

9. Tran T. L., Antioxidant supplements to prevent heart disease. Real hope or empty hype? // Postgrad. Med. - 2001. - Vol. 109. - P. 109-114.

10. Yilmaz M.I., Saglam M., Caglar K. et al. The determinants of endothelial dysfunction in CKD: oxidative stress and asymmetric dimethylarginine // Am. J. Kidney Dis. - 2006. - Vol. 47, №1. - P. 42-50.

Координаты для связи с авторами: Щербань Наталья Анатольевна — канд. мед. наук, ассистент кафед-

ры госпитальной терапии АГМА, тел.: 8-963-814-08-55; e-mail: scherbann@mail.ru; Ландышев Юрий Сергеевич — профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой госпитальной терапии АГМА, засл. деятель науки РФ, тел.: 8-(4162)-42-94-19; Целуйко Сергей Семенович — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой гистологии, засл. деятель науки РФ, тел.: 8-(4162)-52-52-56; Штарберг Михаил Анатольевич — канд. мед. наук, ассистент кафедры биохимии АГМА, тел.: 8-(4162)-37-07-28.



УДК [616.36 - 002.2 - 022 : 578.891] - 07

С.А. Алексеенко¹, О.В. Крапивная²

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ С ЗАПОРОМ

*Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
Дорожная клиническая больница², ст. Хабаровск-1,
680022, ул. Воронежская, 49; тел.: 8-(4212)-98-03-58, г. Хабаровск*

Синдром раздраженной кишки (СРК) рассматривается рядом авторов как группа расстройств с разными патофизиологическими механизмами развития, объединенных общими диагностическими критериями. В качестве подгрупп СРК выделяют варианты с запором и диареей [5]. Несмотря на кажущееся единообразие каждой формы СРК, имеются данные, свидетельствующие в пользу неоднородности пациентов с любым из этих вариантов. Идентификация патофизиологических подгрупп пациентов в пределах каждого варианта СРК необходима для подбора эффективной терапии.

Цель проведенного исследования заключалась в повышении качества диагностики и эффективности лечения пациентов с СРК с запором.

Материалы и методы

Обследовано 140 больных с СРК с запором (II Римские критерии). Среди включенных в исследование больных было 117 женщин и 23 мужчины, средний возраст 45±12,2 лет. Среди сопутствующей патологии наиболее часто отмечалась функциональная диспепсия (ФД) — у 107 (76,4%) пациентов. При включении больных в исследование оценивали средний балл СРК и ФД, который был определен как совокупность частоты и тяжести каждого симптома СРК или ФД в течение последних двух недель. Минимальный показатель каждого симптома — 0 баллов, максимальный — 3 балла. Пациентам проводили ФГДС с уреазным тестом, гистологическим исследованием. Качество жизни определяли с помощью опросника SF-36. Подсчитывали итоговый индекс физического и психического здоровья. Больным с ФД и СРК (72 чел.) выполнили внутрипищеводную и аноректальную манометрию на

аппаратном комплексе «РС Polygraf, Synectics Medical». Провели суточное мониторирование внутрипищеводного и внутрижелудочного pH 15 пациентам с помощью аппарата «Digitrapper Mk III, Synectics Medical». Качество жизни, клиническую симптоматику, показатели манометрии оценивали до и через 5 нед. после лечения. Полученные результаты обработаны статистически с определением достоверности различий по критерию t-Стьюдента.

Результаты и обсуждение

У всех обследованных больных выявлены выраженные нарушения сенсорной функции прямой кишки в виде сниженной податливости прямой кишки к растяжению (0,4±0,1 мл/мм рт.ст.) и низкого уровня максимально переносимого объема (138,8±11,0 мл). У 22 (30,6%) пациентов с СРК по данным аноректальной манометрии диагностировано сопутствующее функциональное расстройство дефекации — диссинергия тазового дна. У этих больных отмечался повышенный тонус наружного анального сфинктера (54,7±3,4 против 42,0±1,8 мм рт.ст. у больных с СРК, p<0,05) и парадоксальный рост анального давления при натуживании (79,5±6,2 против 6,4±3,6 мм рт.ст. у больных с СРК, p<0,001). Во всех случаях СРК маскировал клинические проявления диссинергии тазового дна и затруднял ее диагностику.

В течение месяца 51 больному проводили лечение пинаверия бромидом — 300 мг в день. Через месяц лечения у 47 (92 %) пациентов отмечалось уменьшение среднего балла СРК с 13,4±0,4 до 4,9±0,4 (p<0,01), у 31 (75,6 %) больного нормализовалась податливость прямой кишки в ответ на растяжение баллоном (11,4±1,6 мл/мм рт.ст. против 0,4±0,2 до лечения, p<0,001). У пациентов с со-

четанием СРК и диссинергии тазового дна сохранялась дисфункция наружного анального сфинктера, клинически проявляющаяся рефрактерным к терапии запором.

Полученные результаты согласуются с данными ряда авторов о неэффективности медикаментозного лечения в отношении нормализации стула при функциональных расстройствах дефекации. Методом выбора у этой категории больных является биофидбэк-терапия [2].

Были позитивными 67 пациентов с СРК и ФД в отношении *H. pylori*. В течение 10 дн. этим больным проводилось лечение омепразолом 40 мг/сут, кларитромицином 1000 мг/сут, амоксициллином 2000 мг/сут. Эрадикация *H. pylori* отмечена у 63 (94%) больных. У 40 (63,5%) пациентов (I группа) наблюдалась положительная клиническая динамика с уменьшением среднего балла ФД (с $7,8 \pm 0,7$ до $3,3 \pm 0,4$, $p < 0,001$) и СРК (с $12,9 \pm 0,6$ до $6,9 \pm 0,7$, $p < 0,001$) и повышением индекса физического здоровья SF-36 (с $38,2 \pm 1,7$ до $46,2 \pm 1,4$, $p < 0,01$). По данным манометрии, у больных I группы отмечалось повышение порога первого ощущения растяжения с $13,3 \pm 6,8$ до $28,3 \pm 2,6$ мл, $p < 0,001$.

Уменьшение диспепсических жалоб после эрадикации *H. pylori*-инфекции у пациентов с ФД наблюдали многие исследователи [4]. Роль *H. pylori*-инфекции в развитии клинической симптоматики СРК не доказана. В патогенезе формирования СРК имеет значение бактериальное обсеменение тонкой кишки и дисбиоз толстой кишки. Изменение состава микрофлоры приводит к развитию воспалительного процесса в слизистой оболочке кишечника. Воспаление сопровождается интенсивным выделением цитокинов, которые отрицательно влияют на сократительную способность гладкомышечных клеток [1].

В исследовании, проведенном M. Pimentel et al. (2000), у 78% пациентов с СРК выявлен избыточный бактериальный рост в тонкой кишке, а после успешной антибактериальной терапии у 48% пациентов было отмечено улучшение клинических симптомов СРК [6]. По данным нашего исследования, у 23 (36,5%) пациентов (II группа) после эрадикационной терапии средний балл ФД и качество жизни не изменились.

По данным эзофагоманометрии, у 78% пациентов с ФД выявлены признаки дискинезии пищевода: высокий процент дискоординированных влажных глотков ($65,5 \pm 13,6\%$), ослабленная перистальтика в дистальном отделе пищевода (амплитуда сокращений $39,9 \pm 11$ мм рт.ст.), сниженное базальное давление нижнего пищеводного сфинктера ($7,4 \pm 1,2$ мм рт.ст.). При проведении суточной рН-метрии зарегистрирована гиперсекреторная активность (среднесуточный рН фундального отдела желудка $1,1 \pm 0,2$), высокий процент времени с $pH < 4$ за сут в пищеводе ($8,0 \pm 0,9$), повышенное количество кислотных рефлюксов в пищеводе ($75,0 \pm 3,8$).

Таким образом, у части обследованных больных с ФД диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Во всех случаях симптоматика ФД маскировала ГЭРБ.

В исследовании T.M. Kennedy et al. (1998), включившем 3169 чел., выявлено частое сочетание ФД, СРК и ГЭРБ [3]. В работе J. Tack et al. (2005) показано, что проведение рН-метрии позволяет диагностировать ГЭРБ у 18,5% больных с ФД без жалоб на изжогу [7].

На протяжении месяца больные с ФД II группы и больные с *H. pylori*-негативной ФД получали лечение ин-

Обследовано 140 больных с синдромом раздраженного кишечника и сопутствующей функциональной диспепсией (II Римские критерии). Клинические симптомы оценивали полуколичественным методом. Качество жизни определяли с помощью опросника SF-36. Для подтверждения *H. pylori*-инфекции всем пациентам проводили ФГДС с уреазным тестом и гистологическим исследованием. Больным с ФД и СРК выполнили (72 чел.) внутриведенную и аноректальную манометрию; 15 пациентам провели суточную рН-метрию. У всех больных выявлены нарушения сенсорной функции прямой кишки. У 30,6% пациентов с СРК диагностирована диссинергия тазового дна. Лечение пинаверия бромидом (300 мг/день 1 мес.) проводили 51 больному. Через 1 мес. лечения у больных с СРК отмечалось клиническое улучшение, восстановление сенсорной функции прямой кишки, диссинергия тазового дна сохранялась. Пациентам с ФД и СРК (67 чел.) провели стандартную эрадикационную терапию. У 2/3 больных после эрадикации *H. pylori*-инфекции наблюдалось повышение качества жизни, уменьшение клинической симптоматики ФД и СРК.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия, *Helicobacter pylori*, сенсорная функция.

S.A. Alexeenko, O.V. Krapivnaya

NEW APPROACH TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND CONSTIPATION

*Far Eastern State Medical University;
Far Eastern Railway Hospital*

Summary

140 patients with irritable bowel syndrome and functional dyspepsia (II Rome criteria) were included in the study. Symptoms of functional diseases were measured using a score from 0 up to 3. Quality of life was assessed by SF-36. For diagnosis of *H. pylori* infection before and 5 weeks after treatment, a histological and urea tests were used. In 72 patients, the Esophageal and Anorectal manometry were carried out. In 15 patients, the pH-metry was carried out. IBS patients had an abnormal sensory rectal function. In 22 (30,6%) IBS patients were diagnosed pelvic floor dyssynergia. 51 patients were prescribed Pinaverium bromide 300 mg per day for a month. After treatment IBS symptoms scores decreased, rectal sensory function significantly improved, but manometric evidences for pelvic floor dyssynergia continued. The standard triple therapy was prescribed for 67 *H. pylori* positive patients. The clinical symptoms, quality of life scores improved in 2/3 patients after *H. pylori* eradication.

Key words: irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, *Helicobacter pylori*, sensory motor function.

гибиторами протонной помпы в стандартной дозировке. У всех пациентов отмечено уменьшение среднего балла ФД с $7,5 \pm 0,7$ до $2,1 \pm 0,5$ ($p < 0,001$), повышение индекса физического здоровья SF-36 с $37,2 \pm 1,7$ до $46,1 \pm 1,5$ ($p < 0,01$). На клиническую симптоматику СРК проводимая терапия не влияла.

Выводы

1. Использование современных методов функциональной диагностики (манометрия, рН-метрия) позволяет уточнить диагноз у больных с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта и подобрать индивидуальную эффективную терапию.

2. У больных с сочетанной функциональной патологией (ФД+СРК) антихеликобактерная терапия способствует уменьшению клинических проявлений ФД, оказывает положительное влияние на симптоматику СРК и сенсорную функцию прямой кишки, приводит к повышению качества жизни больных.

4. При отсутствии *H. pylori*-инфекции у больных ФД терапия ингибиторами протонной помпы приводит к уменьшению симптомов ФД и улучшению качества жизни.

5. Месячный курс лечения пинаверия бромидом позволяет определить группу больных с СРК, которым показано проведение аноректальной манометрии с целью верификации функционального расстройства дефекации.

Л и т е р а т у р а

1. Barbara G., De Giorgio R., Stanghellini V. et al. A role for inflammation in irritable bowel syndrome? // *Gut*. - 2002. - Vol. 51. - P. 141-144.

2. Bharucha A.E. et al. Functional anorectal disorders // *Gastroenterology*. - 2006. - Vol. 130(5). - P. 1498-1509.

3. Kennedy T.M., Jones R.H., Hungin A.P. Irritable bowel syndrome, gastroesophageal reflux and bronchial hyperresponsiveness in the general population // *Gut*. - 1998. - Vol. 43. - P. 770-774.

4. Laine L., Schoenfeld P., Fennerty M.B. Therapy for *Helicobacter pylori* in patients with non-ulcer dyspepsia - A meta-analysis of randomized, controlled trials // *Ann. Intern. Med.* - 2001. - Vol. 134. - P. 361-369.

5. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. et al. Functional bowel disorders // *Gastroenterology*. - 2006. - Vol. 130 (5). - P. 1480-1491.

6. Pimentel M.D., Evelyn J., Chow B.A. et al. Eradication of small intestinal bacterial overgrowth reduces symptoms of irritable bowel syndrome // *Am J Gastroenterology*. - 2000. - Vol. 95. - P. 3503-3506.

7. Tack J., Caenepeel P., Arts J. et al. Prevalence and symptomatic impact of non-erosive reflux disease in functional dyspepsia // *Gut*. - 2005. - Vol. 54. - P. 1370-1376.

Координаты для связи с авторами: Алексеевко Сергей Алексеевич — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ДВГМУ, тел.: 8-(4112)-98-05-36, e-mail: alexeeenko@mail.fesmu.ru; Кративная Оксана Владимировна — канд. мед. наук, зав. терапевтическим отделением №2 НУЗ «Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск-1», тел.: 8-(4212)-98-07-20, e-mail: ovkrapivnaya@gmail.com.

