

ПРИМЕНЕНИЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА GSRS В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Игорь Викторович Бархатов*

Областная клиническая больница №3, г. Челябинск

Реферат

Цель. Оценить эффективность гастроэнтерологического опросника GSRS (от англ. Gastrointestinal Symptom Rating Scale — шкала оценки желудочно-кишечных симптомов) в качестве амбулаторного скринингового теста в ранней диагностике синдрома хронической абдоминальной ишемии.

Методы. Оценку выраженности гастроэнтерологических симптомов проводили с применением опросника качества жизни GSRS у 110 больных с хроническим абдоминальным болевым синдромом. При ультразвуковой доплерографии у 39 (35,5%) больных нарушений кровотока по непарным висцеральным ветвям брюшного отдела аорты не было выявлено (первая группа). Ко второй группе отнесён 71 (64,5%) пациент с нарушениями кровотока в непарных висцеральных ветвях брюшной части аорты (уплотнение и кальциноз стенок сосудов, экстр- и интравазальные стенозы сосудов до 40–70% с локальной и региональной значимостью изменений кровотока, а также изменением характера кровотока после функциональной нагрузки).

Результаты. Различия частоты и выраженности болевого, рефлюксного и диарейного синдромов в исследованных группах не имели статистической значимости. Диспептический синдром отмечен у 29 (74,4%) пациентов первой группы и 71 (100%) больного второй группы, средний балл по данному синдрому в опроснике GSRS составил в первой группе $3,67 \pm 0,51$, а во второй — $5,07 \pm 0,32$. Констипационный синдром был отмечен у 16 (41%) пациентов первой группы и 54 (76,1%) больных второй группы при среднем балле $1,33 \pm 0,31$ в первой группе и $3,04 \pm 0,32$ во второй. Средний итоговый балл опроса был значимо выше в группе больных с синдромом хронической абдоминальной ишемии — $13,51 \pm 0,84$, против $9,94 \pm 1,13$ у пациентов без ультразвуковых признаков нарушений висцерального кровотока.

Вывод. Использование гастроэнтерологического опросника качества жизни GSRS позволяет выявлять синдромы, характерные для хронической абдоминальной ишемии.

Ключевые слова: атеросклероз, органы пищеварения, хроническая абдоминальная ишемия.

ROLE OF QUALITY OF LIFE ESTIMATION IN EARLY DIAGNOSIS OF ABDOMINAL ANGINA I.V. Barkhatov. *Regional Clinical Hospital №3, Chelyabinsk, Russia.* **Aim.** To assess the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) questionnaire as an ambulatory screening test for early diagnosis of abdominal angina. **Methods.** An assessment of abdominal symptoms severity and quality of life was performed using the GSRS questionnaire in 110 patients with abdominal angina. No signs of abdominal angina and no vascular abnormalities were found at Doppler sonography in 39 (35.5%) of patients (first group). In 71 (64.5%) patients distributed to the second group signs of insufficient blood flow (including vascular wall calcification and thickening, medium and small arteries compression and narrowing up to 40–70%, and inadequate blood flow after exercise. **Results.** There were no statistically significant differences found in prevalence of abdominal pain, reflux and diarrhea between two groups. Dyspepsia was noted in 29 (74.4%) patients of first group and in 71 (100%) patients of the second group. Average GSRS scores were 3.67 ± 0.51 and 5.07 ± 0.32 accordingly in those patients. Constipation was present in 16 (41%) patients of first group and in 54 (76.1%) patients of the second group, with the GSRS score 1.33 ± 0.31 and 3.04 ± 0.32 accordingly in those patients. Average total GSRS score was significantly higher in patients with abdominal angina — 13.51 ± 0.84 points versus 9.94 ± 1.13 in patients without signs of abdominal angina on Doppler sonography. **Conclusion.** The use of GSRS questionnaire allows to detect syndromes characteristic for abdominal angina. **Keywords:** atherosclerosis, digestive system organs, abdominal angina.

В последние десятилетия происходит неуклонный рост частоты сосудистых заболеваний, в частности атеросклероза брюшной части аорты и её ветвей [8, 14]. Поражение непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты клинически проявляется синдромом хронической абдоминальной ишемии [1, 7]. Считают, что хроническая абдоминальная ишемия поражает до 18% населения, но в большинстве случаев клинически не проявляется [12].

В клинической практике терапевтов и хирургов нередко встречаются «трудные» больные с хроническим абдоминальным болевым синдромом неясной этиологии, возникающим или усиливающимся после еды или физической нагрузки, с желудочно-кишечным дискомфортом и снижением массы тела [9, 10]. Характер предъ-

являемых пациентами жалоб и их длительность вызывают у врача подозрение на многие заболевания — холецистит, гастрит, панкреатит, язвенную болезнь и опухоли органов брюшной полости. Всё это заставляет подвергать пациентов подробному, порой многократному и длительному традиционному обследованию, однако полученные данные не всегда дают представление о причинах абдоминального болевого синдрома [4, 11].

Широкий круг врачей недостаточно осведомлён о синдроме хронической абдоминальной ишемии, в результате чего вторичные и сопутствующие её проявления принимают за основные, больных подвергают длительному малоэффективному консервативному лечению, а частота инвалидизации больных и летальность от этой патологии остаются на прежнем уровне [2, 3]. Диагностика, особенно начальных про-

явлений хронической абдоминальной ишемии, встречает определённые трудности, вызванные узкой специализацией многих методов исследования [13].

Эффект от консервативного лечения подобных больных в условиях поликлиники или стационара носит временный характер или отсутствует. У 81% пациентов ранее проведённая в гастроэнтерологических отделениях консервативная терапия оказалась малоэффективной, а длительное и неадекватное лечение привело у 57,4% больных к развитию астеноипохондрического депрессивного синдрома [2, 4]. Хроническую абдоминальную ишемию нередко распознают лишь на поздних стадиях, когда уже упущена возможность проведения целенаправленного консервативного лечения пациента [3, 5, 15].

Учитывая вышеизложенное, необходим подход для применения в широкой клинической практике, позволяющий лечащему врачу на основании изучения особенностей жалоб пациента заподозрить сосудистую этиологию хронического абдоминального болевого синдрома.

Цель данного исследования — оценка эффективности применения гастроэнтерологического опросника GSRS (от англ. Gastrointestinal Symptom Rating Scale — шкала оценки желудочно-кишечных симптомов) в качестве амбулаторного клинического скринингового теста в диагностике синдрома хронической абдоминальной ишемии.

В исследование включены 110 больных с хроническим абдоминальным болевым синдромом, проходивших обследование и лечение на базе поликлиники областной клинической больницы №3 (Челябинск) в 2008–2011 гг. Для оценки выраженности гастроэнтерологических жалоб использовали опросник качества жизни GSRS (русскоязычную версию, разработанную Межнациональным центром исследования качества жизни, г. Санкт-Петербург), который пациенты заполняли самостоятельно [6].

Опросник включает 15 вопросов, выявляющих проявления гастроэнтерологической патологии в соответствии с градацией степени проявления симптомов: не беспокоит (0 баллов), незначительный дискомфорт (1 балл), умеренный дискомфорт (2 балла), средний дискомфорт (3 балла), относительно сильный (но терпимый) дискомфорт (4 балла), сильный дискомфорт (5 баллов), очень сильный дискомфорт (6 баллов). Ответы на поставленные вопросы позволяют выявить следующие синдромы (шкалы): AP — синдром абдоминальной боли, RS — рефлюксный синдром, IS — диспептический синдром, DS — диарейный синдром, CS — констипационный синдром, а также суммарный результат (балл) опроса.

Критерии включения пациентов в исследование: хронический абдоминальный болевой синдром, хронические заболевания органов пищеварения, поражение непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты (чревного ствола, верхней и нижней брыжеечных артерий), выявленное при ультразвуковой доплерографии.

Критерии исключения пациентов из исследования: злокачественные новообразования, острые состояния (инфаркт, инсульт, мезентериальный тромбоз).

В ходе исследования все больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 39 (35,5%) пациентов в возрасте 18–74 лет (в среднем $53,3 \pm 2,3$ года), 12 (30,7%) мужчин и 27 (69,3%) женщин с хроническим абдоминальным болевым синдромом, у которых при обследовании не было выявлено нарушений кровотока по непарным висцеральным ветвям брюшного отдела аорты. Эти пациенты страдали различными заболеваниями органов пищеварения, такими как хронический гастрит, хронический холецистит, хронический панкреатит.

Ко второй группе отнесён 71 (64,5%) пациент в возрасте 21–81 года (в среднем $63,5 \pm 1,9$ года), 10 (14,1%) мужчин и 61 (85,9%) женщина с хроническим абдоминальным болевым синдромом, у которых при ультразвуковой доплерографии были выявлены различные признаки поражения непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты: уплотнение и кальциноз стенок сосудов, экстра- и интравасальные стенозы сосудов (40–70%) с локальной и региональной значимостью изменений кровотока, а также изменением характера кровотока после функциональной нагрузки.

В ходе исследования рассчитывали частоту клинических проявлений в группах и средний оценочный балл по опроснику GSRS. Для оценки значимости полученных различий использовали критерий χ^2 и непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Статистический анализ выполняли с применением пакета программ «Statistica 6.0». Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Хронический синдром абдоминальной боли (AP) различной степени выраженности отмечен у 38 (97,4%) пациентов первой группы и 70 (98,6%) больных второй группы ($p=0,755$; $p > 0,05$). У пациентов первой группы средний балл по данному показателю составил $2,38 \pm 0,18$ балла, во второй группе — $2,54 \pm 1,48$ балла ($p=0,869$; $p > 0,05$). Наиболее часто пациенты обеих групп оценивали интенсивность болевого синдрома от 1 балла (незначительный дискомфорт) до 4 баллов (относительно сильный, но терпимый дискомфорт). В первой группе таких пациентов было 36 (92,3%), а во второй группе — 62 (87,3%) человека ($p=0,63$; $p > 0,05$). Большинство из них характеризовали боль как умеренный дискомфорт (2 балла): 18 (46,2%) человек в первой группе и 29 (40,8%) во второй ($p=0,736$; $p > 0,05$). Таким образом, характер болевого синдрома оказался одинаковым в обеих группах и не имел статистически значимых различий, вследствие чего группы исходно сопоставимы между собой по основному признаку — хроническому абдоминальному болевому синдрому.

Рефлюксный синдром (RS) отмечен у 23 (58,9%) пациентов первой группы и 46 (64,8%) больных второй группы ($p=0,691$; $p > 0,05$), средний балл составил $1,85 \pm 0,36$ в первой группе и

2,17±0,29 во второй ($p=0,495$; $p>0,05$). На наличие диспептических явлений (IS) указали 29 (74,4%) пациентов первой группы и 71 (100%) больной второй группы ($p=0,000$; $p<0,05$), средний балл в первой группе составил 3,67±0,51, во второй — 5,07±0,32 ($p=0,015$; $p<0,05$).

Диарейный синдром (DS) отмечен у 11 (28,2%) больных первой группы и 18 (25,4%) второй ($p=0,921$; $p>0,05$), средний балл в первой группе был 0,71±0,23, во второй — 0,69±0,2 ($p=0,78$; $p>0,05$). На констипационный синдром (CS) указали 16 (41%) пациентов первой группы и 54 (76,1%) второй ($p=0,000$; $p<0,05$), средний балл составил в первой группе 1,33±0,31, во второй — 3,04±0,32 ($p=0,000$; $p<0,05$). В первой группе средний суммарный балл по опроснику GSRS был 9,94±1,13, а во второй — 13,51±0,84 ($p=0,006$; $p<0,05$).

Таким образом, выявлены следующие особенности пациентов с синдромом хронической абдоминальной ишемии: более высокий суммарный балл по опроснику GSRS (13,51±0,84 балла), преобладание диспептического и констипационного синдромов как по показателю среднего балла, так и по частоте выявления в группе.

Выявленные закономерности могут быть использованы с целью скрининговой диагностики при первичном обращении пациента в условиях амбулаторного звена, при длительно существующем хроническом абдоминальном болевом синдроме и отсутствии эффекта от проводимой терапии.

Использование опросника GSRS и обнаружение в результате этих закономерностей у обследуемых больных позволят лечащему врачу заподозрить синдром хронической абдоминальной ишемии, будут способствовать направлению пациента на исследование кровотока по непарным висцеральным ветвям абдоминального отдела аорты с целью раннего выявления синдрома хронической абдоминальной ишемии.

ВЫВОДЫ

1. Использование гастроэнтерологического опросника качества жизни GSRS позволяет выявлять синдромы, характерные для хронической абдоминальной ишемии.

2. Средний суммарный балл, полученный после заполнения пациентом опросника GSRS, превышающий 12, а также преобладание диспептического и констипационного синдромов требуют исключения синдрома хронической абдоминальной ишемии.

3. При подозрении на синдром хронической абдоминальной ишемии необходимо проведение ультразвуковой доплерографии непарных висцеральных ветвей брюшной полости для выявления патологии на ранней стадии заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавриленко А.В., Косенков А.Н. Диагностика и хирургическое лечение хронической абдоминальной ишемии. — М.: ИД Грааль, 2000. — 169 с.
2. Гавриленко А.В., Сиявин Г.В. Хроническая абдоминальная ишемия: диагностика и хирургическое лечение // Регионал. кровооб. и микроцир. — 2002. — №2. — С. 4–9.
3. Губергриц Н.Б., Ладария Е.Г. Современные возможности диагностики и лечения абдоминального ишемического синдрома и хронической ишемической панкреатопатии // Мед. визуализац. — 2007. — №2. — С. 11–23.
4. Калинин А.В., Степура Д.К., Корнеев Н.В. и др. Хронический абдоминальный ишемический синдром и сочетанные с ним заболевания: особенности диагностики и лечения // Клини. перспективы гастроэнтерол., гепатол. — 2003. — №6. — С. 19–23.
5. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. — М.: Анахарсис, 2003. — 136 с.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. — 320 с.
7. Ойроткинова О.Ш., Немытин Ю.В. Атеросклероз и абдоминальная ишемическая болезнь. — М.: Медицина, 2001. — 312 с.
8. Пугачёва О.Г., Кармазановский Г.Г., Степанова Ю.А. и др. Лучевая диагностика хирургических заболеваний брюшной аорты и её ветвей // Мед. визуализац. — 2007. — №5. — С. 130–134.
9. Шубина Е.Н., Логинов А.С., Звенигородская Л.А. Клинико-морфологическая динамика изменений gastroduodenальной зоны при хронической абдоминальной ишемии // Рос. гастроэнтерол. ж. — 2000. — №1. — С. 24–29.
10. Щупакова А.Н., Литвяков А.М. Особенности атеросклеротического поражения брюшной аорты и её непарных висцеральных ветвей у больных с хронической абдоминальной ишемией // Терап. арх. — 2004. — №6. — С. 70–74.
11. Brandao D., Koullias G.J., Caparrelli D.J., Diethrich E.B. Inferior mesenteric artery stenting: a solution for chronic mesenteric ischemia // Perspect. Vasc. Surg. Endovasc. Ther. — 2009. — Vol. 21. — P. 186–189.
12. Chandra A., Quinones-Baldrich W.J. Chronic mesenteric ischemia: how to select patients for invasive treatment // Semin. Vasc. Surg. — 2010. — Vol. 23. — P. 21–28.
13. Friedland S., Benaron D., Coogan S. et al. Diagnosis of chronic mesenteric ischemia by visible light spectroscopy during endoscopy // Gastrointest. Endosc. — 2007. — Vol. 65. — P. 294–300.
14. Indes J.E., Giacomelli J.K., Muhs B.E. et al. Outcomes of endovascular and open treatment for chronic mesenteric ischemia // J. Endovasc. Ther. — 2009. — Vol. 16. — P. 624–630.
15. Schaefer P.J., Schaefer F.K., Mueller-Huelsbeck S., Jahnke T. Chronic mesenteric ischemia: stenting of mesenteric arteries // Abdom. Imaging. — 2007. — Vol. 32. — P. 304–309.