

**ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З ЗАКРЕПАМИ**

**(СУЧАСНА ПРАКТИКА  
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ  
З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

***Методичні вказівки  
для студентів та лікарів-інтернів***

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З ЗАКРЕПАМИ**  
**(СУЧАСНА ПРАКТИКА ВНУТРІШНЬОЇ**  
**МЕДИЦИНИ З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

***Методичні вказівки***  
***для студентів та лікарів-інтернів***

затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 2 від 21.02.2019.

**ХАРКІВ**  
**ХНМУ**  
**2019**

Ведення хворого з закрепамми (сучасна практика внутрішньої медицини з невідкладними станами): метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів / упоряд. О. Я. Бабак, К. А. Лапшина, Л. І. Овчаренко та ін. – Харків : ХНМУ, 2019. – 16 с.

Упорядники      О. Я. Бабак  
                         К. А. Лапшина  
                         Л. І. Овчаренко  
                         М. І. Кліменко  
                         В. І. Молодан  
                         Г. Ю. Панченко  
                         Е. Ю. Фролова  
                         М. О. Візір

**1. Кількість годин** – 5; СРС – 2,5.

**2. Матеріальне та методичне забезпечення теми:** таблиці, мультимедійні презентації, дані лабораторно-інструментальних методів дослідження.

**3. Обґрунтування теми**

Синдром закрепчу в гастроентерологічній практиці зустрічається дуже часто, оскільки багато захворювань шлунково-кишкового тракту протікають при наявності того чи іншого виду копростазу.

**4. Мета заняття:**

– *загальна:* оволодіння (удосконалення) методами обстеження для визначення причини закрепчу у хворих; діагностика та лікування захворювань, що супроводжуються закрепчами, надання допомоги;

– *конкретна:* передбачити об'єм обстеження хворого на рівні практичної підготовки лікаря.

**Студент повинен знати:**

– етіологію та патогенез закрепчу;

– класифікацію причин закрепчів;

– диференційний діагноз закрепчу;

– клінічне значення рентгенологічних, інструментальних та функціональних методів обстеження (пасаж по тонкій кишці, іригоскопія, колоноскопія, відеокапсульна ендоскопія, дихальні тести, аналізи калу, фекальна еластаза);

– тактику ведення хворих залежно від причини закрепчу, диференційовану терапію, існуючі стандарти лікування;

– класифікацію та фармакологічні властивості препаратів, які можна застосовувати при закрепчах;

– первинну та вторинну профілактику закрепчів;

– прогноз та працездатність.

**Студент повинен вміти:**

– аналізувати зібрані скарги та дані об'єктивного обстеження пацієнта;

– пояснювати походження тих чи інших симптомів та синдромів, виявлених у пацієнта;

– проводити диференційну діагностику синдрому закрепчу при захворюваннях шлунково-кишкового тракту та інших органів і систем;

– трактувати дані рентгенологічних, інструментальних та функціональних методів обстеження (пасаж по тонкій кишці, іригоскопія, колоноскопія, відеокапсульна ендоскопія, дихальні тести, аналізи калу, фекальна еластаза);

– сформулювати діагноз згідно з принципами доказової медицини та сучасних класифікацій;

– скласти план обстеження пацієнта з синдромом закрепчу;

– скласти та обґрунтувати план лікування пацієнта;

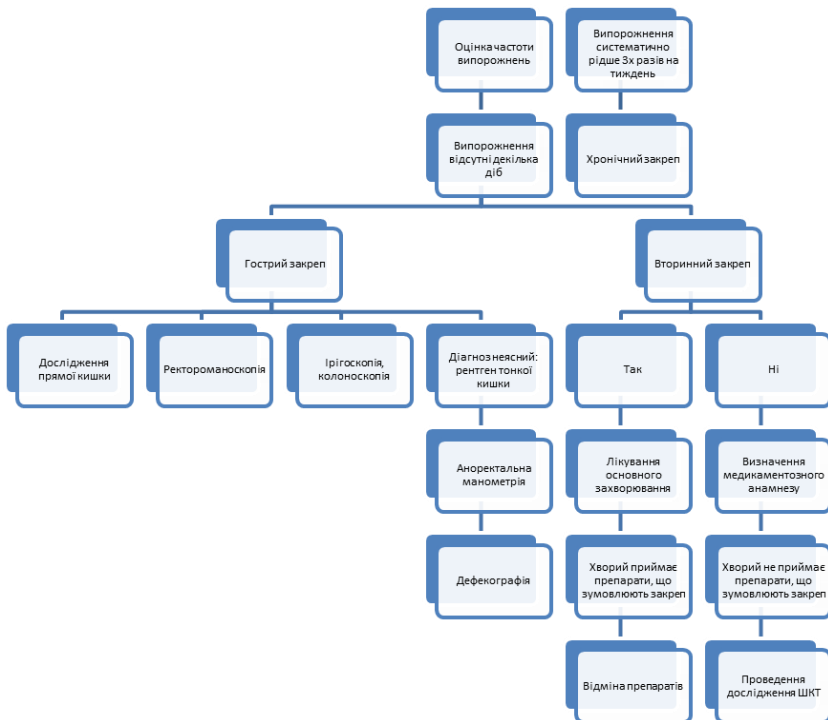
– сформулювати основні напрямки первинної та вторинної профілактики для конкретного пацієнта, визначити прогноз та працездатність.

## Матеріали до аудиторної самостійної підготовки (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомічну будову шлунково-кишкового тракту	
Фізіологія	Фізіологію органів травлення	
Патолофізіологія	Патогенетичні механізми розвитку копростазу	
Пропедевтика внутрішньої медицини	Навички вміння фізичного обстеження хворого, демонструвати вміння володіти ними	Діагностувати, інтерпретувати дані лабораторних, рентгенологічних досліджень, складати схему лікування при копростазі
Фармакологія	Класифікацію, фармакокінетику та фармакодинаміку, показання та протипоказання для призначення при копростазі	

### 5. Граф логічної структури теми

Алгоритм діагностики при закрепах



## **6. Орієнтована карта роботи студентів:**

- а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
- б) вибір найбільш інформованих тестів, лабораторних і інструментальних досліджень (по можливості виконаних студентами), які підтверджують діагноз;
- в) призначення лікування, виписування рецептів (знання механізму дії ліків);
- г) вибір методу фізіотерапевтичного лікування;
- д) визначення прогнозу та працездатності хворого;
- ж) визначення групи інвалідності;
- з) профілактика захворювання.

### **Зміст теми**

Хронічний закреп вражає до 20 % населення, має великий негативний вплив на якість життя і викликає значні психологічні розлади. Закреп можна розділити на тип із повільним транзитом та функціональний закреп, і синдром подразненого кишечника з переважанням закрепу (СПК-3).

#### **Класифікація**

Відповідно до прийнятої класифікації, виділяють первинний (функціональний) закреп, що спостерігається значно частіше, і вторинний (закреп як симптом), що зустрічається при:

- механічній перешкоді проходженню калових мас (колоректальний рак, запальні захворювання кишечника, анальні тріщини, здавлювання кишки зовні та ін.);
- неврологічних захворюваннях (автономна нейропатія, хвороба Паркінсона, пухлина спинного мозку, ГПМК, розсіяний склероз та ін.);
- ендокринних захворюваннях (цукровий діабет, гіпотиреоз, порушення електролітного обміну при захворюваннях надниркових залоз та ін.);
- психічних розладах (емоційні порушення, соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи, анорексія та ін.);
- системних захворюваннях сполучної тканини (дерматоміозит, системна склеродермія та ін.);
- деяких особливостях харчування (низький вміст у раціоні клітковини, вживання термічно обробленої їжі, порушення режиму харчування – прийом їжі 1–2 рази на день);
- застосуванні деяких медикаментів (антидепресанти, блокатори Са ++ каналів, антихолінергічні препарати, сполуки заліза), одночасний прийом великої кількості лікарських засобів та ін.

#### **Патогенез**

Причину виникнення закрепу вдається встановити далеко не у всіх пацієнтів, навіть при тривалому спостереженні. Однак з урахуванням часу транзиту вмісту по кишечнику, а також стану м'язів тазового дна можуть бути виділені групи хворих з переважно наступними механізмами форму-

вання хронічного закрепку: 1) пов'язаний з уповільненням транзиту; 2) обумовлений порушенням акту дефекації (дисенергічна дефекація); 3) СПК з переважанням діареї.

### **Обстеження пацієнтів зі хронічним закрепком**

Збирання скарг і анамнезу – основний і в переважній більшості випадків достатній метод встановлення діагнозу.

Слід з'ясувати наступне:

- 1) кількість актів дефекації протягом тижня;
  - 2) консистенцію випорожнення (наявність грудок і/або твердих випорожнень);
  - 3) наявність домішок у калі (кров, слиз, неперетравлені фрагменти їжі);
  - 4) якість дефекації (відчуття перешкоди або труднощі при її здійсненні);
  - 5) потреба в надмірному напруженні;
  - 6) незадоволеність дефекацією (відчуття неповного випорожнення кишечника);
  - 7) необхідність специфічних маніпуляцій для полегшення дефекації (мануальне спорожнення кишки);
  - 8) супутні скарги (здуття живота, біль у животі, загальна слабкість, нездужання, схуднення);
  - 9) час, протягом якого турбують перераховані вище симптоми (швидко або поступова поява симптомів);
  - 10) прийом проносних засобів – кратність застосування і дози, застосування очисних клізм;
  - 11) перенесені і супутні захворювання;
  - 12) прийом лікарських препаратів з приводу супутніх захворювань;
  - 13) хірургічні втручання (у тому числі гінекологічні та урологічні).
- Рекомендується заповнення пацієнтом опитувальника, що включає вищезгадані пункти, протягом тижня.

Об'єктивне обстеження:

- 1) загальний стан хворого;
- 2) поверхнева і глибока пальпація живота;
- 3) психоневрологічний статус;
- 4) обстеження аноректальної ділянки (періанальні екскоріації, геморой, рубці, пролапс, ректоцеле, анальна тріщина, об'ємне утворення, тонус сфінктера, наявність крові в калі).

Діагноз встановлюється на підставі скарг, анамнезу та об'єктивного обстеження. У переважній більшості випадків лікування проводиться без додаткового інструментального обстеження.

Додаткове інструментальне обстеження призначають у випадках відсутності поліпшення на тлі лікування (включаючи зміну способу життя, застосування проносних і ентерокінетиків), наявності симптомів "тривоги".

При відсутності полегшення симптомів на тлі адекватної терапії, наприклад, призначення ентерокінетиків, здійснюється поетапне додаткове інструментальне обстеження, що включає на 1-му етапі вивчення часу транзиту вмісту по товстій кишці (метод рентгеноконтрастних маркерів), тест вигнання балона і аноректальну манометрію, а на 2-му етапі – дефекографію і електроміографію сфінктерів.

Рентгенологічний метод дослідження часу транзиту вмісту по товстій кишці (метод рентгеноконтрастних маркерів) дозволяє верифікувати порушення транзиту по товстій кишці і тим самим визначити переважний патофізіологічний механізм розвитку закрепю. Однак потрібна подальша стандартизація результатів.

Тест вигнання балона дає можливість виявити порушення синхронної діяльності м'язів аноректальної зони, що беруть участь в акті дефекації (дисинергія м'язів тазового дна). Метод простий, недорогий, широко застосовується.

Аноректальна манометрія необхідна для проведення диференційної діагностики між порушенням евакуації, гіпо- та гіперчутливістю аноректальної ділянки, хворобою Гиршспрунга. У процесі дослідження вивчаються такі показники, як максимальний та середній тиск стиснення анального сфінктера, ректоанальний інгібіторний рефлекс, комплайнс (розтяжність) прямої кишки, вісцеральна чутливість, векторний обсяг, асиметрія стиснення сфінктера.

Дефекографія – рентгенологічний контрастний метод, який призначений для вивчення анатомічних особливостей і структурних порушень аноректальної ділянки. Включає в себе вимір аноректального кута, виявлення опущення тазового дна, ректоцеле, інвагінації.

Динамічна магнітно-резонансна томографія (МРТ) таза, електроміографія сфінктерів можуть бути виконані для діагностики структурних і функціональних порушень.

*Додаткове інструментальне обстеження за наявності "симптомів тривоги".*

При розвитку "симптомів тривоги" (раптова/гостра поява закрепів, ознак кишкової непрохідності, наявність крові в калі, залізодефіцитна анемія, втрата маси тіла, зменшення діаметра сформованих калових мас) має бути рекомендовано проведення колоноскопії. Надалі до алгоритму обстеження можуть бути включені оглядова рентгенографія черевної порожнини, комп'ютерна томографія (КТ), МРТ.

Початкове лікування закрепів повинно передбачати модифікацію способу життя, запевнення в їх концепції здорової або "звичайної" дефекації, а також біологічного зворотного зв'язку. Ідентифікація пацієнтів, яким потрібна психологічна підтримка, повинна здійснюватися, оскільки закреп може посилюватися стресом або бути проявом емоційного порушення. Пацієнтів слід заохочувати до встановлення регулярного часу для



дефекації, використання правильного положення сидячи, а також для спостереження за "звичками" кишечника. Потрібно використовувати щоденник характеристик для оцінки випорожнення та ефекту лікування.

Дієтичні зміни включають підвищення вмісту клітковини, споживання води та фруктів. Хоча фізичні навантаження та достатня кількість води є корисними, немає даних, які підтверджують, що підвищення фізичної активності та споживання рідини покращує стан при хронічному закрепі, за винятком ситуацій дегідратації.

Якщо немедикаментозне лікування не покращує симптомів, то слід додати проносні засоби. Вибір початкового проносного засобу залежить від того, чи є закреп "повільним транзитом" або "нормальним транзитом".

У західному суспільстві закрепи були пов'язані з дефіцитом харчових волокон протягом десятиліть. Було продемонстровано кореляцію між збільшенням добового споживання клітковини і фекальною масою, а також часом транзиту товстої кишки. Дієтичні волокна виявляються ефективними для полегшення легкого та помірного, але не тяжкого закрепу.

Рекомендована кількість дієтичних волокон становить від 20 до 35 г на добу (г/д) і може бути отримана з цільного пшеничного хліба, нерафінованих злаків, цитрусових і овочів. Нерозчинні волокна, такі як злакові висівки, можуть викликати значні абдомінальні гази і здуття живота, створюючи дискомфорт. У деяких пацієнтів ці агенти також затримують спорожнення шлунка і пригнічують апетит. Для поліпшення толерантності та прихильності можна починати з низьких доз клітковини і збільшувати споживання харчових волокон поступово протягом наступних тижнів до 20–20 г/доба. Якщо стан не покращився, то слід додати волокнисті добавки. Пацієнтів також слід заохочувати пити воду і підтримувати гідратацію при збільшенні споживання волокон.

Псиліум походить від азіатської рослини, яка має високу водозв'язуючу здатність і ферментується в товстій кишці. У спостережному дослідженні з псиліумом відповідь на лікування була поганою серед пацієнтів з повільним транзитом товстого кишечника, тоді як 85 % пацієнтів без патологічної фізіології відчули покращення або повну відсутність симптомів. Побічні ефекти включають уповільнене спорожнення шлунка і втрату апетиту у деяких пацієнтів. Також було повідомлено про серйозні гострі алергічні реакції, кашель і астму.

Метилцелюлоза являє собою полімер синтетичного волокна, який метильований. Це призводить до стійкості до бактеріальної ферментації. В основному він поглинає воду в просвіті товстої кишки, що збільшує масу фекальної тканини, сприяючи моториці та скороченню часу переходу через кишечник.

Полікарбофіл кальцію є гідрофільною смолою, стійкою до деградації бактерій і, таким чином, менше сприяє виникненню газу і здуття.

У пацієнтів із СПК-3 полікарбофіл кальцію, схоже, покращує загальні симптоми і проходження калу, але не зменшує болі в животі.

У пацієнтів, які не реагують тільки на масові агенти, додавання інших проносних засобів часто є наступним кроком у лікуванні закрепів. Існують різні форми проносних засобів, які можна обирати на основі симптомів і переваг пацієнта.

Магнію сульфат і фосфатні іони погано поглинаються кишечником і тим самим створюють гіперосмолярне внутрішньопросвітне середовище. Оксид магнію вважається безпечним для регулярного використання у хворих із легким закрепом. Стандартні дози від 40 до 80 ммоль іонів магнію зазвичай провокують дефекацію протягом 6 год. Магнію сульфат є більш потужним проносним засобом, який має тенденцію виробляти великий об'єм рідкого випорожнення і викликати здуття живота. Інші побічні ефекти включають гіпермагніємічну індуковану паралітичну непрохідність кишечнику і гіпермагніємію у пацієнтів із нирковою недостатністю. Не рекомендується застосовувати слабкі засоби, що містять магній, у хворих із нирковою недостатністю або порушенням функції серця через високий ризик розвитку електролітних порушень і об'ємних перевантажень від поглинання магнію або фосфору. Навіть пацієнти, які в іншому випадку є здоровими, можуть мати ці ускладнення в результаті надмірного використання. Сульфат натрію є компонентом деяких розчинів для промивання кишечнику з метою очищення товстої кишки перед діагностичними та хірургічними процедурами, але в тонкій кишці може відбутися значне його поглинання, що може викликати порушення електролітів.

Фосфат може всмоктуватися тонким кишечником, і високу дозу необхідно вводити для отримання осмотичного послаблюючого ефекту. Деякі з описаних ускладнень включають гіперфосфатемію, особливо у пацієнтів із нирковою недостатністю і гострим ураженням нирок, якщо їх використовують у великих кількостях, як у кишкових препаратах. Як і інші препарати іонів, пероральні фосфатні продукти не рекомендуються для застосування у пацієнтів з нирковою недостатністю або серцевою дисфункцією.

Лактулоза є погано абсорбованим синтетичним дисахаридом галактози і фруктози. Цей вуглевод стає субстратом для бактеріальної ферментації товстого кишечнику, що продукує водень і метан, знижує рН фекалій, діоксиду вуглецю, води і жирних кислот. Рекомендована доза лактулози для дорослих становить від 15 до 30 мл один або два рази на день. Час початку дії становить від 24 до 72 год, довше, ніж для інших осмотичних проносних засобів. Лактулоза збільшує частоту випорожнень у хворих зі хронічними закрепками і залежить від дози, оскільки вона ферментується бактеріями товстої кишки, газ і здуття звичайно обмежують його клінічне застосування.

Сорбіт – це цукровий спирт, що погано всмоктується, дія його може бути подібною до дії лактулози, якщо приймати його в достатніх дозах. Сорбіт зазвичай застосовують як штучний підсолоджувач. Було показано, що лише 5 г сорбіту може викликати підвищення вдишу водню з бактеріальної ферментації, і 20 г викликає діарею приблизно в половини здорових пацієнтів. Сорбіт є настільки ж ефективним, як лактулоза, і менш дорогий. Рандомізоване, подвійне сліпе, перехресне дослідження лактулози (20 г/доба) і сорбіту (21 г/доба) не виявило жодної різниці щодо частоти дефекації та переваг пацієнта. Пацієнти, які використовували лактулозу, частіше відчували нудоту порівняно з тими, які вживали сорбіт.

Поліетиленгліколь (ПЕГ) являє собою ізосмотичний проносний засіб, який є метаболічно інертним, зв'язується з водою і утримує рідину всередині просвіту. Застосовують розчини для промивання вільним електролітом (SF-ELS). Ці розчини мають додані електроліти, щоб уникнути побічних ефектів від дегідратації та електролітних порушень, вони є залежними від дози, збільшуючи кількість випорожнення при збільшенні дози ПЕГ.

Показано, що ПЕГ ефективний у лікуванні хронічних закрепів. Дослідження за участю 70 пацієнтів проводилося протягом 4 тиж, при застосуванні 250 мл ПЕГ один або два рази на день спостерігалось помітне поліпшення частоти випорожнень, консистенції калу та напруження при дефекації. Ті ж пацієнти були рандомізовані для продовження застосування ПЕГ або плацебо протягом 20 тиж. Це дослідження показало повне поліпшення при хронічних закрепах у 77 % пацієнтів, які використовували ПЕГ, проти 20 % пацієнтів у групі плацебо. Розчини ПЕГ можуть бути корисними для короточасного лікування фекального ураження у пацієнтів, які є рефрактерними до інших ліків, і можуть бути використані безпечно.

Відзначено, що низькі дози ПЕГ більш ефективні, ніж лактулоза, при лікуванні хронічних закрепів. Найбільш поширені побічні ефекти ПЕГ включають здуття живота і спазми. Тим не менш, є кілька повідомлень про випадки важкого набряку легенів при використанні ПЕГ.

Стимуляторні проносні засоби підвищують моторику і секрецію кишечника. Вони починають діяти протягом декількох годин і часто асоціюються зі спазмами живота. Стимулюючі проносні засоби включають антрахінони (наприклад, каскара, алое, сена) і дифенілметани (наприклад, бісакодил, пікосульфат натрію, фенолфталеїн). Касторова олія використовується рідше через побічний ефект і поганий смак. Ефект стимулюючих проносних залежить від дози. Низькі дози запобігають всмоктуванню води і натрію, тоді як високі дози стимулюють секрецію натрію, а потім води в просвіт товстої кишки.

У цілому, стимулюючі проносні засоби добре переносяться, якщо їх застосовують у дозах, які стимулюють нормальні, м'які, сформовані випорожнення. Вони діють швидко і є особливо придатними для застосування в одноразовій дозі у випадку тимчасового закрепу. Більшість ліка-

рів обережно рекомендують щоденне дозування стимулюючих проносних препаратів при хронічних закрепках. Великі дози продукують спазми в животі і рідкі випорожнення. Стимуляторні проносні препарати мають значні відмінності в клінічній ефективності, а деяким пацієнтам із важкими закрепками вони не допомагають стимулюючим проносним засобом.

Антрахінони, такі як каскара, сена, алое і франгула, виробляються різними рослинами. Сполуки є неактивними глікозидами, які при попаданні в організм проходять неабсорбованими і незміненими в тонкому кишечнику і гідролізуються бактеріальними глікозидазами товстої кишки для отримання активних молекул. Ці активні метаболіти збільшують транспортування електролітів у просвіт товстої кишки і стимулюють мізентеріальні сплетення для підвищення моторики кишечника. Антрахінони зазвичай індукують дефекацію впродовж 6–8 год після орального дозування.

Антрахінони викликають апоптоз епітеліальних клітин товстої кишки, які потім фагоцитуються макрофагами і з'являються у вигляді ліпофусциноподібного пігменту, що затемнює слизову оболонку товстої кишки. Питання, чи спричиняють антрахінонові проносні засоби протягом тривалого часу негативні функціональні або структурні зміни в кишечнику, є суперечливими. Дослідження на тваринах показали, що після тривалого введення сенозидів, а також функціонального дефекту в моториці не спостерігається пошкодження мізентеріального сплетення. Дослідження "випадок-контроль", в якому було досліджено декілька зразків біоптату слизової оболонки товстої кишки за допомогою електронної мікроскопії, не виявило відмінностей у підслизових сплетеннях між тими пацієнтами, які регулярно приймали антрахінонові проносні засоби протягом одного року, і тими, які їх не приймали. Не встановлено зв'язку між застосуванням антрахінонів та раком товстої кишки або ураженням кишкових нервів.

Застосування сени в контрольованих випробуваннях виявило пом'якшення випорожнення, збільшення його частоти, вологості і сухої маси калу. Комбінації, доступні для клінічного застосування, варіюються від сирих рослинних препаратів до очищених і стандартизованих екстрактів та до синтетичних сполук.

Сполуки дифенілметану включають бісакодил, пікосульфат натрію і фенолфталеїн. Після перорального прийому бісакодил і пікосульфат натрію гідролізуються до одного і того ж активного метаболіту, але режим гідролізу відрізняється. Бісакодил гідролізується кишковими ферментами і, таким чином, може діяти в тонкому і товстому кишечнику. Пікосульфат натрію гідролізується бактеріями товстої кишки. Як і антрахінони, пікосульфат натрію діє в товстій кишці, і її активність непередбачувана, оскільки її активація залежить від бактеріальної флори.

Ефекти бісакодилу і, імовірно, пікосульфату натрію на товсту кишку подібні до ефектів проносних речовин з антрахіноном. При застосуванні до слизової оболонки товстої кишки бісакодил індукує практично негайну,

потужну, пропульсивну рухову активність як у здорових осіб, так і у тих, хто страждає від запорів, хоча ефект іноді знижується в останніх. Препарати також стимулюють секрецію товстої кишки.

Подібно до проносних речовин антрахінону, бісакодил призводить до апоптозу епітеліальних клітин товстої кишки, залишки яких накопичуються в фагоцитарних макрофагах, але ці клітинні залишки не пігментовані. Крім цих змін, бісакодил не викликає побічних ефектів при тривалому застосуванні.

Бісакодил є корисним і передбачуваним проносним засобом, особливо придатним для одноразового застосування у пацієнтів із тимчасовим закрепом. Його можливий вплив на тонкий кишечник є недоліком на відміну від антрахінонів і пікосульфату натрію. Тривале застосування бісакодилу або споріднених агентів іноді необхідно для пацієнтів зі хронічним важким закрепом. У використуваних дозах рідке випорожнення і судоми мають тенденцію до виникнення, і важко регулювати дозу для отримання м'яких, утворених випорожнень.

Касторова олія. Після перорального прийому її гідролізує ліпаза в тонкому кишечнику до рицинолевої кислоти, яка пригнічує поглинання кишкової води і стимулює кишкову моторну функцію, пошкоджуючи клітини слизової оболонки і випускаючи нейромедіатори. Спазми є поширеним побічним ефектом.

Стимулюючі проносні засоби, такі як бісакодил і сена, проявляють свої первинні ефекти через зміну транспорту електролітів слизовою оболонкою кишечнику і зазвичай працюють протягом декількох годин. У своїй класифікації Шіллер визначає цей клас ліків як "агенти з прямим впливом на епітеліальні, нервові або гладком'язові клітини". Після їх використання пацієнти не повідомляють про симптоми абдомінального дискомфорту і спазми. Ця група включає поверхнево-активні агенти, похідні дифенілметану, рицинолеву кислоту та антрахінони. Хоча стимулюючі проносні засоби можуть бути пов'язані з випадковими побічними ефектами, такими, як перенасичення солями, гіпокаліємія і ентеропатія, пігментація слизової оболонки товстої кишки, накопичення апоптичних епітеліальних клітин, фагоцитованих макрофагами, може розвинутися у хворих, які хронічно засвоюють антихромовмістні стимулюючі проносні речовини.

Також важливо відокремлювати функціональні стани, що можуть супроводжуватися закрепом.

#### **Класифікація функціональних розладів кишечнику**

Функціональні розлади кишечнику

C1. Синдром подразненого кишечнику

C2. Функціональне здуття

C3. Функціональний закреп

C4. Функціональна діарея

C5. Неспецифічний функціональний кишковий розлад

Отже, згідно з класифікацією, синдромом закрепу супроводжуються функціональний закреп та СПК-варіант закрепу.

Синдром подразненого кишечника з переважанням закрепів діагностується у пацієнтів, у яких біль у животі пов'язаний з закрепом. Іншим функціональним розладом кишечника з закрепами як переважним симптомом, є "функціональний закреп" (FC-R). Це визначення вимагає виключення СПК-3, і щонайменше 2 з 6 симптомів (необхідність напруження, випорожнення грудками або тверді, відчуття неповної евакуації, відчуття аноректальної непрохідності, а також необхідність ручних маневрів для полегшення дефекації) або менше 3 дефекацій на тиждень. Оскільки закреп є (принаймні в епідеміологічних дослідженнях) симптоматичним і самовизначеним, може бути також група людей, які сприймають у себе закрепи без відповідності Римським або інших критеріям, наприклад, не повідомляючи про біль у животі або жоден з додатково необхідних симптомів. Усі ці підгрупи можуть бути позначені як "функціональний закреп", їх диференційні клінічні фенотипи описані лише зрідка.

Коли пацієнти з СПК-3 порівнювалися з пацієнтами з функціональними закрепами, які відповідають або не відповідають Римським критеріям, було виявлено, що пацієнти з болочими або безболісними закрепами, які не відповідають критеріям СПК-3, є молодшими і частіше консультованими порівняно з пацієнтами з СПК-3. Порівнюючи СПК-3 з функціональним закрепом, дослідження показали, що СПК-3 має меншу потребу в напруженні, але більш неповну евакуацію після дефекації. Тільки психічне здоров'я було значно знижено в пацієнтів із СПК-3. Деякі відмінності були виявлені по відношенню до симптомів верхніх відділів ШКТ. При порівнянні пацієнтів, які відповідали критеріям Риму для функціональних пацієнтів з СПК-3, виявили лише більш високий вік при виникненні закрепів, меншу ймовірність здійснення фізичних вправ і більш стабільний психічний стан.

СПК – поширена біопсихосоціальна патологія, діагностика якої ґрунтується на клінічній оцінці стійкої сукупності симптомів, що відносяться до дистальних відділів кишечника. Діагноз СПК вимагає виключення "симптомів тривоги", органічних захворювань і повторно переглядається за результатами первинного курсу лікування.

До "симптомів тривоги" були віднесені невмотивоване схуднення, наявність крові в калі, лихоманка, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

#### **Діагностичні критерії СПК:**

- біль або відчуття дискомфорту в животі після прийому їжі;
- порушення частоти випорожнень, зміна форми калових мас;
- порушення акту дефекації;
- виділення слизу;
- метеоризм або здуття живота;
- поява болю (дискомфорту), що асоціюється зі зміною частоти випорожнення і/або форми калових мас;

– тривалість – не менше 12 тиж (необов'язково послідовних) протягом попереднього року; зменшення або зникнення болю відзначається після акту дефекації;

– випорожнення менше 3 разів на тиждень;

– кал твердий у вигляді грудочок;

– відчуття неповного випорожнення, прискорені позиви на дефекацію, напруження, що займає 25 % часу дефекації.

#### **Діагностичні критерії ФЗ:**

– напруження, що займає > 1/4 часу дефекації;

– випорожнення у вигляді твердого калу або грудочок;

– відчуття неповного випорожнення (> 1/4 часу дефекації);

– відчуття перешкоди в аноректальній ділянці (> 1/4 часу дефекації);

– необхідність мануальних прийомів для звільнення кишечника (евакуація калових мас пальцем, підтримка рукою тазового дна), що займає > 1/4 часу дефекації;

– випорожнення < 3 разів на тиждень.

Симптоми повинні спостерігатися впродовж 12 тиж (необов'язково послідовних) протягом попереднього року, симптомокомплекс повинен включати в себе 2 перерахованих симптоми або більше.

Таким чином, біль після прийому їжі – симптом, характерний для СПК, не спостерігається при ФЗ. Не можна забувати, що "Римські критерії" ґрунтуються на скаргах хворих і, отже, вимагають ретельного збирання анамнезу. В іншому випадку за СПК і ФЗ можуть бути прийняті схожі з ними за симптоматикою функціональні гастроінтестинальні розлади і органічні захворювання, що супроводжуються закрепам. У зв'язку з цим важливого значення набуває цілеспрямоване опитування пацієнтів.

Таким чином, діагноз ФЗ вимагає виключення патології, одним із проявів якої може бути затримка випорожнення. Як при симптоматичному закрепі, так і при ФЗ потрібні ліки, що відновлюють функцію кишечника, проте в 1-му випадку їх застосовують як частину комплексної терапії, а в 2-му – в режимі монотерапії.

#### **7. Завдання для самостійної роботи**

1. Дайте визначення закрепам.

2. Назвіть основні причини закрепів.

3. Поясніть, як класифікуються закрепи.

4. Назвіть методи дослідження при закрепах.

5. Клінічні прояви органічних захворювань.

6. Лікування закрепів.

7. Функціональні захворювання ШКТ.

8. Диференційний діагноз функціональних захворювань ШКТ.

9. Лікування хворих із функціональними закрепами.

## 8. Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань

1. Хвора 43 років протягом 3 міс скаржиться на болі в животі, що зменшуються після дефекації, супроводжуються метеоризмом, бурчанням, відчуттям неповного випорожнення або імперативними позивами до дефекації, закрепам чи проносами. Змін у лабораторних показниках не виявлено. Який діагноз?

- A. Синдром подразненої товстої кишки.
- B. Спастичний коліт.
- C. Коліт із дискінезією за гіпертонічним типом.
- D. Хронічний ентероколіт у фазі загострення.
- E. Атонічний коліт.

2. Жінка 30 років скаржиться на переймоподібний біль у нижніх ділянках живота, який посилюється після їжі; здуття живота, чергування проносів і закрепів протягом 3 років. Самопочуття погіршується після нервово-емоційного напруження. Об'єктивно: при пальпації сигмоподібної кишки болісність і бурчання. Який метод дослідження дозволить уточнити діагноз?

- A. Колоноскопія.
- B. Копрограма.
- C. Ректороманоскопія.
- D. Іригоскопія.
- E. УЗД органів черевної порожнини.

3. Хворий 54 років скаржиться на постійний тупий біль у мезогастральній ділянці, втрату маси тіла до 10 кг протягом року, домішки темної крові в калі, закрепи. У крові: ер. –  $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , Hb – 87 г/л, лейкоц. –  $12,6 \times 10^9/\text{л}$ , п-яд. зсув, ШОЕ – 43 мм/год. Який попередній діагноз?

- A. Рак поперечно-ободової кишки.
- B. Виразкова хвороба шлунка.
- C. Хронічний коліт.
- D. Хронічний панкреатит.
- E. Рак шлунка.

4. Хворий 40 років через 2 міс після оперативного лікування з приводу дифузного токсичного зоба скаржиться на мерзлякуватість, сонливість, апатію, зниження апетиту, закрепи. Об'єктивно: шкіра на дотик суха, холодна, бліда, обличчя дещо одутле, щільний набряк губ. Щитоподібна залоза не пальпується, тони серця приглушені. Пульс – 53 уд/хв, АТ – 100/65 мм рт. ст. Що зумовило такий стан хворого?

- A. Гіпотиреоз.
- B. Серцева недостатність.
- C. Рецидив токсичного зоба.
- D. Нефротичний синдром.
- E. Гіпонпаратиреоз.

5. Хворий 49 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на коликоподібний біль у лівій половині живота, закрепи, здуття живота, "стрічкоподібний", також часто "овечий" кал. Болючі позиви до випорожнення. На початку дефекації є кров, не змішана з випорожненнями. Раніше подібних ознак у нього не було. Хворим себе вважає близько 1 міс. Водночас зник апетит, схуд. ІМТ – 16. У легенях – везикулярне дихання. Тони серця ослаблені,



ритмічні, ЧСС – 94 уд/хв, АТ – 118/72 мм рт. ст. Живіт м'який, болючість при пальпації лівих відтінків товстої кишки. При пальцевому дослідженні прямої кишки на пальці кров. Який найбільш вірогідний діагноз у хворого?

А. Рак прямої кишки.

В. Синдром подразнення товстої кишки.

С. Неспецифічний виразковий коліт.

Д. Хвороба Гіршпрунга.

Е. Гіпомоторна дискінезія товстої кишки.

### Правильні відповіді

1	2	3	4	5
A	A	A	A	A

### Література

#### Основна

1. Portalatin M. Medical management of constipation / M. Portalatin, N. Winstead. *Clinics in colon and rectal surgery*. 2012; 25(1): 12–9.

2. Enck P., Leinert J., Smid M, Köhler T. and Schulle-Kiuntke J. (2016). Functional Constipation and Constipation-Predominant Irritable Bowel Syndrome in the General Population: Data from the GECCO Study. *Gastroenterology research and practice*. 2016: 3186016.

3. Мінушкін О. М. Хронічний закреп / О. М. Мінушкін // Медична рада, 2015. – № 13. – С. 100–105.

4. Ткач С. М. Диагностика и лечение хронического запора, основанные на данных доказательной медицины / С. М. Ткач, В. Г. Передерий // Сучасна гастроентерологія, 2011. – № 2 (58). – С. 106–115.

5. Маев И. В. Современный алгоритм ведения пациентов с синдромом хронического запора с позиций внедрения новых фармацевтических препаратов / И. В. Маев, А. А. Самсонов, Д. Н. Андреев // Фарматека, 2012. – № 13. – С. 37–43.

6. Внутрішня медицина: порадник лікарю загальної практики: навч. посібник / А. С. Свінціцький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар та ін.; за ред. А. С. Свінціцького. – Київ: ВСВ "Медицина", 2014. – 1272 с.

#### Додаткова

1. Практикум з внутрішньої медицини: навч. посібник / К. М. Амосова, Л. Ф. Конопльова, Л. Л. Сидорова та ін. – Київ: Укр. мед. вісник, 2012. – 416 с.

2. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. Ю. М. Мостового. – 13-е вид., доп. і перероб. – Вінниця: ДП "Державна картографічна фабрика", 2011. – 576 с.

3. Алгоритми діагностично-лікувальних навичок та вмінь з внутрішніх хвороб для лікаря загальної (сімейної) практики: посібник / В. І. Кривенко, С. П. Пахомова, В. Г. Єремеев та ін. – Запоріжжя, 2011. – 360 с.

4. Current Medical Diagnosis and Treatment 2016 / Michael W. Rabow, Maxine Papadakis, Stephen J. McPhee. – 2015. – 1920 p.

5. Harrison's Manual of Medicine / Dan Longo, J. Jameson, Anthony Fauci et al. – 18th Edition. – 2012. – 1568 p.

*Навчальне видання*

## **ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З ЗАКРЕПАМИ**

### **(СУЧАСНА ПРАКТИКА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

#### ***Методичні вказівки для студентів та лікарів-інтернів***

Упорядники    Бабак Олег Якович  
                      Лапшина Катерина Аркадіївна  
                      Овчаренко Людмила Іванівна  
                      Кліменко Миколай Іванович  
                      Молодан Володимир Ілліч  
                      Панченко Галина Юріївна  
                      Фролова Еліна Юріївна  
                      Візір Марина Олександрівна

Відповідальний за випуск            О. Я. Бабак



Редактор С. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,0. Зам. № 19-33730.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.