

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОЇ ДІАРЕЇ: АЛГОРИТМ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА З ДІАРЕЄЮ ВІД ІНШИХ ОРГАНІЧНИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ З ОСОБЛИВИМ АКЦЕНТОМ НА ЕКЗОКРИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Переклала й адаптувала д-р мед. наук Лариса Стрільчук



ХРОНІЧНА ДІАРЕЯ: БАЗОВІ ПОНЯТТЯ

Хронічна діарея (ХД), тобто діарея, що триває понад 4 тижні, уражає близько 5% населення світу. ХД асоціюється з погіршенням якості життя та збільшенням використання ресурсів системи охорони здоров'я. ХД потрібно диференціювати з інфекціями (бактерійними, паразитарними, вірусними), ендокринними хворобами (гіпертиреозом, цукровим діабетом [ЦД]), синдромами мальдигестії та мальабсорбції (целиакією, непереносимістю лактози, екзокринною недостатністю підшлункової залози [ЕНПЗ]), синдромом подразненого кишківника (СПК), хворобою Крона, виразковим колітом, впливом проносних препаратів і вживанням токсичних речовин.



СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА

СПК є найпоширенішою причиною діареї в розвинених країнах; цей стан найчастіше уражає жінок віком 20-40 років. За Римськими критеріями IV, про СПК свідчить абдомінальний біль, наявний щонайменше 1 день на тиждень, асоційований зі змінами консистенції калових мас і частоти дефекації та погіршенням якості життя. Поширеними симптомами діарейного варіанта СПК (СПК-Д) є здуття та відчуття розтягнення живота, невідкладні позиви до дефекації, відчуття неповного відходження калових мас, наявність слизу в калі. При діагностиці важливо виключити наявність у пацієнта симптомів тривоги: появи клініки у віці >50 років, неояснюваного схуднення, рецидивних кровотеч та/або анемії, сімейного анамнезу запальних захворювань кишківника, целиакії, колоректального раку (рис. 1).



Рис. 1. Послідовний алгоритм диференційної діагностики ХД

Примітки: ПЗ – підшлункова залоза; IgA – імуноглобуліни класу А.

^a Свідчить про целіакію.

^b Свідчить про СПК-Д (якщо проведення аналізу на кальпротектин неможливе, визначають лактоферин; якщо обидва аналізи недоступні – С-реактивний білок).

^c У певних популяціях.

^d Відповідно до підозр лікаря-клініциста чи для диференційного діагнозу.

^e Аналіз для оцінки функції печінки за підозри на ЕНПЗ.

Діагноз СПК зазвичай встановлюється на підставі клінічної картини. З огляду на домінуючий патерн дефекації виділяють чотири варіанти СПК: СПК-Д (до 40% усіх випадків), СПК із закрепом, СПК із чергуванням діареї та закрепу й неklasифікований СПК.

У диференційній діагностиці можуть допомогти характеристики калових мас (табл.).



Хоча ЕНПЗ зазвичай асоціюється з хворобами ПЗ, цей стан можуть спричиняти й екстрапанкреатичні хвороби.

В осіб з ЕНПЗ виявляють типові ознаки синдрому мальабсорбції (діарею, відчуття розтягнення

ТАБЛИЦЯ. Диференційна діагностика ХД з огляду на характеристики калових мас

Водянисті	Жирні	Запальні
<i>Осмотичні діареї</i> - Мальабсорбція вуглеводів - Целіакія - Вживання осмотичних проносних засобів <i>Секреторні діареї</i> - Мальабсорбція жовчних кислот - Мікроскопічний коліт - Ендокринопатії (ЦД, гіпертиреоз) - Прийом медикаментів (наприклад, метформіну) <i>Функціональні діареї</i> - СПК - Власне функціональна діарея	<i>Мальабсорбція або мальдигестія</i> - Целіакія - Синдром надмірного бактерійного росту в тонкому кишечнику - Лямбліоз - Хвороба Віппла - Неадекватна концентрація жовчних кислот у просвіті кишечника - ЕНПЗ	<i>Запальні захворювання кишечника</i> - Сегментарний коліт, асоційований із дивертикульозом - Інфекційні хвороби <i>Clostridium difficile</i> - Інвазивні бактерійні інфекції - Інвазивні паразитарні інфекції - Ішемічний коліт - Променивий коліт - Лімфома

живота, спазматичні абдомінальні болі, здуття живота, схуднення) та нутритивних дефіцитів (дефіциту жиророзчинних вітамінів, мікронутрієнтів, білків). Клінічна картина ЕНПЗ залежить від причини цього стану, виразності дефіциту ферментів і вмісту жирів у раціоні. Зазвичай пацієнти повідомляють про жирний кашоподібний кал із неприємним запахом, здуття живота та схуднення.

ЕНПЗ слід виключити в пацієнтів із ХД за наявності анамнезу хвороб ПЗ (гострий, рецидивний або хронічний панкреатит; муковісцидоз; рак ПЗ; гострий некротичний панкреатит; ЦД), чинників ризику чи сімейного анамнезу цих хвороб, перенесених операцій у ділянці ПЗ або шлунка.

Зазвичай діагностика ЕНПЗ потребує наявності певних симптомів, нутритивних маркерів і відповідних результатів неінвазивних тестів для визначення функції ПЗ, як-от коефіцієнт абсорбції жирів (КАЖ) і фекальна еластаза-1 (ФЕ-1). Прямий секретин-холецистокініновий тест є найчутливішим аналізом для виявлення зменшення стимульованої панкреатичної секреції, проте він є інвазивним, дорогим, складним у виконанні та часозатратним, тому не використовується в клінічній практиці.

Золотим стандартом для діагностики ЕНПЗ є КАЖ, але цей тест потребує від пацієнта дотримання спеціального раціону, який містить 100 г жирів на добу протягом 5 днів, і збору всіх калових мас за 3-5-й день. Ця процедура складна у виконанні та неприємна для пацієнта, тому вона також рідко використовується.

Своєю чергою, вміст ФЕ-1 у калі можна виміряти за допомогою імуноферментного аналізу невеликого зразка калових мас. Цей аналіз є простим і широкодоступним, тому найчастіше використовується для оцінки функції ПЗ. Слід зауважити, що низький рівень ФЕ-1 не дає змоги однозначно виключити СПК-Д.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХД

Для встановлення точного діагнозу в осіб із ХД рекомендовано застосовувати чотирикроковий діагностичний процес.

✓ Крок 1.

Ретельний збір анамнезу та фізикальне обстеження

Пацієнтів, які звертаються до лікаря з ХД, варто детально розпитати про симптоми та попередній анамнез діареї, а також визначити в них характер калових мас (табл.). Утім, ці критерії не дають можливості зробити остаточний висновок.

Надалі потрібно виявити патерн діареї: чи є вона безперервною, рецидивною або пов'язаною

з прийомами їжі. Варто запитати про час початку діареї, провокувальні чинники, обсяг калових мас і наявність домішок (кров, слиз, жир); з'ясувати наявність нічної діареї та невідкладних позивів до дефекації або нетримання калу.

✓ Крок 2.

Виявлення чинників ризику, ятрогенних чинників і попередніх діагнозів

Потрібно встановити, чи не подорожував пацієнт нещодавно до регіонів із високою поширеністю діарейних патогенів (наприклад, лямблій); чи не підлягав гастроінтестинальним хірургічним утручанням (видаленню жовчного міхура, ілеоцекальної резекції, шунтуванню шлунка за Roux-en-Y); чи не отримував променеви терапію та чи не приймає препаратів, здатних провокувати діарею.

Підвищеним ризиком розвитку діареї можуть супроводжуватися хвороби печінки й панкреатобіліарної системи, новоутворення та системні захворювання (ендокринні, судинні або імунологічні).

✓ Крок 3.

Виключення симптомів тривоги

Деякі клінічні ознаки можуть свідчити про серйозніші захворювання, зокрема раптовий початок у пацієнтів похилого віку, нічна діарея, тяжкі симптоми або їх погіршення, непояснюване схуднення, сімейний анамнез шлунково-кишкових або системних захворювань, наявність крові в калі чи непояснюваний залізодефіцит.

✓ Крок 4.

Початкове лабораторне обстеження

Діагностична стратегія має ґрунтуватися на даних анамнезу та фізикального обстеження. Якщо наявні симптоми тривоги, слід передусім виключити найімовірніші причини. Наприклад, в осіб із ХД із жирними каловими масами, асоційованою з прийомом їжі, в поєднанні зі схудненням і дефіцитом жиророзчинних вітамінів найперше слід виключити ЕНПЗ. Для цього найчастіше використовується визначення ФЕ-1 (рівень <200 мкг/г фекалій вказує на низьку ферментну функцію ПЗ). Пацієнтам із симптомами, подібними до функціональної діареї або СПК-Д, і без симптомів тривоги рекомендовано провести скринінг на целиакію (антитіла до тканинної трансглютамінази класу IgA та загальні антитіла класу IgA), запальні захворювання кишківника (фекальний кальпротектин, лактоферин чи С-реактивний білок) і лямбліоз. Американська гастроентерологічна асоціація також пропонує обстежити цих осіб щодо діареї, спричиненої неадекватною концентрацією жовчних кислот у просвіті кишківника (за допомогою

визначення вмісту жовчних кислот у фекаліях за 48-годинний період або сироваткового фактора росту фіброblastів-19).

АЛГОРИТМ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХД: ФОКУС НА СПК-Д ТА ЕНПЗ

Авторами було запропоновано алгоритм диференціації СПК-Д та ЕНПЗ від інших діарейних синдромів (рис. 2).

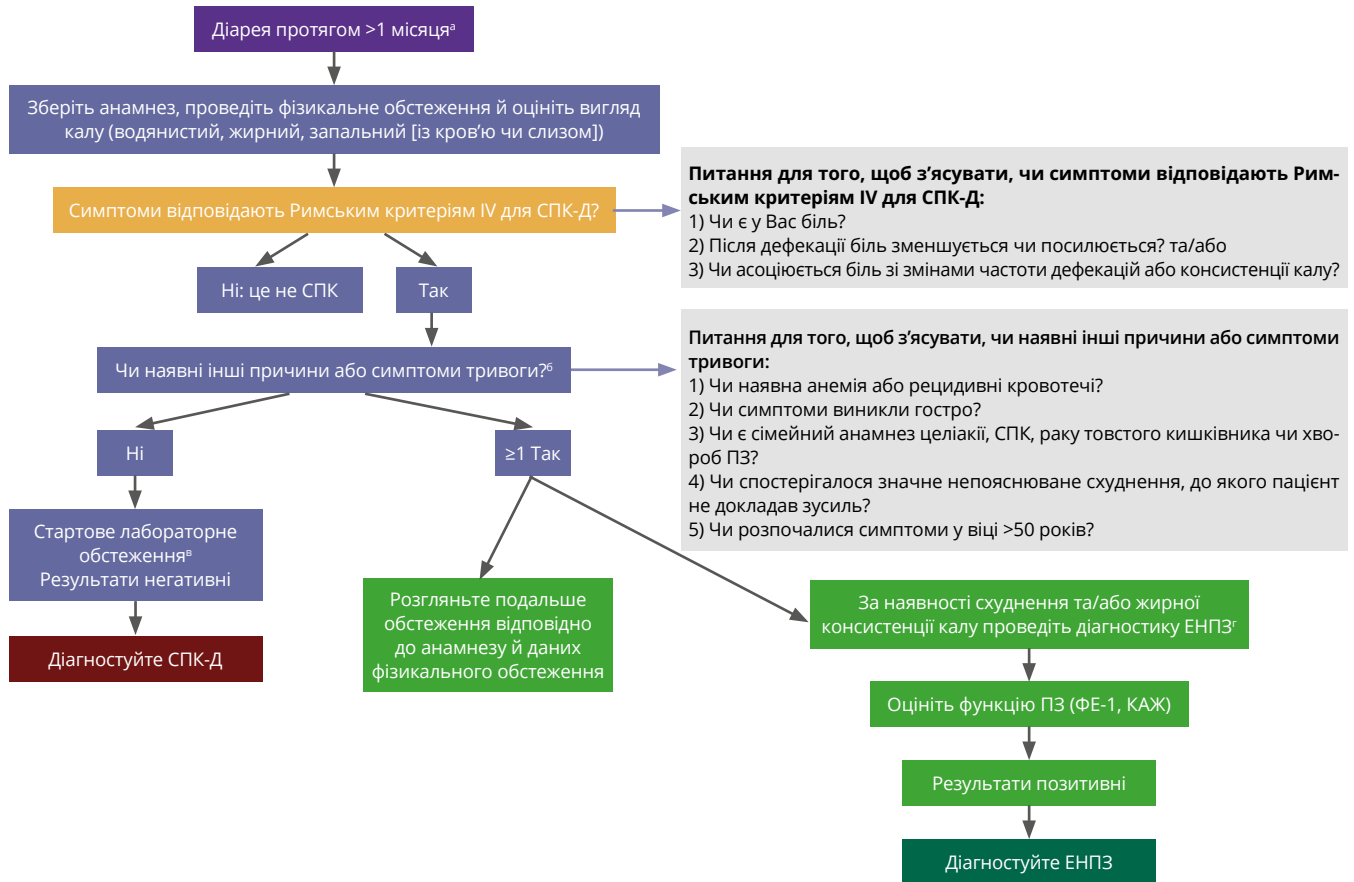


Рис. 2. Загальна стратегія диференційного діагнозу для пацієнтів із ХД: ЕНПЗ чи СПК-Д?

Примітки: ^а Клінічний діагноз СПК потребує наявності діареї протягом >2 місяців.

^б Якщо наявний ≥1 симптом тривоги, може бути потрібне подальше обстеження.

^в Розгорнутий аналіз крові, С-реактивний білок, фекальний кальпротектин або лактоферин, антитіла до тканинної трансглутамінази та загальні IgA.

^д Зазвичай за наявності хвороб ПЗ, хірургічних утручань на шлунку або ПЗ та чинників ризику хвороб ПЗ (зложвання алкоголем, куріння).

ОБГОВОРЕННЯ

Діарея є поширеним, але складним розладом, який провокують численні етіологічні та патогенетичні чинники. Розрізнення різноманітних видів ХД може становити вагомую проблему, особливо в разі збігу симптомів.

Одним зі станів, які найчастіше плутають із СПК-Д, є ЕНПЗ. І навпаки, особам з ЕНПЗ нерідко встановлюють діагноз СПК-Д. Тому автори цього огляду запропонували алгоритм, покликаний допомогти диференціювати два захворювання. Застосування цього алгоритму здатне допомогти практичним лікарям у своєчасному встановленні діагнозу та зменшити кількість зайвих обстежень, таким чином запобігаючи відтермінуванню належного лікування та сприяючи покращенню якості життя пацієнта.

Література

Brenner D.M., Domínguez-Muñoz J.E. Differential diagnosis of chronic diarrhea: an algorithm to distinguish irritable bowel syndrome with diarrhea from other organic gastrointestinal diseases, with special focus on exocrine pancreatic insufficiency. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2023; 57 (7): 663-670. doi: 10.1097/MCG.0000000000001855.