

<https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.01.04>
УДК 616.348-002:616.34-008.1-008.6]-07-079.4

П.П. Снісаревський, О.О. Дядик, А.Е. Дорофєєв, Т.П. Снісаревська
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ, Україна

ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ АКТИВНОГО НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ ТА СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

Проведено порівняльний аналіз клінічних, лабораторних та ендоскопічних даних 80 хворих із неспецифічним виразковим колітом (НВК) 1–3-го ступенів активності і 82 хворих із синдромом подразненого кишечника (СПК) із метою визначення можливих диференційно-діагностичних критеріїв даних захворювань. Установлено, що НВК розвивається з однаковою частотою в чоловіків і жінок, у той час як СПК частіше за все розвивається в жінок. Середній вік хворих із НВК є більшим, ніж середній вік хворих із СПК. НВК частіше розвивається у хворих після 40 років, СПК – у хворих у віці від 18 до 40 років. У хворих із НВК 2-го і 3-го ступенів активності больовий синдром по ходу кишечника зустрічається з однаковою частотою. Розлади стулу зустрічаються з однаковою частотою у хворих із НВК 1–3-го ступенів активності та СПК. У хворих із НВК 2-го і 3-го ступенів активності з однаковою частотою діагностують анемію, підвищений рівень швидкості осідання еритроцитів. Підвищений рівень фекального кальпротектину документують з однаковою частотою у хворих із НВК 1–3-го ступенів активності. Кровотечі в товстому кишечнику є характерною ендоскопічною знахідкою для хворих із НВК 3-го ступеня активності. Ерозивно-виразкові зміни в товстому кишечнику знаходять з однаковою частотою у хворих із НВК 1–3-го ступенів активності. Чітких диференційно-діагностичних критеріїв різних ступенів активності НВК та НВК і СПК за аналізу не виявлено. Одержані дані актуалізують проведення комплексного морфологічного дослідження, яке б дозволило виявити диференційно-діагностичні критерії НВК і СПК, що сприятиме вдосконаленню лікувально-діагностичного процесу у хворих даної категорії та покращить прогноз захворювання.

Ключові слова: диференційно-діагностичні критерії, активний неспецифічний виразковий коліт, синдром подразненого кишечника.

Вступ

Захворювання кишечника залишаються однією з найбільш складних і невирішених проблем сучасної гастроентерології та колопроктології, що зумовлено їхньою широкою розповсюдженістю серед людей різного віку та статі, тяжкістю перебігу та труднощами діагностики [1]. Дані світової статистики

свідчать про щорічне збільшення кількості людей, які страждають від захворювань кишечника. Серед причинних факторів виникнення даних захворювань виділяють низьку якість і незбалансоване харчування, психоемоційне перенапруження, самолікування, пізні звернення по спеціалізовану медичну допомогу та ін. [2, 3].

© П.П. Снісаревський, О.О. Дядик, А.Е. Дорофєєв, Т.П. Снісаревська, 2021

Захворювання кишечника, як відомо, поділяють на органічні й функціональні. До функціональних захворювань відносять синдром подразненого кишечника (СПК), функціональний запор, функціональну діарею, функціональне здуття та неспецифічний функціональний розлад; до органічної патології – інфекційні ентерити й коліти, неспецифічний виразковий коліт (НВК), хворобу Крона, доброякісні та злоякісні пухлини, дивертикули кишечника, особливі форми коліту (ішемічний, радіаційний та псевдомембранозний), целиацію та ін. [2]. Нині функціональні захворювання кишечника зустрічаються значно частіше порівняно з органічною патологією [4].

До найпоширеніших функціональних і органічних захворювань кишечника відносять відповідно СПК і НВК. Розповсюдженість СПК у світі в середньому коливається від 10 до 35 %, а захворюваність становить від 1,35 до 1,50 % [5]. Захворюваність на НВК у світі становить від 0,6 до 24,3 на 100 тисяч населення, а розповсюдженість досягає 505 на 100 тисяч населення [6].

Проведено численні дослідження вітчизняних та іноземних учених, однак етіологія й патогенез СПК і НВК залишаються недостатньо розкритими [1]. Складною і невирішеною проблемою є пошук діагностичних та диференційно-діагностичних критеріїв СПК і НВК. Незважаючи на наявність міжнародних стандартів діагностики, СПК розглядається як діагноз виключення, ураховуючи його неспецифічні прояви, подібні до інших гастроентерологічних захворювань клінічні симптоми, що часто призводить до діагностичних помилок [7]. Все зазначене актуалізує проведення даного дослідження.

Мета роботи – визначення можливих диференційно-діагностичних критеріїв різних ступенів активності НВК та НВК і СПК на основі порівняльного аналізу деяких клінічних, лабораторних та ендоскопічних даних.

Матеріал і методи

У дослідженні використовували архівний матеріал – медичні карти та дані обстежень 80 хворих із НВК та 82 хворих із СПК. Хворі знаходилися на лікуванні в комунальному некомерційному підприємстві Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня» або звертались за консультацією на кафедру патологічної та топографічної анатомії Націо-

нального університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика за період із 2017 по 2020 рік. Весь матеріал було розподілено на чотири групи. До групи 1 увійшли хворі з НВК 1-го ступеня активності (n=34). До групи 2 було віднесено хворих із НВК 2-го ступеня активності (n=27). До групи 3 було віднесено хворих із НВК 3-го ступеня активності (n=19). До групи 4 було віднесено хворих із СПК (n=82). Діагностику зазначеної патології кишечника у хворих груп 1–4 було проведено на основі клінічних даних, результатів лабораторних методів дослідження та фіброколоноскопії з морфологічним дослідженням біоптата. Тривалість захворювання в усіх групах не розрізнялась ($p > 0,05$) і становила в пацієнтів груп 1–4 відповідно ($6,9 \pm 1,1$); ($7,1 \pm 0,9$); ($7,4 \pm 1,2$) та ($7,0 \pm 1,2$) року.

При проведенні порівняльного аналізу клінічних, лабораторних та ендоскопічних даних у хворих груп 1–4 відмінності вважалися значущими при $p < 0,05$. Зв'язки між показниками в групах було вивчено при аналізі таблиць спряженості (2×2) за допомогою критерію χ^2 [8]. При очікуваних частотах < 5 використовували поправку Єйтса. Значущість відмінностей частот ознак у кожній групі вивчали при аналізі таблиць частот на основі критерію χ^2 [8], чисельне значення якого обчислювали за допомогою алгоритму [9]. При оцінюванні діагностичного критерію у випадках, коли співвідношення між наявністю і відсутністю ознаки в групах наближалось до 100 %, використовували біноміальний критерій [10].

Результати та їх обговорення

Відмінності між жінками й чоловіками в параметрах, які визначають стан здоров'я, є загальноновизнаними. Стан здоров'я жінок і чоловіків є різним і залежить не тільки від анатомо-фізіологічних відмінностей [11].

При аналізі груп 1–4 за гендерною ознакою було відмічено відсутність ($p > 0,05$) різниці між кількістю чоловіків і жінок у групах 1–3, у той час як у групі 4 превалювала ($p < 0,05$) кількість жінок над кількістю чоловіків. Так, кількість чоловіків і жінок в групах 1–4 становила відповідно 17 (50,0 %) і 17 (50,0 %), 14 (51,9 %) і 13 (48,1 %), 11 (57,9 %) і 8 (42,1 %), 29 (35,4 %) і 53 (64,6 %).

Визначений нами гендерний портрет НВК та СПК збігається з даними літератури. Однак деякі вчені відмічають, що в Європі після

45 років захворюваність на НВК дещо превалює в чоловіків [11].

Середній вік хворих у групах 1–3 [у 1-й – (49,1±1,8) року, у 2-й – (49,2±1,9) року, у 3-й – (49,4±2,5) року] був більшим ($p<0,05$) порівняно з відповідним показником групи 4 [(38,4±1,2) року]. У пацієнтів груп 1–3 середній вік хворих не розрізнявся ($p>0,05$).

Під час аналізу віку початку захворювання у групах 1–3 відмічалось превалювання ($p<0,05$) кількості випадків, коли захворювання починалось після 40 років, у той час як у групі 4 превалювала ($p<0,05$) кількість випадків, коли захворювання починалось у віці від 18 до 40 років (таблиця). Одержані нами

тяжким перебігом захворювання та частим розвитком ускладнень [14].

При обстеженні хворих груп 1–4 було проведено аналіз наявності болю по ходу кишечника (рис. 1). Кількість випадків з наявністю та відсутністю болю по ходу кишечника в групі 1 становила 9 (26,5 %) та 25 (73,5 %), у групі 2 – 21 (77,8 %) та 6 (22,2 %), у групі 4 – 6 (7,3 %) та 76 (92,7 %). У групі 3 в усіх випадках (19; 100 %) був наявний біль по ходу кишечника. У групах 1 і 4 превалювала ($p<0,05$) кількість випадків із відсутністю болю, у той час як у групі 2 превалювала ($p<0,05$) кількість випадків із болем. Кількість випадків із болем по ходу кишечника збільшувалась

Аналіз розподілу хворих груп 1–4 залежно від віку початку захворювання

Група	Вік початку захворювання, років				p
	від 18 до 40		після 40		
	абс. кількість	%	абс. кількість	%	
1-ша	10	29,4	24	70,6	<0,05
2-га	8	29,6	19	70,4	<0,05
3-тя	5	26,3	14	73,7	<0,05
4-та	65	79,3	17	20,7	<0,05

Примітка. Р – значущість відмінностей між кількістю хворих, у яких захворювання почалося у віці від 18 до 40 років, та тих, хто захворів після 40 років.

вікові характеристики досліджуваної патології кишечника збігаються з даними [12, 13].

Доведено, що ранній початок НВК (до 40 років) корелює з високою активністю процесу,

($p<0,05$) від групи 1 до групи 2 та мала тенденцію ($p>0,05$) до збільшення від групи 2 до групи 3. Кількість випадків із болем у групі 4 не відрізнялася ($p>0,05$) від такої у групі 1 та

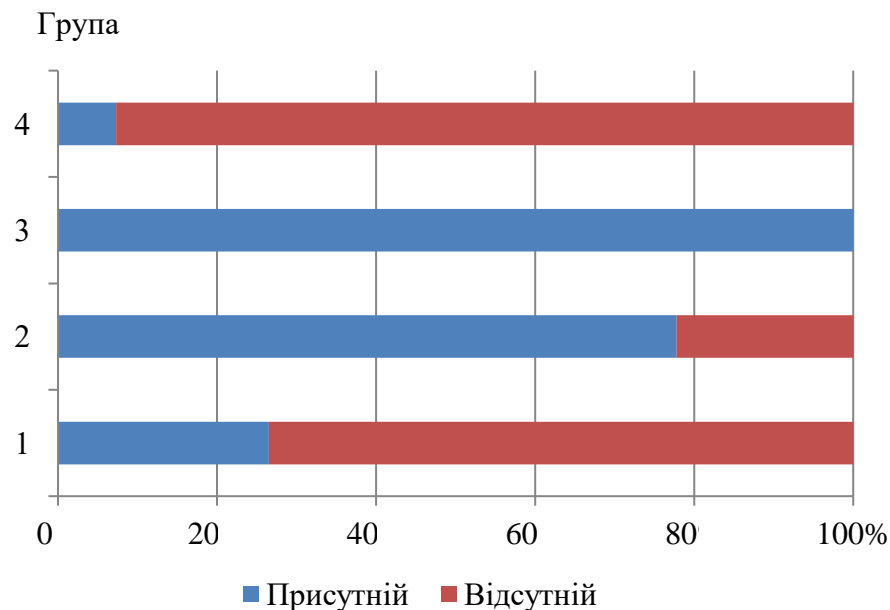


Рис. 1. Відносна кількість випадків із наявністю або відсутністю болю по ходу кишечника в пацієнтів груп 1–4

була меншою ($p < 0,05$), ніж у групах 2 і 3. Таким чином, завдяки аналізу наявності больового синдрому у хворих груп 1–4 можна, поперше, діагностувати НВК 2-го і 3-го ступеня активності з відсутністю можливості провести між ними диференційну діагностику, подруге, виключити НВК 1-го ступеня активності та СПК.

У хворих із активним НВК та СПК, за даними літератури, частою скаргою є розлади стулу, що характеризуються наявністю закріпів та діарей [15, 16]. У групах 1–4 превалювала ($p < 0,05$) кількість випадків із розладами стулу [група 1 – 30 (88,2 %), група 2 – 25 (92,6 %), група 3 – 17 (89,5 %), група 4 – 70 (85,4 %)] порівняно з кількістю випадків із незмінним стулом [група 1 – 4 (11,8 %), група 2 – 2 (7,4 %), група 3 – 2 (10,5 %), група 4 – 12 (14,6 %)] (рис. 2). Кількість випадків із розладами стулу в групах 1–4 не розрізнялась ($p > 0,05$). У порівняльному аналізі засвідчено,

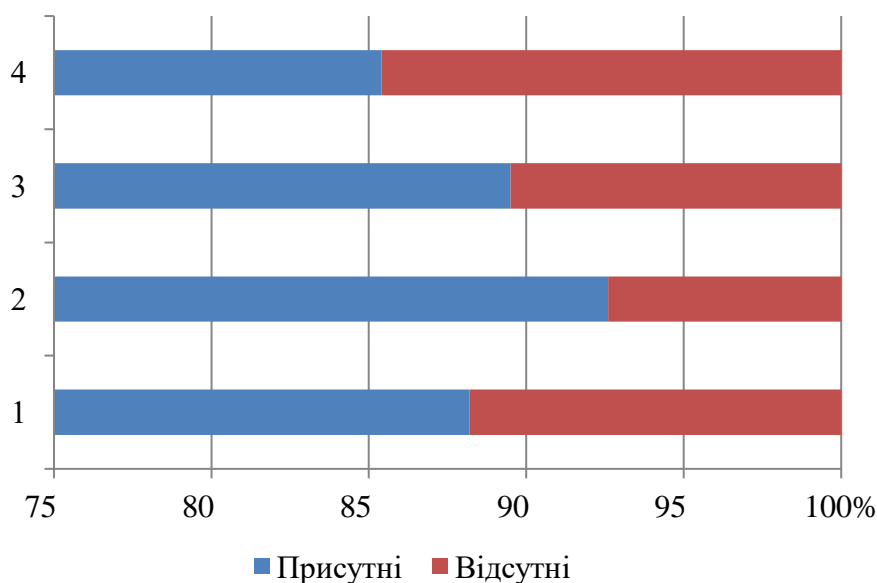


Рис. 2. Відносна кількість випадків із наявністю або відсутністю розладів стулу в пацієнтів груп 1–4

що наявність у хворого скарг на розлади стулу є характерною ознакою для НВК і СПК. Одержані дані не дозволяють провести диференційної діагностики різних ступенів активності НВК, а також НВК та СПК.

У хворих груп 1–4 було проведено аналіз кількості еритроцитів та рівня гемоглобіну з метою діагностики анемії (рис. 3), а також

рівнів швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) (рис. 4) та фекального кальпротектину.

При аналізі результатів клінічного аналізу крові у хворих групи 1 анемії не виявлено (34 випадки, 100 %). У групі 2 кількість випадків з анемією та без анемії не розрізнялась ($p > 0,05$) і становила відповідно 16 (59,3 %) і 11 (40,7 %). У групі 3 в усіх випадках (19; 100 %) було виявлено анемію. У групі 4 превалювала ($p < 0,05$) кількість випадків (79; 96,3 %) без анемії над кількістю випадків з анемією (3; 3,7 %). Кількість випадків з анемією не розрізнялась ($p > 0,05$) у групах 2 і 3. У групі 4 кількість випадків з анемією була меншою ($p < 0,05$), ніж у групах 2 і 3. Таким чином, наявність анемії у хворого є одним із критеріїв, що дозволяє діагностувати НВК 2-го і 3-го ступенів активності, виключити СПК та НВК 1-го ступеня активності.

Рівень ШОЕ не змінювався в усіх хворих групи 1 (34 випадки, 100 %), у той час як

у групах 2 і 3 в усіх випадках даний показник збільшувався [група 2 – 27 (100 %), група 3 – 19 (100 %)]. У групі 4 кількість випадків із незмінним рівнем ШОЕ (80; 97,6 %) була більшою ($p < 0,05$) порівняно з кількістю випадків (2, 2,4 %) із підвищеним рівнем ШОЕ. Крім того, у групі 4 кількість випадків із незмінним рівнем ШОЕ не відрізнялася ($p > 0,05$)

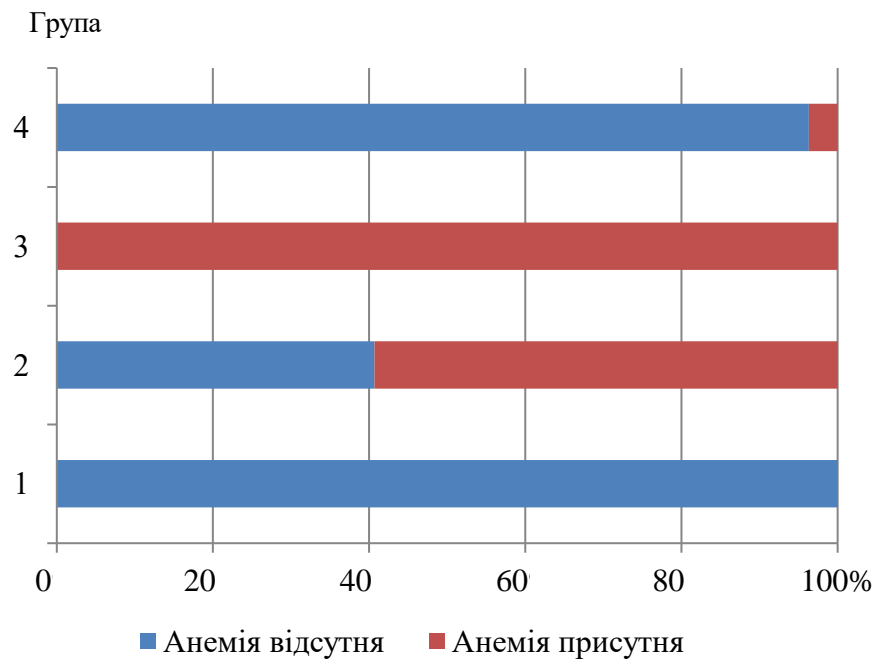


Рис. 3. Відносна кількість випадків із наявністю або відсутністю анемії у хворих груп 1–4

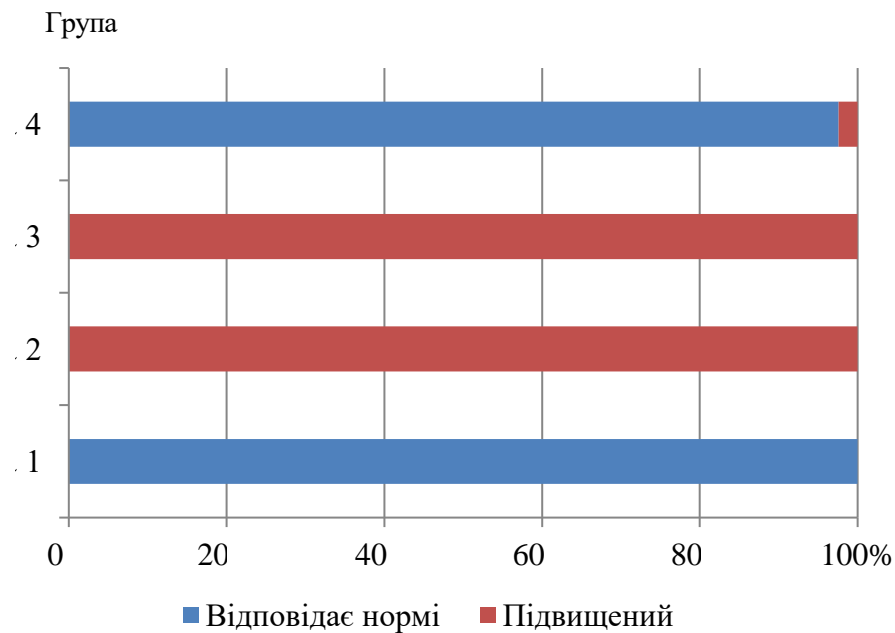


Рис. 4. Відносна кількість випадків із незмінним та підвищеним рівнем ШОЕ у хворих груп 1–4

від кількості у групі 1, а кількість випадків із підвищеним значенням даного показника була меншою ($p < 0,05$) за таку у групах 2 і 3. Отже, підвищений рівень ШОЕ дає можливість діагностувати НВК 2-го і 3-го ступенів активності, не проводячи між ними диференційної

діагностики, та виключити СПК і НВК 1-го ступеня активності.

У хворих із СПК вітчизняні й іноземні вчені також зазначають відсутність гематологічних змін. Дані літератури трохи суперечливі щодо наявності анемії та підвищеного рівня ШОЕ у

хворих із НВК різного ступеня активності. Частина вчених стверджує, що при класичному перебігу НВК різного ступеня активності в крові у хворих відмічаються лейкоцитоз, підвищення рівня ШОЕ та анемія. Деякі вчені стверджують, що у хворих із НВК 1-го ступеня активності всі гематологічні показники відповідають фізіологічній нормі, а при НВК 2-го і 3-го ступеня активності розвивається анемія, підвищується рівень ШОЕ та ін. [4, 17].

Фекальний кальпротектин, як відомо, є кальцій- та цинк-зв'язуючим білком, який міститься в цитоплазмі нейтрофілів і макрофагів та виступає маркером запалення кишечника [2]. У проведеному нами дослідженні рівень фекального кальпротектину в усіх випадках груп 1–3 був збільшений [група 1 – 34 (100 %), група 2 – 27 (100 %), група 3 – 19 (100 %)], а в групі 4 в усіх випадках (82; 100 %) відповідав фізіологічній нормі. Зі збільшенням ступеня активності НВК, тобто в напрямку від групи 1 до групи 3, кількість випадків із підвищеним рівнем кальпротектину не змінювалась ($p > 0,05$). Отже, підвищений рівень фекального кальпротектину, по-перше, дає можливість діагностувати у хворого активний НВК та виключити СПК, по-друге, не дозволяє визначити ступінь активності НВК.

У численних дослідженнях, проведених вітчизняними й іноземними вченими, також доведено незмінений рівень фекального кальпротектину при СПК та його збільшення при НВК, причому дане збільшення корелює зі ступенем активності захворювання [18]. Останній факт суперечить отриманим нами в ході даного дослідження результатам.

Крім того, у хворих груп 1–4 було проведено аналіз таких ендоскопічних знахідок, як наявність у товстому кишечнику кровотечі та ерозивно-виразкових змін. У групі 1 кишкова кровотеча була відсутня в усіх випадках (34; 100 %), однак у групах 2 і 3 були виявлені випадки наявності такої знахідки [група 2 – 4 (14,8 %), група 3 – 19 (100 %)], кількість яких збільшувалась ($p < 0,05$) у напрямку від групи 2 до групи 3. Кількість випадків із відсутністю кишкової кровотечі не розрізнялась ($p > 0,05$) у групах 1 (34; 100 %) і 2 (23; 85,2 %). У групі 4 кишкова кровотеча не відмічалась в жодному випадку (82; 100 %). Таким чином, наявність кровотечі при ендоскопічному дослідженні товстого кишечника дозволяє діа-

гностувати у хворого НВК 3-го ступеня активності, а також виключити НВК 1-го і 2-го ступеня активності та СПК.

Ерозивно-виразкові зміни у стінці товстого кишечника було виявлено при ендоскопічному дослідженні у хворих груп 1 (31; 91,1 %), 2 (27; 100 %), 3 (19; 100 %), причому в даних групах кількість таких випадків не розрізнялась ($p > 0,05$). Кількість випадків із відсутньою кишковою кровотечею була більшою ($p < 0,05$) у групі 4 (82; 100 %) порівняно з такою у групі 1 (3; 8,9 %). Отже, ерозивно-виразкові зміни у стінці товстого кишечника свідчать на користь НВК різних ступенів активності та дозволяють виключити СПК. Одержані дані не дозволяють провести диференційну діагностику різних ступенів активності НВК.

Висновки

1. Неспецифічний виразковий коліт 1–3-го ступенів активності розвивається з однаковою частотою в чоловіків і жінок, проте синдром подразненого кишечника частіше розвивається в жінок. Середній вік хворих із неспецифічним виразковим колітом [1-й ступінь активності – (49,1±1,8) року, 2-й ступінь активності – (49,2±1,9) року, 3-й ступінь активності – (49,4±2,5) року] є більшим за середній вік хворих із синдромом подразненого кишечника [(38,4±1,2) року]. Неспецифічний виразковий коліт 1–3-го ступенів активності частіше розвивається у хворих після 40 років, у той час як синдром подразненого кишечника – у хворих у віці від 18 до 40 років.

2. Больовий синдром по ходу кишечника зустрічається з однаковою частотою у хворих із неспецифічним виразковим колітом 2-го і 3-го ступенів активності. Розлади стулу зустрічаються з однаковою частотою у хворих із неспецифічним виразковим колітом 1–3-го ступенів активності та синдромом подразненого кишечника. У клінічному аналізі крові з однаковою частотою діагностують анемію й підвищений рівень швидкості осідання еритроцитів у хворих із неспецифічним виразковим колітом 2-го і 3-го ступенів активності. Підвищений рівень фекального кальпротектину документують з однаковою частотою у хворих із неспецифічним виразковим колітом 1–3-го ступенів активності. Кровотечі в товстому кишечнику є характерною ендоскопічною знахідкою у хворих із неспецифічним виразковим колітом 3-го ступеня активності. Ерозивно-

виразкові зміни в товстому кишечнику при ендоскопічному дослідженні знаходять з однаковою частотою у хворих із неспецифічним виразковим колітом 1–3-го ступенів активності.

3. Чітких диференційно-діагностичних критеріїв різних ступенів активності неспецифічного виразкового коліту, неспецифічного виразкового коліту та синдрому подразненого кишечника за порівняльного аналізу клінічних, лабораторних та ендоскопічних даних у біль-

шості випадків не виявлено. Одержані дані актуалізують проведення комплексного морфологічного дослідження, яке б дозволило виявити конкретні й чіткі морфологічні диференційно-діагностичні критерії неспецифічного виразкового коліту та синдрому подразненого кишечника, що, безумовно, сприятиме вдосконаленню лікувально-діагностичного процесу у хворих даної категорії, а також покращить прогноз захворювання.

Список літератури

1. Степанов Ю. М. Порушення мікробіоценозу товстого кишечника й частота синдрому надлишкового бактеріального росту у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника / Ю. М. Степанов, М. В. Тітова, О. М. Татарчук // Гастроентерологія. – 2020. – Т. 54, № 1. – С. 44–50.
2. Будзак И. Я. К вопросу о дифференциальной диагностике воспалительных и функциональных заболеваний кишечника / И. Я. Будзак // Гастроентерологія. – 2013. – № 2 (48). – С. 81–85.
3. Степанов Ю. М. Хвороби органів травлення – актуальна проблема клінічної медицини / Ю. М. Степанов, І. Ю. Скірда, О. П. Петішко // Гастроентерологія. – 2019. – Т. 53, № 1. – С. 1–6.
4. Михайлова Е. И. Дифференциальная диагностика органической и функциональной патологии кишечника на основе фекального лактоферрина и иммунохимического теста на скрытую кровь в кале / Е. И. Михайлова, Н. В. Филипенко // Проблемы здоровья и экологии. – 2010. – № 3. – С. 21–25.
5. Синдром раздраженного кишечника. Современные аспекты эпидемиологии, патогенеза и лечения (обзор) / И. В. Маев, Д. С. Бордин, Е. Ю. Еремина [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – Вып. 158, № 10. – С. 68–73.
6. Review of the epidemiology and burden of ulcerative colitis in Latin America / P. G. Kotze, F. Steinwurz, C. Francisconi [et al.] // Therapeutic advances in gastroenterology. – 2020. – Vol. 13. – P. 1–14.
7. Ахмедов В. А. Перспективы использования биомаркеров в диагностике синдрома раздраженного кишечника / В. А. Ахмедов, А. К. Саргсян, О. В. Гаус // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2020. – № 175 (3). – С. 94–101.
8. Кобзарь А. И. Прикладная математическая статистика / А. И. Кобзарь. – [2-е изд. испр.]. – М. : ФИЗМАТЛИТ, 2012. – 816 с.
9. Epitools. Epidemiological calculators. – Режим доступу : <https://epitools.ausvet.com.au/homogeneity>.
10. Рунион Р. Справочник по непараметрической статистике: современный подход / Р. Рунион. – М. : Финансы и статистика, 1982. – 198 с.
11. Гендерні особливості рівня маркерів запалення кишечника у хворих на неспецифічний виразковий коліт / Ю. М. Степанов, І. В. Псарьова, О. М. Татарчук [та ін.] // Гастроентерологія. – 2019. – Т. 53, № 4. – С. 252–257.
12. Gender differences in inflammatory bowel disease / T. Greuter, C. Manser, V. Pittet [et al.] // Digestion. – 2020. – Vol. 101, suppl. 1. – P. 98–104.
13. Kim Y. S. Sex-gender differences in irritable bowel syndrome / Y. S. Kim, N. Kim // Journal of Neurogastroenterology and Motility. – 2018. – Vol. 24, № 4. – P. 544–558.
14. Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 1: definitions, diagnosis, extra-intestinal manifestations, pregnancy, cancer surveillance, surgery, and ileo-anal pouch disorders / F. Magro, P. Gionchetti, R. Eliakim [et al.] // Journal of Crohn's and Colitis. – 2017. – Vol. 11, issue 6. – P. 649–670.
15. Feakins R. M. Inflammatory bowel disease biopsies: updated British Society of Gastroenterology reporting guidelines / R. M. Feakins, British Society of Gastroenterology // Journal of Clinical Pathology. – 2013. – Vol. 66, issue 12. – P. 1005–1026.
16. Шептулин А. А. Воспалительные заболевания кишечника и синдром раздраженного кишечника: сочетание двух нозологических форм или разные варианты одного заболевания? / А. А. Шептулин, К. Э. Виноградская // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 5. – С. 43–48.

17. Stein J. Management of iron deficiency anemia in inflammatory bowel disease – a practical approach / J. Stein, A. U. Dignass // *Annals of gastroenterology*. – 2013. – Vol. 26, № 2. – P. 104–113.

18. Bjarnason I. The use of fecal calprotectin in inflammatory bowel disease / I. Bjarnason // *Gastroenterology and Hepatology*. – 2017. – Vol. 13, issue 1. – P. 53–56.

References

1. Stepanov, Yu. M., Titova, M. V., & Tatarchuk, O. M. (2020). Porushennia mikrobiotsenozu товstoho kyshechnyka i chastota syndromu nadlyshkovoho bakterialnoho rostu u khvorykh na hronichni zapalni zahvoriuvannia kyshechnyka [Large intestine microbiocoenosis disorders and the incidence of small intestinal bacterial overgrowth syndrome in patients suffering from inflammatory bowel diseases]. *Gastroenterologia – Gastroenterology*, 54(1), 44–50. DOI: 10.22141/2308-2097.54.1.2020.199141 [in Ukrainian].

2. Budzak, I. Ya. (2013). K voprosu o differentsialnoi diahnostike vospalitelnykh i funktsionalnykh zabolevanii kyshechnika [On the problem of differential diagnosis of inflammatory and functional bowel diseases]. *Gastroenterologia – Gastroenterology*, 2(48), 81–85. Retrieved from <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-differentsialnoy-diahnostike-vospalitelnykh-i-funktsionalnykh-zabolevaniy-kyshechnika/viewer> [in Russian].

3. Stepanov, Yu. M., Skirda, I. Yu., & Petishko, O. P. (2019). Hvoroby orhaniv travlennia – aktualna problema klinichnoi medytsyny [Digestive system diseases: the actual problem of clinical medicine]. *Gastroenterologia – Gastroenterology*, 53(1), 1–6. DOI: 10.22141/2308-2097.53.1.2019.163450 [in Ukrainian].

4. Mikhailova, E. I., & Filipenko, N. V. (2010). Differentsialnaia diahnostika orhanicheskoi i funktsionalnoi patolohii kyshechnika na osnove fekalnoho laktoferrina i immunohimicheskoho testa na skrytuiu krov v kale [Differential diagnosis of organic and functional pathology bowels on the basis of fecal lactoferrin and immunochemical hemocult test]. *Problemy zdorov'â i êkologii – Health and Ecology Issues*, 3, 21–25. Retrieved from <https://journal.gsmu.by/jour/article/view/972/944> [in Russian].

5. Maev, I. V., Bordin, D. S., Eremina, E. U., Ichishina, T. A., Kaibysheva, V. O., Osipenko, M. F., et al. (2018). Sindrom razdrzhennoho kyshechnika. Sovremennyye aspekty epidemiolohii, patoheneza i lecheniia (obzor) [Irritable bowel syndrome. Modern aspects of epidemiology, pathogenesis and treatment (a review)]. *Eksperymentalnaia i klinicheskaia gastroenterologîia – Experimental and Clinical Gastroenterology*, 158(10), 68–73. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-158-10-68-73 [in Russian].

6. Kotze, P. G., Steinwurz, F., Francisconi, C., Zaltman, C., Pinheiro, M., Salese, L., & Ponce de Leon D. (2020). Review of the epidemiology and burden of ulcerative colitis in Latin America. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 13, 1–14. DOI: 10.1177/1756284820931739, PMID: 32695230, PMCID: PMC7350039.

7. Akhmedov, V. A., Sargsyan, A. K., & Gaus, O. V. (2020). Perspektivy ispolzovaniia biomarkerov v diahnostike sindroma razdrzhennoho kyshechnika [Prospects for the use of biomarkers in the diagnosis of irritable bowel syndrome]. *Eksperymentalnaia i klinicheskaia gastroenterologîia – Experimental and Clinical Gastroenterology*, 175(3), 94–101. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-175-3-94-101 [in Russian].

8. Kobzar, A. I. (2012). *Prikladnaia matematicheskaia statistika [Applied mathematical statistics]*. (2nd ed.). Moscow: FIZMATLIT, 816 p. [in Russian].

9. *Epitools. Epidemiological calculators*. Access mode: <https://epitools.ausvet.com.au/homogeneity>.

10. Runion, R. (1982). *Spravochnik po neparametricheskoi statistike: sovremennyi podkhod [Handbook of nonparametric statistics: modern approach]*. Moscow: Finance and statistics, 198 p. [in Russian].

11. Stepanov, Yu. M., Psareva, I. V., Tatarchuk, A. M., Stoykevich, M. V., Petishko, O. P., & Simonova, E. V. (2019). Henderni osoblyvosti rivnia markeriv zapalennia kyshechnyka u khvorykh na nespetsyfichni vyrazkovyi kolit [Gender features of the level of intestinal inflammatory markers in patients with ulcerative colitis]. *Gastroenterologia – Gastroenterology*, 53(4), 252–257. DOI: 10.22141/2308-2097.53.4.2019.182404 [in Ukrainian].

12. Greuter, T., Manser, C., Pittet, V., Vavricka, S. R., & Biedermann, L. (2020). Gender differences in inflammatory bowel disease. *Digestion*, 101(1), 98–104. DOI: 10.1159/000504701, PMID: 31995797.

13. Kim, Y. S., & Kim, N. (2018). Sex-gender differences in irritable bowel syndrome. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 24(4), 544–558. DOI: 10.5056/jnm18082, PMID: 30347934, PMCID: PMC6175559.

14. Magro, F., Gionchetti, P., Eliakim, R., Ardizzone, S., Armuzzi, A., Barreiro-de Acosta, M. et al. (2017). Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 1: definitions, diagnosis, extra-intestinal manifestations, pregnancy, cancer surveillance, surgery, and ileo-anal pouch disorders. *Journal of Crohn's and Colitis*, 11(6), 649–670. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjx008, PMID: 28158501.

15. Feakins, R. M., & British Society of Gastroenterology. (2013). Inflammatory bowel disease biopsies: updated British Society of Gastroenterology reporting guidelines. *Journal of Clinical Pathology*, 66(12), 1005–1026. DOI: 10.1136/jclinpath-2013-201885, PMID: 23999270.

16. Sheptulin A. A., & Vinogradskaya, K. E. (2019). Vospalitelnyie zabolevaniia kishechnika i sindrom razdrazhennoho kishechnika: sochetaniie dvukh nozolozhicheskikh form ili raznyie varianty odnoho zabolevaniia? [Inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome: overlap of two nosological forms or two variants of the same disease?]. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii – Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*, 29(5), 43–48. DOI: 10.22416/1382-4376-2019-29-5-43-48 [in Russian].

17. Stein, J., & Dignass, A. U. (2013). Management of iron deficiency anemia in inflammatory bowel disease – a practical approach. *Annals of Gastroenterology*, 26(2), 104–113. PMID: 24714874, PMCID: PMC3959949.

18. Bjarnason, I. (2017). The use of fecal calprotectin in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology and Hepatology*, 13(1), 53–56. PMID: 28420947, PMCID: PMC5390326.

П.П. Снисаревский, Е.А. Дядык, А.Э. Дорофеев, Т.П. Снисаревская
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Проведен сравнительный анализ клинических, лабораторных и эндоскопических данных 80 больных с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) 1–3-й степеней активности и 82 больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) в целях определения возможных дифференциально-диагностических критериев данных заболеваний. Установлено, что НЯК развивается с одинаковой частотой у мужчин и женщин, в то время как СРК чаще всего развивается у женщин. Средний возраст больных с НЯК больше, чем средний возраст больных с СРК. НЯК чаще развивается у больных после 40 лет, а СРК – у больных в возрасте от 18 до 40 лет. У больных с НЯК 2-й и 3-й степеней активности болевой синдром по ходу кишечника встречается с одинаковой частотой. Расстройства стула встречаются с одинаковой частотой у больных с НЯК 1–3-й степеней активности и СРК. У больных с НЯК 2-й и 3-й степеней активности с одинаковой частотой диагностируют анемию, повышенный уровень скорости оседания эритроцитов. Повышенный уровень фекального кальпротектина документируют с одинаковой частотой у больных с НЯК 1–3-й степеней активности. Кровотечения в толстом кишечнике являются характерной эндоскопической находкой для больных с НЯК 3-й степени активности. Эрозивно-язвенные изменения в толстом кишечнике находят с одинаковой частотой у больных с НЯК 1–3-й степеней активности. Четких дифференциально-диагностических критериев различных степеней активности НЯК, а также НЯК и СРК в ходе анализа не выявлено. Полученные данные актуализируют проведение комплексного морфологического исследования, которое позволило бы выявить дифференциально-диагностические критерии НЯК и СРК, что усовершенствует лечебно-диагностический процесс у больных данной категории и улучшит прогноз заболевания.

Ключевые слова: дифференциально-диагностические критерии, активный неспецифический язвенный колит, синдром раздраженного кишечника.

P.P. Snisarevskiy, O.O. Dyadyk, A.E. Dorofeyev, T.P. Snisarevska

DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC CRITERIA OF ACTIVE ULCERATIVE COLITIS AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME

The authors conducted a comparative analysis of clinical, laboratory and endoscopic data of 80 patients with ulcerative colitis (UC) of the 1st, 2nd, 3rd degrees of activity and 82 patients with irritable bowel syndrome (IBS) to determine the possible differential-diagnostic criteria of these diseases. It has been found that UC of the 1st, 2nd, 3rd degrees of activity develops with equal frequency among men and women, but IBS develops more often in women. The average age of patients with UC [the 1st degree of activity – (49.1±1.8) years, the 2nd degree of activity – (49.2±1.9) years, the 3rd degree of activity – (49.4±2.5) years] is higher compared to the average age of patients with IBS [(38.4±1.2) years]. UC of the 1st, 2nd, 3rd degrees of activity more often develops in patients after 40 years, while IBS in patients at the age of 18 till 40 years. Pain along the intestine occurs with equal frequency in patients with UC of the 2nd and 3rd degrees of activity. Stool disorders occur with equal frequency in patients with UC of the 1st, 2nd, 3rd degrees of activity and IBS. In a clinical blood test with the same frequency diagnose anemia and increased erythrocyte sedimentation rate in patients with UC of the 2nd and 3rd degrees of activity. Increased level of fecal calprotectin is documented with equal frequency in patients with UC of the 1st, 2nd, 3rd degrees of activity. Bleeding in the large intestine is a characteristic endoscopic finding for patients with UC of the 3rd degree of activity. Erosive-ulcerative changes in the large intestine on endoscopic examination are found with equal frequency in patients with UC of the 1st, 2nd, 3rd degrees of activity. The comparative analysis of clinical, laboratory and endoscopic data in most cases did not allow to identify the clear differential-diagnostic criteria for different degrees of activity of UC, UC and IBS. The data obtained by the authors update the conduct of a comprehensive morphological study, which would identify the specific and clear differential-diagnostic criteria of UC and IBS, which will certainly improve the treatment and diagnostic process among this category of patients and also diseases prognosis.

Keywords: *differential-diagnostic criteria, active ulcerative colitis, irritable bowel syndrome.*

Надійшла 27.12.2020

Відомості про авторів

Снісаревський Павло Петрович – аспірант кафедри патологічної та топографічної анатомії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, завідувач патолого-анатомічного відділення КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня».

Адреса: Україна, 04106, м. Київ, вул. Баговутівська, 1, КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня».

Тел.: +38(050)167-83-76.

E-mail: sneip78@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4454-3678.

Дядик Олена Олександрівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри патологічної та топографічної анатомії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Адреса: Україна, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Тел.: +38(050)470-22-37

E-mail: alena0566@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9912-4286.

Дорофєєв Андрій Едуардович – доктор медичних наук, професор, професор кафедри терапії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Адреса: Україна, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Тел.: +38(099)769-39-45.

E-mail: dorofeyevand@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2631-8733.

Снісаревська Тетяна Петрівна – асистент кафедри терапії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Адреса: Україна, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Тел.: +38(050)167-83-72.

E-mail: taneris77@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3931-2848.