

УДК 616.34+616-03+616-07

DOI: <https://doi.org/10.22141/2308-2097.58.1.2024.589>

Степанов Ю.М.¹ , Будзак І.Я.² , Шевцова З.І.¹ , Довганюк І.Е.³ 

¹ ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

² Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

³ Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Сучасний менеджмент пацієнтів із захворюваннями кишечника. Аналіз клінічних випадків

For citation: Gastroenterologia. 2024;58(1):64-72. doi: 10.22141/2308-2097.58.1.2024.589

Резюме. У статті наведено клінічний досвід лікування хворих із різними захворюваннями кишечника в поєднанні з іншою патологією. Надано три випадки ведення хворих з різними нозологічними формами захворювань кишечника: виразковим колітом, синдромом подразненої кишки, дивертикулярною хворобою. Проаналізовано особливості перебігу захворювань, алгоритм обстеження з використанням сучасних інноваційних технологій і комплексне лікування. Це сприяло позитивній динаміці та поліпшенню якості життя хворих.

Ключові слова: виразковий коліт; синдром подразненого кишечника; дивертикулярна хвороба; алгоритм обстеження; лікувальні заходи

Актуальність

У країнах світу, зокрема в Україні, щорічно збільшується кількість людей, які страждають на захворювання системи травлення. За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, у XXI столітті захворювання органів травлення займають одне з провідних місць у структурі хвороб населення нарівні з серцево-судинною патологією [1]. Це свідчить про актуальність удосконалення діагностики і лікування захворювань системи травлення. Практичні лікарі часто стикаються з наявністю у хворих одночасно не однієї нозологічної форми захворювань органів травлення, а їх сукупності.

Особливий інтерес становить патологія кишечника. Тонкий та товстий кишечник, маючи значну довжину в травному каналі, відіграють значну роль у травному процесі. У веденні хворих з патологією кишечника лікар стикається з певними складнощами. Насамперед слід пам'ятати, що самих нозологічних одиниць кишкової патології досить багато. І отже, питання диференційної діагностики стає дуже важливим, особливо це стосується відокремлення органічної та функціональної патології кишечника. Добре відомо, що колоректальний рак є найчастішою локалізацією пухлин органів травлення. Тож важливо не пропускати пухлини або передпухлинні

стани кишечника. Окрім того, зазвичай кишкова патологія помітно впливає на якість життя пацієнта, що слід враховувати практичному лікарю. Але при цьому ще важливіше вчасно оцінити, чи не несе небезпеки цей патологічний процес для цього конкретного хворого в короткотривалій та довготривалій перспективі. Також можливим є поєднання кишкової патології з іншими захворюваннями шлунково-кишкового тракту. У деяких випадках клінічно домінує саме кишкова патологія, а інша патологія знаходиться в тіні. Важливо не пропустити її, вчасно діагностувати та лікувати.

З огляду на наведені вище аспекти, спираючись на власний клінічний досвід, нам би хотілось показати 3 клінічні випадки різної кишкової патології, проаналізувавши їх та зупиняючись на важливих, на наш погляд, деталях для практичного ведення хворого.

Мета роботи: вивчення особливостей перебігу різних захворювань кишечника, підходів до діагностики та лікування на базі аналізу клінічних випадків.

Клінічний випадок 1

Вступ. Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) — одна із складних, соціально значущих проблем у гастроентерології та колопроктології. До цієї проблеми

© 2024. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Будзак Ігор Ярославович, кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО, Дніпровський державний медичний університет, вул. Володимира Вернадського, 9, м. Дніпро, 49044, Україна; e-mail: igor.budzak@outlook.com; тел.: +380 (67) 723-88-68

For correspondence: I.Y. Budzak, Associate Professor at the Department of Therapy, Cardiology and Family Medicine, Postgraduate faculty, Dnipro State Medical University, Volodymyr Vernadsky st., 9, Dnipro, 49044, Ukraine; e-mail: igor.budzak@outlook.com; phone: +380 (67) 723-88-68

Full list of authors information is available at the end of the article.

привернено увагу громадськості: з 2012 року 19 травня відзначається Всесвітній день боротьби із запальними захворюваннями кишечника. Не менше ніж 5 мільйонів людей у світі хворіють на цю патологію, в Україні — приблизно 12 тисяч [2]. Це переважно особи молодого та середнього працездатного віку. Виражковий коліт та хвороба Крона характеризуються нерідко тяжким перебігом, формуванням резистентних форм, які вимагають тривалого використання дорогих і не завжди ефективних препаратів. Часто виникають ускладнення, які сприяють втраті працездатності й навіть інвалідизації.

Щорічно у відділенні захворювань кишечника Інституту гастроентерології проходять обстеження та лікування в середньому понад 300 хворих на ЗЗК. Упродовж останніх років нами виявлено особливості клінічного перебігу ЗЗК:

- 1) збільшення частоти розвитку токсико-септичного варіанта перебігу;
- 2) вираженість анемічного синдрому;
- 3) стійкість до базисної терапії.

Третина хворих має позакишкові прояви. Серед них — ураження печінки та жовчовивідних шляхів [3]. Хвороби гепатобіліарної системи при ЗЗК найчастіше обумовлені загальним із ЗЗК аутоімунним механізмом: первинний склерозуючий холангіт (ПСХ), синдроми перехреста (overlap) ПСХ малих протоків/перихолангіт, аутоімунний гепатит/ПСХ, IgG4-асоційований холангіт, первинний біліарний цироз.

Нерідко лікарям доводиться зустрічатися у своїй практиці із синдромом перехреста (overlap-syndrome): поєднання захворювань одного або кількох органів із загальними механізмами патогенезу. Застосування патогенетичного засобу по-різному впливає на перебіг усіх захворювань перехреста [4].

Лікування ЗЗК має включати насамперед якісну базисну терапію, що містить салазопрепарати, за необхідності — глюкокортикоїди, цитостатики, біологічну терапію. Для досягнення позитивного ефекту при тяжкому перебігу захворювання поряд з базисною терапією доцільно проводити корекцію водно-електролітного, білкового і вітамінного балансів, метаболічних розладів, боротьбу з порушенням бар'єрної функції кишечника, інтоксикацією та анемією, нормалізацію трофологічного (нутритивного) статусу [4, 5]. При поєднанні з холестатичними ураженнями гепатобіліарної зони слід застосовувати урсодезоксихолову кислоту та інші гепатопротектори.

Наведено клінічний приклад. Хвора О., 34 роки, мешканка Донецької області, медична сестра.

Первинне звернення до Інституту гастроентерології (2021 р.)

Скарги: випорожнення до 10 раз на добу, тенезми, виділення крові та слизу з калом, підвищення температури до 38,2 °С, біль у нижніх ділянках живота.

Анамнез: симптоми у хворої виникли вперше пів року тому без очевидної причини, не обстежувалася, не лікувалася, була направлена на консультацію в Інститут гастроентерології НАМНУ.

Об'єктивно: зріст 166 см, вага 62 кг, ІМТ 22,5 кг/м². Загальний стан тяжкий. Шкіра бліда, суха. АТ 115/65 мм рт.ст. Живіт помірно болісний при пальпації в нижніх ділянках, більше зліва. Печінка і селезінка не пальпуються.

Отже, клінічно відзначаються ознаки ЗЗК (більше, ймовірно, виразкового коліту), зі значною активністю запального процесу. Серед інших можливих діагнозів може фігурувати інфекційний коліт. Відсутність прийому антибіотиків в анамнезі виключила псевдомембранозний коліт.

Загальний аналіз крові: гемоглобін 105 г/л, еритроцити $3,8 \times 10^{12}$, лейкоцити $14,2 \times 10^9$ (паличкоядерні 18 %, сегментоядерні 50 %, еозинофіли 8 %, лімфоцити 20 %, моноцити 4 %), ШОЕ 41 мм /год, тромбоцити 425×10^9 .

Загальний аналіз крові загалом підтверджує значну активність запального процесу в кишечнику: лейкоцитоз з паличкоядерним зсувом, тромбоцитоз, анемія.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок 65 г/л, загальний білірубін 20,1 мкмоль/л, АЛТ 40,7 од/л, АСТ 34,4 од/л, ЛФ 102,8 од/л, ГГТП 60,1 од/л, загальний холестерин 4,76 ммоль/л. С-реактивний протеїн 96,0 мг/л, залізо 6,3 ммоль/л.

Печінкові показники практично в нормі, спостерігається значне підвищення С-реактивного протеїну, що підтверджує запальний процес високої активності.

Коагулограма, електроліти крові: в нормі.

Мікрофлора калу: патогенні бактерії не виявлені, підвищення *Proteus vulgaris*, зниження біфідо- і лактофлори.

Копроцитограма: реакція на приховану кров позитивна, еритроцити 30–40 в полі зору, значна кількість лейкоцитів.

Дані копрологічного дослідження також вказують на запальний процес у кишечнику. Ознак інфекційного коліту немає. Отже, клініко-лабораторні показники більше свідчать про наявність запального процесу в кишечнику, імовірно, виразкового коліту; за вказаними ознаками не можна виключити хворобу Крона. Необхідно виконати колоноскопію з біопсією.

Колоноскопія: виражена активність запалення: гіперемія слизової, стертий судинний рисунок, дефекти слизової, контактна ранимисть. Висновок: ознаки виразкового коліту, тотальне ураження, активність запалення за Mayo 2–3 (рис. 1).

Морфологічно: зміна архітектоніки крипт та епітелію, поява панетівської метаплазії, наявність лейкоцитів, еозинофілів, крипт-абсцесів. Висновок: морфологічна картина відповідає виразковому коліту.

Ендоскопічні та морфологічні дані переконливо свідчать про виразковий коліт. Клінічна картина та лабораторні порушення викликані значною активністю та поширеною локалізацією запального процесу в кишечнику.

Трансректальне ультразвукове дослідження прямої кишки і періанальної ділянки на доплерівській системі експертного класу sonoscape S60 (дозволяє уточнити характер, глибину та протяжність ураження прямої кишки): слизовий шар неоднорідний, різної товщини, з нерівними контурами по внутрішньому краю. Підслизовий шар потовщений (до 7 мм). Велика кількість звивистих судин, які на деяких ділянках виступають у слизовий шар, порушуючи його структуру. Висновок: ознаки відповідають запальним змінам прямої кишки (рис. 2).

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини: дифузні зміни печінки і підшлункової залози, деформація жовчного міхура, сладж.

Езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС): гастропатія (антральний відділ), уреазний тест негативний.

Комп'ютерна томографія (КТ) органів черевної порожнини та малого таза з контрастуванням: нерівномірне потовщення стінок кишки, ригідність форми і просвіту кишки. Висновок: ознаки поширеного коліту (характерно для виразкового коліту), гепатомегалія.

Дані КТ та трансректального УЗД додатково підтвердили ознаки виразкового коліту та не виявили додаткових відхилень.

Сформульовано клінічний діагноз: виразковий коліт, вперше виявлений, тотальне ураження, виражена активність (Маю 3), тяжкого ступеня, токсико-септичний варіант. Хронічний гастрит, не асоційований з *Helicobacter pylori*, фаза загострення. Хронічний холецистит з біліарним сладжем. Дисбіоз кишечника. Анемія змішаного генезу.

Проведено лікування: месалазин (3 г на добу), преднізолон (40 мг на добу), антибіотики, пробіотики, панкреоферментні препарати, препарати заліза, інгібітори протонної помпи, глюкозо-сольові розчини, амінокислотні суміші, гемостатики.

У результаті лікування самопочуття поліпшилося, зменшилися патологічні домішки в калі, тенезми, нормалізувалися показники загального аналізу крові, зменшився С-реактивний протеїн.

Рекомендації: продовжити месалазин (3 г добово), урсодезоксихолеву кислоту на 1 місяць (з урахуванням біліарного сладжу), пробіотики, поступове зменшення дози преднізолону (на 5 мг кожні 7 днів); контроль загального і біохімічного аналізів крові, УЗД.

Повторне звернення до Інституту гастроентерології (2022 р.)

Скарги: на свербіж шкіри, жовтушність шкіри та склер, слабкість, випорожнення 4–5 разів на добу, домішки слизу, періодично прожилки крові в калі.

За клінічними ознаками відзначається клінічна симптоматика виразкового коліту, проте менш виражена, ніж торік. Однак додатково з'явилися печінкові прояви.

Загальний аналіз крові: гемоглобін 115 г/л, еритроцити $3,0 \times 10^{12}$, лейкоцити $8,2 \times 10^9$ (паличкаядерні 9 %, сегментоядерні 51 %, еозинофіли 5 %, лімфоцити 25 %, моноцити 10 %), ШОЕ 20 мм/год, тромбоцити 325×10^9 .

Біохімічний аналіз крові: АЛТ 110,7 од/л, АСТ 34,4 од/л, ЛФ 504,8 од/л, ГГТ 1875,1 од/л, загальний холестерин 8,76 ммоль/л, С-реактивний білок 12 мг/л.

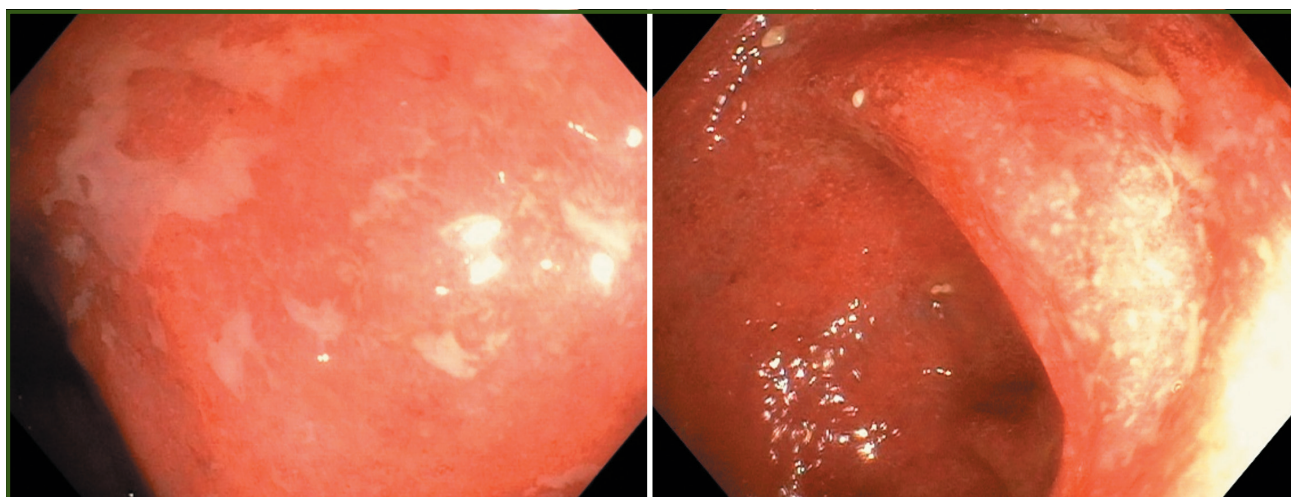


Рисунок 1 — Хвора О. Колоноскопія: ознаки виразкового коліту, активність запалення за Мейо 2–3

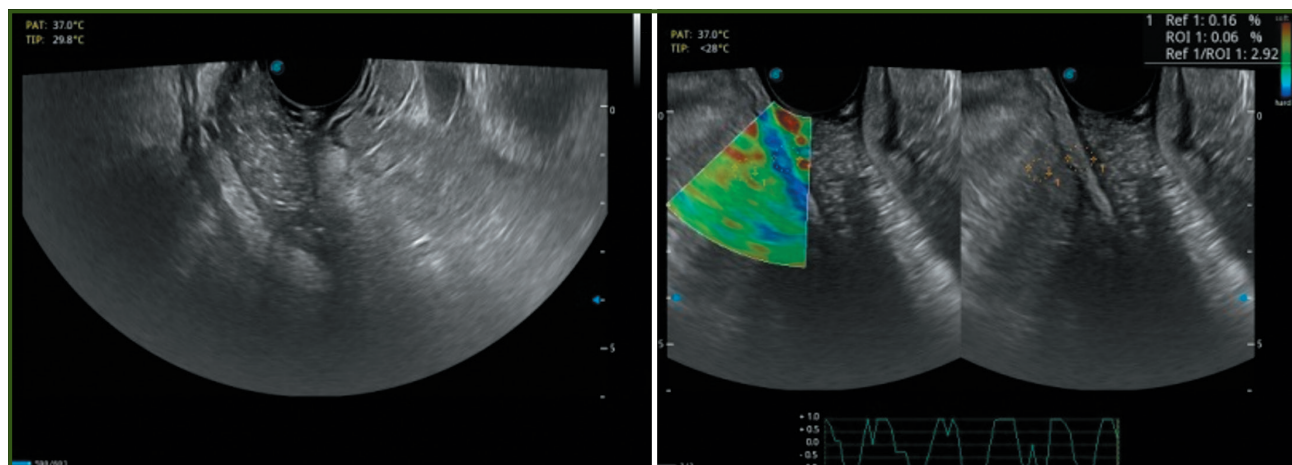


Рисунок 2 — Хвора О. Трансректальне УЗД: ознаки запальних змін прямої кишки

Коагулограма, електроліти: у нормі.

Копроцитограма: реакція на приховану кров негативна, еритроцити одиничні, лейкоцити 5–7 в полі зору.

Мікрофлора калу: підвищення *Klebsiella*, зниження біфідо- і лактофлори.

За лабораторними даними активність запального процесу в кишечнику менше, ніж торік: нижче рівень лейкоцитозу та тромбоцитозу, С-реактивного білка, крапці показники копрограми. Проте відзначаються суттєві ознаки цитолізу (підвищені АЛТ та АСТ) й особливо холестазу (підвищені ГГТ та ЛФ). Ці відхилення не спостерігалися минулого року. Дуже важливо з'ясувати причини змін печінкових проб. Насамперед слід дослідити маркери вірусного або автоімунного ураження печінки.

Маркери вірусних гепатитів А, В і С: антитіла до гепатиту А (IgM), HBsAg (австралійський антиген), сумарні антитіла до гепатиту С, ДНК вірусу В та РНК вірусу С не виявлено.

Маркери автоімунних уражень печінки: вміст АМА в нормі, підвищення вмісту ANA у титрі 1 : 320, підвищення вмісту загальних IgG у 1,8 раза, IgM у нормі.

Отже, вірусна причина печінкових відхилень виключена. Автоімунні маркери вказують на ймовірність автоімунного гепатиту (підвищення ANA). Нормальний вміст АМА не свідчить на користь первинного біліарного холангіту, для якого властивими є високі показники холестазу. Однак така комбінація (виразковий коліт + холестаз) насамперед має нашоувувати лікаря на виключення первинного склерозуючого холангіту — холестатичної хвороби з ураженням біліарних протоків, яка найчастіше поєднується саме із 33К. Для її діагностики необхідно виконати магнітно-резонансну холангіопанкреатографію (МРХПГ). Також важливо оцінити ультразвукові дані та рівень фіброзу печінки.

УЗД: дифузні зміни печінки (за типом гепатиту) і підшлункової залози, ознаки хронічного холециститу із застоєм жовчі.

Еластометрія (неінвазивний метод оцінки фіброзу печінки, який дозволяє встановити ступінь жорсткості тканин печінки: фіброз печінки за шкалою Metavir F2 (рис. 3).

МРХПГ: об'ємної патології, біліарної гіпертензії, холедохолітазу не виявлено; прояви дискінезії жовчовивідних шляхів, гепатомегалії.

Таким чином, явних ознак первинного склерозуючого холангіту за даними МРХПГ не виявлено, але вираженість холестатичного синдрому не виключає наявності склерозуючого холангіту дрібних жовчних проток. На сьогодні єдиний метод діагностики ПСХ дрібних проток — морфологічне дослідження печінки. Для уточнення діагнозу запропоновано біопсію печінки з наступним морфологічним дослідженням біоптату, від чого хвора відмовилась. Виявлені серологічні маркери автоімунного гепатиту разом з підвищенням маркерів цитолізу дозволяють встановити автоімунний гепатит.

Леоколоноскопія (тотальна, з оглядом термінального відділу здухвинної кишки): виразковий коліт, мінімальна активність.

Ендоскопічні дані показали позитивну динаміку порівняно з 2022 р., хоча запальна активність в кишечнику

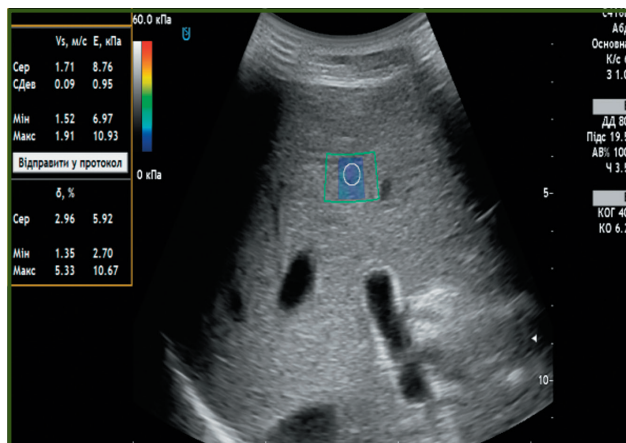


Рисунок 3 — Хвора О. Еластометрія: за шкалою Metavir — F2

зберігається. Отже, клінічно та ендоскопічно стан кишечника поліпшився. Але, на жаль, наявними є запальне та холестатичне ураження гепатобіліарної системи.

Клінічний діагноз: виразковий коліт, хронічна рецидивуюча форма, тотальне ураження, мінімальна активність, фаза загострення. Автоімунний гепатит з фіброзом F2, з помірною активністю та вираженим холестазом. Первинний склерозуючий холангіт дрібних проток (?). Хронічний безкам'яний холецистит з гіпомоторною дискінезією жовчного міхура. Хронічний гастрит. Дисбіоз кишечника. Анемія І ст.

Призначено лікування: месалазин (3 г на добу), урсодезоксихолева кислота (1000 мг на добу), преднізолон (40 мг на добу з поступовим зниженням до 5 мг на добу), додано азатіоприн (100 мг на добу), сорбент, за потребою — пробіотики.

Контрольне повторне звернення (2023 р.)

Клінічна оцінка: зменшився біль у животі, здуття і тенезми, зник свербіж шкіри, відсутні домішки крові в калі.

Відзначається клінічне поліпшення як з боку кишечника, так і з боку печінки.

Загальний аналіз крові: у нормі.

Біохімічний аналіз крові: АЛТ 30,7 од/л, АСТ 31,4 од/л, ЛФ 112,8 од/л, ГГТП 54,1 од/л, загальний холестерин 5,4 моль/л, С-реактивний білок 4 ммоль/л (рис. 4).

Маркери автоімунної патології печінки: нормалізація рівня загального IgG.

За лабораторними ознаками відзначається суттєве поліпшення (практично усунені явища холестазу та ци-

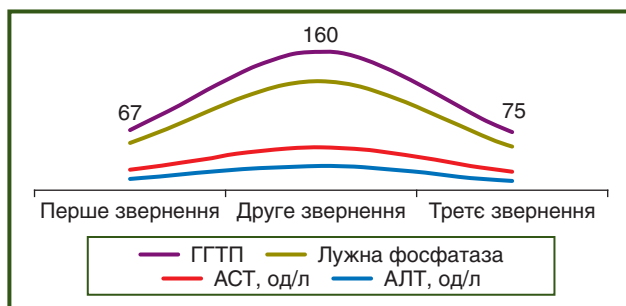


Рисунок 4 — Хвора О. Динаміка біохімічних показників

толізу), нормалізація рівня загального IgG, що свідчить про ремісію автоімунного гепатиту. Також лабораторні аналізи не свідчать про активність виразкового коліту.

УЗД: дифузні зміни печінки та підшлункової залози, зменшення застійних проявів у жовчному міхурі.

Еластометрія печінки: показники знизились з F2 до F1 за шкалою Metavir (динаміка позитивна).

МРХПГ: негативна динаміка відсутня.

Отже, інструментальні ознаки також сприятливі (насамперед зменшення фіброзу печінки).

Рекомендації: продовжити прийом підтримуючої дози преднізолону (5 мг на добу), азатіоприн (100 мг на добу), месалазин (2 г на добу), постійний прийом урсодезоксихолевої кислоти (750 мг на добу); динамічне спостереження.

Обговорення цього клінічного випадку

Аналізуючи наведений клінічний випадок, слід зауважити, що нерідко виразковий коліт дебютує одразу зі значною клініко-лабораторною та ендоскопічною активністю. На жаль, пацієнти не завжди одразу звертаються по медичну допомогу. Важливо усвідомлювати, що наявність діареї, виділення крові з калом, симптоми інтоксикації — це ознаки, які потребують швидкого звернення до лікаря, встановлення діагнозу та відповідного лікування хворого.

У частини хворих із ЗЗК може спостерігатися ураження гепатобіліарної зони, насамперед у вигляді ПСХ, яке проявляється розвитком холестатичного (підвищення лужної фосфатази та ГГТ) та цитолітичного (підвищення АЛТ та АСТ) синдромів. Окрім лабораторних даних, зміни позапечінкових жовчних проток можна виявити при МРХПГ. Стосовно клінічних даних може спостерігатися шкірний свербіж, проте він може бути відсутнім, особливо на ранніх стадіях. Можливі інші ураження печінки (насамперед автоімунні).

Практичному лікарю важливо не пропускати ПСХ та інші гепатобіліарні ураження при ЗЗК. Нерідко так буває, що всю увагу лікар спрямовує на подолання кишкових симптомів, оскільки саме на них скаржаться пацієнти. І гепатобіліарні ураження, що є безсимптомними або малосимптомними, залишаються в тіні кишкової симптоматики і можуть бути поза увагою лікаря. Тому регулярна оцінка печінкових проб (насамперед показників холестазу та цитолізу) має бути обов'язковою у веденні всіх хворих із ЗЗК. У разі підозри на ПСХ важливо оцінити біліарну протокову систему за допомогою МРХПГ. При підтвердженні ПСХ або інших холестатичних порушень обов'язковим є доповнення терапії ЗЗК включенням постійного прийому урсодезоксихолевої кислоти [6].

Клінічний випадок 2

Вступ. Давньогрецький філософ Демокрит писав: «Подібно до того, як існує хвороба тіла, існує й хвороба способу життя». Цей вислів, безумовно, можна віднести й до синдрому подразненої кишки (СПК), який є одним із відносно безпечних для життя захворювань кишечника. Маючи тривалий хронічний перебіг, СПК погіршує якість життя. На цю патологію страждає 10–15 % дорослої популяції. У розвитку СПК значну роль відіграє порушення взаємозв'язку «кишечник — головний мозок» [7].

За Римськими критеріями IV, діагноз «синдром подразненої кишки» ймовірний за наявності абдомінального болю (не менше ніж 1 раз на тиждень), який асоціюється з двома або більше критеріями: зв'язок з дефекацією, зі зміною частоти випорожнень або зміною консистенції калу.

Розподіл СПК на підгрупи ґрунтується на консистенції випорожнень: із запором, діареєю, змішані, некласифіковані. Тактика ведення цієї категорії хворих базується на Римських критеріях IV та клінічних рекомендаціях Української гастроентерологічної асоціації.

При веденні хворих із СПК дуже важливо провести детальну диференційну діагностику з метою виключення органічної патології кишечника. Діагностичний алгоритм для хворих з ймовірним СПК включає повне обстеження з метою виключення більш тяжкої органічної патології [8].

Лікування багато в чому залежить від форми СПК і має на меті корекцію основних клінічних проявів. Проте важливим є вплив і на ключові патогенетичні фактори формування СПК — корекція моторних порушень кишечника, зменшення вісцеральної гіперчутливості, корекція кишкової мікрофлори, послаблення психоемоційних проявів у разі їх наявності [9]. Ведення хворих з цією патологією може потребувати сумісних зусиль гастроентерологів і психотерапевтів, хоча слід зазначити, що у багатьох хворих на СПК відсутні або мінімальні тривожні та депресивні симптоми. Дослідження останніх десятиліть довели, що в патогенезі СПК далеко не завжди присутні психосоматичні розлади [10].

Наведемо клінічний приклад. Хвора С., 32 роки, мешканка Миколаївської області, домогосподарка.

Скарги: на біль навколо пупка і по ходу кишечника, пов'язаний з дефекацією, здуття живота, відчуття тяжкості у правому підребер'ї, гіркоту в роті, порушення випорожнення у вигляді чергування запорів і поносів; кал без домішок крові та слизу, загальна слабкість, тривожність.

Анамнез: хворіє з червня 2022 року, коли з'явився біль у животі спастичного характеру, здуття і буркотіння. Приймала антибіотики з приводу гінекологічної патології (аднексит). Виявлено дисбіоз кишечника, з приводу чого користувалася пробіотиками. Звернулася до Інституту гастроентерології в листопаді 2022 року.

Об'єктивно. Загальний стан задовільний. Зріст 170 см, вага 57,5 кг, ІМТ 19,9 кг/м². Емоційно лабільна, фіксована на своїх відчуттях. Астенічна. Шкіра звичайного кольору. Тони серця гучні, ритмічні. АТ 120/70 мм рт.ст. Пульс 78 уд. за 1 хв. Язик вологий. Живіт помірно болісний при пальпації навколо пупка, у правому підребер'ї. Печінка і селезінка не пальпуються.

При аналізі клінічних ознак більше даних щодо наявності у хворої синдрому подразненого кишечника. Хвороба відповідає Римським критеріям IV щодо СПК: основний симптом — біль у кишечнику, біль пов'язаний з дефекацією, відзначаються порушення дефекації, симптоми тривають понад пів року. За наявними на цьому етапі даними немає симптомів тривоги стосовно органічного ураження кишечника. На користь СПК також свідчать астеноневротичні прояви, хоча слід зазначити, що їх наявність не є обов'язковою при СПК.

Проте хвора потребує проведення дообстеження, для початку — лабораторного.

Загальний і біохімічний аналізи крові, електроліти, коагулограма: без патології.

Аналіз сечі в межах норми.

Копроцитограма: неперетравлена рослинна клітковина — багато, лейкоцити та еритроцити не виявлено.

Мікрофлора калу: підвищення рівня ентерококів, зниження біфідо- і лактофлори.

Загалом лабораторні дані сприятливі. Немає ознак запального процесу в кишечнику, нормальний гемоглобін крові, відзначаються дисбіотичні прояви, що також є частим при СПК. Отже, за лабораторними ознаками не помітно симптомів тривоги, і поки найбільш ймовірним діагнозом виглядає СПК. Проте у хворой спостерігається значна фіксація на клінічних проявах, тривожність за свій стан. З огляду на це, а також на побажання хворой було призначено колоноскопію й інші інструментальні дослідження.

Колоноскопія: органічної патології слизової товстої та термінального відділу тонкої кишки не виявлено.

ЕГДС: еритематозна гастропатія (антральний відділ), дуоденально-гастральний рефлюкс, уразний тест негативний.

УЗД: ознаки застійних явищ у жовчному міхурі.

Інструментальне дообстеження підтвердило діагноз СПК, ознак органічних захворювань кишечника не виявлено. Проте для уточнення причин наявних у хворой симптомів було вирішено виконати водневий дихальний тест — метод оснований на визначенні концентрації водню в повітрі, що видихається. Цей водень є продуктом метаболізму бактеріальних анаеробів, що живуть у кишечнику. Його концентрація дозволяє оцінити рівень активності анаеробних бактерій у кишечнику, тобто наявність синдрому надмірного бактеріального росту.

Водневий дихальний тест: У хворой виявлено синдром надмірного бактеріального росту в тонкій кишці (рис. 5).

Отже, наявність функціональних порушень моторики кишечника у хворой комбінується з явищами синдрому надмірного бактеріального росту в тонкій кишці. З огляду на астеноневротичні явища хворій призначено огляд психотерапевта та уточнюючу precise-діагностику (методику оцінки резервних можливостей організму, стану серцево-судинної та нервової систем).

Precise-діагностика — порушення адаптації, недостатня стресостійкість, гіперсимпатикотонія на тлі недостатнього функціонального резерву організму.

Огляд психотерапевта. Проведено сеанс когнітивної поведінкової психотерапії. Рекомендовано додавання в лікування антидепресанта.

Сформульовано клінічний діагноз: синдром подразненої кишки, змішаний тип, на фоні синдрому надлишкового бактеріального росту та дисбіозу кишечника. Хронічний гастрит, не асоційований з *Helicobacter pylori*, фаза загострення. Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпомоторним типом.

Лікування: рифаксимін, пробіотики (моно- і комбіновані), панкреоферментні препарати, інгібітори протонної помпи, урсодезоксихолева кислота.

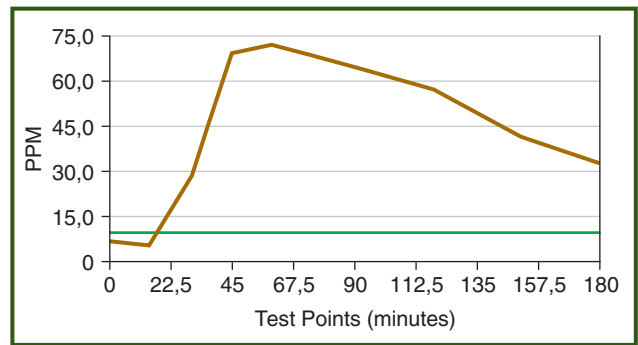


Рисунок 5 — Хвора С. Водневий дихальний тест: ознаки синдрому надмірного бактеріального росту в тонкій кишці

Продовжувався абдомінальний біль спастичного характеру, інші симптоми зменшилися несуттєво. До лікування вирішено додати спазмолітик (мебеверин).

На другий день терапії самопочуття поліпшилося; зменшився біль у животі, здуття, буркотіння, зникла гіркота у роті.

Рекомендації: дієта з обмеженням оліго-, ді- та моносахаридів, поліолів (FODMAP), молочних продуктів; помірна фізична активність у різноманітних формах; загальнозміцнювальні процедури; спазмолітик (мебеверин), урсодезоксихолева кислота, пробіотики, ферментні препарати (за потреби), полівітамінні та мінеральні комплекси; корекція психоемоційних порушень; санаторно-курортне лікування.

Обговорення цього клінічного випадку

Аналізуючи наведений клінічний випадок, необхідно сказати, що у веденні хворих на СПК варто спрямовувати лікувальні заходи не лише на подолання ключових симптомів захворювання. Для більш ефективного лікування бажано націлювати його за можливості також на корекцію патогенетичних факторів розвитку СПК.

Одним з ключових патогенетичних факторів розвитку СПК є спастична дискінезія кишечника. Причому слід зауважити, що спастична дискінезія відіграє ключову роль практично для кожного з основних симптомів СПК. Зрозуміло, що спазми кишечника обумовлюють больовий синдром при СПК. Спастична дискінезія може спровокувати прискорення моторики кишечника, а отже, бути причиною діарейного синдрому при СПК. Спазми лівих відділів кишечника, насамперед сигмоподібної кишки, можуть спровокувати запор, нерідко з копростазом. Спастична дискінезія підвищує внутрішньопросвітний тиск, що спричиняє метеоризм, відчуття розпирання в кишечнику.

Але на щастя, саме цей патогенетичний фактор неважко скоригувати. Для цього слід застосовувати спазмолітичні засоби. Перевага віддається так званим селективним кишковим спазмолітикам, які переважно діють на кишечник та не впливають на інші системи, — мебеверину, отилонію, альверину тощо. Застосування цих засобів може бути курсовим, а також у режимі «за потреби». Використання спазмолітиків при СПК дає симптоматичний та патогенетичний результат. Отже, практикуючим лікарям слід враховувати важливість спазмолітичної терапії при веденні хворих на СПК.

Клінічний випадок 3

Вступ. До лікаря найчастіше хворі звертаються зі скаргами на біль. Причиною абдомінального болювого синдрому можуть бути різні захворювання. Серед них — дивертикулярна хвороба кишечника. Ця патологія зустрічається частіше у людей віком старше за 65 років, переважно чоловічої статі, хоча, звичайно, може бути наявною і в молодому віці. Вирізняють вроджені випинання всіх шарів кишкової стінки (істинні) та придбані — грижоподібні випинання слизової оболонки крізь м'язовий каркас за межі контурів стінки кишки. За локалізацією дивертикули частіше зустрічаються в сигмоподібній та лівій половині ободової кишки [11].

Близько 80–85 % осіб з дивертикульозом мають безсимптомний перебіг захворювання. У них дивертикули виявляються випадково при обстеженні. Лише у 10–15 % розвивається симптоматична картина дивертикулярної хвороби [12]. Спостерігається це, як правило, при розвитку запалення дивертикулу — дивертикуліту. При дивертикуліті з'являється больовий синдром у локалізації дивертикулу, може підніматися температура тіла, може спостерігатися лейкоцитоз в аналізі крові. Своєчасна діагностика і адекватне лікування дивертикулярної хвороби сприяють зменшенню болювого синдрому та запобіганню подальшим ускладненням (перфорації, абсцесу або кровотечі).

У лікуванні дивертикулярної хвороби кишечника важливо не допускати розвитку дивертикуліту. Насамперед слід уникати запорів, вчасно призначати препарати, що пом'якшують калові маси. Нерідко слід використовувати спазмолітики. Для короточасного ослаблення вісцерального болю до та після ендоскопічного обстеження кишечника можна рекомендувати системний спазмолітик з анагезуючою дією.

Наведемо приклад особливостей перебігу цієї патології у хворого Ц., 73 років, мешканця міста Дніпра, пенсіонера.

Скарги. Біль у підребер'ях, нижній половині живота, більше зліва, здуття, підвищення температури до 37,5 °С, гіркота в роті; погіршення відходження газів.

Анамнез. Страждає на запори понад 20 років. Регулярно не лікувався. Приймав проносні, інколи ставив очисні клізми. Самопочуття погіршилося гостро 3 березня 2022 року.

Об'єктивно. Зріст 180 см, вага 126 кг (індекс маси тіла 38,9 кг/м²). Гіперстенік. Шкіра звичайного кольору.

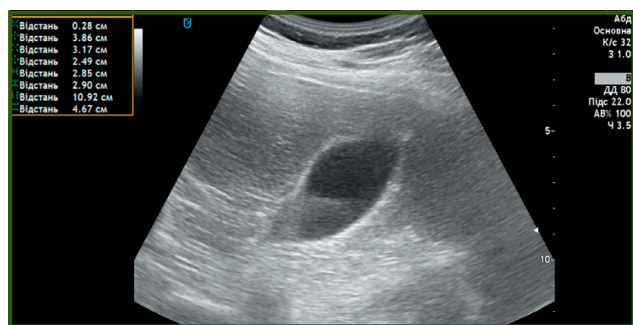


Рисунок 6 — Хворий Ц. УЗД: ознаки гепатомегалії, дифузних змін печінки, хронічного холециститу, сладжу в жовчному міхурі

Тони серця приглушені, ритмічні. Живіт трохи напружений, болісний при пальпації в нижніх ділянках, більше зліва. Печінка на 2–3 см нижче від реберної дуги.

З огляду на вік хворого та клінічні прояви (насамперед лихоманку) можна виключити синдром подразненого кишечника. Враховуючи біль у лівій здухвинній ділянці та запор, можна запідозрити у хворого дивертикулярну хворобу кишечника. Проте характер симптомів (біль, запор, підвищення температури, погіршення відходження газів) не дозволяє виключити інші органічні захворювання кишечника — онкологічну патологію, хворобу Крона, ішемічний коліт. Звичайно, для встановлення діагнозу необхідне дообстеження.

Загальний аналіз крові — незначний лейкоцитоз.

Біохімічний аналіз крові, коагулограма, електроліти: у межах нормальних показників.

Копроцитограма: реакція на приховану кров негативна, еритроцити 0–10 в полі зору.

Мікрофлора калу: підвищення *Proteus vulgaris*, зниження біфідо- і лактофлори.

Лабораторні показники не уточнили діагноз. Є певні лабораторні відхилення, але вони неспецифічні. З огляду на суттєвий біль, погане відходження газів призначено консультацію хірурга.

Огляд хірурга. Симптомів подразнення очеревини, гострої хірургічної патології не виявлено. Для зменшення болю під час обстеження рекомендовано системний спазмолітик з анестезуючою і короткотривалою дією.

За характером клінічних ознак можливою є наявність у хворого дивертикулярної хвороби кишечника. Враховуючи значний біль та підвищення температури, не можна виключити ускладнення — дивертикуліт. При наявності ускладнень дивертикулярної хвороби необхідно обережно вирішувати питання щодо виконання ендоскопічних і рентгенологічних обстежень кишечника [13].

ЕГДС: гастропатія (антральний відділ), уреазний тест негативний.

УЗД: ознаки гепатомегалії, дифузних змін печінки, хронічного холециститу, сладжу, хронічного панкреатиту (рис. 6).

Зсувнохвильова еластометрія: дані LSM відповідають ступеню фіброзу F0.

Стеатометрія: дані CAP відповідають ступеню стеатозу S3 (рис. 7).

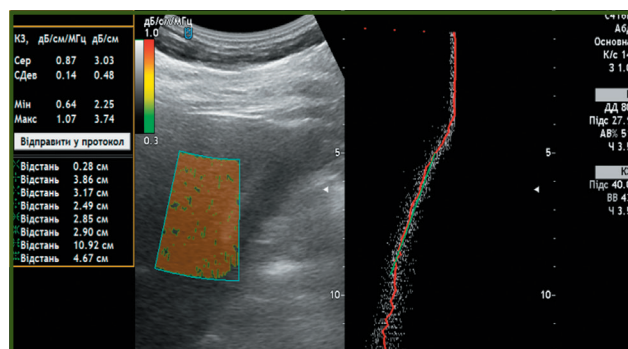


Рисунок 7 — Хворий Ц. Стеатометрія: дані CAP відповідають ступеню стеатозу S3

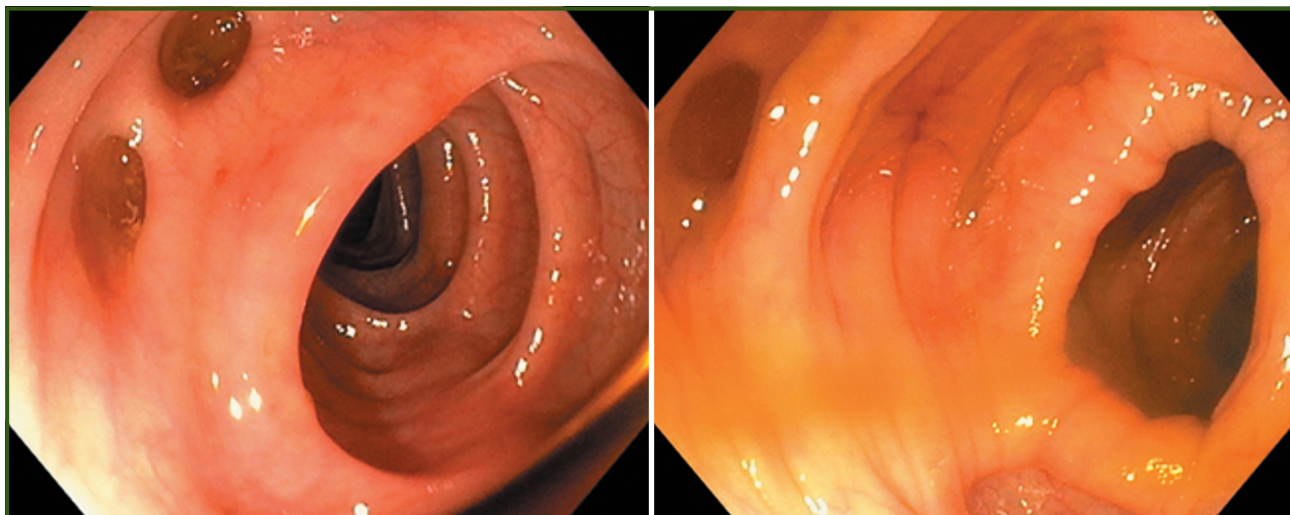


Рисунок 8 — Хворий Ц. Сигмоскопія: ознаки коліту, дивертикули в сигмоподібній кишці

За цими даними підтверджується ймовірність дивертикулярної хвороби з дивертикулітом. Також встановлено наявність неалкогольної жирової хвороби печінки (у 2023 р. рекомендована їй нова назва — метаболічно-асоційована стеатотична хвороба печінки). Для виключення ускладнень дивертикуліту вирішено спочатку зробити КТ органів черевної порожнини і малого таза з контрастуванням, а надалі, за відсутності ускладнень, колоноскопію (сигмоскопію).

КТ органів черевної порожнини і малого таза з контрастуванням: нерівномірне потовщення стінок сигмоподібної кишки, ригідність форми і просвіту; дивертикульоз кишечника, ускладнений запаленням.

Сигмоскопія: ознаки коліту, наявність у сигмоподібній кишці дивертикулів, один із яких із запаленням (рис. 8).

За результатами отриманих даних сформульовано **клінічний діагноз:** дивертикулярна хвороба кишечника, ускладнена дивертикулітом. Дисбіоз кишечника. Неалкогольна жирова хвороба печінки: стеатоз печінки (з фіброзом F0 та стеатозом S3) на фоні ожиріння 2 ст. Хронічний безкам'яний холецистит з біліарним сладжем. Хронічний панкреатит.

Лікування: месалазин (3 г на добу), метронідазол (100 мл внутрішньовенно двічі на добу 7 днів, потім 500 мг 2 р/д перорально 7 днів), антибіотик (левофлоксацин 500 мг 1 р/д 7 днів), моно- і полікомпонентні пробіотики, проносні (макрогіль), спазмолітик (мебеверин), адеметіонін, урсодезоксихолева кислота (з урахуванням сладжу в жовчному міхурі).

При контрольному огляді після лікування поліпшилося загальне самопочуття, біль у животі та здуття зменшилися, випорожнення стали більш регулярними, кал без домішок крові. **Лабораторні показники** без особливостей. **УЗД:** ознаки гепатомегалії, сладж у міхурі відсутній. **Іригоскопія:** ознаки дивертикульозу кишечника.

Хворому надано **рекомендації:** ретельно стежити за випорожненнями, уникати твердого запорного випорожнення, у разі потреби приймати проносні засоби, спазмолітики.

Обговорення цього клінічного випадку

Аналізуючи наведений клінічний випадок, слід наголосити, що дивертикулярна хвороба кишечника є досить поширеною патологією. Як правило, за наявності лише дивертикульозу кишечника симптоми відсутні або невиражені, неспецифічні. Проте при виникненні запалення дивертикулу — дивертикуліту — симптоми найчастіше присутні. І можуть бути дуже помітні — досить значний больовий синдром, інтоксикаційний синдром з наявністю лихоманки тощо.

Отже, практичному лікарю необхідно насамперед не пропускати наявності дивертикуліту, вчасно його діагностувати та лікувати, зокрема, із застосуванням спазмолітиків, протизапальних засобів (месалазин та інші), антибіотиків [14]. Але ще важливішими для успішного ведення хворого з дивертикулярною хворобою кишечника є профілактичні заходи з метою недопущення дивертикуліту. Для цього слід не допускати запорів, формування щільних калових мас, які здатні закупорювати дивертикули з формуванням дивертикуліту. Отже, слід пацієнта налаштувати на спостереження за випорожненнями. Для пом'якшення калових мас необхідно в раціоні збільшити овочі та фрукти (у комбінації з вживанням рідини одразу після їх вживання), кисломолочні продукти, рослинні олії. За потреби бажано додавати проносні засоби, які не викликають звикання, — лактулозу, макрогіль, псиліум. Для успішного ведення хворих з дивертикулярною хворобою важливо навчити пацієнта базових заходів, що здатні профілакувати розвиток дивертикуліту кишечника.

Висновок

Таким чином, аналіз наведених клінічних випадків з різними нозологічними формами захворювань кишечника показує важливість своєчасної діагностики, диференційної діагностики та призначення комплексного лікування хворим, не забуваючи також про певні профілактичні заходи. Практичним лікарям слід пам'ятати та враховувати певні деталі в діагностичному та лікувальному процесі у менеджменті хворих з кишковою патологією, на які у цій статті звернена увага.

Як відомо, у медицини три завдання: запобігати, обіргати й лікувати. Спільні зусилля щодо наукових розробок, фармацевтичних інновацій і клінічного досвіду сприяють удосконаленню діагностики та лікування, поліпшенню якості життя хворих.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Внесок авторів. Степанов Ю.М. — концепція дослідження; Довганюк І.Е. — дизайн дослідження; Будзак І.Я. — написання й корегування статті, резюме, рисунки, підбір літературних джерел; Шевцова З.І. — участь у лікуванні пацієнта.

References

1. Stepanov YuM, Skirda IYu, Petishko OP. Digestive system diseases: the actual problem of clinical medicine. *Gastroenterologia*. 2019;53(1):1-6. Ukrainian. doi: 10.22141/2308-2097.53.1.2019.163450.
2. Guzij OV. Inflammatory and functional bowel diseases: practical experience. *Ukrainian Medical Journal*. 2019; Dec 17:1-6. Ukrainian.
3. Stoikevych MV, Konenko IS, Nedzvetskaya NV. Age features of liver status in patients with chronic inflammatory bowel diseases according to steatometry and shear wave elastography. *Gastroenterologia*. 2018;52(2):77-82. Ukrainian. doi: 10.22141/2308-2097.52.2.2018.132612.
4. Khimion LV, Danyliuk SV, Kicha NV, Budko TM. Nonspecific ulcerative colitis in practice of family doctor. *Family Medicine*. 2018;(5):5-9. Ukrainian. doi: 10.30841/2307-5112.5.2018.163902.
5. Stepanov YuM, Titova MV. Features of dysbiotic changes of the large intestine and indicators of short-chain fatty acids in patients with chronic inflammatory bowel disease depending on the nutritional status. *Ukrainian Medical Journal*. 2021;(144):1-5. Ukrainian. doi: 10.32471/

umj.1680-3051.144.213766.

6. Poljakova DS. Ursodeoxycholic acid as a hepatotropic agent has one of the widest spectrums of action. *Ukrainian Medical Journal*. 2023;(155):1-5. Ukrainian. doi: 10.32471/umj.1680-3051.155.244163.
7. Bilovol OM, Knyazkova II. Drugs that reduce the motility of the gastrointestinal tract. *Liki Ukraini*. 2021;(250):13-20. Ukrainian. doi: 10.37987/1997-9894.2021.4(250).238116.
8. Skrypnyk IM. Irritable bowel syndrome: a systemic approach to solving the problem. *Zdorov'ja Ukrainy. Gastroenterologija. Hepatologija. Koloproktologija*. 2023;(68):3. Ukrainian.
9. Stepanov YuM, Budzak IYa. Irritable bowel syndrome: causes of development, diagnosis, treatment: a study guide. Kyiv: Publisher Zaslavsky OYu; 2017. 113 p. Ukrainian.
10. Gershon MD. Review article: serotonin receptors and transporters - roles in normal and abnormal gastrointestinal motility. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004 Nov;20(Suppl 7):3-14. doi: 10.1111/j.1365-2036.2004.02180.x.
11. Osadchij OI. Colon diverticular disease: treatment of complications. *Ukrainian Medical Journal*. 2019; Aug 5. Available from: <https://umj.com.ua/uk/novyna-160444-divertikulyarna-hvoroba-tovstoyi-kishki-likuvannya-uskladnen>. Accessed: August 20, 2023. Ukrainian.
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Diverticular disease: diagnosis and management: NG147. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng147>. Accessed: August 20, 2023.
13. Mali J, Mentula P, Leppäniemi A, Sallinen V. Determinants of treatment and outcomes of diverticular abscesses. *World J Emerg Surg*. 2019 Jul 8;14:31. doi: 10.1186/s13017-019-0250-5.
14. Stasenko T. New possibilities of diagnosis and treatment of intestinal pathology. *Ukrainian Medical Journal*. 2019; Dec 26:1-4. Ukrainian.

Отримано/Received 07.02.2024

Рецензовано/Revised 18.02.2024

Прийнято до друку/Accepted 29.02.2024 ■

Information about authors

Yuriy Stepanov, Corresponding Member of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, MD, PhD, Professor, Head of the State Institution "Institute of Gastroenterology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Chief specialist in gastroenterology and dietology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Dnipro, Ukraine; e-mail: gastro@amnu.gov.ua; Scopus:w55616046200; <https://orcid.org/0000-0002-6721-2468>

I.Y. Budzak, Associate Professor at the Department of Therapy, Cardiology and Family Medicine, Postgraduate faculty, Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine; e-mail: igor.budzak@outlook.com; phone: +380 (67) 723-88-68; <https://orcid.org/0000-0001-5370-8414>

Z.I. Shevtsova, PhD, Head of the Department of Intestinal Diseases, State Institution "Institute of Gastroenterology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Dnipro, Ukraine; e-mail: v_gaponov@ukr.net; <https://orcid.org/0009-0008-5708-2330>

I.E. Dovganyuk, PhD, Associate Professor, Head of the Department of Therapeutic Disciplines and Family Medicine, Faculty of Postgraduate Education, Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: ckt-vnm@ukr.net; Scopus: 57202282544; <https://orcid.org/0000-0002-1305-795X>

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

Authors' contribution. Stepanov Yu.M. — research concept; Dovganyuk I.E. — research design; Budzak I.Y. — writing and correcting the article, summary, drawings, selection of literary sources; Shevtsova Z.I. — participation in the patient's treatment.

Yu.M. Stepanov¹, I.Y. Budzak², Z.I. Shevtsova¹, I.E. Dovganyuk³

¹ State Institution "Institute of Gastroenterology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Dnipro, Ukraine

² Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine

³ National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

Modern management of patients with intestinal diseases. Analysis of clinical cases

Abstract. The article presents the clinical experience of treating patients with various intestinal diseases in combination with other pathologies. Three cases of management of patients with different nosological forms of intestinal diseases are given: ulcerative colitis, irritable bowel syndrome, diverticular disease. Features of the course of

diseases, an examination algorithm using modern innovative technologies and comprehensive treatment are presented. This contributed to positive dynamics and improvement of the quality of life of patients.

Keywords: ulcerative colitis; irritable bowel syndrome; diverticular disease; examination algorithm; treatment measures