УДК 616.34-008.13+616.053.2(8)+330.59+616.34-006.6

СИНДРОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ БРАДИАРИТМИИ КАК ФАКТОР РИСКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ЛИЦ МОЛОДОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Шемеровский Константин Александрович[1], Кантемирова Раиса Кантемировна[2]

[1] Санкт-Петербургский медико-социальный институт. 195261, Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 72, лит. А

[2] Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта. 195067, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50

Контактная информация: E-mail: constshem@yandex.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром колоректальной брадиаритмии; частота стула; акрофаза; качество жизни.

Введение. Заболеваемость колоректальным раком в Санкт-Петербурге в последнее время достигла более 3500 новых случаев в год и превышает онкологическую заболеваемость всех органов. Одним из ключевых факторов риска рака толстой кишки, повышающим этот риск в 2–4 раза, является нарушение циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника. Однако встречаемость такого нарушения в виде синдрома колоректальной брадиаритмии у лиц разного возраста остаётся мало исследованной.

Цель исследования. Целью данной работы было сравнительное исследование встречаемости синдрома колоректальной брадиаритмии у лиц разного возраста.

Материалы и методы. Использовали экспресс-диагностику нарушений циркадианного ритма дефекации, в виде специально разработанной методики анкетирования (метод хроноэнтерографии — недельный мониторинг циркадианного энтерального ритма), учитывающего недельную частоту и околосуточную акрофазу ритма опорожнения кишечника. Анализировали уровни удовлетворённости питанием и физической активностью, иммунный статус и качество жизни. Всего проанкетировано 89 человек разного возраста. Сравнивали показатели анкетирования, полученные у 42 студентов-медиков 2–4 курсов (20–39 лет) университетов Санкт-Петербурга (25 женщин и 17 мужчин) с показателями, полученными у 47 пациентов (26 женщин и 21 мужчина, 62–84 лет) терапевтического отделения (клиника центра реабилитации инвалидов). Выделяли регулярный циркадианный ритм кишечника при частоте дефекации не ниже 7 раз в неделю. Диагностировали три стадии тяжести синдрома колоректальной брадиаритмии. Первая стадия (лёгкая) — при частоте стула 5–6 раз в неделю; вторая стадия (умеренная) — при частоте стула 3–4 раза в неделю; третья стадия (тяжелая) — при частоте стула 1–2 раза в неделю. Выделяли наличие утренней акрофазы ритма стула — по его реализации в утренние часы (от пробуждения до полудня). Уровень активности иммунной системы определяли по тесту В.В. Колбанова (2011), при числе набранных баллов до 31 — считали нормальным уровнем, а выше 31 — ослабленным уровнем. Высоким уровнем качества жизни и уровня счастья считали уровень от 70 % до 100 % от оптимального. Пониженным уровнем качества жизни и уровня счастья считали уровень ниже 70 % от наилучшего. Сравнение исследуемых параметров производили по числу лиц с высоким и низким уровнем показателей, включая баллы по активности иммунной системы и качества жизни.

Результаты. Скрининговое исследование отклонений от регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника у студентов-медиков показало, что регулярный ритм кишечника (при частоте ритма не ниже 7 раз в неделю) был выявлен у 43 %, а синдром колоректальной брадиаритмии (при частоте стула 3–6 раз в неделю) у 57 % обследованных лиц. Следовательно, нарушение циркадианного ритма стула диагностировано почти у каждого второго студента-медика. У студентов с регулярным энтеральным ритмом (эуэнтерия) утренняя акрофаза ритма стула имела место в 61 % случаев. У студентов с синдромом колоректальной брадиаритмии утренняя акрофаза дефекации имела место в 29 % случаев, а доминировало отсутствие утренней акрофазы дефекации — в 71 % случаев. Следовательно, отсутствие утренней акрофазы ритма стула у студентов повышало риск синдрома колоректальной брадиаритмии более чем в 2 раза. У студентов с эуэнтерией нормальный уровень иммунной системы был

выявлен в 61 % случаев, а у студентов с синдромом колоректальной брадиаритмии — лишь у 46 % случаев. Следовательно, данный синдром приводил к понижению уровня иммунной системы у 15 % студентов-медиков. Высокий уровень качества жизни (70–100 % от оптимума) встречался у 89 % студентов с эуэнтерией, но лишь у 71 % студентов с нарушенным ритмом кишечника. Следовательно, синдром колоректальной брадиаритмии у студентов был связан с понижением уровня качества жизни на 18 %. Нарушение циркадианного ритма дефекации в виде синдрома колоректальной брадиаритмии (при частоте стула 1–6 раз в неделю) было выявлено у 60 % пациентов терапевтического отделения клиники реабилитации инвалидов. У пациентов с эуэнтерией утренняя акрофаза ритма стула имела место в 79 % случаев, а отсутствие утренней дефекации — в 21 % случаев. У больных с синдромом колоректальной брадиаритмии утренняя акрофаза была выявлена в 39 % случаев, а отсутствие утренней дефекации — в 61 % случаев. Следовательно, отсутствие утренней акрофазы ритма стула у пациентов повышало риск синдрома колоректальной брадиаритмии почти в 3 раза.

У пациентов с эуэнтерией пониженный уровень иммунной системы встречался в 54 % случаев, а у больных с синдромом колоректальной брадиаритмии — в 56 % случаев. Следовательно, у большинства пожилых пациентов уровень иммунной системы был сниженным как при эуэнтерии, так и при наличии синдрома колоректальной брадиаритмии. Следует отметить, что приём слабительных средств был отмечен почти у каждого третьего пациента с эуэнтерией (в 31 % случаев) и у каждого второго больного (50 %) с наличием синдрома колоректальной брадиаритмии.

Уровень качества жизни, оцениваемый по «уровню счастья», был снижен практически у всех обследованных больных (у 94 %) терапевтического отделения. Существенное снижение уровня качества жизни (до 50–60 % от оптимального) имело место у 66 % пациентов с эуэнтерией, а резкое снижение этого уровня (до 40 % от оптимума) было выявлено у 34 % пациентов. У больных с синдромом колоректальной брадиаритмии уровень качества жизни (по уровню счастья) был существенно (до 55 % от оптимума) снижен в 42 % случаев, а резкое снижение этого уровня (до10–30 % от оптимума) было отмечено у 58 % больных. Следовательно, синдром колоректальной брадиаритмии у терапевтических больных способствует резкому (1,7 раза) понижению уровня качества жизни по сравнению с пациентами, у которых была выявлена эуэнтерия.

Заключение. Синдром колоректальной брадиаритмии лёгкой и умеренной степени тяжести был диагностирован почти у каждого второго студента-медика (у 57 % студентов) и почти у каждого второго (у 60 %) пациента с этим синдромом лёгкой, умеренной и тяжелой степени тяжести. Отсутствие утренней акрофазы ритма стула у студентов-медиков повышало риск синдрома колоректальной брадиаритмии более чем в 2 раза. Отсутствие утренней акрофазы ритма дефекации у терапевтических пациентов повышало риск синдрома колоректальной брадиаритмии почти в 3 раза. Синдром колоректальной брадиаритмии у студентов-медиков был связан с понижением уровня активности иммунной системы на 15 % и с понижением уровня качества жизни на 18 %. Синдром колоректальной брадиаритмии у терапевтических больных способствует резкому (в 1,7 раза) понижению уровня качества жизни по сравнению с пациентами с регулярным ритмом стула. Синдром колоректальной брадиаритмии приводит к повышению риска приёма слабительных средств почти в 2 раза. Таким образом, метод хроноэнтерографии позволяет диагностировать синдром колоректальной брадиаритмии почти у каждого второго молодого студента-медика и у каждого второго пожилого терапевтического больного. Синдром колоректальной брадиаритмии ассоциирован с понижением уровня активности иммунной системы, понижает уровень качества жизни и повышает риск приёма слабительных средств у пожилых пациентов. Полученные данные свидетельствуют о возможности функциональной диагностики нарушений циркадианного ритма кишечника, как у молодых, так и у пожилых лиц для ранней профилактики колоректального рака.