

Алгоритм діагностики і лікування хворих з гастроентерологічною патологією: Метод. рекомендації для лікарів. Ч. 3

- *Тематика Гастроентерологія*
- *Автор Головченко О.І., Самойлов О.І., Носова І.А., Запорожець О.М..*
- *Опубліковано в Вінниці: ТОВ «Консоль», 2007.- 124 с*

3. ХВОРОБИ КИШЕЧНИКА

3.1. Хронічні ентерити

Патогенетичні ланцюги, що лежать в основі різних форм хронічних ентеритів, багато в чому подібні. В функціональному відношенні вони характеризуються запальною реакцією слизової оболонки, розладами рухової активності, надмірно прискореною перистальтикою, підвищеним тонусом кишки, подразнювальністю нервового апарату, гіперсекрецією води і слизу, ферментативною недостатністю секрету слизової оболонки тонкої кишки, порушеннями перетравлення і всмоктування.

В клінічній картині хронічного запалення тонкої кишки провідною ознакою є неоформлені випорожнення. В об'ємних кашцеподібних випорожненнях знаходять слиз, неперетравлені залишки їжі, креаторею, стеаторею, амилорею. Появі позиву чередують різноманітні скарги на біль ниючого характеру в ділянці навколо пупка, бурчання і здуття живота. Після випорожнень, які бувають 2-3 рази на день, стан хворих значно поліпшується. В подальшому пацієнти скаржаться на зниження маси тіла, що можна пояснити хронічним порушенням травлення і всмоктування їжі в тонкій кишці.

Лікування:

Головною метою терапії хронічних ентеритів є створення умов для кращого перетравлення і всмоктування харчових продуктів. Для цього необхідно визначити варіант клінічного перебігу хронічного ентериту. При цьому корекція дієти має першочергове значення. Особливості терапії аліментарної бродильної диспепсії полягають в обмеженні прийому вуглеводів, що легко засвоюються (цукор, мед, варення та інш.), або продуктів, що піддаються бродінню (з високим вмістом крохмалю, злакові); наявність гнилісної диспепсії передбачає обмеження білкових продуктів (м'ясо, птиця).

Наявність ензимопатії, наприклад, лактазної недостатності, передбачає виключення молока (при необхідності і молочних продуктів - йогурту, кефіру та інш.); при глютенівій ентеропатії виключають продукти, що містять глютен, (всі варіанти злакових, окрім рису, кукурудзи і картоплі, які не містять глютену); у випадках трегалазної недостатності з раціону виключають гриби. При алергічних ентеритах повністю виключають «шоковий» продукт з раціону, наприклад, полуниця, яйця, горіхи, морепродукти та застосовують елімінаційну дієту: починають з рису, яблук, води; потім кожні 2-3 дні додають по 1 посиленому продукту (з числа білкової, вуглеводної або жирної їжі). Таким чином, визначають перелік можливих продуктів для подальшого раціону, або для їх повного виключення з харчування. Особливостями медикаментозної терапії алергічних ентеритів є застосування інталу по 1 капс. 4 рази на добу протягом 6 місяців, симптоматичних засобів (кларетин, телфаст), окарину у вигляді послідовних курсів на протязі 2-3 тижні. Ферментні препарати, що поліпшують травлення, показані у всіх випадках:

- мезим 2-3т. – 3р. в день, мезим 10000 по 1т. – 3 р. в день, пангрол по 1-2 дозі на кожний прийом їжі.

Адсорбенти мають в'яжучу, протизапальну дію і тому корисні завжди:

- каопектат (сметта) по 1 таб. тричі на день в проміжках між прийомами їжі;
- глюконат кальцію по 2 таб. на кожний прийом їжі.

Наявність дисбактеріозу визначає першочергові показання до призначення еубіотиків або бактеріостатиків, наприклад:

- інтетрікс по 2 капс, двічі на добу, 10 днів;
- ніфуроксазид по 0,1 г 4 разі на добу, 7-10 днів;
- нітроксолін (невіграмон) по 0,1 г 4 рази на добу до 2 тижнів;
- фуразолідон (фурагін) по 0,1 г 4 рази на добу, 7-10 днів.

Після закінчення антибактеріальної терапії обов'язково призначають бакпрепарати протягом 2-6 тижнів:

- окарін 1 -3 капсули на день за 30 хв до прийому їжі, за 30 хв. до прийому їжі.

Дієтичні рекомендації полягають в призначенні на сніданок білкових продуктів, свіжого чаю; з раціону виключають молочні і солодкі страви, рослинну клітковину після термічної обробки і хлібобулочні вироби у вигляді сухарів.

В окремих випадках стійкого дисбактеріозу, обумовленого, наприклад, синьогнійною паличкою, показаний канаміцин по 0.5 г 4 рази на добу; - стафілококом – оксацилін (по 0.5 г 6 раз на добу) можливо в комбінації з цифраном, метронідазолом, або кларітроміцином; грибами - пімафуцин (по 100 мг 4 рази на добу) протягом 7-10 днів. Потім обов'язково застосовують пробіотики (окарін) не менше, ніж 4 тижні.

Всім хворим на хронічні ентерити показані полівітаміни і мінерали типу Вітирон-сускапс по 1 капс. на день, зранку.

3.2. Хронічні коліти

Ця група запальних хвороб товстої кишки є поліетіологічним стражданням і характеризується багатьма морфологічними і функціональними змінами. Дійсно, виникнення і формування хронічних колітів визначається раніше перенесеними кишковими інфекціями (дизентерія, сальмонельози), паразитарними (амебними, лямбліозними) або глистними інвазіями, невідповідністю між імунним захистом слизової оболонки і мікробною флорою кишечника. Мають значення інфекційно-алергічні і аутоімунні чинники, тривале нераціо-нальне харчування, ендокринні порушення, знижений рівень стійкості організму до пошкоджуючих факторів.

Найчастіше хворі на хронічні коліти скаржаться на переймоподібний біль в животі, іноді тільки в його нижній частині. Відмічають кашцеподібні випорожнення до 3-5 разів на добу. Випорожнення відрізняються порівняно невеликим об'ємом і значними домішками слизу. Нерідко виникає відчуття неповного акту дефекації, тенезми. Практично у всіх випадках пацієнти скаржаться на здуття живота, розпирання, надмірне газоутворення. В цілому, для хронічних колітів в фазі загострення і нестійкої ремісії притаманні "колітні" випорожнення.

Лікування:

В фазі загострення медикаментозна і дієтична терапія хронічного коліту багато в чому відповідає терапії хронічних ентеритів, що супроводжуються дисбактеріозом. Тільки у випадках псевдомембранозного коліту терапія відрізняється призначенням метронідазолу по 250-500 мг, тричі на добу, протягом 10 днів. В фазі нестійкої ремісії терапія здебільшого визначена супутньою патологією дистального відділу прямої кишки:

- ➔ у випадках ерозивного пошкодження додатково використовують ректальні свічки з метілурацилом, або гель постерізан-форте, або різні форми салофальку;
- ➔ при наявності спастичної реакції системи сфінктерів, тенезмах радять свічки типу "Бетіол", з екстрактом беладонни, папаверину;
- ➔ при вираженій запальній реакції, свербінні, призначають постерізан-форте, потім постерізан, проктоседіл з подальшим використанням, наприклад, стрептоміцинової мазі; у всіх випадках обов'язково роблять ретельний туалет анальної ділянки.

У випадках, резистентних до традиційної терапії, застосовують салофальк по 250-500 мг двічі на добу, можна у вигляді свічок або клізм особливо при проктосигмоїдиті. Свічки призначають по 500 мг двічі на добу; клізми - 1 раз на добу по 2 г/30 мл.

3.3. Неспецифічні запальні захворювання кишечника

НЗЗК - це запальні гнійно-виразкові ураження товстого та/або тонкого кишечника неясної етіології, для яких характерний розвиток різноманітних кишечних та позакишечних ускладнень.

Зазвичай до групи НЗЗК відносять два захворювання – неспецифічний виразковий коліт (НВК) та хворобу Крона (ХК). НЗЗК представляють собою одну з найбільш серйозних невирішених проблем в сучасній гастроентерології та колопроктології.

По рівню захворюваності вони значно поступаються іншим гастроентерологічним захворюванням, хоча по важкості перебігу, частоті ускладнень та летальності займають одне з провідних місць в структурі захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Постійний інтерес до НЗЗК зумовлений, перш за все, тим, що не дивлячись на багаторічну історію вивчення, етіологія їх залишається невідомою. При цьому захворюваність на НВК та ХК в усьому світі збільшується з кожним роком.

До патологічних факторів виникнення НЗЗК відносять: стреси, молекулярні метаболіти мікрофлори кишечника, підвищену проникність кишечної стінки, прийом контрацептивів, паління та ін. Суттєве значення в патогенезі надають генетичному фактору, порушенням імунної відповіді організму.

Диференційна діагностика при НЗЗК залишається складним завданням, так як клінічна, ендоскопічна та морфологічна картини у хворих на НВК та ХК досить схожі. Встановлення правильного діагнозу цих захворювань являється важливим завданням, тому що на теперішній час хвороба Крона поки що невиліковна, а при НВК виліковування досягається шляхом проведення інвалідизуючої операції - колопроктектомії. Характер клінічних симптомів при ХК визначається локалізацією патологічного процесу. І тому вельми складно за клінічними ознаками відрізнити НВК від одного з клінічних варіантів ХК – ХК товстого кишечника (ХКТК).

Клінічна картина, характерна для НВК та ХК може також зустрічатися при широкому спектрі інших захворювань товстого кишечника. Це бактеріальні, вірусні, протозойні, грибкові, медикаментозні, токсичні, радіаційні ураження товстого кишечника, антибіотикоасоційовані та ішемічні коліти, хвороба Бехчета, дивертикуліт, системний васкуліт, рак товстого кишечника та ін.

При підозрі на НВК чи ХКТК диференційна діагностика починається з виключення колітів з відомою етіологією, в першу чергу – інфекційних. Проте, якщо клінічна симптоматика зберігається більше трьох місяців, то діагноз інфекційного коліту стає малоімовірним, так як коліти інфекційного генезу, як правило, самоліквідуються на протязі такого періоду навіть без специфічного лікування. Тим не менш, при підозрі на НВК чи ХКТК завжди необхідно виключити інфекційні захворювання товстого кишечника, здатні протікати без адекватного лікування більше 3 місяців, перш за все, протозойні захворювання та туберкульоз.

Не зважаючи на вищевикладене існує ряд суттєвих відмінностей в перебігу, тактиці лікування, прогнозі при ХК та НВК, котрі дозволяють розрізняти НВК та ХК в якості самостійних нозологічних форм в групі НЗЗК.

3.3.1. Неспецифічний виразковий коліт (НВК).

НВК представляє собою ураження слизової оболонки товстого кишечника, які локалізуються переважно в її дистальних відділах. Зміни спочатку виникають в прямій кишці, в подальшому послідовно розповсюджуються в проксимальному напрямку та, приблизно в 10% випадків, охоплюють весь товстий кишечник. Основними клінічними проявами в період загострення захворювання являються: ректальні кровотечі, болі в животі та розлади стільця. Кровотеча - це провідний симптом НВК. Великі крововтрати пов'язані з активним некротичним процесом та великими виразковими дефектами в слизовій оболонці товстої кишки, розповсюдженням процесу на більшу частину органу. При легкому перебігу хворі можуть не скаржитись на наявність домішок крові в калі. Частота стільця, в залежності від важкості перебігу захворювання, може складати від 3-4 до 20 і більше раз на добу. Часто при імперативних позивах на дефекацію виділяється лише кров'янистий слиз та гній (хибні позиви). Частіше за все у хворих на НВК позиви на дефекацію виникають в нічні та ранкові години.

Болі в животі носять різноманітний характер. Частіше вони схваткоподібні та локалізуються в лівій здухвинній ділянці. Більшість хворих відмічають посилення болі перед стільцем та стихання після дефекації. В той же час слід пам'ятати, що в ряді випадків у хворих може бути взагалі відсутній больовий синдром.

Нерідко спостерігаються позакишечні прояви у вигляді артритів, сакроілеїтів, вузлової еритеми, тіреоїдиту, гангренозної піодермії та ін.

Діагностика НВК

1. Лабораторні методи дослідження.

1.1. Загальний аналіз крові.

1.2. Визначення загальної кількості тромбоцитів.

1.3. Коагулограма.

1.4. Біохімічний аналіз (СРБ, АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, ГГТ, білірубін, холестерин, білок та білкові фракції).

1.5. Аналіз кала:

- Копрограма;
- Дослідження кишкової мікрофлори.

1.6. Імунограма.

2. Ендоскопічні методи дослідження.

2.1. Ректороманоскопія.

2.2. Фіброколоноскопія.

2.3. Езофагогастроуденоскопія.

2.4. Трансректальна ультрасонографія.

3. Радіологічні методи дослідження.

3.1. Рентгенологічні методи:

- Обзорна рентгенографія черевної порожнини.
- Іррігоскопія (методом подвійного контрастування).

3.2. Ендоскопічне ультразвукове дослідження.

3.3. Комп'ютерна томографія.

3.4. ЯМР дослідження.

4. Морфологічне дослідження.

Лікування:

Провідне значення в терапії має використання похідних 5-аміносаліцилової кислоти (5-АСК), сульфасалазину або месалазину - салофалька. Останній відрізняється більш сучасною фармакотехнологією. Ці препарати призначають від 1,5 г на добу, в 3 прийоми, якщо необхідно дозу поступово збільшують до 1 г/15 кг маси тіла, але не більше ніж 4-5 г на добу. Дозу, що виявилась достатньою призначають в продовж 3-4 тижнів, інколи 8 тижнів, потім зменшують до підтримуючої - 1-1,5 г на добу. Останню приймають тривало - до року і більше. Особливістю салофалька є форми у вигляді свічок по 500 мг (по 1 св. два-три рази на добу) і клізм 2 г/30 мл (по 1 клізмі двічі на добу) або 4 г/60 мл.

У випадках важкого перебігу (тотальне пошкодження товстої кишки, зневоднення, лихоманка, позакишкові прояви, анемія) обов'язково додатково застосовують преднізолон до 0,5-1 мг/кг/доб на 1 прийом на світанку протягом 1-2 місяців. Частіше 60 мг/доб, зменшуючи на 10 мг/тижд, потім до підтримуючої 5-10 мг/доб, бажано за альтернуючою схемою, впродовж 2-4 місяців. При наявності протипоказань до лікування преднізолоном застосовують азатіопрін по 50-100 мг на добу. При важкому проктосигмоїдиті призначають мікроклізми з гідрокортизоном по 125 мг або преднізолоном по 20 мг двічі на добу протягом 7 днів.

Для покращення переносимості глюкокортикоїдної терапії рекомендований препарат будесоніду – буденофальк (Всесвітній конгрес гастроентерологів, Бангкок, 2002), який має високу спорідненість до стероїдних рецепторів, 90% препарату метаболізується у печінці, за рахунок чого, рівень препарату в плазмі крові (відповідно побічних ефектів) низький. Застосовується препарат у дозі 9 мг на добу в три прийоми.

При розвитку ускладнення НВК – токсичного мегаколону застосовують антибіотики широкого спектру дії (ципрофлоксацин в дозі 1г на добу, в комбінації з метронідазолом в дозі 1г на добу). Для пацієнтів, які не відповіли на агресивне лікування, наведене в пунктах 2-3, рекомендується розглядати можливість призначення анти-ФНП-альфа терапії (інфліксимаб). Схему лікування (див. хворобу Крона).

Бакпрепарати (окарін та інші) рекомендують для стабілізації мікрофлори під час лікування вищенаведеними препаратами у випадках дисбактеріозу.

Інші препарати мають допоміжне значення – М-холінолітики (дюспаталін), залізовміщуючі, імодіум.

3.3.2. Хвороба Крона (ХК).

ХК являє собою запальне захворювання з залученням в процес всіх прошарків кишечника та характеризується преривистим (сегментарним) характером ураження різних відділів ШКТ (від порожнини рота до ануса). При цьому частіше запальний процес локалізується в термінальних відділах тонкого кишечника. Проте, в 30% випадків спостерігається коліт, а в 40-50 % - змішана локалізація ураження тонкої та товстої кишки (ілеоколіт). В 30% відмічається множинна локалізація та супутні перианальні ускладнення та позакишкові прояви.

Клінічна картина ХК різноманітна та залежить від локалізації процесу, його розповсюдженості, важкості запального процесу, характеру ускладнень, властивих даному захворюванню. Симптоми захворювання проявляються схваткоподібними болями в ділянці здухвинної кишки, біля пупка. Інтенсивність болей наростає при явищах непрохідності. Гострий напад болей в правій здухвинній ділянці нерідко розцінюють як напад апендициту, що веде до неоправданих оперативних втручань, саме під час яких верифікують діагноз ХК.

Для ХК характерна діарея різних ступенів важкості та частоти, нерідко в нічний час. Частіше консистенція випорожнень буває напівформленою, ніж рідкою.

Ректальні кровотечі спостерігаються у половини пацієнтів з ураженням товстої кишки та приблизно у 25% - з ілеоколітом.

Синдром мальабсорбції, втрата маси тіла, анемія, періодичні підвищення температури тіла в поєднанні з періанальним запаленням відповідає клінічній картині ХК.

Внаслідок трансмурального запалення утворюються нориці, котрі нерідко приводять до формування норицевих ходів між петлями кишечника та інших органів. Спостерігаються зовнішні, міжкишечні, кишечно-міхурові та кишечно-вагінальні нориці.

До проявів аноректальних уражень при ХК відносяться періанальні абсцеси, параректальні нориці, анальні тріщини та виразки в періанальній ділянці. Позакишечні прояви (поліартрит, увеїт, іридоцикліт та ін.) також характерні для ХК. Слід підкреслити, що позакишечні симптоми можуть бути першими ознаками хвороби та інколи з'являються значно раніше, ніж кишечні прояви, що викликає суттєві діагностичні труднощі.

Лікування:

Преднізолон від 60 мг на добу, 2 тиждень - 40 мг на добу, 3 тиждень - 30 мг на добу, потім зменшують на 5 мг в тиждень, до 10 мг на добу; далі продовжують в дозі 10 мг на добу - 7-25 тижнів, потім 5 мг на добу впродовж 26-52 тижнів лікування. Застосовується буденофальк 9 мг/добу 6-8 місяців з поступовим зменшенням дози на 3 мг на протязі 2 тижнів. Підтримуюче

лікування полягає в застосуванні месалазіну (салофальк) в дозі 1,5 г на добу. При пошкодженні товстої кишки, глюкокортикоїди поєднують з салофальком (месалазін) в дозі 1,5 Зг/доб., або препаратами 5-АСК.

У разі недостатнього ефекту, або протипоказів до призначення преднізолону застосовують азатіопрін по 2-3 мг/кг/доб протягом 12 тижнів або метотрексат в дозі 25мг один раз на тиждень, тривало. При високоактивних формах перебігу захворювання метотрексат застосовують в/м 25мг один раз на тиждень. Також можливе застосування метронідазолу по 500 мг двічі на добу 4 тижні. Тривалість лікування метронідазолом складає 1-3 міс. Застосовуються також антибіотики широкого спектру дії. Доведена ефективність ципрофлоксацину в дозі 1г в поєднанні з метронідазолом на термін до 6 тижнів.

Анти-ФНП-альфа-терапія являє собою надзвичайно важливий, новий підхід до лікування в тих випадках, коли традиційна терапія не ефективна. Інфліксімаб (ремікейд) - це химерні моноклональні антитіла до ФНП- α поєднані з людським IgG 1 класу. Вони пригнічують патологічні ефекти ФНП- α завдяки дії різноманітних механізмів. Ремікейд призначається в дозі 3 мг/кг, в/в повільно (тривалість інфузії не менше 2 годин). Через 2 і 6 тижнів після першого застосування призначаються повторні інфузії (по 3 мг/кг), а потім по необхідності. Ремікейд є великим досягненням в лікуванні ХК, проте, лікування повинно проводитись лише під контролем лікаря-спеціаліста, який має досвід діагностики і лікування запальних захворювань кишечника.

3.3.3. Недиференційований неспецифічний коліт (ННК).

Не дивлячись на застосування всього сучасного комплексу інструментальних та лабораторних методів дослідження приблизно в 10% хворих на НЗЗК (за даними зарубіжних дослідників) не вдається диференціювати НВК та ХКТК. Зарубіжні спеціалісти ставлять даній категорії хворих діагноз невизначений, неуточнений коліт, російські вчені пропонують еквівалент даного діагнозу – недиференційований неспецифічний коліт. Останній найбільш точно характеризує ситуацію коли неможливо провести диференціювання між дуже близькими нозологічними формами в групі НЗЗК – НВК та ХКТК.

При ННК, в порівнянні з НВК та ХК, гірший прогноз, як стосовно ризику виникнення рецидивів, так і розповсюдження запалення на більш проксимальні відділи. У хворих на ННК відмічається більш висока частота періанальних ускладнень, колектомій, колоректального раку та позакишкових проявів.

ННК розглядається як „проміжна” форма між НВК та ХКТК, при якій у пацієнта з типовою ендоскопічною чи рентгенологічною картиною НВК мають місце клінічні та/або ендоскопічні, та/або рентгенологічні, та/або патоморфологічні зміни, характерні для ХК. Це „тимчасовий” діагноз, проте, у ряду хворих може виставлятися тривалий час.

3.4. Функціональні кишкові розлади (ФКР)

ФКР – функціональні інтестинальні розлади з симптомами, що локалізуються у середній та нижній частинах травного тракту. ФКР включають: синдром подразненого кишечника (СПК), функціональне здуття живота, функціональний закреп, функціональну діарею, неспецифічний функціональний кишковий розлад (Римські критерії III, 2006р.).

Функціональне здуття – це рецидивуюче відчуття здуття живота протягом щонайменш 3 дні на місяць за 3 місяці, яке може бути або не бути пов'язаним з об'єктивним розтягненням, проте не

являється складовою іншого функціонального кишкового або гастродуоденального розладу.

Функціональний закреп – ФКР, суть якого заключається в постійному утрудненні дефекації та зменшенні частоти випорожнень або відчутті неповного випорожнення, та не відповідає критеріям СПК.

Діагностичні критерії функціонального закрепу.

- Повинні включати 2 або більше критеріїв:
 - натужування протягом щонайменше 25% випорожнень;
 - тверді або грудкуваті випорожнення протягом щонайменш 25% випорожнень;
 - відчуття неповного випорожнення протягом щонайменш 25% випорожнень;
 - відчуття аноректальної обструкції протягом щонайменш 25% випорожнень;
 - маніпуляції для полегшення дефекації протягом щонайменш 25% випорожнень;
 - менше ніж 3 випорожнення на тиждень.
- Рідкі випорожнення бувають нечасто без використання проносних засобів.

Функціональна діарея – постійний або рецидивуючий синдром, який характеризується виділенням рідких або водянистих випорожнень без абдомінального болю або дискомфорту щонайменш 75% випорожнень.

Всі вказані вище критерії повинні бути присутні протягом останніх 3 міс. та з'явитися щонайменше за 6 міс. до встановлення діагнозу.

Найчастіше практичні лікарі мають справу з пацієнтами хворими на СПК.

СПК являється формою ФКР, при якій абдомінальний біль або дискомфорт пов'язані з дефекацією або зміною звичайного ритму діяльності кишечника, при відсутності його структурних змін.

Дискомфорт означає неприємне відчуття у животі, що не може бути описаний як біль.

Основні діагностичні критерії СПК:

- Рецидивуючий абдомінальний біль або дискомфорт протягом щонайменше 3 днів на місяць за останні 3 місяці, що супроводжується двома або більше з нижче вказаних ознак:
 - покращення після дефекації;
 - початок захворювання супроводжується зміною частоти випорожнень;
 - початок захворювання супроводжується зміною консистенції випорожнень;
- Критерії повинні бути присутніми протягом останніх 3 міс. та з'явитися щонайменше за 6 міс. до встановлення діагнозу.

Додаткові діагностичні критерії СПК:

- порушення частоти випорожнень: ≤ 3 випорожнень на тиждень або > 3 випорожнень на день;
- неправильна форма випорожнень (грудкуваті або рідкі випорожнення);
- натужування при дефекації;

- імперативні позиви, відчуття неповного випорожнення, виділення слизу з калом та здуття живота (Римські критерії III, 2006р.).

З метою оцінки консистенції випорожнень та визначення типу СПК використовують Брістольську шкалу калу:

Тип-1 – окремі тверді грудки, що подібні до горіхів та пасаж яких утруднений.

Тип-2 – форма ковбаски з грудкуватою поверхнею.

Тип-3 – форма ковбаски з тріщинами на поверхні.

Тип-4 – форма ковбаски або змії, гладенький та м'який.

Тип-5 – м'які грудки з рівними краями.

Тип-6 - несформовані шматочки з нерівними краями, кашкоподібний кал.

Тип-7 – водянистий кал без твердих часток.

Перших два типа свідчать на користь закрепу, 6-й та 7-й типи – діареї. В залежності від характеристики випорожнень виділяють (Римські критерії III, 2006р.):

- СПК з закрепом (СПК-С) – тверді або грудкуваті випорожнення $\geq 25\%$ та рідкі або водянисті випорожнення $< 25\%$.
- СПК з діареєю (СПК-D) - рідкі або водянисті випорожнення $\geq 25\%$ та тверді або грудкуваті випорожнення $< 25\%$.
- СПК змішаний (СПК-M) - тверді або грудкуваті випорожнення $\geq 25\%$ та рідкі або водянисті випорожнення $\geq 25\%$.
- СПК неспецифічний – наявні розлади консистенції випорожнень недостатні для застосування критеріїв перших 3 варіантів СПК.

Під час проведення діагностики важливим являється виключення симптомів характерних для органічної патології кишечника (наявність крові у калі, схуднення, лихоманка, біль або пронос, які переривають сон хворого, анемія, лейкоцитоз, прискорене ШОЕ).

Для визначення методичних підходів до терапії функці-ональних хвороб товстої кишки важливо розрізняти значення її окремих частин. Так, права половина здебільшого забезпечує формування консистенції випорожнень за рахунок інтенсивного зворотнього всмоктування рідини. Навпаки, ліва - в більшому ступені відповідальна за евакуацію калових мас. Саме характер взаємовідношень лівої половини товстої кишки і аноректального сегмента зумовлює підходи до терапії більшості функціональних захворювань.

Лікування:

Дієта з підвищеним вмістом клітковини (висівки, овочі) і виключенням продуктів і напоїв, що не переносяться, особливо тих, що сприяють метеоризму. При абдомінальному больовому синдромі призначають міотропні спазмолітики: мебеверін (Дюспаталін) по 200 мг двічі на день за 30 хв. до їди протягом 2 тижнів або альверін+сіметикон (Метеоспазміл) по 1 капс. 3 рази на день до їди. При метеоризмі всім пацієнтам показаний Еспумізан по 1-3 капс 3 рази на день після їди. Якщо у пацієнта ФКР перебігає з закрепом, для нормалізації кишкових випорожнень призначають

проносні засоби: лактулозу (Дюфалак) 10-30 мл. на добу у 1-2 прийоми, псилліум (Мукофальк) по 5г. 2-6 раз на день.

У випадках наявності діареї застосовується лоперамід (Імодіум) по 2-12 мг. на добу. Хворим на СПК з абдомінальним больовим синдромом показане застосування трициклічних антидепресантів - амітріптілін по 25-50 мг на добу, леривону по 30 мг на добу або інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну - флуоксетин (Портал) в початковій дозі 10-20 мг на добу. Фізіотерапія при больовому синдромі полягає в застосуванні теплових процедур; при закрепах – в електростимуляції за допомогою СМТ-терапії. Кращими мінеральними водами при закріпі є сульфатні (Моршинська рапа №6).

3.5. Хвороби аноректального сегмента

Ураження кінцевого відділу кишечника, що потребують консервативного лікування, досить широко розповсюджені. Без огляду проктолога проведення ректороманоскопії будь-яка терапія хвороб анальної ділянки і прямої кишки не дозволяється. Серед гастроентерологічної патології рак прямої кишки займає 14 %.

Основні методи дослідження:

- огляд періанальної ділянки;
- пальцеве дослідження;
- ректороманоскопія

Разом з тим вважаємо, що гастроентерологу все ж таки слід володіти контролем основних захворювань, таких як геморої, анальна тріщина, анальне свербіння, недостатність анального сфінктера, парапроктит, біль навколо куприка. Диференціювати вибір свічок, наприклад, для досягнення протизапального ефекту (постерізан, анузол), спазмолітичного (з папаверином, беладонною), регенеруючого (постерізан, з метілурацилом), для зменшення свербіння (постерізан, проктоседіл); мазів, ванночок, мікроклізм.

В даних матеріалах відмітимо проблеми проктології, що найчастіше зустрічаються в практиці гастроентеролога.

Наявність геморою передбачає диференційований підхід в залежності від стадії перебігу. В умовах хронічного перебігу рекомендують наступні лікувальні заходи:

Ретельний туалет анальної ділянки, сидячі ванночки двічі на день, вода кімнатної температури або тепла.

Ректальні свічки типу постерізан форте, з екстрактом беладонни, папаверином або "Анузол" 2-3 рази на день, наприклад, після випорожнень і на ніч.

Можливим є використання мазей, типу постерізан форте, ліотон 1000 – гель. При наявності малопластичних випорожнень безпосередньо перед ними призначають крохмальну клізму (10г крохмалю на 200 мл теплої води) або масляну (30 мл). У всіх випадках досягають м'якої, пластичної консистенції випорожнень, звертають увагу пацієнта на виключення натужування, тривалого продовження акту дефекації. Звичайно додатково використовують 1-3 пакетики форлаксу або велику кількість овочів і фруктів. Ефективним є використання мукофалька по 2-4 дози на день.

Фізіотерапія полягає у використанні в гострій фазі - магнітотерапії, в підгострій - дарсонвалізації, в хронічній – СМТ і гімнастики для м'язів таза, ануса.

У випадку загострення геморою виконується наступна програма:

- ліжковий режим, сидяча ванна, анальний туалет;
- свічки з беладонною тричі на добу;
- мазь постерізан форте тричі на добу;
- перед випорожненнями - тепла крохмальна клізма;
- мазі типу стрептонітол, мірамістин тричі на добу;
- цефазолін в/м'язево 1 г тричі на добу і доксіциклін 200 мг на добу, потім 100 мг на добу.

Драматичний перебіг анальної тріщини визначає раціональність наступних заходів:

Туалет анальної ділянки, теплі сидячі ванночки двічі на день.

Ректальні свічки, типу постерізан форте, з беладонною, трамадол або анестезол 2-3 рази на добу (потім — постерізан).

Мазі типу постерізан форте, стрептонітол або мірамістин 2-3 рази на добу (потім - постерізан). Перед випорожненнями необхідна тепла крохмальна клізма, масляна або з ваніліном. Пластична консистенція випорожнень досягається шляхом збільшення вживання овочів, фруктів або додаткового прийому препаратів мукофальк.

Фізіотерапія передбачає використання дарсонвалізації, УФО ерітеми, ДМХ або СМВ.

При гострому перебігу анальної тріщини поліпшує стан хворих проведення програми:

- за 30 хв. до випорожнень - свічки з екстрактом беладонни або папаверином;
- безпосередньо перед випорожненнями - тепла крохмальна клізма;
- після випорожнень - ретельний анальний туалет, тепла сидяча ванночка;
- кетанов - в/м'язево 110 мг, далі по 10-30 мг в/м'язево через 4-6 год, але не більше, ніж 90 мг/добу, а для літніх людей - 60 мг/добу;
- мукофальк 2 рази на день.

Досить часто гастроентерологічних хворих турбує анальне свербіння. В такому разі треба з'ясувати і, за можливістю, ліквідувати етіологічний чинник. Рекомендації наступні:

Туалет анальної ділянки, прохолодні сидячі ванночки, підмивання водою з оцтом (1ст.л. оцту на 200 мл води).

Свічки типу постерізан форте, проктоседіл або анузол 2-3 рази на добу (потім - постерізан). Мазі типу ауробін, гідрокортисон, свічки постерізан форте 2-3 рази на добу (потім - постерізан). Мікроклізми з 0.3 % коларголу або відвару ромашки. Формування випорожнень досягається призначенням 2-3 пак. смектита (каопектат) або крейди по 5-10 г на добу. Фізіотерапія – д'арсонвалізація, УФО ерітема. Нарешті, відносно рідкої, але надзвичайно важкої проблеми - наявності болю навколо куприка. І в такому разі є важливим етіологічний підхід до терапії, тому що можливості досить незначні:

- Досягнення нормальної консистенції випорожнень, комфортного акту дефекації.
- Провідне значення має фізіотерапія - послідовне, курсове застосування різноманітних факторів та їх поєднання; наприклад, ультразвук, дарсонвалізації, СМТ- і ДМХ-терапії.
- Свічки типу діклоберл 100 мг або 50 мг 1 р. на добу.