

REFERENCES

1. [An adapted evidence-based clinical practice guideline. Unified protocol for the provision of medical care to adult patients with community-acquired pneumonia. "Community-acquired pneumonia in adults: etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, antibiotic therapy and prophylaxis"]. Kyiv, National Academy of Medical Sciences of Ukraine, 2016.
2. Mel'nik PS, Dzyuba OM, Slabkiy GO, et al. [Annual report on the health status of the population, the sanitary and epidemiological situation and the results of the Ukrainian health care system]. Ministry of Healthcare Ukraine, Kyiv, 2017;516. Ukrainian.
3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP), National Inpatient Sample (NIS), 2015. Available from: <https://www.ahrq.gov/research/data/hcup/index.html>
4. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Can Med Assoc J.* 2005;173:489-95.
5. Fang-Cheng Su, Xi-Dong Li, Shao-Xia Sun, et al. Atorvastatin Treatment for Atrial Fibrillation Reduces Serum High-Sensitivity C-Reactive Protein Levels. *BioMed Research International.* 2015; Article ID 402481:10. doi: 10.1155/2015/402481
6. El-Solh AA, Niederman MS, Drinka P. Nursing home-acquired pneumonia: a review of risk factors and therapeutic approaches. *Curr Med Res Opin.* 2010 Dec;26(12):2707-14. doi: 10.1185/03007995.2010.530154
7. Froes F. Community-acquired pneumonia in adults in mainland Portugal: incidence and mortality in hospital inpatients between 1998 and 2000. *Rev Port Pneumol.* 2003 May-Jun;9(3):187-94. PMID: 14685629
8. González-Castillo J, Martín-Sánchez F, et al. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in the elderly patient. *Rev Esp Quimioter.* 2014 Mar;27(1):69-86. PMID: 24676248
9. Morimoto K, Suzuki M, Ishifuji T, Yaegashi M, Asoh N, Hamashige N, et al. The Burden and Etiology of Community-Onset Pneumonia in the Aging Japanese Population: A Multicenter Prospective Study. *PLoS ONE.* 2015;10(3):e0122247. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122247>



УДК 616.32-008.1-036-07:614.253.2-055

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1\(part 2\).126946](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1(part 2).126946)

**О.А. Росицька,
А.В. Черниловський**

ДІАГНОСТИКА ДИСФАГІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ (КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ)

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра сімейної медицини ФПО
(зав. – д. мед. н., доц. І.Л. Височина)
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Family Medicine of FPE
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: aleksa2005@ua.fm*

Ключові слова: дисфагія, діагностика, інсульт, клінічні випадки
Key words: dysphagia, aspiration, stroke, clinical cases

Реферат. Діагностика дисфагії в практиці сімейного лікаря (клінічні випадки). Росицька О.А., Черниловський А.В. Дисфагія являється важливим фактором ризику такого серйозного загрожуючого життю або здоров'ю пацієнта ускладнення, як аспірація (аспіраційна пневмонія), обезвоживання, недоїдання.

Профілактика дисфагії при поразенні нервної системи неможлива. Однак при должній оцінці та ліченні розстройств, що виникають в результаті дисфагії, можливо уникнути ускладнень, враховувати цей симптом при годенні пацієнта, проведенні реабілітаційних заходів та медикаментозного лічення. В статті представлені діагностичні алгоритми дій лікарів загальної практики - сімейного лікаря при виявленні дисфагії та клінічні випадки цього синдрому різної етіології.

Abstract. Diagnosis of dysphagia in the practice of a family doctor (clinical cases). Rosytska O.A., Chernilovski A.V. *Dysphagia is an important risk factor for such a serious life-threatening or health-patient complication as aspiration (aspiration pneumonia), dehydration, malnutrition. Prevention of dysphagia in the damage to the nervous system is not possible. However, with the proper evaluation and treatment of disorders that result from dysphagia, it is possible to prevent complications, to take into account this symptom when feeding the patient, carrying out rehabilitation measures and medical treatment. The article presents diagnostic algorithms for the actions of the general practitioner-family doctor in the detection of dysphagia and clinical cases of this syndrome of different etiology.*

Дисфагія є причиною 3-4% звернень до лікарів загальної медичної практики і 10% звернень до гастроентеролога. У 25% хворих вона має функціональну основу, а в інших випадках – органічну природу. Поширеність дисфагії в ранньому постінсультному періоді, за даними міжнародних епідеміологічних досліджень, становить від 19,7 до 63% [2, 3].

Дисфагія є одним з найбільш загрозливих ускладнень інсульту, важливим фактором ризику ускладнення – аспірації, що загрожує життю і здоров'ю пацієнта. Епідеміологічні дослідження свідчать про те, що ризик розвитку пневмонії після інсульту прямо пропорційний тяжкості аспірації. У 9-27% хворих, що перенесли інсульт, аспірація має прихований характер.

Аспірація - це потрапляння будь-якої чужорідної частинки в дихальні шляхи нижче рівня справжніх голосових зв'язок [3]. Особлива настороженість щодо аспірації та її ускладнень необхідна при веденні пацієнтів зі стовбуровою локалізацією інсульту зі зменшенням секреції слини в порожнині рота і в пацієнтів з ознаками імунодефіцитного стану. Відрізняють клінічно явну і приховану аспірацію. Клінічно явна аспірація встановлюється на підставі опитування та огляду пацієнта за однією або декількома ознаками (труднощі при ковтанні; зміна тембру голосу (тихий або хрипкий), а також «вологий» голос після прийому води; збільшення латентного періоду ковтального рефлексу; кашель під час або після ковтання; часте покашлювання протягом дня, «очищення» горла на початку розмови; наявність патологічних змін на рентгенограмах грудної клітки; хронічна або рекурентна інфекція нижніх дихальних шляхів; тривала субфебрильна температура і / або лейкоцитоз у крові; аускультативні та інші фізикальні ознаки вогнищевих змін у легенях). Прихована аспірація характеризується проникненням частинок їжі нижче рівня справжніх голосових зв'язок без клінічної симптоматики і її можна діагностувати

тільки за допомогою інструментальних методів дослідження, наприклад ВФФК (відеофлюороскопії функції ковтання). Наявність дисфагії, крім того, може викликати порушення нормального споживання рідини і їжі з розвитком виснаження і дегідратації [2].

Діагностика

Дисфагія – утруднення або дискомфорт на будь-якій стадії ковтання, пов'язані з одним чи декількома нервово-м'язовими механізмами або порушеннями сенсорної аферентації, які забезпечують процес ковтання [1]. Пацієнтами цей стан сприймається як відчуття «застрявання» їжі при проходженні через порожнину рота, глотку або стравохід. Невідповідність розмірів харчової грудки діаметру стравоходу або зовнішнім стисненням просвіту ковтального каналу призводять до механічної дисфагії, а порушення ковтання внаслідок патології м'язів ковтального апарату, його регуляції з боку нервової системи, відсутності координованих перистальтичних скорочень стравоходу й адекватного пригнічення ковтального центру - до рухової дисфагії.

У клінічній практиці виділяють орофарингеальну та езофагеальну дисфагію.

Орофарингеальна дисфагія:

- накопичення їжі в роті або неможливість її проковтнути, або утруднення протягом не більше 1 секунди після ковтка;
- аспірація до, під час або після ковтання;
- можливі кашель або ядуха внаслідок аспірації під час ковтання;
- можливі назофарингеальна регургітація, гугнявість, птоз, світлобоязнь та порушення зору;
- слабкість, зазвичай, наприкінці дня.

Езофагеальна (стравохідна) дисфагія:

- відчуття утруднення при ковтанні, локалізовані в ретростернальному або в мечоподібному відростку;
- відчуття утруднення при ковтанні виникають після декількох послідовних ковтальних актів.

Визначення часу, що пройшов від моменту ковтка до появи дисфагії, може служити більш об'єктивною і простою первинною оцінкою рівня ураження: 1) дисфагія шийного відділу стравоходу – відразу після ковтка, через 1-1,5 сек.,

2) дисфагія середньої третини стравоходу – через 4-5 сек., 3) дистальна дисфагія – через 6-8 сек.

В таблиці 1 представлені причини дисфагії при різних захворюваннях.

Таблиця 1

Причини дисфагії при різних захворюваннях

ОРОФАРИНГЕАЛЬНА ДИСФАГІЯ	
Причина	Хвороби
Нервово м'язові порушення (парез м'язів глотки)	- Міастенія - Сказ - Ботулізм - Дифтерія - Поліомієліт - Енцефаліт - Бульбарний та псевдобульбарний синдром при інсульті, пухлині - Хвороба Паркінсона - Хвороба мотонейронів - Гостра полірадикулопатія Гійєна-Барре - Перевищення дози ботулінічного токсину в косметології
Міопатії, метаболічні та ендокринні хвороби	- Мікседема (гіпотиреоз) - Токсичний зоб - Цукровий діабет - Амільодоз - Дерматоміозит
Запальні хвороби	- Ангіна - Інфекційний фарингіт - Перитонзиллярний абсцес - Гострий та підгострий тиреоїдит
Пухлини. Пошкодження, що викликані фізичними факторами	- Об'ємне утворення в ротоглотці - Променева ураження - Афтозні виразки - Кандидоз - Ксеростомія (сухість у роті) - Глотковий дивертикул
ЕЗОФАГЕАЛЬНА (СТРАВОХІДНА) ДИСФАГІЯ	
Причина	Хвороби
Анатомічні аномалії	- Дивертикул Ценкера - Остеофіти шийного відділу хребта - Грижа стравохідного отвору діафрагми
Порушення тонуусу та моторики стравоходу	- Ахалазія - Ідіопатичне розширення стравоходу - Дифузний спазм стравоходу - Склеродермія - Дивертикульоз (фракційний та ін.) - ГЕРХ (гастроєзофагеальна хвороба) - Системні захворювання - Старечий стравохід
Механічне звуження	- Пухлини в ділянці дна шлунка - Пептичні стриктури - Варикозна хвороба стравоходу
Інше	- Сидеропенія - Інфекційний езофагіт - Езофагіт, що спровокований ліками - Опіки кислотами та лугом - Променевий езофагіт - Радіаційні стриктури - Післяопераційні стани після стовбурової ваготомії чи хірургічного втручання на стравоході - Хвороба Крона - Саркоїдоз - Здавлення ззовні (лімфовузли, аневризма аорти, гіпертрофія лівого шлуночка серця, ретростернальний зоб)

Фагофобія – страх ковтання – може бути пов'язана з одинофагією або з острахом аспірації їжі під час ковтання у хворих з паралічем глотки, правцем, сказом; також відзначається при істерії, аж до відмови від ковтання. Різновидом психогенної дисфагії є globus hystericus - істеричний клубок у горлі в пацієнтів з невrogenною анорексією.

Останнім часом актуальною проблемою амбулаторної практики стають випадки дисфагії внаслідок ускладнень при застосуванні ботулінічного токсину в косметології. За даними FDA, за період з 1989 по 2003 рік ін'єкції «Ботокс» призвели до смерті пацієнтів у 28 випадках. У 2008 році FDA випустило застереження, що застосування ботоксу може викликати порушення дихання та інші серйозні проблеми зі здоров'ям. Ботулінічний токсин може поширитися за межі ін'єкції і викликати ряд небажаних побічних дій. Можливі асиметрія обличчя за рахунок нерівномірного розслаблення м'язів на правій і лівій стороні (крива посмішка), труднощі з ковтанням

і хриплість голосу (частковий параліч м'язів гортані). Всі побічні ефекти перераховані в анотації до препарату, де також подано рекомендації щодо їх запобігання [4].

Алгоритм обстеження хворих з дисфагією:

- оцінка наявності порушень ковтання;
- скринінг на порушення ковтання [2];
- оцінка рівня гідратації та нутритивного статусу пацієнта;
- огляд порожнини рота і глотки;
- пальпація щитоподібної залози, лімфатичних вузлів;
- оцінка соматичного та неврологічного статусів;
- моніторинг сатурації кисню;
- за необхідності (для перевірки аспіраційного ризику) - проводяться тести з водою для перевірки функції ковтання, наприклад тест з 3-ма чайними ложками води.

Тест з 3-ма чайними ложками води

Пацієнту пропонують випити по черзі 3 чайні ложки води і після кожної випитої ложки спостерігають за появою ознак аспірації (кашель, зміна звучання голосу тощо). Якщо ознаки аспірації не з'явилися – пропонують випити воду зі склянки, далі – спробувати проковтнути їжу різної текстури. Чутливість цього тесту >70 % і специфічність 22-66 % у виявленні аспірації.

Приклад клінічних випадків з алгоритмом верифікації основного діагнозу (табл. 2) та проведення диференціальної діагностики дисфагії в конкретних випадках.

Клінічний випадок 1

Пацієнт А., 63 р.

Скарги: на порушення ковтання, запарочення, двоїння предметів при погляді прямо, нудоту, блювоту, хиткість при ходьбі. *Анамнез:* захворів гостро протягом 1-ї доби. При опитуванні лікарем ЛШМД встановлений прийом в їжу риби. Пацієнт був направлений в інфекційну лікарню з підозрою на ботулізм. При посиленні слабкості в правих кінцівках пацієнт був оглянутий невропатологом, який верифікував інсульт та призначив МРТ головного мозку. При обстеженні встановлено лакунарний інфаркт стовбура мозку і пацієнт був переведений у спеціалізоване відділення гострої судинної патології мозку. *Об'єктивно:* АТ -130/90, пульс 70 уд/хв. Свідомість за ШКГ 15б. Соматичний статус - без ознак гострої патології, в тому числі шлунково-кишкового тракту. Неврологічний статус: менінгеальні симптоми негативні; ЧМН: зіниці $D < S$, ністагму немає, асиметрія обличчя справа, девіація язика вправо, глотковий рефлекс зни-

жений, дисфагія. Сухожилльні рефлекс $D=S$, живі, геміпарез справа - сила в правих кінцівках 3,0 б, в лівих - 5,0 б, тонус м'язів знижений у правих кінцівках. Чутливість не порушена. ПНП - з інтенцією з 2-х сторін, у позі Ромберга нестійкий. *Додаткові обстеження:* АКТ головного мозку 10.01.18: енцефалопатія. МРТ головного мозку 11.01.18: МР - картина лакунарного ішемічного вогнища в правих відділах стовбура мозку на фоні енцефалопатії. УЗДГ МАГ: стеноз ЛВСА 60%.

Ботулізм – це гостре токсикоз-інфекційне захворювання, спричинене переважно дією токсину *Clostridium botulinum*, яке характеризується перш за все міоплегією та офтальмоплегією, парезом кишок, вегетативними розладами, у разі тяжкого перебігу - бульбарним синдромом і дихальною недостатністю [3].

Таким чином, у пацієнта в цьому клінічному випадку має місце діагноз: інфаркт головного мозку в басейні вертебрально-базиллярних судин (09.01.18, у стовбур мозку), зумовлений стенозуючим атеросклерозом (стеноз ЛВСА 60%) з бульбарним синдромом, помірним правобічним геміпарезом, координаторною недостатністю.

Диференціальна діагностика ботулізму та інсульту

БОТУЛІЗМ	ІНСУЛЬТ
зв'язок захворювання із вживанням консервованих продуктів, груповий характер захворювання	в анамнезі судинні захворювання (ГБ, атеросклероз, ревматизм і т.д.).
симетрично уражаються рухові ядра черепно-мозкових нервів	однобічні парези і паралічі м'якого піднебіння, голосових зв'язок і язика
не порушується чутливість	однобічне порушення чутливості
відсутні пірамідні симптоми	патологічні пірамідні і мозочкові синдроми
ослаблення загального м'язового тонусу і сухожильних рефлексів	мозаїчність, розкиданість осередків ураження
прогресуючі периферичні симетричні низхідні парези	однобічні геміпарези або монопарези
свідомість збережена	часто порушення свідомості

Клінічний випадок 2

Пацієнтка Н., 46 р.

Скарги на порушення ковтання, великі психо-емоційні навантаження, зниження концентрації уваги. *Анамнез*: захворіла протягом 3-4-х діб. Хронічні захворювання заперечує. Останні 10 років 2 рази на рік використовує «Ботокс» у косметологічних цілях. *Об'єктивно*: АТ 120/80 мм рт. ст. Пульс 80 уд/хв. Свідомість за ШКГ 156. Соматичний статус - без ознак гострої патології. *Неврологічний статус*: менингеальні симптоми негативні. ЧМН: зіниці D=S, ністагму немає, асиметрії обличчя немає, девіації язика немає, глотковий рефлекс знижений, парез м'якого піднебіння без асиметрії. Сухожилкові рефлекси D=S, живі, сила і тонус м'язів збережені. Чутливих розладів не дає. Координаторні проби - виконує задовільно. Дефанс м'язів паравертебральних м'язів шийного відділу хребта і м'язів верхнього плечового поясу. МРТ головного мозку і шийного відділу спинного мозку без вогнищевої патології. УЗДГ МАГ: деформація обох хребтових артерій без гемодинамічних порушень. Діагноз: Дисфагія як побічна дія на місцеве

тривале введення ботулінічного токсину в косметологічних цілях.

ВИСНОВКИ

1. Дисфагія – клінічна ознака, яка може бути основною чи супутньою при захворюваннях з гострим чи повільним перебігом.
2. Найчастіше виконується диференціальна діагностика серед неврологічних, гастроентерологічних, інфекційних захворювань.
3. Дисфагія - важливий фактор ризику виникнення такого ускладнення, як аспірація, яка може бути причиною аспіраційної пневмонії, дегідратації, втрати маси тіла, субфебрилітету, хронічної або рекурентної інфекції нижніх дихальних шляхів.
4. У всіх пацієнтів, які перенесли інсульт, мають хворобу Паркінсона чи інші захворювання, слід якомога раніше оцінювати функцію ковтання і при виявленні дисфагії враховувати цей симптом при годуванні пацієнта, проведенні реабілітаційних заходів і медикаментозного лікування саме задля профілактики аспірації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Биллер Х. Практическая неврология: диагностика / Х. Биллер. – Москва: «Мед. лит.» 2008. – С. 250-259.
2. Громова Д.О. Нарушения глотания после инсульта / D.O. Gromova, V.V. Zakharov // Dysphagia after stroke. Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika // Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. – 2015. – Vol. 7, N 4. – P. 50-56.
3. Линеvский Ю.В. Синдром дисфагии: диагностика и лечение / «Новости медицины и фармации» / Ю.В. Линеvский, К.Ю. Линеvская, К.А. Воронин. // Гастроэнтерология. – 2008. <http://www.mif-ua.com/archive/article/5812>
4. Марголина А. Ботулотоксин в косметологии — яд или лекарство? / А. Марголина // Наука и жизнь. 2018. – № 2. <https://www.nkj.ru/archive/articles/14656/>

5. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті: Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 602ю

6. Шлапак І.П. Ботулізм: діагностика та інтенсивна терапія / І.П. Шлапак, О.А. Голубовська, О.А. Галушко // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2015. – № 3/4. – С. 14-18.

REFERENCES

1. Biller H. [Practical Neurology: Diagnosis]. Moskva, Medicinskaja literature. 2008;1:250-9. Russian.

2. Gromova DO, Zakharov VV. [Dysphagia after stroke] Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika. 2015;7(4):50-56. Ukrainian.

3. Linevskij JuV, Linevskaia KJu, Voronin KA [Dysphagia syndrome: diagnosis and treatment]. «Novosti medicyny i farmacii», Gastrojenterologija (251); 2008. Ukrainian. Available from: <http://www.mif-ua.com/archive/article/5812/>

4. Margolina A. [Botulinum toxin in cosmetology - a poison or a medicine?]. Nauka i zhizn'. 2018;2.

Ukrainian. Available from: <https://www.nkj.ru/archive/articles/14656/>

5. [Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 03.08.2012 № 602 "On Approval and Implementation of Medical-Technological Documents for the Standardization of Medical Assistance in Ischemic Stroke"]. 2012. Ukrainian.

6. Shlapak IP, Golubovs'ka OA, Galushko OA [Botulism: diagnosis and intensive care]. Ostrye i неотложные состојанія v практике врача. 2015;3(4):14-18. Ukrainian.



УДК 616.348-002:616.34:616-072.7

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1\(part2\).126948](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1(part2).126948)

Н.С. Федорова

НОВІ АСПЕКТИ НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ КИШЕЧНИКУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра сімейної медицини ФПО
(зав. – д. мед. н., доц. І.Л. Височина)
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Family Medicine of FPE
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua

Ключові слова: запальні захворювання кишечника, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, диференційна діагностика, синдром подразненого кишечника, фекальний кальпротектин

Key words: inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, irritable bowel syndrome, differential diagnosis, fecal calprotectin

Реферат. Новые аспекты неинвазивной диагностики патологии кишечника. Федорова Н.С. Проведена сравнительная оценка уровней фекального кальпротектина (ФК) у 160 пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК) (болезнь Крона (БК), неспецифический язвенный колит (НЯК)) и синдромом раздраженного кишечника (СРК). Результаты показателей ФК у пациентов с ХВЗК и СРК сравнивались со значениями ФК 31 здорового пациента (контрольная группа). Средний уровень ФК у пациентов с ХВЗК составлял 65,75 мкг/г по сравнению с контрольной группой (13,72 мкг/г) ($p < 0,05$). В группе пациентов с