

**Дніпровський державний медичний університет**  
**Кафедра внутрішньої медицини 2, фтизіатрії, професійних хвороб**  
**і клінічної імунології**

«Затверджено»  
На засіданні кафедри  
Внутрішньої медицини 2, фтизіатрії,  
професійних хвороб і клінічної імунології  
Протокол № \_\_\_\_ від \_\_. \_\_\_\_.2024 р.  
Зав.кафедрою, д.мед.н., професор  
\_\_\_\_\_ Курята О.В..

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**  
для студентів

<i>Дисципліна</i>	<b>Основи внутрішньої медицини</b>
<i>Модуль №</i>	<b>4</b>
<i>Тема № 25</i>	<b>ХВОРОБИ КИШЕЧНИКА (ХРОНІЧНІ ЕНТЕРИТИ, ХРОНІЧНІ КОЛІТИ, НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ).</b>
<i>Курс</i>	<b>3</b>
<i>Факультет</i>	<b>Стоматологічний</b>

Тривалість заняття – 1 академічн година

Дніпро 2024

## **I. Актуальність теми.**

Захворювання органів травлення є найбільш поширеними серед осіб працездатного віку, частота захворювання у чоловіків і жінок приблизно однакова. При цьому показники захворюваності і хронізації хвороби за останні роки мають тенденцію до зростання. Захворювання органів травлення, залишаються однією з провідних причин погіршення якості життя хворих, економічних витрат, пов'язаних з наданням спеціалізованої медичної допомоги, та тимчасової втрати працездатності. Своєчасна діагностика та призначення сучасних методів лікування попереджують загострення та ускладнення хвороб, що має не тільки клінічне, але і соціально-економічне значення.

Розповсюдженість хвороб тонкої та товстої кишки щорічно зростає. Поширеність целиакії у різних країнах коливається від 1:132 до 1:476. Незважаючи на тривалі дослідження, істинна поширеність целиакії вивчена недостатньо, що пов'язано з різноманітним клінічним проявом захворювання і труднощами достовірної діагностики. Хворі на неспецифічний виразковий коліт мають найбільш несприятливий прогноз. Розповсюдженість цього захворювання з кожним роком збільшується і становить 70-150 чоловік на 100000 населення. розповсюдженість хвороби Крона в світі складає 50-70 випадків на 100000 населення і зростає за останні десятиліття в декілька разів. Розповсюдженість синдрому подразненої кишки серед населення розвинутих країн Європи складає в середньому 15-20%.

Таким чином, захворювання кишечника є актуальною медичною та соціальною проблемою сьогодення у зв'язку з поширеністю, розвитком різноманітних ускладнень, труднощами діагностики.

**II. Мета навчання** – уміти діагностувати хвороби кишечника та їх ускладнення, що загрожують життю пацієнтів, та надавати необхідну медичну допомогу.

## **III. Основні учбові цілі: Вміти:**

- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори хвороб кишечника (ензимопатії, хронічний ентерит, хронічний коліт, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, синдром подразненої товстої кишки).
- Аналізувати типову клінічну картину найбільш поширених хвороб кишечника
- Виявляти різні клінічні варіанти та ускладнення найбільш поширених хвороб кишечника
- Проводити диференціальну діагностику, обґрунтовувати і сформулювати попередній діагноз найбільш поширених захворювань кишечника
- Визначити тактику ведення (рекомендації стосовно режиму, дієти, медикаментозного лікування, реабілітаційні заходи) хворого при найбільш поширених захворюваннях кишечника та їх ускладненнях
- Складати план обстеження хворого та аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при типовому перебігу найбільш поширених кишечника та їх ускладненнях
- Оцінювати прогноз життя та працездатності при найбільш поширених захворюваннях кишечника.
- Проводити первинну і вторинну профілактику найбільш поширених захворювань кишечника
- Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами

медичного фахівця та принципами фахової субординації.

- Оцінювати вплив стоматологічної патології та захворювань зубо-щелепної системи на виникнення і перебіг хвороб кишечника

#### **Знати:**

- основні директивні документи МОЗ України щодо стандартів діагностики, лікування та профілактики хвороб кишечника;
- питання етіології, клінічної діагностики хвороб кишечника (хронічний ентерит, хронічний коліт, неспецифічний виразковий коліт) та їх ускладнень;
- принципи сучасної медикаментозної та немедикаментозної терапії захворювання;
- роль лікаря-стоматолога в профілактиці хвороб кишечника;
- питання санітарно-просвітницької роботи.

#### **IV. Зміст теми**

**Хронічний ентерит** – хронічне поліетіологічне запалення тонкої кишки з порушенням її функції, структурними змінами слизової оболонки, а при довготривалому перебігу – її атрофії.

##### Етіологія

- Перенесені гострі кишкові інфекції - дизентерія, сальмонельоз.
- Аліментарний фактор - вживання грубої, гострої, недоброякісної їжі.
- Вживання алкоголю та його сурогатів.
- Токсична дія солей важких металів, нікотину.
- Тривале вживання медикаментів.
- Харчова алергія.
- Іонізуюче випромінювання.
- Недостатність ілеоцекального клапану.
- Недостатність великого дуоденального соска.
- Ішемія стінки тонкої кишки.
- Захворювання органів травлення.
- Довготривалі нервово-психічні навантаження.

##### Патогенез

• Запальні та дистрофічні процеси в тонкій кишці під впливом етіологічних факторів.

- Порушення порожнинного та пристінкового кишкового травлення.
- Вроджені та набуті ферментопатії.
- Порушення функції системи імунітету.
- Дисбактеріоз.
- Порушення функції ендокринної гастоінтестинальної системи
- Порушення моторної функції тонкого кишечника.
- Порушення функції

всмоктування. Клінічні симптоми:

##### *Місцеві прояви*

- розлади випорожнення: часті кашкоподібні випорожнення світло-жовтого чи зеленувато-жовтого кольору, нерідко гнилісні;
- метеоризм найбільш виражений в другій половині дня, зменшується після дефекації, бурчання в животі;

- біль локалізується навколо пупка;
- непереносимість молока;
- при пальпації гучне бурчання в області сліпої кишки, біль та бурчання кінцевого відділу здухвинної кишки.

*Загальні прояви:*

- скарги на слабкість, зниження маси тіла, поганий апетит, головний біль, головокружіння, після прийому їжі можливі пітливість, серцебиття;
- огляд - схуднення, зниження тургору і еластичності шкіри, її сухість, випадіння волосся, ламкість нігтів;
- порушення всмоктування кальцію - біль в кістках та суглобах, остеопороз, порушення ходи;
- гіповітамінози;
- анемія залізо- чи В<sub>12</sub>-дефіцитна;
- при важкому перебігу - ендокринні порушення. Лабораторні дані:
- ЗАК: ознаки анемії (при важкому перебігу).
- БАК: гіпопротеїнемія, гіпокальціємія, гіпохлоремія, гіпонатріємія, зниження вмісту заліза.
- Копроцитограма: поліфекалія, неперетравлена їжа, слиз, стеаторея, креаторея, амілорея, кисла реакція при бродильній диспепсії.
- Бактеріологічне дослідження калу: дисбактеріоз.
- Порушення всмоктувальної функції тонкого кишечника.
- Дослідження кишкового соку: зниження вмісту лужної фосфатази, ентерокинази.

Інструментальні методи дослідження:

Рентгеноскопія тонкого кишечника: нечітке зображення складок, нерівномірний міжскладчастих проміжків, прискорена евакуація барієвої суміші. Дуоденоскопія: хронічний запальний процес без атрофії чи різного ступеню атрофії.

Гістохімічне дослідження: значне зниження вмісту ферментів.

Принципи лікування хронічного ентериту.

У період загострення - дієта №4, після покращення стану - дієта №4 б, в фазу ремісії №4 в.

*Антидиарейні засоби:* реасек – по 1 т. 2-3 рази/день за 30 хв. до прийому їжі; імодіум -по 1 капс.

Лікування кишкового дисбактеріозу залежно від виду патогенної мікрофлори *антибактеріальні засоби та пробіотики;*

*Ферментні препарати:* панкреатин (містить трипсин ілаамзіу ) по 0,5-1,0 г перед прийомом їжі перорально 3 рази на добу; фестал (дигестал, ензістал) по 1-3 драже під час або одразу після їжи та інші;

*Стабілізатори мембран* кишкового епітелію: есенціале - по 2 капс.

3 рази на день, карсил чи легалон - по 1-2 др. 3 рази протягом 3 місяців.

Атропін, гастроцепін, но-шпа, галідор - при больовому синдромі.

**Целіакія (глютеніна ентеропатія).**

*Целіакія (глютеніна ентеропатія)* – захворювання кишковика, зумовлене непереносимістю одного з компонентів білка клейковини злаків – *глютену* внаслідок вродженого дефіциту ферменту, який розщеплює його. Захворювання проявляється в

дитячому віці, коли до раціону включають продукти, виготовлені з пшениці, ячменю, вівса (манна, вівсяна каші).

### Етіологія.

Непереносимість глютену спадкове захворювання. У 80% хворих виявляють антигени гістосумісності, які передаються за рецесивним типом.

### Патогенез.

- продукти недостатнього розщеплення глютену, низькомолекулярні кислі поліпептидази, гліадин токсично пошкоджують тонкий кишечник.
- розвиток імунологічних реакцій на харчовий глютен. У відповідь на попадання в просвіт кишечника глютену виробляються антиглютенові антитіла. Утворені антитіла взаємодіють з глютенем, розвивається імунологічна реакція ураження слизової оболонки кишечника, атрофія слизової оболонки із зникненням ворсинок і гіперплазією крипт. Атрофія веде до розвитку важкого синдрому мальабсорбції.

### Клінічні симптоми.

*Діарея.* При значному враженні кишечника спостерігається частий (до 10 разів і більше на добу) із значною кількістю калових мас водянистий або напівсформований, світло-коричневий стілець. Дуже часто пінистий або зма-зкоподібний (містить велику кількість не перетравленого жиру).

*Метеоризм.* Проявляється відчуттям здуття, розпирання в животі, утрудненням дихання. Метеоризм супроводжується відходженням великої кількості газів. У багатьох хворих метеоризм не зменшується навіть після дефекації.

Симптоми, обумовлені розвитком синдрому *мальабсорбції*:

- Затримка росту і фізичного розвитку дітей.
- Схуднення.
- Порушення білкового обміну.
- Порушення ліпідного обміну. Порушення всмоктування жирів веде до зниження вмісту в крові холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїнів і проявляється схудненням, зникненням підшкірно-жирової клітковини, появою статореї.
- Порушення вуглеводного обміну - зниження вмісту глюкози в крові.
- Порушення обміну кальцію супроводжується одночасно і порушенням всмоктування вітаміну Д. Розвивається остеопороз.
- Анемія – внаслідок порушення всмоктування заліза в кишечнику. Поряд з цим порушується всмоктування вітаміну В<sub>12</sub>.
- Порушення функції ендокринних залоз при важкому перебігу глютеинової ентеропатії і різко вираженому синдромі мальабсорбції.
- Полігіповітаміноз.
- Ураження інших органів
- Живіт здутий, збільшений в об'ємі (за рахунок метеоризму), при розвитку важкої гіпопротеїнемії можливий розвиток асцити.

### Діагностичні критерії.

- поява діареї, синдрому мальабсорбції в ранньому дитячому віці,
- відставання в рості та фізичному розвитку у дитячому та юнацькому,
- типові результати дослідження біоптатів слизової оболонки 12-палої кишки або здухвинної кишки: збільшення кількості бокаловидних клітин в слизовій оболонці

кишки; збільшення числа міжепітеліальних лімфоцитів (більше 40 на 100 епітеліоцитів кишкових ворсинок); атрофія ворсинок;

- виявлення в крові циркулюючих антитіл до глютену, антитіл до ретикуліну і епітеліоцитів тонкої кишки, антитіл до тканинної транеглютамінази та ендомізійних антитіл.

- чітке клінічне і морфологічне (за результатами повторної біопсії) покращення після виключення з дієти глютену (виробів з пшениці, ячменю, вівса).

- загострення захворювання у зв'язку із вживанням продуктів, які містять глютен.

#### Принципи лікування.

*Аглутенна дієта на все життя* – повністю виключається житній та пшеничний хліб, крупи та кондитерські вироби з муки, ковбаси, сосиски, м'ясні консерви, майонез, вермішель, морозиво, пиво та інші продукти, які містять злаки. Дозволяються продукти з рису, кукурудзи, сої, молока, яйця, риба, картопля, овочі, фрукти, ягоди, горіхи. Включення до раціону м'яса, масла, кави, какао, чаю в залежності від індивідуальної переносимості цих продуктів. Необхідно проінформувати пацієнта про те, що глютен входить до складу деяких медикаментів. У більшості хворих при дотриманні аглутенової дієти настає клінічна ремісія.

Медикаментозна терапія при целиакії має допоміжне значення.

#### **Мальабсорбція**

*Мальабсорбція* – синдром порушеного всмоктування. Виникає внаслідок порушення всмоктування харчових речовин в тонкій кишці. Мальабсорбція може бути ізольованою (частковою), коли є недостатність всмоктування будь-якої харчової речовини, або тотальною (генералізованою).

Прикладом часткової мальабсорбції може служити порушення всмоктування вітаміну В<sub>12</sub> при перніціозній анемії. При генералізованій формі змінене всмоктування багатьох речовин, насамперед білків, жирів, вуглеводів, вітамінів та мікроелементів.

#### **Мальдигестія**

*Мальдигестія* – синдром недостатності травлення, або порушення перетравлення їжі. Харчові речовини в таких випадках не перетравлюються до необхідних для всмоктування складових частин, тому не потрапляють в кров. Частіше це спостерігається при недостатності зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози (панкреатит, рак, муковісцидоз), а також при холестазі та після гастректомії.

Причиною порушень функції слизової оболонки тонкої кишки можуть бути ентерити, інфільтративні процеси (амілоїдоз, лімфоми і лейкемії), генетичні біохімічні аномалії (целиакія, агамаглобулінемія, абеталіпопротеїнемія), ендокринні порушення (діабет, гіпер- і гіпотиреоз, гіпаратиреоз), а також дія деяких ліків (послаблюючих засобів, цитостатиків, ПАСК, холестираміну).

Клінічна картина синдрому залежить від характеру основного захворювання, ступеня і локалізації патологічного процесу. Інколи місцеві симптоми можуть бути відсутні, а домінують загальні прояви внаслідок порушення обміну речовин і функцій ряду органів і систем, обумовлених недостатністю по-ступлення до тканин і клітин харчових речовин.

Діарея пов'язана з недостатністю всмоктування води і електролітів через присутність в просвіті кишечника не адсорбованих жовчних і жирних кислот. Стеаторея виникає через зміни всмоктування жирів.

Зменшення маси тіла відбувається з-за недостатнього всмоктування білків,

жирів, вуглеводів, вітамінів.

Набряки і асцит обумовлені гіпопротеїнемією (гіпоальбумінемією).

Остеопороз, остеомаліяція і біль в кістках розвиваються в результаті білкової і кальцієвої недостатності.

Анемія викликана дефіцитом заліза, вітаміну В12 і фолієвої кислоти.

Геморагічний синдром обумовлений дефіцитом вітаміну К і зменшенні їм синтезу протромбіну, а також факторів VII, IX і X.

Характерні також астения, трофічні зміни шкіри, нігтів, аменорея. Виникає синдром гіпофізарної недостатності, порушується функція підшлункової залози.

### **Хронічний коліт**

*Хронічний коліт* – хронічне запальне захворювання товстого кишечника з порушенням його функції і розвитком дистрофічних, а в подальшому і атрофічних змін слизової оболонки.

#### Етіологія.

- Важливу роль відіграють перенесені в минулому гострі кишкові інфекції, дизентерія, сальмонельоз, тиф, харчові токсикоінфекції.

- Паразитарні та глистні інвазії.

- Аліментарний фактор - нерегулярний прийом їжі, зловживання гострою їжею, алкоголем, недостатнє вживання вітамінів, грубоволокнистих продуктів.

- Інтоксикація промисловими отрутами (свинець, миш'як, вісмут).

- Іонізуюча радіація.

- Довготривалий прийом лікарських препаратів (серцеві глікозиди, саліцилати).

- Ендогенні інтоксикації (при печінковій, нирковій недостатності).

- Харчова, побутова, медикаментозна алергія.

- Ішемія стінки товстої кишки (при недостатності кровообігу, атеросклерозі мезентеріальних артерій).

- Запальні захворювання інших органів травного тракту. Патогенез

- Порушення нервової та гуморальної регуляції функції товстого кишечника.

- Порушення секреції гастроінтестинальних гормонів, біогенних амінів, простагландинів.

- Порушення секреторної, екскреторної та всмоктувальної функції товстої кишки.

- Розвиток дисбактеріозу.

- Порушення функції імунної системи, зокрема зниження функції Т-лімфоцитів, які сприяють розвитку аутоімунних реакцій, аутоенсибілізації.

#### Клінічні симптоми.

- Біль переважно в нижніх та бокових відділах живота, що посилюється після їжі і стухає після дефекації та відродження газів.

- Розлади випорожнення: закрепи, проноси, тенезми, метеоризм.

- При пальпації товстого кишечника болючість різних його відділів.

- Можливі роздратованість, астеновегетативний

синдром. Діагностика хронічного коліту.

*Лабораторні дані*

- ЗАК: лейкоцитоз, підвищене ШОЕ
- Копроцитограма:

*Леоцекальний синдром:* кал не оформлений, запах різко кислий, колг золотисто-жовтий, у великій кільком неперетравлена клітковина, у незначній кількості змінені м'язові волокна, розщеплений жир, невелика кількість слизу, лейкоцитів;

- *Колодистальний синдром:* кал неоформлений, багато поверхневого слизу, лейкоцитів, клітин кишкового епітелію.

- *Дискінетичний синдром:* гіперфрагментовані кал; шматочки калу

#### Інструментальні методи дослідження:

Ірігоскопія: нерівномірність заповнення бар.ем товсто, кишки, асиметрична гаустрація, зменшення кількості складок, гіпо- або гіпермоторна дискінезія

Ректороманоскопія та колоноскопія: картина запалення і різного ступеня атрофії слизової оболонки відповідних відділів товстої кишки.

#### Лікування хронічного коліту.

Дієта №4, виключаються: чорний хліб, молоко, сирі овочі, фрукти, жирні, гострі приправи.

Антибактеріальні засоби. їх вибір залежить від результатів бактеріологічного дослідження калу. Використовуються з біологічними препаратами.

Реімплантація нормальної кишкової флори у разі розвитку дисбактеріозу кишечника.

Спазмолітики, регулятори кишкової моторики, антидіарейні, ферментні засоби.

Місцеве лікування проктосигмоїдиту:

### **Синдром подразненої кишки**

*Синдром подразненої кишки* – поліетіологічне функціональне захворювання кишечника, переважно товстої кишки, що характеризується болем унизу живота, порушенням дефекації і метеоризмом, які тривають не менше 3 місяців на рік. Як синоніми в літературі використовують терміни «синдром роздратованого товстого кишечника», «слизова коліка», «дискінезія товстого кишечника», «невроз кишечника».

Згідно з рекомендаціями Міжнародної робочої наради (Рим, 1999) - Римські критерії II, уточненням, внесеним Римським консенсусом III (Лос-Анджелес, 2006), в клінічній практиці використовуються такі *критерії синдрому подразненої кишки:*

*Абдомінальний біль або відчуття дискомфорту*, що проявляється протягом не менше 3 днів в місяць і має дві з трьох наведених нижче особливостей:

- зменшується після дефекації;
- асоціюється із зміною частоти актів дефекації;
- асоціюється із зміною консистенції калу;

*Симптоми, які тривають більше чверті доби:*

- зміна консистенції калу («овечий» або рідкий водянистий);
- порушення акту дефекації (напруження при дефекації, імперативні позив відчуття неповного спорожнення кишечника);

- виділення слизу з калом;

- здуття або відчуття розпирання в животі.

Слід також враховувати ряд особливостей клінічного прояву даного захворювання:

- тривалий перебіг без помітного прогресування;
- різноманіття наявних скарг;
- непостійний характер скарг;
- зв'язок погіршення самопочуття з психоемоційним чинником;

- відсутність болю і кишкових розладів в нічний час;

Обов'язкова відсутність так званих елементів тривоги: домішка крові в калі, лихоманка, нез'ясоване схуднення, анемія, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, виявлення яких робить діагноз СРК маловірогідним.

Діагноз «синдром подразненої кишки» може бути виставлений тільки після ретельного обстеження хворого із застосуванням клінічних, лабораторних, ендоскопічних і рентгенологічних методів (відсутність морфологічних змін), після виключення органічної патології.

#### Лікування синдрому подразненої кишки.

Дієта: показані нерафіновані продукти, овочі та фрукти, збагачені клійковиною, пшеничні висівки,

Спазмолітичні засоби: при гіпсрмоїорних порушеннях, спазмах товстої кишки: холінолітики: метацин, платифілін засоби міотропної дії: папаверин, но- шпа, галідор.

Засоби, що регулюють перистальтику товстої кишки: церукал (реглан), домперидон (мотіліум), координакс (цизаприд).

Антидіарейні засоби

Препарати для лікування дисбактеріозу кишечника

Ферменти: при діареї – засоби, що не містять жовч (панкреатин,

трифермент, мезим форте), а при запорі – фестал, панзинорм.

### **Неспецифічний виразковий коліт**

*Неспецифічний виразковий коліт* – це гостре або хронічне запалення всієї або ж окремих частин товстої кишки неспецифічного характеру, яке характеризується утворенням виразок на слизовій оболонці товстої кишки, їх нагноєнням, кровотечею, склеротичною деформацією стінки кишки. Зустрічається це захворювання частіше у віці 20 - 40 років, жінки хворіють у 1,5 - 2 рази частіше, ніж чоловіки. У жінок показники смертності від цього захворювання у 2 рази вищі, ніж у чоловіків.

#### Клінічна картина.

Прояви захворювання залежать від протяжності глибини ураження

слизової оболонки товстої кишки. Уже на початку захворювання хворі скаржаться на пронос з рідкими випорожненнями, наявність них слизу, крові й гною. Хвороба може починатися з ректальних кровотеч. Проте згодом на перший план виступає пронос із слизю, гноєм, кров'ю. Частота випорожнень сягає до 20 разів на добу, а в окремих хворих – до 40 разів на добу. За добу хворі втрачають до 100 - 300 мл крові.

У період загострення випорожнення хворого – це смердюча гнійно-і кров'янисто-слизиста маса. Обов'язковою ознакою є переймоподібний біль в животі без чіткої локалізації (хворі лише орієнтовно вказують на зону сигмоподібної ободової й прямої кишок).

Біль посилюється перед актом дефекації та після випорожнення. Приймання їжі посилює біль і спричинює пронос, який змушує хворого уникати їжі. Позиви до акту дефекації мають імперативний (примусовий) характер. Швидко настають анорексія, схуднення, прогресують загальна слабкість, ознаки інтоксикації, гарячка.

Встановити діагноз неспецифічного виразкового коліту допомагає проведення ректороманоскопії, під час якої виявляють гіперемію слизової оболонки кишки, її набряк, велику кількість виразок, вкритих слизом, гноєм. Колоноскопія дає можливість визначити ступінь ураження товстої кишки.

#### Ускладнення.

Гостра токсична дилатація товстої кишки, кишкова непрохідність, перфорація, кровотеча, аутоімунна гемолітична анемія, поліартрити, спондиліт, кон'юнктивіт, розвиток злоякісної пухлини.

### Лікування.

Хворі з гострою формою неспецифічного виразкового коліту чи загостренням хронічної підлягають негайній госпіталізації. У лікарні їм необхідно забезпечити фізичний і психічний спокій.

Призначають діету № 4 для профілактики механічного подразнення кишечника. Парентерально вводять електролітні розчини (неогемодез), гідролізати білка, суміші амінокислот, анаболічні стероїди, вітаміни, при крововтраті – гемотрансфузії відмитих еритроцитів.

Із протизапальних засобів показаний сульфосалазин (салазопірин, азульфідин). Сульфосалазин у перший день призначають по 500 мг 4 рази на добу, далі щоденно дозу підвищують до 4 таблеток 4 рази на добу. Препарат приймають після їжі, запиваючи 5 % розчином натрію гідрокарбонату. Якщо ефект недостатній (біль у животі, пронос, виділення крові залишаються), дозу препарату збільшують до 10 - 12 г добу. При середньоважких і важких формах – преднізолонотерапія

### **Хвороба Крона**

*Хвороба Крона* – це грануломатозне запалення стінки кишки з тенденцією до формування нориць і стриктур, характеризується ураженням термінального відділу тонкої кишки, хоча, безперечно, у патологічний процес можуть залучатися й інші відділи тонкої, товстої кишок і травної системи – від ротової порожнини до анального отвору. Раніше це було рідкісне захворювання, тепер воно зустрічається доволі часто.

Етіологія його не з'ясована. Деякі вчені вважають хворобу Крона пізньою стадієювилікуваного туберкульозу. Існують докази, що причиною хвороби Крона є гострий і підгострий мезентеріальний лімфаденіт. Хвороба Крона виникає в будь-якому віці, але найчастіше розвивається в осіб молодого віку; у курців захворювання виявляють у 4 рази частіше, ніж у тих, хто не палить.

*Гостра форма хвороби Крона* клінічно нагадує гострий апендицит, характеризується болем у правій клубовій ділянці, метеоризмом, проносом з домішками крові, негативними симптомами подразнення очеревини.

*Хронічна форма хвороби Крона* характеризується нездужанням, швидкою втомлюваністю, зниженням працездатності, підвищенням температури тіла до 37,5-37,7<sup>0</sup>С, втратою апетиту, схудненням, нерівноваженістю. Хворих турбує пронос напіврідкими або рідкими, пінистими, з домішками слизу і крові випорожненнями. При стенозуванні кишечника з'являються ознаки кишкової непрохідності (переймоподібний біль, блювання, затримка випорожнення і газів).

При хворобі Крона 1/3 хворих пальпують «пухлину» в правій клубовій ділянці. Виразки, які характерні для хвороби Крона, можуть прориватися в брижу, очеревину, сальник з утворенням абсцесів. Можливий і розвиток перитоніту, прямокишкової кровотечі.

### Клініка.

Основними клінічними ознаками є біль, анорексія, пронос, гарячка, схуднення.

Діагноз підтверджують шляхом рентгенологічного та ендоскопічного дослідження (ірігоскопія, ректороманоскопія, колоноскопія з біопсією та єюноскопія), під час якого виявляють характерні макроскопічні зміни рельєфу слизової оболонки та мікроскопічні ознаки. Кишки втрачають притаманну їм спіралеподібну форму, випрямляються, набуваючи вигляду струни.

Діагноз хвороби Крона часто верифікують шляхом ірігоскопії, ендоскопії та лапароскопії.

Ускладнення: тонкокишкова обструкція, токсична дилатація товстої кишки, внутрішньокішкові і тазові абсцеси, нориці (періанальні, між термінальним відділом тонкої кишки і сечовим міхуром або піхвою, зовнішні

тонкокишкові, між петлями тонкої кишки, тонкої і товстої кишок тощо), перфорація стінки кишки, масивна ректальна кровотеча, карцинома тонкої або товстої кишок.

### Лікування.

Лікування хвороби Крона консервативне. У період загострення - дієта №4.  
Після покращення стану – дієта №4 б, в фазу ремісії №4 в.

Традиційно лікування легких та середньоважких форм починають зі призначення препаратів 5 аміносаліцилової кислоти (5-АСК) - месалазина сульфасалазина. При недостатній ефективності аміносаліцилатів призначають мезронідазол та/або ципрфлоксацин, при відсутності адекватної відповіді кортикостероїди.

Насьогодні в лікуванні хвороби Крона використовують топічні стероїди (Будесонід) – гормони місцевої дії, що спричиняють високу концентрацію в кишечнику та практично не мають побічних ефектів .

### **Зміни ротової порожнини при захворюваннях товстого кишечника.**

У хворих на хронічний коліт і ентероколіт часто виявляють значні зміни слизової оболонки порожнини рота. Найбільш характерними змінами язика при хронічному коліті і ентероколіті є його набряклість, яскраво-червоне забарвлення з малиновим відтінком, іноді ціанотичність, очагова десквамація, при цьому тяжкість ураження слизової оболонки порожнини рота відповідає тяжкості основного захворювання.

При коліті, особливо під час його загострення, відзначено часта поява афт на слизовій оболонці порожнини рота. Певну роль при цьому відіграють і местнороздражаючі чинники. При коліті і ентероколіті спостерігаються зміни і інших ділянок слизової оболонки (губ, ясен) у вигляді катарального запалення. Однією з причин зазначених змін слизової оболонки є дефіцит вітамінів, зокрема В12 і РР. Зміни язика характеризуються яскравою гіперемією з подальшим ціанозом, набряком. Відзначається складчастий язик, десквамація і зглаженість його рельєфу.

При хронічному коліті діагностичною ознакою являється обложеність язика, а при ентероколіті – десквамація і атрофічні зміни епітелію язика. Ураження язика та губ є наслідком гіповітаміноза, наступаючого при захворюваннях нижніх відділів шлунково-кишечного тракту. При синдромі Крона на слизовій оболонці порожнини рота можуть виникати афти, іноді глибокі рубцюючі, і вкрай рідко - пухлиноподібні утворення.

При дисбактеріозі в травному тракті у хворих стоматитами підвищується висеваемість ферментативно-активних мікробних асоціацій, підвищується активність кишкових ферментів в порівнянні з нормою. це об'яснює зміною складу і активності нормальної кишкової флори, що в інактивізації ферментів в товстій кишці. Аналізуючи відомості літератури і інші клініко- експериментальні данні, можна відзначити найбільш характерні зміни слизової оболонки порожнини рота при патології шлунково-кишкового тракту. суб'єктивні відчуття проявляються в печінні, парестезіях слизової оболонки, особливо мови. В стадії загострення патологічного процесу в органах травлення можуть відмічатися однаково часто явища гіпер-і гіпосаливації. Найбільш ранні макро- і мікроскопічні зміни характеризуються явищами десквамації і стоншування епітеліального покриву слизової оболонки рота і язика, відзначається десквамативний глосит. На пізніх етапах з'являються ерозії, афти та виразки в різних ділянках слизової оболонки порожнини рота. При розвитку дисбактеріоз і вторинного гіповітамінозу нерідко приєднуються кандидоз та ураження губ і язика, характерні для гіповітамінозу групи В, РР. нерідко зміни слизової оболонки порожнини рота відображають суть не «чистої» шлунково-кишкової патології, а розвилися вдруге після інших порушень організму. У цьому – труднощі встановлення етіології та патогенезу запалення слизової оболонки порожнини рота при підгострих, хронічних і рецидивуючих ураженнях травних органів.

## **V. Матеріали для самопідготовки**

### **A. Питання, що підлягають самостійному вивченню:**

- Хвороби кишечника (хронічні ентерити, хронічні

коліти, неспецифічний виразковий коліт).

- Визначення, етіологія, патогенез.
- Роль непереносимості компонентів їжі, ензимопатій і імунних факторів.
- Синдроми мальабсорбції та мальдигестії.
- Критерії діагностики, диференційна діагностика.

Ускладнення. Диференційована терапія. Первинна та вторинна профілактика.

- Синдром подразненої кишки, визначення.
- Римські критерії діагностики.
- Етіологія, патогенез. Класифікація. Клінічні прояви різних варіантів.

Діагностичні критерії та критерії виключення діагнозу.

- Диференційна діагностика.
- Лікування різних форм. Первинна та вторинна профілактика.
- Неспецифічні коліти (неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона):

визначення, етіологія, патогенез. Класифікація. Особливості клінічного перебігу залежно від ступеня активності, тяжкості, фази перебігу.

- Критерії діагностики.
- Ускладнення.
- Зміни з боку ротової порожнини.
- Роль лікаря-стоматолога щодо запобігання тяжким ускладненням та надання невідкладної допомоги на своєму робочому місці.
- Прогноз та працездатність.

## **Б. Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь**

### **Завдання 1.**

Хворий, 30 років, скаржиться на дефекацію до 5-6 разів на добу, калові маси рідкої консистенції з домішками слизу та крові, болі у нижніх відділах живота, що зменшуються після дефекації, прогресуюче схуднення, загальну слабкість. Дані фізикального обстеження: шкіра й слизові оболонки сухі, живіт здутий, болючий при пальпації, гучне гуркотіння при пальпації у зоні сліпої кишки. Ваш діагноз:

1. неспецифічний виразковий коліт;
2. хвороба Крона;
3. рак товстої кишки;
4. хронічний коліт;
5. хронічний ентерит.

### **Завдання 2.**

Розвиток целіакії пов'язаний:

1. з впливом іонізуючого випромінювання;
2. непереносимістю глютену;
3. вживанням алкоголю;
4. хронічним стресом;
5. хелікобактерною інфекцією.

### **Завдання 3.**

Синдром подразненої товстої кишки відрізняється від хронічного коліту:

1. наявністю больового синдрому;
2. відсутністю морфологічних змін з боку слизової оболонки товстої кишки;

3. виразністю диспептичного синдрому;
4. тривалим перебігом без помітного прогресування;
5. відсутність болю і кишкових розладів в нічний час;
6. непостійним характером скарг.

## **В. Вирішіть декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми**

### **Завдання 1.**

Хворий К., 53 років, скаржиться на біль в ділянці живота приступоподібного характеру переважно біля пупка, яка полегшується при відходження газу та калу, гуркотіння в животі, непереносимість молока, метеоризм, частий рідкий стул 5-6 разів на день, зниження ваги за 6 місяців на 5 кг. Погіршення стану спостерігається 1-2 рази на рік. Об'єктивно: шкіра бліда, суха, тургор та еластичність знижені, язик вкритий сірим нальотом, при пальпації спостерігається вздуття живота переважно в центральних його відділах, болючість в точці Поргеса та Штернберга.

- 1) Ваш діагноз?
- 2) Які методи потрібні для верифікації діагнозу?
- 3) Тактика лікування (перерахуйте групи препаратів)?

### **Завдання 2.**

Хворий К., 60 років, скаржиться на біль в нижніх відділах живота зліва, який ірадіює в пахову ділянку та підсилюється при фізичному навантаженні, чергування запорів та проносів. Погіршення стану спостерігається 1-2 рази на рік. Об'єктивно: язик вкритий сірим нальотом, при пальпації спостерігається спазмована та болюча сигмувата кишка.

- 1) Ваш діагноз?
- 2) Які методи потрібні для верифікації діагнозу?
- 3) Тактика лікування?

## **VI. Матеріали для позааудиторної роботи (НДРС)**

Реферат за темою: «Диференційна діагностика змін ротової порожнини у хворих з хворобами кишечника».

**VII. Контроль знань** – оцінюється в процесі опитування, при рішенні тестів, ситуаційних завдань, при заключному тестуванні.

## **I. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

1. Березов В.М. та співав. Внутрішні хвороби / В.М. Березов, В.М. Васильєв, Є.І. Дзись та ін. [та співав.] // Під редакцією проф. М.С. Расіна. – Полтава: ЧФ «Форміка». - 2012. - 361с.
2. Класифікації терапевтичних захворювань : навч. посіб. для студ. вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, інтернів і лікарів-терапевтів/ [В. Д. Сиволап, В. Х. Каленський, Н. С. Михайловська та ін.]. – Запоріжжя, 2006. – 204 с. –(Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України).
3. Клінічна імунологія та алергологія: підручник/ [Г.М.Дранік,О.С. Прилуцький, Ю. І. Бажора та ін.]; за ред. Г. М. Драніка. – К. : Здоров'я, 2006. – 888 с.