

**Мезим® форте**  
 та представництво «Берлін-Хемі» – переможці XII щорічного  
 конкурсу професіоналів фармацевтичної галузі України  
 «ПАНАЦЕЯ-2011» – щиро вдячні Вам за визнання!



Р.П. № UA/10362/01/01 від 30.12.2009  
 Р.П. № UA/7977/01/01 від 18.03.2008

**Довіра  
 підтверджена  
 часом!**



**ПРЕПАРАТ  
 РОКУ 2005**



**ПРЕПАРАТ  
 РОКУ 2011**



**BERLIN-CHEMIE  
 MENARINI**

Представництво в Україні:  
 02098, Київ, вул. Березняківська, 29  
 тел.: (044) 494-3388, факс: (044) 494-3389



# Коморбідний хронічний панкреатит у пацієнтів з патологією кишечника: підходи до лікування на прикладі клінічних випадків

**У повсякденній клінічній практиці хронічний панкреатит і хронічний коліт є досить поширеним поєднанням. Коморбідність у цьому випадку означає не просто співіснування двох нозологій в одного хворого, а їхній взаємообтяжуючий перебіг, коли наслідки однієї патології є ланками патогенезу іншої. Інколи важко буває визначити, яке із захворювань є первинним, а яке – вторинним.**

Розвиток панкреатиту на тлі хронічних колітів пов'язаний з підвищенням тиску в просвіті кишечника, що погіршує умови для відтоку секрету підшлункової залози, а також з порушенням продукції слизово-оболонкою регуляторних пептидів – секретину та холецистокініну-панкреозиміну. Постійний дефіцит панкреатичних ферментів призводить до розвитку синдрому мальабсорбції, гіперосмолярної діареї зі зниженням абсорбції води й електrolітів, прогресуючого схуднення хворих. Хронічне запалення слизової оболонки кишечника додатково порушує процеси пристінкового травлення, що також негативно позначається на трофічному статусі хворих. В разі хронічного панкреатиту з порушенням зовнішньосекреторної функції підшлункової залози відбувається постійне подразнення слизової оболонки товстої кишки продуктами неповного перетравлення їжі, що замикає коло взаємообтяження патології кишечника і підшлункової залози.

Паралельно розвивається дисбіоз товстої кишки, що характеризується зменшенням кількості біфідобактерій, кишкової палички, лактобактерій, інтенсивним розмноженням умовно-патогенної та/або появою патогенної флори. Порушення мікробіоценозу товстої кишки з розвитком гнильних і бродильних процесів посилює такі спільні симптоми хронічного коліту і панкреатиту, як метеоризм і діарея.

У випадку синдрому мальабсорбції, що спостерігається в більшості хворих із хронічною патологією кишечника та вторинним панкреатитом, для зменшення болювого синдрому, покращення процесів порожнинного травлення і відновлення трофічного статусу доцільно призначати ферментні препарати, що містять високі або середні дози панкреатичної ліпази. Ферментна терапія показана за наявності стеатореї, прогресуючої трофологічної недостатності, стійкого діарейного синдрому та диспепсичних скарг.

Препарати панкреатичних ферментів, що застосовуються у цієї категорії хворих, не повинні містити додаткових добавок, тому що жовчні кислоти й пепсин, які входять до складу деяких комбінованих засобів, можуть стимулювати зовнішньосекреторну функцію підшлункової залози, посилюючи при цьому абдомінальний біль, а також зумовлювати діарею за рахунок холагенного компоненту. Клінічний досвід українських гастроентерологів свідчить про те, що оптимальним вибором для швидкого послаблення болювого синдрому і нормалізації процесів травлення у хворих із вторинним панкреатитом є такі ферментні препарати, як Пангрол і Мезим 10 000, які містять високі дози ліпази свинячого панкреатину (М.Б. Шербініна, 2009-2011; А.Е. Дорофєв, 2011).

Поєднання дієтичних обмежень та адекватної ферментної терапії дозволяє покращити стан хворих і добитися регресу запалення тканини підшлункової залози вже з 1-го тижня лікування, що демонструють представлені клінічні випадки.

## Клінічний випадок 1



**Лікар: Олена Вікторівна Сорочан**

Місце роботи: ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.

Фах, посада, наукове звання: гастроентерологія; кандидат медичних наук.

Стаж роботи: 11 років, вища кваліфікаційна категорія.

**Пацієнтка Х., 59 років.** Поступила до стаціонару 09.03.2011 р. зі скаргами на біль у лівому підребер'ї, переважно після їди, нудоту, спастичний біль за ходом кишечника, здуття, дискомфорт у животі, часті рідкі випорожнення до 7 разів на добу з домішками неперетравленої їжі та слизу, зниження маси тіла на 10 кг протягом останніх 3 міс, загальну слабкість.

**Анамнез хвороби.** Вважає себе хворою з 1993 р. після перенесеної холецистектомії з приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), коли з'явилися пронози, періодичний біль у животі. Приблизно тоді було виявлено цукровий діабет. У грудні 2011 р. після харчового навантаження самопочуття хворої погіршилося: посилився біль у животі, збільшилася частота стула, прогресивно знижувалася вага. Лікувалась амбулаторно за місцем проживання, але без особливого ефекту.

**Анамнез життя.** У 1993 р. перенесла видалення жовчного міхура з приводу ЖКХ. 1995 р. – операція з приводу холодохольохалькулозу. 2005 р. – операція з приводу грижі передньої черевної стінки. З 1993 р. спостерігається в ендокринолога з приводу цукрового діабету. Отримує інсулін (6 МО/добу). З 2000 р. спостерігається в кардіолога з приводу ішемічної хвороби серця (ІХС), артеріальної гіпертензії (АГ) II ст.

**Об'єктивний огляд.** На момент госпіталізації стан хворої середнього ступеня тяжкості. Хвора нормальної тілобудови. Шкіра та видимі слизові помірно вологі, чисті, блідо-рожеві. Набряків немає. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Частота дихання – 16/хв. Тони серця приглушені, ритм правильний. АТ – 130/80 мм рт. ст. Пульс – 76 уд/хв. Язик обкладений білим нальотом, сухий. Живіт здутий, болісний за ходом кишечника, в епігастрії, лівому підребер'ї. Печінка біля краю реберної дуги, селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

### Дані лабораторних та інструментальних методів обстеження

**Загальний аналіз крові від 10.03.11.** Гемоглобін 112 г/л, еритроцити  $3,7 \times 10^{12}$ /л, кольоровий показник 0,86, лейкоцити  $4,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ 30 мм/год. Лейкограма: паличкоядерні 4%, сегментоядерні 67%, лімфоцити 28%, моноцити 1%.

**Біохімічний аналіз крові від 10.03.11.** Білок загальний 65 г/л, білірубін 10,6 мкмоль/л, лужна фосфатаза 0,64 ммоль/л, аланінамінотрансфераза (АЛТ) 0,17 ммоль/лхгод<sup>-1</sup>, глюкоза 6,4 ммоль/л, амілаза 32,8 од/л, сечовина 6,8 ммоль/л, креатинін 74 мкмоль/л.

**Глікемічний профіль від 17.03.11.** 8:00 – 5,2 ммоль/л, 12:00 – 6,8 ммоль/л, 14:00 – 5,0 ммоль/л.

**Аналіз крові натще на цукор від 29.03.11.** 5,6 ммоль/л.

**Загальний аналіз сечі від 10.03.11.** Реакція лужна, білок 0,02%, глюкоза – не знайдено, еритроцити свіжі 0-2 у полі зору, лейкоцити 3-5 місіями у полі зору, епітелій плоский 4-8 у полі зору.

**Амілаза сечі від 10.03.11.** 65,6 од/год.

**Аналіз мікрофлори калу від 17.03.11.** Відхилення за рахунок різкого зниження кількості лакто- та біфідобактерій.

**Фіброгастроудоденоскопія від 10.03.11.** Стравохід прохідний, слизова оболонка рожева. У шлунку знаходиться шлунковий сік із домішками жовчі. Слизова шлунка рожева, вогнищево запалена. Ворота відкриті. Цибулина дванадцятипалої кишки деформована, з дивертикулоподібним утворенням по верхній стінці, що нагадує холодоходоуденоаностомоз. Слизова дванадцятипалої кишки рожева. Фатерівий сосок звичайної форми, його корона помірно запалена.

**Висновок.** Вогнищевий гастрит на тлі дуоденогастрального рефлюксу. Деформація цибулини дванадцятипалої кишки. Катаральний папуліт.

**Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини від 15.03.11.**

Печінка 142x76 мм, контури рівні, паренхіма неоднорідна, підвищеної ехогенності. Помірне дистальне затухання сигналу. Діаметр холодоху – 6 мм, ворітної вени – 10 мм, нижньої порожнистої вени – 17 мм. Судинний малюнок згладжений. Жовчний міхур відсутній.

Підшлункова залоза 28x17x23 мм, контури нерівні, нечіткі. Паренхіма неоднорідна, підвищеної ехогенності. Селезінка 47x100 мм, однорідна, діаметр селезінкової вени – 6 мм.

Під час огляду черевної порожнини привертає увагу виражене здуття кишечника.

**Висновок.** УЗД-ознаки хронічного панкреатиту. Дифузні зміни печінки.

**Ректороманоскопія від 11.03.11.** Тубус ректоскопу проведено на 18 см. По всій довжині слизова оболонка неоднорідного забарвлення, вивончена, з підсиленням судинним малюнком. Анальний сфінктер подразнений.

**Висновок.** Субатрофічний проктит, катаральний сфінктерит.

**Цитологічне дослідження від 11.03.11.** У мазку поодинокі скупчення лейкоцитів до 5-8.

**Іригоскопія від 11.03.11.** Контрастна маса ретроградно заповнила всі відділи товстого кишечника, гаустрація збережена. Термінальний відділ здухвинної кишки без особливостей. Після випорожнення бар'єр за ходом петель кишечника, в нисхідному відділі рельєф слизової оболонки згладжений.

**Висновок.** Хронічний коліт.

**Електрокардіографія.** Дифузні зміни міокарда, гіпертрофія лівого шлуночка.

На підставі скарг хворої, клінічного огляду, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження встановлено **діагноз.**

**Основний.** Хронічний коліт змішаного генезу середнього ступеня тяжкості з гіпермоторним синдромом, фаза загострення.

**Сполучений з основним.** Постхолецистектомічний синдром (ПХЕС), гепатопанкреатична форма. Хронічний панкреатит з болювим і диспепсичним синдромом із зовнішньо- та внутрішньосекреторною недостатністю з болювим і диспепсичним синдромом. Хронічний гастрит, фаза загострення. Спайкова хвороба органів черевної порожнини без явищ кишкової непрохідності.

**Ускладнення основного.** Дисбактеріоз кишечника II ст.

**Суттєвий.** Цукровий діабет. ІХС: кардіосклероз атеросклеротичний. АГ II ст.

**Призначене лікування:** дієта 4В, препарат панкреатичних ферментів Мезим 10 000 по 1 таблетці 3 р/добу, кишкові антисептики, пробіотики, в'язучі засоби, селективні спазмолітики, інгібітори протонної помпи, інгібітори протеаз, гепатопротектори, інсулін 6 МО/добу, лікувальні мікроклізи.

Під впливом проведеного лікування спостерігалася позитивна динаміка захворювання. Так, на 5-ту добу перебування в стаціонарі самопочуття хворої покращилося: зменшилась інтенсивність болювого синдрому, частота випорожнень скоротилася до 3-4 разів на добу, перестала турбувати нудота, з'явився апетит. У кінці 2-го тижня хвора відмічала зменшення частоти виникнення болю в лівому підребер'ї, що носив менш інтенсивний характер; біль за ходом кишечника та в епігастральній області не турбував.

На момент виписки (на 20-ту добу перебування в стаціонарі) стан хворої був задовільний, біль у животі майже не турбував, зменшилося здуття, частота випорожнень кишечника скоротилася до 2 разів на добу, зменшилась кількість патологічних домішок у калі. Об'єктивне дослідження органів травлення: язик вологий, чистий, живіт м'який, чутливий у лівому підребер'ї, печінка біля краю реберної дуги. Позитивна динаміка спостерігалась і з боку лабораторних методів дослідження, що проявлялося зменшенням рівня амілази крові (від 26.03.11) до 12,2 од/л та зменшенням ШОЕ в загальному аналізі крові (від 26.03.11) до 15 мм/год.

### Надані рекомендації:

- нагляд у гастроентеролога за місцем проживання;
- нагляд у ендокринолога та кардіолога за місцем проживання;
- дієта з обмеженням жирної, гострої, смаженої їжі, наварів;
- продовжити прийом інгібітора протонної помпи в дозі 20 мг до 2 тиж;
- ферментний препарат (Мезим форте 3500) по 1 капсулі 3 р/добу під час їди до 2-3 тиж, потім – у разі харчового навантаження;
- у разі болю в животі – селективні спазмолітики;
- пробіотики, що містять біфідо- та лактобактерії, до 1 міс;
- гепатопротектори протягом 1 міс;
- санаторно-курортне лікування на курортах Закарпаття, Прикарпаття.

**Таким чином, комплексна терапія хворої Х. з використанням ферментного препарату Мезим 10 000 виявилась ефективною. Використання цього засобу сприяло покращенню як зовнішньосекреторної, так і внутрішньосекреторної (на тлі суттєвого цукрового діабету) функції підшлункової залози.**

Продовження на стор. 66.



# Коморбідний хронічний панкреатит у пацієнтів з патологією кишечника: підходи до лікування на прикладі клінічних випадків

Продовження. Початок на стор. 65.

### Клінічний випадок 2



**Лікар: Марина Валерієвна Стойкевич**

Місце роботи: ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.  
Фах, посада, наукове звання: гастроентеролог, науковий співробітник відділу захворювань кишечника, кандидат медичних наук.

Стаж роботи: 11 років, вища кваліфікаційна категорія.

**Пацієнтка П., 1952 р. н.** Поступила на обстеження та лікування у відділення захворювань кишечника 02.08.11 р. зі скаргами на біль у лівому підбер'язі, який виникає після їди, нудоту, буркотіння в животі, послаблення стула до 3 разів на добу, загальну слабкість, сухість у роті, схуднення.

**Анамнез хвороби.** Хворіє на хронічний холецистит і хронічний панкреатит близько 40 років. Погіршення стану відмітила близько 3 міс тому після хірургічного втручання й антибіотикотерапії з приводу абсцесу сідниці.

**Анамнез життя.** Туберкульоз, венеричні захворювання, вірусні гепатити заперечує. Алергія на дротаверин.

**Об'єктивний огляд.** На момент госпіталізації стан хворої середнього ступеня тяжкості. Шкіра та слизові звичайного кольору, чисті. У легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритм правильний. Артеріальний тиск – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 72 уд./хв. Язик сухий, обкладений білим нальотом. При пальпації живіт дещо здутий, болісний у лівому підбер'язі, мезогастрії. Печінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Набряків немає.

### Дані лабораторних та інструментальних методів обстеження

**Загальний аналіз крові від 04.08.11.** Гемоглобін 122 г/л, еритроцити  $4,0 \times 10^{12}/л$ , кольоровий показник 0,91, лейкоцити  $6,4 \times 10^9/л$ , ШОЕ 17 мм/год. Лейкограма: еозинофілії 1%, паличкоядерні 6%, сегментоядерні 47%, лімфоцити 43%, моноцити 3%.

**Біохімічне дослідження крові від 03.08.11.** Загальний білок 72 г/л, білірубін загальний 23,4 мкмоль/л, прямий 3,2 мкмоль/л, АЛТ 0,17 ммоль/лхгод<sup>-1</sup>, глюкоза 4,0 ммоль/л, амілаза 32,2 од/л.

**Загальний аналіз сечі від 04.08.11.** Питома вага 1010, реакція нейтральна, білок, глюкоза – не виявлені, лейкоцити 0-1-2-3 у полі зору, епітелій плоский – поодинокі знахідки.

**Амілаза сечі від 04.08.11.** 84,2 од/год.

**Дослідження мікрофлори калу 04.08.11.** Зміни в складі мікрофлори за рахунок зниження кількості лактобактерій.

**УЗД органів черевної порожнини від 04.08.11.** Печінка 122x6 мм. Контури рівні. Паренхіма однорідна, ехогенність збережена. Холедох – 5 мм, ворітна вена – 10 мм. Жовчний міхур гачкоподібний, перегнутий у ділянці дна, 65x27 мм, у порожнині помірно в'язка жовч, конкрементів немає.

Підшлункова залоза 32x19x24 мм, контури нерівні, чіткі. Структура неоднорідна, підвищеної ехогенності. Селезінка 100x38 мм, однорідна, діаметр селезінкової вени – 5,5 мм.

**Висновок.** УЗД-ознаки дифузних змін паренхіми підшлункової залози. Вторинні зміни в жовчному міхурі.

**Ректороманоскопія від 22.03.11 (з амбулаторної картки).** Ділянка навколо ануса без змін. Пальцеве дослідження безболісне, тону сфінктера збережений, ампула прямої кишки вільна. Тубус ректоскопа введено на 21 см. Слизова оболонка по всій довжині гіперемована, судинний малюнок стертий, складчастість виражена помірно. Ерозій та геморагій не виявлено. Сфінктер подразнений.

**Висновок.** Катаральний проктосигмоїдит. **Іригоскопія від 22.03.11 (з амбулаторної картки).** Контрастна маса ретроградно заповнила всі відділи товстої кишки. Гаустрація збережена, в низхідному відділі згладжена. Сигмоподібна кишка утворює додаткову петлю, визначаються лантухоподібні вип'ячування до 0,5 см у діаметрі. Після випорожнення бар'єр знаходиться в лівій половині товстої кишки. На ділянках, що випорожнилися, рельєф слизової оболонки збережений.

**Висновок.** Доліхосигма. Дивертикули сигмоподібної кишки. Гіпомоторна дискінезія.

На підставі скарг, даних анамнезу, клінічного огляду, інструментальних та лабораторних обстежень встановлено **діагноз**.

Хронічний коліт змішаного генезу, середньої тяжкості, фаза загострення з гіпермоторним синдромом. Дивертикульоз ободової кишки. Хронічний панкреатит, фаза загострення. Хронічний некалькульозний холецистит. Дисбіоз кишечника.

**Призначене лікування:** Мезим 10 000 по 1 таблетці 3 р/день, омепразол по 20 мг 2 р/день, препарат лактобактерій по 2 капсули 2 р/день, фамотидин 20 мг/добу (5 мл внутрішньовенно крапельно до 0,9% розчині хлориду натрія), даларгін 0,001 внутрішньом'язово 2 р/день.

На 3-й день перебування в стаціонарі у хворої зменшилась вираженість болювого синдрому, на 7-й день нормалізувався стул. Хвора виписана на 15-й день. На момент виписки біль у животі не турбує, стул – 1 раз на добу.

### Аналізи в динаміці

**Загальний аналіз крові від 17.08.11.** Гемоглобін 130 г/л, еритроцити  $4,1 \times 10^{12}/л$ , кольоровий показник 0,91, лейкоцити  $5,7 \times 10^9/л$ , ШОЕ 13 мм/год. Лейкограма: еозинофілії 1%, паличкоядерні 4%, сегментоядерні 49%, лімфоцити 41%, моноцити 5%.

**Біохімічне дослідження крові від 17.08.11.** Загальний білок 70 г/л, білірубін загальний 16,4 мкмоль/л, АЛТ 0,12 ммоль/лхгод<sup>-1</sup>, глюкоза 4,2 ммоль/л, амілаза 16,0 од/л.

**Амілаза сечі від 17.08.11.** 30,4 од/год.

Таким чином, у хворої після лікування зменшилися болювий і диспепсичний синдроми, нормалізувалися рівні амілази в крові та сечі, знизився рівень загального білірубину.

### Надані рекомендації:

- нагляд у гастроентеролога за місцем проживання;
- дотримання дієти 5П;
- пробіотик на основі біфідобактерій протягом 1 міс;
- ферментні препарати (Мезим 10 000, Пангрол) 3 р/добу довгостроково;
- санаторно-курортне лікування в санаторіях Закарпаття, Прикарпаття.

**Призначення ферментного препарату Мезим 10 000 пацієнтам з комбінованою патологією органів травлення є доцільним; це приводить до покращення порожнинного травлення, що сприяє регресу симптомів основного захворювання.**

### Клінічний випадок 3



**Лікар: Тетяна Миколаївна Толстикова**

Місце роботи: ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.

Фах, посада, наукове звання: терапевт, старший науковий співробітник, кандидат медичних наук.

Стаж роботи: 8 років, II кваліфікаційна категорія.

**Пацієнт Б., 45 років.** Поступив до стаціонару 26.01.2011 р. зі скаргами на біль у нижніх відділах живота і правому підбер'язі з іррадіацією в хребет, сухість у роті, гіркоту в роті, збільшення частоти випорожнень до 3-4 разів на добу, бурчання в животі, здуття, схуднення на 10-15 кг протягом останніх 2 міс.

**Анамнез хвороби.** Вважає себе хворим з грудня 2010 р. після лікування антибіотиками з приводу запалення сечовидільної системи. Проходив курси обстеження та лікування за місцем проживання, що виявилися безрезультатними. Направлений в Інститут гастроентерології з метою уточнення діагнозу і тактики лікування.

**Анамнез життя.** З 1985 р. хворіє на геморой. Виразкова хвороба цибулини дванадцятипалої кишки з 2005 р.

**Об'єктивний огляд.** На момент госпіталізації стан хворого середнього ступеня тяжкості. Нормостенічної тілобудови, пониженого харчування. Шкіра та слизові оболонки звичайного кольору, чисті. Пастозності, набряків на обличчі та нижніх кінцівках не спостерігається. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Перкуторно над легеньми ясний легеневиий звук, дихання везикулярне, хрипів немає. Межі відносної й абсолютної тупості серця без змін. Серцевий поштовх у нормі. Тони серця приглушені, ритм правильний. АТ – 130/80 мм рт. ст. Пульс – 77 уд./хв. Язик обкладений білим нальотом. При пальпації живіт м'який, чутливий за ходом кишечника. Печінка біля краю реберної дуги. Селезінка не збільшена.

### Дані лабораторних та інструментальних методів обстеження

**Загальний аналіз крові від 31.01.11.** Гемоглобін 170 г/л, еритроцити  $5,5 \times 10^{12}/л$ , кольоровий показник 0,92, лейкоцити  $5,0 \times 10^9/л$ , ШОЕ 2 мм/год. Лейкограма: базофілії 1%, еозинофілії 1%, паличкоядерні 7%, сегментоядерні 61%, лімфоцити 22%, моноцити 8%.

**Біохімічний аналіз крові від 31.01.11.** Загальний білок 74 г/л, білірубін загальний 12,8 мкмоль/л, прямий – не виявлено, АЛТ 0,78 ммоль/лхгод<sup>-1</sup>, глюкоза 3,8 ммоль/л, амілаза 76,0 од/л.

**Загальний аналіз сечі від 31.01.11.** Питома вага 1010, реакція лужна, білок і глюкоза – не знайдено, лейкоцити 1-2-3 в полі зору; епітелій плоский – поодинокі клітини в полі зору, амілаза 51,2 од/год.

**УЗД органів черевної порожнини від 31.01.11.** Печінка 128x70 мм, контури рівні, чіткі. Паренхіма однорідна, ехогенність збережена. Холедох 6 мм, ворітна вена 12 мм. Жовчний міхур гачкоподібної форми, 99x29 мм. Стінки ущільнені, товщина 3 мм. У порожнині помірно в'язка жовч, конкрементів немає. Підшлункова залоза: контури рівні, нечіткі. Розміри: голівка – 25 мм, тіло – 16 мм, хвіст – 24 мм. Паренхіма неоднорідна, ехогенність нерівномірно підвищена.

Селезінка – без змін, 100x43 мм, паренхіма однорідна, діаметр селезінкової вени – 5,5 мм.

**Висновок:** УЗД-ознаки хронічного холециститу. Хронічний панкреатит.

**Сигмоскопія від 08.02.11.** Слизова оболонка прямої і сигмоподібної кишки рожева,

складчаста. Тонус і перистальтика кишки підвищені. Судинний малюнок виражений нерівномірно. Перистальтичний рефлекс на подразнення кишки підвищений.

**Висновок.** Хронічний проктосигмоїдит. Спастична дискінезія.

**Фіброгастродуоденоскопія від 19.01.11.** Наявність жовчі в шлунку, дуоденогастральний рефлюкс, вогнищевий гіперпластичний гастрит.

Маркери вірусних гепатитів В і С негативні. **УЗД нирок від 10.12.10.** УЗД-ознаки сольових включень.

**ЕКГ від 09.02.11.** Ритм синусовий. Електрична вісь серця зміщена вліво. Дифузні зміни міокарда, ознаки неповної блокади правої ніжки пучка Гіса.

На підставі скарг, даних анамнезу, об'єктивного обстеження, інструментальних і лабораторних досліджень встановлено **діагноз**.

**Основний.** Хронічний коліт змішаного генезу з гіпермоторним синдромом, середнього ступеня тяжкості, стадія загострення.

**Сполучений з основним.** Виразкова хвороба, фаза ремісії, рубцева деформація цибулини дванадцятипалої кишки. Дуоденогастральний рефлюкс. Хронічний безкам'яний холецистит. Хронічний панкреатит.

**Супутній.** Сечокислий діатез.

**Проведене лікування:** гепатопротектори, інгібітори протонної помпи, антациди, Мезим 10 000, пробіотики, сольові розчини.

У результаті проведеної терапії стан хворого на 9-10-ту добу покращився: зменшилися частота випорожнень, біль у животі, диспепсичні явища (бурчання в животі, здуття, печія).

### Дані лабораторних методів обстеження в динаміці

**Загальний аналіз крові від 09.02.11.** Гемоглобін 148 г/л, лейкоцити  $5,6 \times 10^9/л$ , ШОЕ 5 мм/год.

**Біохімічний аналіз крові від 09.02.11.** Загальний білок 74 г/л, білірубін загальний 12,8 мкмоль/л, прямий – не виявлено, АЛТ 0,56 ммоль/лхгод<sup>-1</sup>, глюкоза 3,8 ммоль/л, амілаза 16,0 од/л.

У результаті проведеного лікування пацієнт був виписаний з покращенням стану.

### Надані рекомендації:

- нагляд у гастроентеролога за місцем проживання;
- дієта з обмеженням жирної, гострої, смаженої їжі, наварів;
- продовжити прийом ферментних препаратів (Мезим 3500) під час їди 3 р/день, а також щоразу за харчових навантажень;
- пробіотик протягом 2 тиж;
- мікроклізма з відваром трав № 15 (ромашка, спориш, тысячолітник) 1 раз на 3 міс.
- полівітаміни 1 міс.

**У разі загострень хронічного панкреатиту на тлі інших гастроентерологічних захворювань (хронічного коліту з гіпермоторним синдромом) необхідно застосовувати ферментні засоби, наприклад Мезим, які сприяють перетравленню їжі та поновлюють нормальну функцію підшлункової залози. Мезим також можливо застосовувати для запобігання загостренню у випадку порушення дієти. Оскільки за досягнення компенсації та нормалізації процесів травлення основна причина захворювання залишається, доцільно рекомендувати хворим постійний прийом невеликих підтримувальних доз ферментних препаратів (Мезим 3500).**

Підготував **Дмитро Молчанов**

3