

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00189&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00189. Колоноскопія та сигмоскопія

Автор: Perttu Arkkila  
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa  
Дата останнього оновлення: 2017-03-30

## Основні положення

- В першу чергу колоноскопію варто проводити у випадку пошуку можливої товстокишкової причини залізодефіцитної анемії або наявності прихованої крові в калі. Ретельне обстеження таких пацієнтів та повторна ендоскопія у хворих з аденомою є головними у ранній діагностиці, лікуванні та профілактиці раку товстого кишечника.
- Усі заклади, де проводиться колоноскопія, мають бути готовими до проведення поліпектомії.
- Як правило, показанням до сигмоскопії є моніторинг або лікування попередньо виявлених змін. Усім пацієнтам з підозрою на захворювання товстого кишечника слід проводити колоноскопію.

## Показання до колоноскопії

- Анальна кровотеча [настанова 00178] Обстеження пацієнта з ре...
  - Колоноскопію або сигмоскопію слід проводити пацієнтам віком старше 50 років.
  - Якщо у молодших пацієнтів виявлені анальні тріщини [настанова 00203] Анальна тріщина] чи типовий геморой [настанова 00202] Наемorrhoids], а симптоми відповідають цим діагнозам, то їм достатньо провести проктоскопію.

- Залізодефіцитна анемія невизначеного генезу
- Прихована кров в калі за відсутності у пацієнта епігастральних симптомів, що потребують гастроскопії для підтвердження діагнозу.
- Хронічна діарея: підозра на запальне захворювання кишечника (проктит, виразковий коліт або хвороба Крона) відповідно до симптомів пацієнта.
  - Фекальний кальпротектин підходить в якості тесту першої лінії за наявності підозри на запальне захворювання кишечника.
  - Якщо пацієнт має діарею або криваву діарею після курсу антибактеріального лікування, для початкової діагностики достатньо аналізу нуклеїнових кислот на токсичний ген *Clostridium difficile*
  - Навіть якщо у пацієнта з діареєю слизова оболонка товстого кишечника виглядає нормальною, йому однаково завжди необхідно проводити біопсію для діагностики коліту.
- Зміна частоти і консистенції випорожнень у людей віком старше 50 років, особливо якщо у пацієнта наявний дискомфорт в животі. У молодших пацієнтів підтвердження синдрому подразненого кишечника не потребує колоноскопії, за умови відповідності Римським критеріям [Настанова 00184 | Функціональні захворюван...].
- Колоноскопія в якості повторного (контрольного) дослідження показана
  - після видалення аденоми
  - після хірургічного лікування колоректального раку [Настанова 00197 | Колоректальний рак]
  - у випадку виявлення у родичів спадкової форми колоректального раку [Настанова 00198 | Скринінг та профілактика...]
  - у пацієнтів, які спостерігаються з приводу запальних захворювань кишечника [Настанова 00194 | Виразковий коліт]
  - у випадку хронічного коліту із симптомами, що потребують оцінки його активності та ступеня поширення.
- Колоноскопія в якості лікувального втручання, наприклад:
  - поліпектомія
  - терапія променевого проктиту аргоном
  - фекальна трансплантація при інфікуванні *Clostridium difficile*
  - дилатації

- стенти
- лікування синдрому Огілві

## **Випадки, коли колоноскопія/сигмоскопія не є дослідженням першої лінії**

- Мелена (чорний, дьогтеподібний кал). Найчастішою причиною є кровотеча з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, і в першу чергу слід робити гастроскопію.
- Якщо симптоми вказують на непереносимість лактози, в першу чергу варто спробувати дотримуватись безмолочної дієти.
- Довготривалі симптоми з боку нижніх відділів живота (симптоми подразненого кишечника часто починаються вже в юному віці та проявляються періодично).
- Пацієнти, у яких проведена в минулому колоноскопія не виявила змін, мають значно менший ризик розвитку колоректального раку, ніж ті, в кого колоноскопію не проводили впродовж 10–20 років спостереження. Якщо результати надійної колоноскопії, проведеної раніше, були нормальними, зазвичай немає потреби в повторній ендоскопії. Однак за розвитку нових симптомів, таких як мелена, залізодефіцитна анемія або тривала діарея, слід повторити колоноскопію.

## **Підготовка пацієнта до колоноскопії/сигмоскопії**

- Уникати вживання ягід та овочів з насінням (томати, чорниця, огірки) та насіння льону за 1 тиждень до процедури.
- Ввечері перед процедурою пити можна тільки звичайну або мінеральну воду. Впродовж цього часу не можна їсти.
- Випорожнення кишечника проводиться за допомогою макроголу.
- Для підготовки пацієнтів, які приймають антикоагулянти, дивіться локальні настанови.

## **Техніка фібросигмоскопії**

- Заклади первинної медичної допомоги мають бути готові до проведення сигмоскопії. Ця процедура доволі легка для навчання. Для того, щоб навчитись колоноскопії, потрібно більше часу.

1. Пацієнт лежить на лівому боці з ногами, дещо зігнутими в кульшових та колінних суглобах.
2. Спочатку оглядається пряма кишка на наявність уражень біля анусу. Якщо щось відчувається пальцем, треба провести проктоскопію. Біопсія прямої кишки не проводиться, доки не буде закінчена вся процедура ендоскопії.
3. Наконечник інструменту змащується гелем з лідокаїном з метою кращого проникнення в ампулу прямої кишки.
4. Для огляду просвіт кишечника наповнюють повітрям або вуглекислим газом. Інструмент просувають тільки після того, коли просвіт стає видимим, візуальний контроль завжди повинен зберігатися під час просування. Просування інструменту наосліп може призвести до попадання наконечника в дивертикул та спричинити перфорацію кишечника. Інструмент вводиться на максимально можливу відстань без затримок, огляд кишечника проводиться під час його ретракції. Якщо ураження виявлено під час просування, потрібно записати його локалізацію.
5. Якщо просвіт зникає та не може бути знайденим за допомогою повороту інструменту і наповнення повітря, слід вивести інструмент на кілька сантиметрів назад до появи просвіту. Якщо ввести інструмент не вдалося, пацієнту варто змінити позу на положення на спині із зігнутими ногами в кульшових та колінних суглобах, і поставити п'ятки на оглядовий стіл. Така зміна позиції веде до виправлення кишкових згинів.
6. Після введення інструменту на максимальну відстань (або до згину, який, не дивлячись на кілька спроб, не дає інструменту просунутися далі) починається огляд шляхом повільного витягування інструменту з повертанням його наконечника для того, щоб побачити всю слизову.
7. Біопсію слід проводити в макроскопічно підозрілих ділянках (зазвичай, мінімум 2 зразки з однієї ділянки та більше — з аденоми). Якщо на погляд досвідченого ока слизова оболонка виглядає нормальною, гістологія рідко виявляє патологію. Не варто проводити рутинні біопсії, окрім випадків, коли у пацієнта діарея. У такого пацієнта біопсію слід проводити навіть на слизовій оболонці, що виглядає нормально. Маленький поліп може бути повністю видалений шляхом взяття біопсії. Необхідно робити декілька біопсій з великих пухлин. Якщо слизова виглядає запаленою (тьмяна, кровоточива, вкрита мембранами), то виконується біопсія як аномальної, так і нормальної слизової. На контейнері з матеріалом треба вказати відстань від ануса або описати місце забору.

8. Якщо дослідження проводиться в рамках спостереження за пацієнтом із запальним захворюванням кишечника, біопсія проводиться навіть при нормальному вигляді слизової оболонки.

## Клінічно важливі знахідки

- Поліпи (аденоми) та пухлини
- Виразкування
- Мембрани, що не знімаються або кровоточать після видалення
- Петехії або кровотеча при легкому дотику інструмента
- Тьмянний вигляд слизової оболонки, відсутність нормального судинного малюнку
- Кишечник схожий на трубу, без гаустрації
- Телеангіектазії (ангіодисплазії)
- Дивертикули
- Геморой
- Гістологічно виявлене запалення, дисплазія або аденома
- Класифікація ступенів важкості неспецифічного виразкового коліту (Mayo-Score [\[веб|https://www.ncbi.nlm.nih...\]](https://www.ncbi.nlm.nih...)) та хвороби Крона (SES-CD [\[веб|http://www.igibdscores.i...\]](http://www.igibdscores.i...))

## Протипоказання до колоноскопії та сигмоскопії

- Гострий дивертикуліт впродовж 2–4 тижнів від початку захворювання та підозра на перфорацію кишечника
- Токсична дилатація товстого кишечника
- У важкохворих пацієнтів досліджується тільки та частина кишечника, що може бути легко візуалізована.

## Настанови

- [Настанова 00178](#). Обстеження пацієнта з ректальною кровотечею.
- [Настанова 00203](#). Анальна тріщина.
- [Настанова 00202](#). Наemorroids.
- [Настанова 00184](#). Функціональні захворювання кишківника та синдром подразненого кишківника (СПК).

- [Настанова 00197](#). Колоректальний рак.
- [Настанова 00198](#). Скринінг та профілактика колоректального раку.
- [Настанова 00194](#). Виразковий коліт.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.  
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.  
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: [ebm00189](#)    Ключ сортування: [008.022](#)    Тип: [EBM Guidelines](#)

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: [2017-03-30](#)

---

Автор(и): [Perttu Arkkila](#)    Автор(и) попередніх версій статті: [Ilkka Kunnamo](#)    Редактор(и): [Jukka Pekka Jousimaa](#)  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: [Kristian Lampe](#)    Видавець: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)  
Власник авторських прав: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)

---

Навігаційні категорії

[EBM Guidelines](#)    [Surgery](#)    [Internal medicine](#)    [Gastroenterology](#)

---

Ключові слова індексу

mesh: Colonoscopy    mesh: Sigmoidoscopy    Colon    Endoscopy    Intestine, Large    Rectum    mesh: Adenoma  
mesh: Anemia, Iron-Deficiency    mesh: Biopsy    mesh: chronic diarrhea    mesh: Colitis, Ulcerative    mesh: Crohn Disease  
mesh: Diarrhea    mesh: fecal blood    mesh: Inflammatory Bowel Diseases    mesh: intestinal lavage    mesh: Melena  
mesh: polyethylene glycol    mesh: Proctitis    mesh: rectal bleeding    icpc-2: \*40    speciality: Gastroenterology  
speciality: Internal medicine    speciality: Surgery