

УДК 616.34-009.1-07-08

С. А. Алексеев, О. В. Крапивная

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Дальневосточный государственный медицинский университет (г. Хабаровск),
Дорожная клиническая больница (г. Хабаровск)

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, аноректальная манометрия, дицетел.

Синдром раздраженного кишечника является одной из наиболее актуальных проблем современной гастроэнтерологии, что связано с его распространенностью и социальной значимостью. Заболевание наносит большой экономический ущерб обществу как по прямым показателям затрат на медицинское обслуживание и лечение, так и по косвенным показателям, включающим компенсацию временной нетрудоспособности [8, 10].

Согласно рекомендациям Международной группы по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта диагноз синдрома раздраженного кишечника устанавливается по критериям, основанным на симптомах заболевания [14]. В практическом здравоохранении диагностика этого синдрома обычно сопровождается проведением многочисленных, часто повторных исследований, исключающих органическую патологию. Терапия в клинической практике проводится эмпирически, путем назначения различных препаратов без возможности объективного контроля эффективности.

В патогенезе синдрома раздраженного кишечника важное место занимают моторно-эвакуаторные нарушения и висцеральная гиперчувствительность [4, 7]. В связи с этим исследование сенсорной функции пищеварительного тракта становится необходимым условием диагностики синдрома раздраженного кишечника [5, 6]. В России современные методы исследования функционального состояния желудочно-кишечного тракта (манометрия, электромиография, сцинтиграфия и др.) малодоступны в клинической практике, а научно-исследовательские работы, посвященные проблеме использования манометрических методов у больных с функциональной патологией кишечника, — единичны [1].

Цель проведенного исследования заключалась в повышении качества диагностики и эффективности лечения синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запоров.

Обследовано 140 человек (117 женщин и 23 мужчины) в возрасте $45,0 \pm 12,2$ года. У всех пациентов диагностирован синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров. Диагноз устанавливали согласно II Римским критериям [14].

Оценку клинической симптоматики проводили с помощью полуколичественного метода, предложенного E.J. Bennett et al. [3]. При включении больного в исследование оценивали средний балл синдрома раздраженного кишечника, который был определен как совокупность частоты и тяжести каждого симптома в течение последних двух недель. Минимальный показатель каждого симптома — 0, максимальный — 6 баллов. Сенсомоторную функцию прямой кишки и анального канала изучили у 72 человек с помощью метода стационарной аноректальной манометрии на аппаратном комплексе PC Polygraf, (Synectics Medical, Швеция). Для оценки изменений давления в просвете прямой кишки использовали водно-перфузионный катетер с четырьмя каналами давления и ректальным баллоном из латексной резины на конце (Zinectics Anorectal Manometric Catheter, USA). Оценивали следующие показатели: базальное давление в прямой кишке и анальном канале, давление в анальном канале при натуживании, ректоанальный ингибиторный рефлекс, порог первого ощущения растяжения, максимально переносимый объем, податливость прямой кишки в ответ на растяжение баллоном.

За норму были приняты показатели, полученные у здоровых добровольцев и представленные в руководствах C. Stendal [13] и M.M. Schuster et al. [12].

Полученные результаты обработаны статистически с определением достоверности различий по критерию Стьюдента. В случае повторных измерений использовался парный критерий Стьюдента. Для непараметрических признаков применяли критерий Бернулли.

По данным аноректальной манометрии податливость прямой кишки к растяжению у пациентов с синдромом раздраженного кишечника была сниженной ($0,4 \pm 0,1$ мл/мм рт. ст.) и существенно отличалась от соответствующего показателя у здоровых добровольцев ($14,0 \pm 2,0$ мл/мм рт. ст.). Уровень максимально переносимого объема у всех обследованных больных был значительно ниже по сравнению с таковым показателем у здоровых лиц ($138,8 \pm 11,0$ и $200,0 \pm 50,0$ мл соответственно).

По манометрическим показателям у 55 больных (76,4%) функция наружного анального сфинктера не была нарушена: базальное давление существенно не отличалось от нормы ($42,0 \pm 1,8$ мм рт. ст.), при натуживании давление снижалось до $6,4 \pm 3,6$ мм рт. ст. У 17 обследованных (23,6%) отмечался повышенный тонус наружного анального сфинктера ($54,7 \pm 3,4$ мм рт. ст.) и парадоксальный рост давления в области (до $79,5 \pm 6,2$ мм рт. ст.) при натуживании.

Выявленные у 17 человек манометрические доказательства нарушения функции наружного анального сфинктера являются ведущими объективными критериями диагноза дисфункции тазового дна [15]. Парадоксальный рост давления в области этого сфинктера при натуживании у данной категории

больных приводил к обструкции дефекации и усугублял запоры, связанные с синдромом раздраженного кишечника.

При исследовании ректоанального ингибиторного рефлекса в 67 случаях (93%) патологии не выявлено: отмечалось снижение давления в области внутреннего анального сфинктера более чем на 20 мм рт. ст. в ответ на растяжение 50-миллилитровым баллоном. У 5 больных (7%) наблюдалось недостаточное расслабление внутреннего сфинктера: амплитуда давления составила $5,3 \pm 2,3$ мм рт. ст. Уровень базального давления внутреннего анального сфинктера у пациентов с нарушением его функции был достоверно выше соответствующего показателя у больных без патологии этого сфинктера ($63,0 \pm 9,7$ мм рт. ст. и $42,5 \pm 0,6$ мм рт. ст. соответственно).

Манометрическое подтверждение неполного расслабления внутреннего анального сфинктера в сочетании с высоким давлением в анальном канале являются важными критериями диагностики еще одного функционального расстройства аноректальной области — дисфункции внутреннего анального сфинктера [1, 2]. Высокий тонус анального канала в сочетании с отсутствием адекватной релаксации внутреннего сфинктера приводил к затруднениям акта дефекации и способствовал запорам у больных с синдромом раздраженного кишечника.

Таким образом, в результате аноректальной манометрии выявлены манометрические критерии, подтверждающие диагноз синдрома раздраженного кишечника: низкая толерантность к боли, вызванной заполнением баллона, и снижение податливости кишки в ответ на баллонное растяжение. Наряду с этим у 22 человек (30,6%) диагностирована сочетанная функциональная патология кишечника (синдром раздраженного кишечника и дисфункция анальных сфинктеров). Во всех случаях синдром раздраженного кишечника маскировал клинические проявления другой функциональной патологии и затруднял ее диагностику.

51 больному проводилась терапия дицетелом: 100 мг 3 раза в день в течение месяца. Через месяц пациенты были повторно консультированы врачом с оценкой симптоматики синдрома раздраженного

кишечника. Манометрия пищевода, прямой кишки и анального канала выполнена в 41 случае до и после лечения.

При изучении динамики клинической симптоматики на фоне терапии дицетелом выявлено значительное уменьшение или полное исчезновение абдоминальной боли или дискомфорта у 94% больных. У 66,7% пациентов нормализовался стул или повышалась частота актов дефекации до 3–4 раз в неделю. Уменьшение чувства неполного опорожнения кишечника и напряжения во время акта дефекации отметили 74,5%, уменьшение метеоризма — 78% и пассажа слизи — 94% больных.

Через 4 недели терапии дицетелом у большинства лиц с положительной клинической динамикой синдрома раздраженного кишечника отмечалось улучшение состояния сенсомоторной функции прямой кишки. У 31 пациента (75,6%) нормализовалась податливость прямой кишки в ответ на растяжение ее баллоном. У 32 человек (78%) наблюдалось статистически значимое повышение порога первого ощущения растяжения. В 28 случаях (68,3 %) достоверно увеличился уровень максимально переносимого объема (табл. 1).

Несмотря на лечение дицетелом, у всех пациентов с сочетанной патологией — синдромом раздраженного кишечника и дисфункцией анальных сфинктеров — по данным аноректальной манометрии сохранялась последняя патология. Клинически у этой группы лиц на фоне монотерапии дицетелом наблюдалось уменьшение метеоризма и абдоминального болевого синдрома. Однако сохранялись запоры, чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации, необходимость в дополнительных потужных усилиях во время дефекации, которые часто оказывались малоэффективными. При активном расспросе было выяснено, что больные с обоими вариантами дисфункции анальных сфинктеров использовали для облегчения акта дефекации пальцевое вспоможение или поддержку тазового дна в процессе дефекации. Данные мероприятия, по мнению ряда авторов, являются достаточно распространенным способом облегчения дефекации при этой патологии [1, 15].

Таким образом, на фоне терапии дицетелом у больных с сочетанной функциональной патологией кишечника уменьшились клинические симптомы, характерные для синдрома раздраженного кишечника, а также улучшилась сенсорная функция прямой кишки. Но сохранялись клинические проявления и манометрические признаки, характерные для дисфункции анальных сфинктеров (рис. 1). Полученные нами результаты согласуются с данными ряда авторов о неэффективности медикаментозного лечения в отношении нормализации стула при функциональных расстройствах аноректальной области [9, 15]. Методом выбора у этой категории больных является биофидбек-терапия [11].

Таблица 1
Состояние сенсомоторной функции прямой кишки до и после лечения дицетелом

Показатель	До лечения	После лечения
Порог первого ощущения растяжения, мл	$16,6 \pm 2,7$	$29,8 \pm 3,5$
Максимально переносимый объем, мл	$124,0 \pm 12,2$	$172,0 \pm 10,2$
Податливость прямой кишки в ответ на растяжение баллоном, мл/мм рт. ст.	$0,4 \pm 0,2$	$11,4 \pm 1,6$

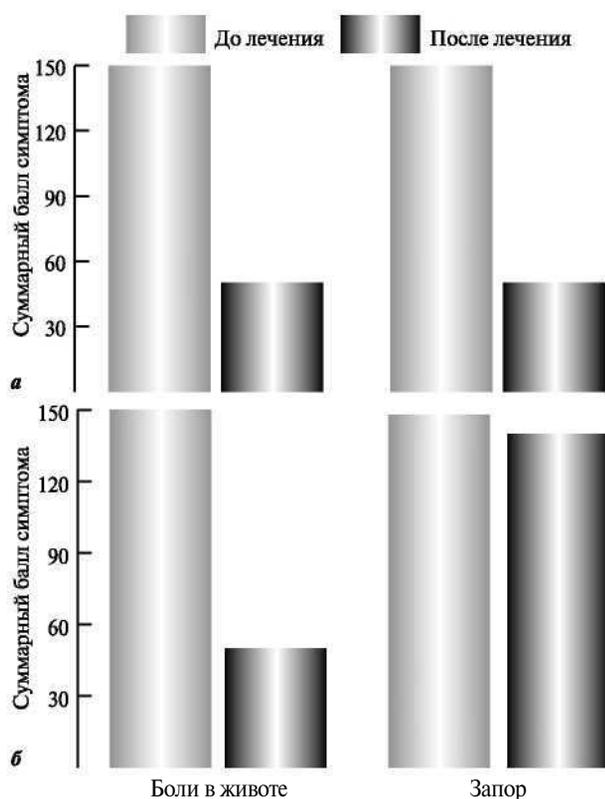


Рис. 1. Динамика клинической симптоматики у больных с синдромом раздраженного кишечника и с сочетанной функциональной патологией кишечника на фоне терапии дицетелом.

а - синдром раздраженного кишечника; б - синдром раздраженного кишечника в сочетании с дисфункцией анальных сфинктеров.

Следовательно, у больных с синдромом раздраженного кишечника и запорами месячный курс лечения дицетелом можно использовать как с терапевтической, так и с диагностической целью. С одной стороны, дицетел в значительной части наблюдений уменьшает клинические проявления синдрома раздраженного кишечника и восстанавливает нарушенную сенсомоторную функцию прямой кишки. С другой стороны, рефрактерный к дицетелу запор у этих больных может указывать на сочетанное функциональное расстройство аноректальной области, для верификации которого необходимо направить пациента на аноректальную манометрию.

Выводы

1. Проведение аноректальной манометрии дает возможность объективно подтвердить диагноз синдрома раздраженного кишечника и провести дифференциальный диагноз с функциональными расстройствами аноректальной области, которые диагностируются у трети пациентов с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров.
2. Месячный курс лечения дицетелом приводит к уменьшению симптомов синдрома раздраженного кишечника и способствует нормализации сенсомоторной функции прямой кишки.

3. Диагностическая проба с дицетелом может использоваться в практике врачей-терапевтов и гастроэнтерологов для дифференциальной диагностики функциональных заболеваний кишечника и определения группы больных, которым показано проведение аноректальной манометрии с целью верификации функциональной патологии аноректальной области.

Литература

1. Гандур Х.М., Удовиченко Т.Г., Пасечников В.Ди др. // *Материалы второй региональной научно-практической конференции, посвященной памяти заслуженного деятеля науки РФ профессора Л.И. Геллера. -ДВГМУ, 2001. - С. 105-118.*
2. Azpiroz F. // *Gut. - 2002. - Vol. 51. - P. 125-128.*
3. Bennett E.J., Tennant C.C., Piesse C et al. // *Gut. - 1998. - Vol. 43. - P. 256-261.*
4. Bonapace E.S., Maurer A.H., Davidoff S. et al. // *Gastroenterology. - 2000. - Vol. 95, No. 10. - P. 2838-2847.*
5. Botoman V.A., Rao S., Dunlap P. et al. // *Gastroenterology. - 2003. - Vol. 98, No. 6. - P. 1228-1236.*
6. Bouin M., Plourde V., Boivin M. et al. // *Gastroenterology. - 2002. - Vol. 122, No. 7. - P. 1771-1777.*
7. Camilleri M., Coulie B., Tack J. // *Gut. - 2001. - Vol. 48. - P. 125-131.*
8. Camilleri M., Williams D.E. // *Pharmacoeconomics. - 2000. - Vol. 17. - P. 331-338.*
9. Locke G.R., Pemberton J.H., Phillips S.F. // *Gastroenterology. - 2000. - Vol. 119, No. 6. - P. 1761-1766.*
10. Longstreth G.F., Wilson A., Knight K. et al. // *Gastroenterology. - 2003. - Vol. 98, No. 3. - P. 600-607.*
11. Mason H.J., Serrano-Ikkos E., Kamm M.A. // *Gastroenterology. - 2002. - Vol. 97, No. 12. - P. 3154-3159.*
12. Schuster M.M., Crowell M.D., Koch K.L. *Atlas of Gastrointestinal Motility in Health and Disease: Second Edition. - Hamilton-London: BC Decker Inc, 2002.*
13. Stendal C. *Practical Guide to Gastrointestinal Function testing. - Medtronic Synectics, 1997.*
14. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. // *Gut. - 1999. - Vol. 45(Suppl. 2). - P. 1143-1147.*
15. Whitehead W.E., Wald A., Diamant N.E. et al. // *Gut. - 1999. - Vol. 45(Suppl. 2). - P. 1155-1159.*

Поступила в редакцию 08.04.04.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF IRRITATED BOWELS SYNDROME

S.A. Alekseenko,

O. V. Krapivnaya

Far-Eastern State Medical University, Road Clinical Hospital (Khabarovsk)

Summary — The authors have examined 140 patients suffering from irritated bowels syndrome. 72 patients underwent anal manometry in hospital and 51 patients received monthly course of medical treatment by using dicetel. At 30,6% of cases the authors diagnosed irritated bowels syndrome associated with anal sphincters dysfunction. Upon treatment manifestations of the irritated bowels syndrome abated, this notwithstanding the anal sphincters dysfunction remained and declared itself clinically as cases of refractory constipation.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 1, p. 53-55.