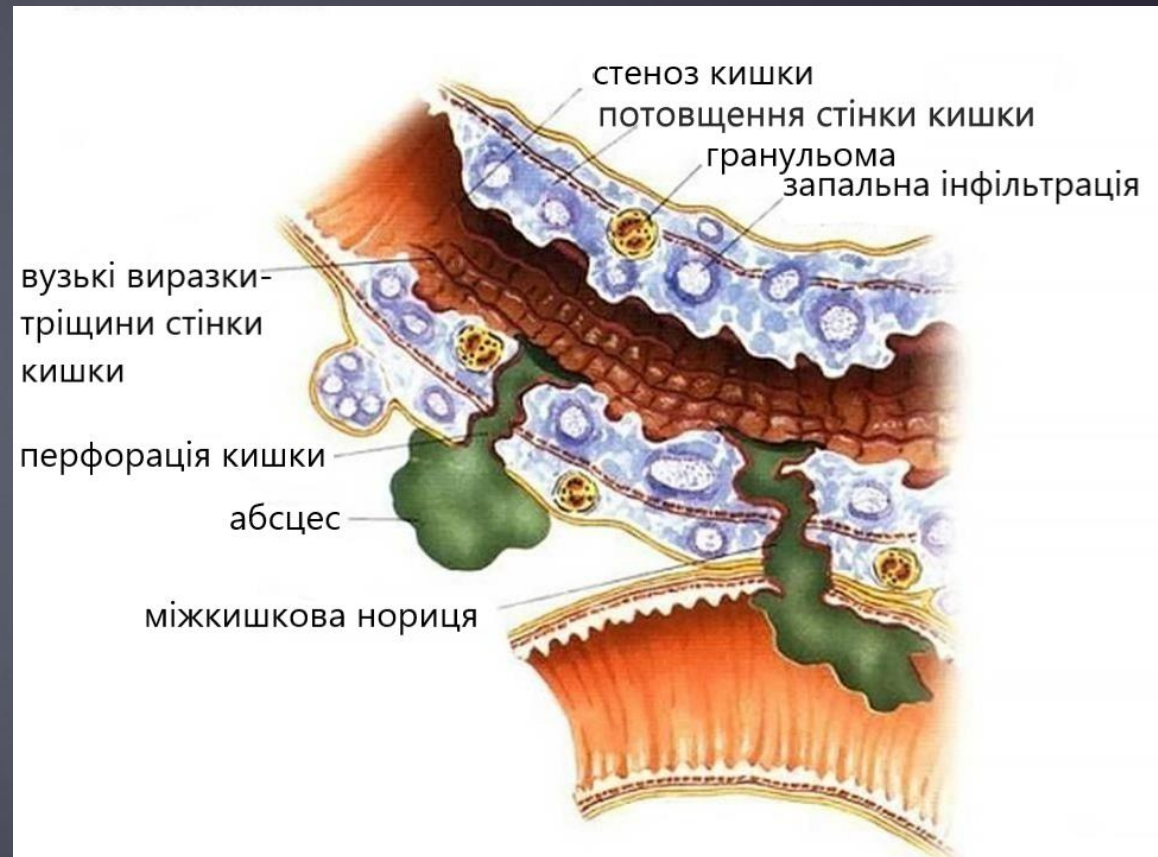
✓ Злоякісні пухлини

✓ Позакишкові ускладнення:

✓ Вузлова ерітема

✓ Піодермія

✓ Гепатити, холангіти



Клінічна картина

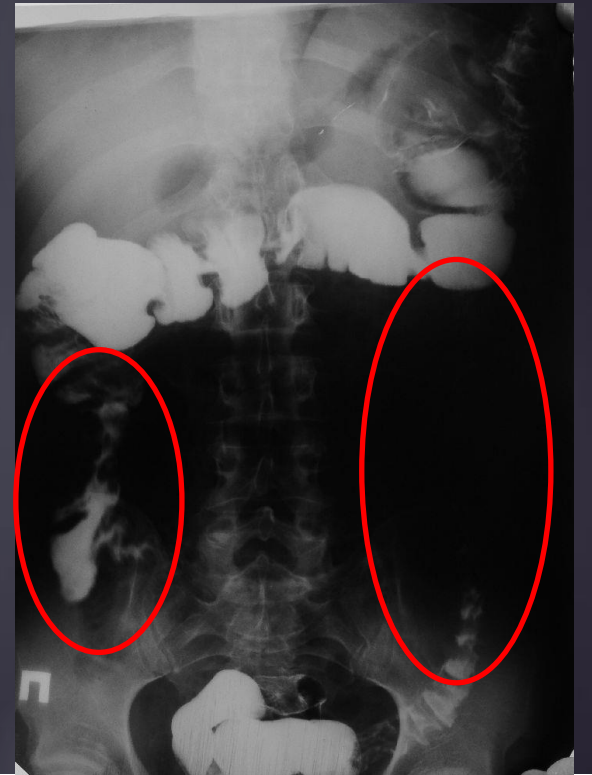


- Діарея (стілець великий за об'ємом і відносно нечастий – тонкокишкова локалізація)
- Біль у животі, який пов'язаний з прийомом їжі. Найчастіша локалізація – права половина живота. При розвитку стриктур – біль переймоподібний.
- Кровотечі.
- Немотивована втрата ваги.
- Ураження перианальної ділянки і анального кільця.
- Артрити і артралгії

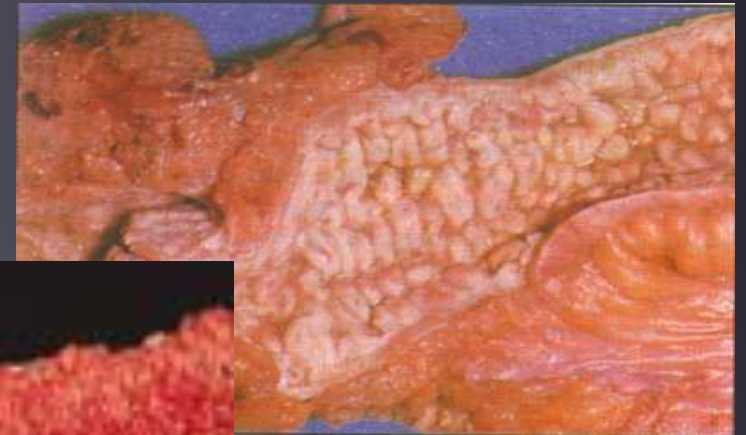
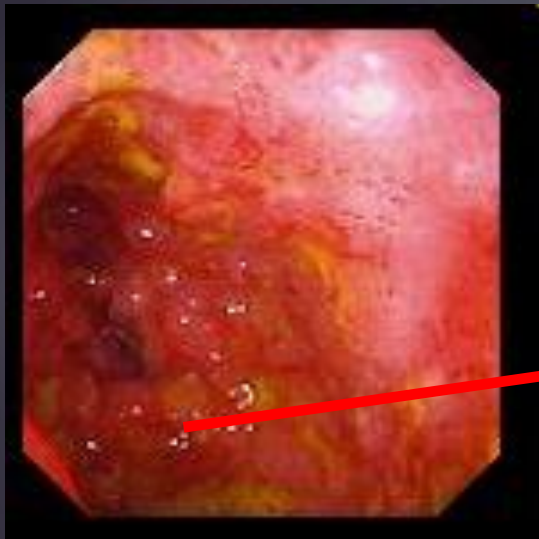
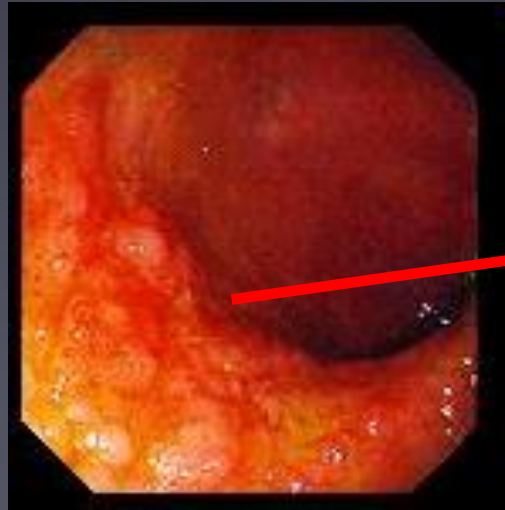


Діагностика

- Запальні зміни в загальному аналізі крові.
- С-реактивний протеїн
- Рентгенологічне дослідження



Ендоскопічна діагностика



Критерії достовірного діагнозу хвороби Крона за Lennard-Jones

- Ураження від порожнини рота до анального каналу
- Перерваний характер ураження
- Трансмуральний характер ураження
- Стриктури
- Гістологічно: афтозні виразки і трансмуральна інфільтрація лімфоїдною тканиною
- Гістологічно: нормальний вміст муцину у ураженій стінці кишки
- Гранульоми



**Достовірний діагноз – при наявності трьох критеріїв.
Якщо є гранульоми + один критерій**

Клінічні диференціальні ознаки ХК і НВК

Ознака	НВК	Хвороба Крона
Ректальні кровотечі	Постійні в період загострення	Рідко, тільки при ураженні прямої кишки
Діарея	Стілець частий водянистий, переважно уночі	До 4-6 разів рідким стільцем вдень
Закрепи	Вкрай рідко	Можуть бути
Біль в животі	Виникає перед актом дефекації і зникає після нього	Типова локалізація, різної інтенсивності



Клінічні диференціальні ознаки ХК і НВК

Ознака	НВК	Хвороба Крона
Інфільтрат в черевній порожнині	Немає	В правій здухвинній ділянці
Перфорації	Тільки на фоні дилатації кишки	Типові (прикриті)
Внутрішні і зовнішні нориці	Відсутні	Типові (з виразок-тріщин та у місці післяопераційних рубців)
Ураження пери-анальної ділянки	Переважно внаслідок діареї	Характерна ознака (тріщини і нориці)



Клінічні диференціальні ознаки ХК і НВК

Ознака	НВК	Хвороба Крона
ГКН	Не буває	Часто виникає (через стриктури)
Малігнізація	Часто, особливо після 10 років захворювання	Рідко
Стриктури	Не типові, тільки при малігнізації	Одне з найчастіших ускладнень
Поширення процесу	Починається з прямої кишки і поширюється проксимально. Тонка кишка не уражається	Виникає в будь-якому відділі ШКТ. Пряма кишка може бути не уражена.



Ендоскопічні диференціальні ознаки ХК і НВК

Ознака	НВК	Хвороба Крона
Огляд пери-анальної ділянки	Можуть бути подразнення через діарею	Набряк, звирозкування, нориці
Активна стадія	Дифузний набряк, контактна кровоточивість, поверхневі виразки, псевдополіпи	Зміни за типом "бруківки", глибокі виразки, деформація кишки. Частіше уражається права половина товстої кишки
Період ремісії	Нормальна або атрофічна слизова	Набряк, виразки рубцюються, кишка ригідна, локально звужена.



Рентгенологічні диференціальні ознаки ХК і НВК

Ознака	НВК	Хвороба Крона
Звуження просвіту кишки	Рівномірне, на значному протязі	Локальне, деколи непрохідність
Виразкові дефекти	Численні, але в межах слизової оболонки	Рідкісні, у вигляді глибоких тріщин і виступів
Евакуація барію з товстої кишки	Нормальна чи прискорена	Сповільнена
Ураження тонкої кишки	Відсутнє	Часто, перерване, з норицями і стриктурами

Абсолютні покази до операції

- ✓ гострі форми перебігу;
- ✓ перфорація кишки, перитоніт;
- ✓ профузна кишкова кровотеча;
- ✓ стриктури, що призвели до ГКН;
- ✓ абсцеси, псевдопухлини черевної порожнини;
- ✓ нориці.

Відносні покази до операції

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

Дивертикул Меккеля

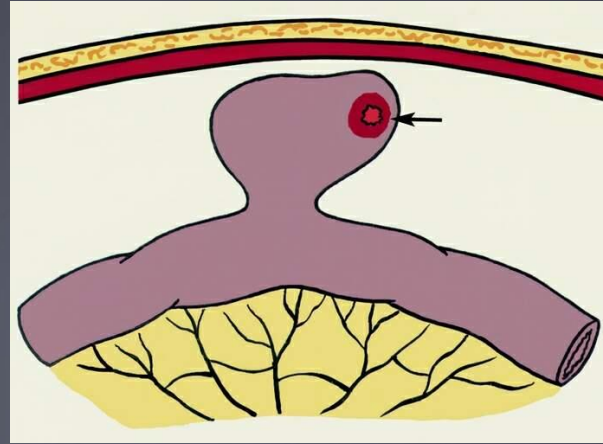


- Найбільш частий справжній дивертикул шлунково-кишкового тракту.
- Типова локалізація – 60-90 см від ілеоцекального клапану і має довжину від 1 до 12 см.
- Частота поширення – 2 %.



Ускладнення дивертикулів

- ✓ Перфорація дивертикула
- ✓ Кровотеча з дивертикула

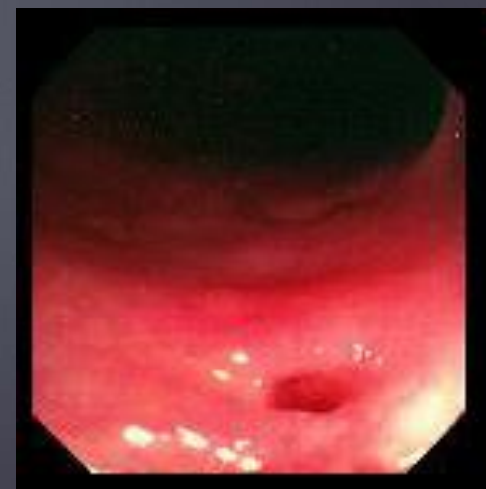
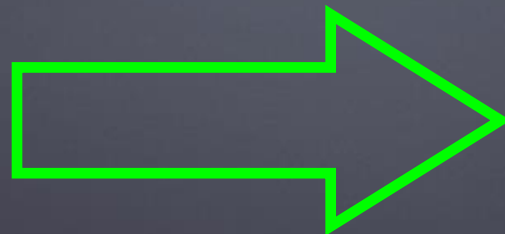


Ускладнення дивертикулів

✓ Дивертикуліт



✓ Вивертання дивертикула

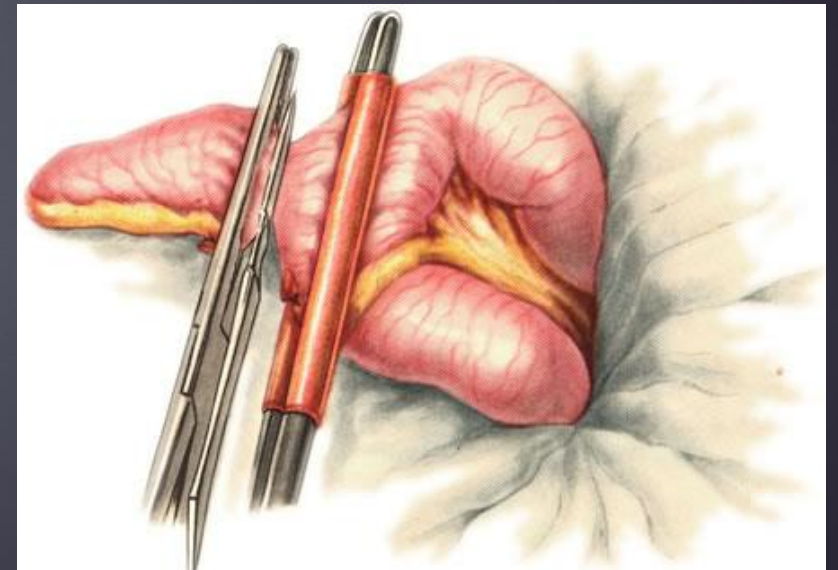


Хірургічна тактика при дивертикулах

- ✓ ДИВЕРТИКУЛ ВІЯВЛЕНИЙ
ВИПАДКОВО
- ✓ ДИВЕРТИКУЛ
НЕУСКЛАДНЕНИЙ
- Дивертикул ускладнений

НЕ ВИМАГАЄ
СПЕЦІАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

ОПЕРАЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ



Синдром подразненої кишки

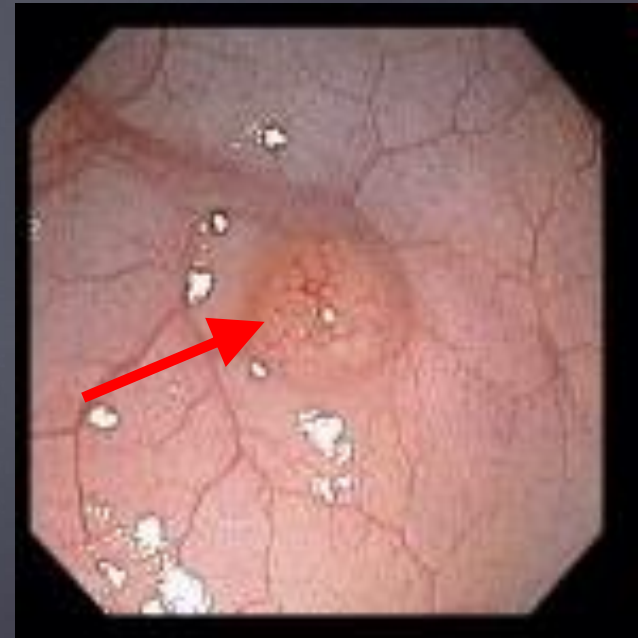
- Основні ознаки:
 - абдомінальний біль;
 - зміна характеру функцій кишечника;
 - відсутність органічного захворювання
- Закрепи чергуються з проносами.
- При ендоскопічному дослідженні органічних змін не виявляють.

Хронічний колостаз (встановлюють при наявності менше, ніж трьох актів дефекації в тиждень).

- ✓ **Причини:**
 - ✓ гіпотиреоз;
 - ✓ неадекватний прийом рідини;
 - ✓ неврологічні розлади;
 - ✓ вживання антихолінергічних препаратів;
 - ✓ гіподинамія
- ✓ **Інертність товстої кишки** — це хронічний колостаз з невивченими причинами.
- ✓ **Набутий мегаколон** — спостерігають у психіатричних хворих і хворих, які вимушені тривалий час лежати (після травми, інсульту)

Поліпи і поліпоз кишечника

Синдром Пейтца-Єгерса – характеризується численними поліпами по всьому шлунково-кишковому тракту. Лікування – видалення поліпів більше 1,5 см.



Поліпи і поліпоз кишечника

Ювенільний поліпоз – викликає шлунково-кишкові кровотечі і обструкцію просвіту кишки. Лікування – резекція кишки.



Поліпи і поліпоз кишечника

Гіперпластичні поліпи – частота виявлення зростає разом з віком. Лікування – резекція кишки.



Поліпи і поліпоз кишечника

Аденоматозні поліпи – доброякісні утвори, які є залозистою проліферацією епітелію.
Передраковий стан. Лікування – ендоскопічне видалення поліпа.

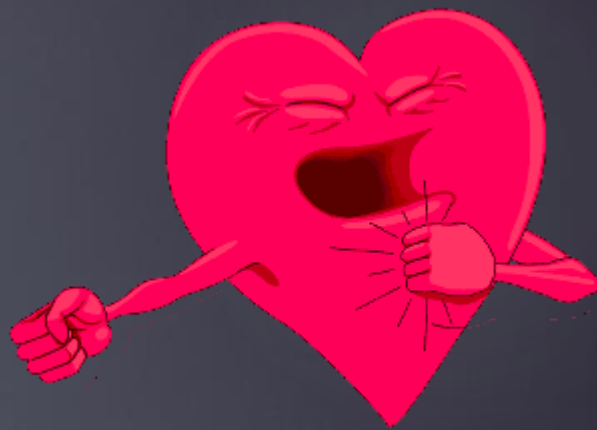


Мезентеріальна ішемія

- Гостра мезентеріальна ішемія
 - неоклюзійна ішемія
 - оклюзійна ішемія: емболія верхньої мезентеріальної артерії, тромбоз верхньої мезентеріальної артерії, локальна сегментарна ішемія.
- Хронічна мезентеріальна ішемія (абдомінальна колька).

Неоклюзійна гостра мезентеріальна ішемія

- ✓ Зниження серцевого викиду (тяжка хронічна серцева недостатність, прийом серцевих глікозидів).
- ✓ Артеріальна гіпотензія.
- ✓ Гіповолемія (сечогінні, крововтрата).
- ✓ Дегідrataція.
- ✓ Спазм судин.



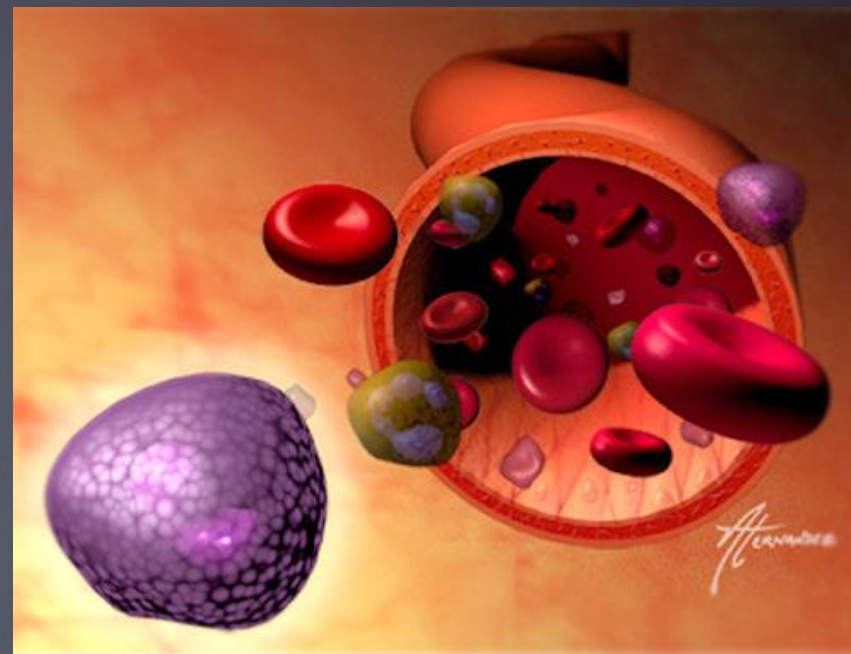
Неоклюзійна гостра мезентеріальна ішемія

- ✓ Постійний біль в животі.
- ✓ Зниження артеріального тиску.
- ✓ Кров у калі.
- ✓ Пронос.

**СПЕЦИФІЧНИХ МЕТОДІВ
ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕМАЄ**

Оклюдійна гостра мезентеріальна ішемія

- ✓ Тромбоз.
- ✓ Емболія.
- ✓ Зменшення просвіту судини атеросклеротичною бляшкою.
- ✓ Запалення інтими судини.
- ✓ Стиснення судини ззовні.
- ✓ Проростання пухлини.



Гостра мезентеріальна ішемія

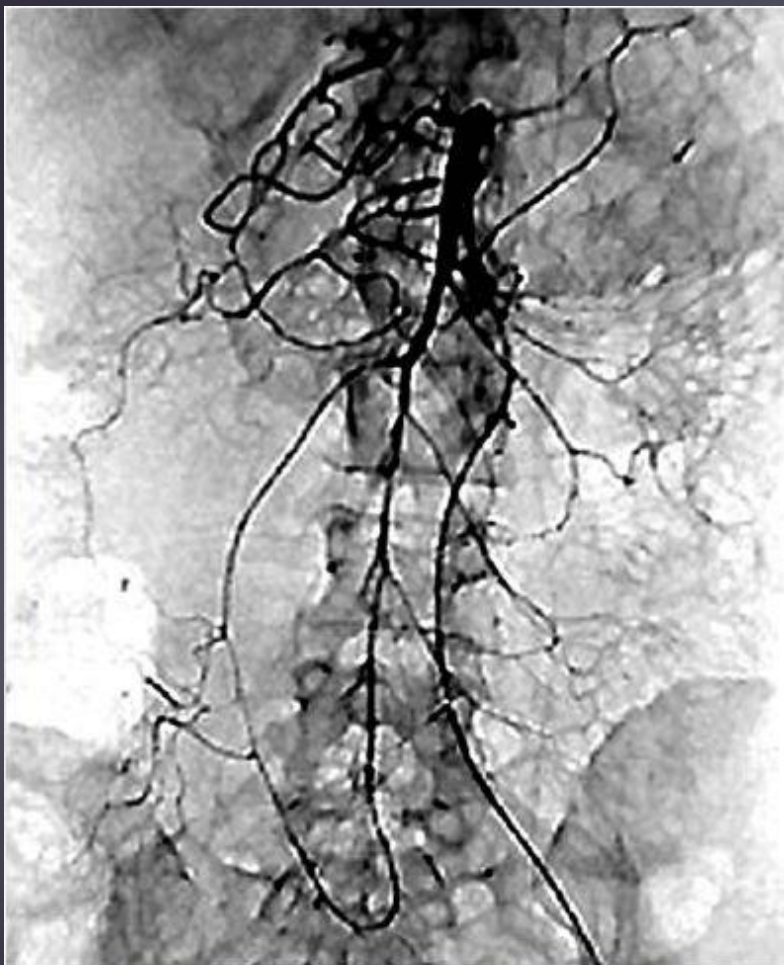


Рис. 2. Выраженный диффузный спазм ветвей ВБА у пациента с острым панкреатитом (А.Е. Щерба и др., 2005)

