



А. Э. Дорофеев¹, Т. А. Коновалова-Кушнир²,
И. А. Деркач³, Ю. З. Дыня¹

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев

² Медицинский центр «Евромед»

³ Трускавецкая городская больница

місто?

Дисплазия соединительной ткани у пациентов с синдромом раздраженного кишечника и методы коррекции сопутствующей патологии

Цель — изучить частоту и выраженность дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК), а также оценить возможности терапии сопутствующей патологии у этих пациентов.

Материалы и методы. Обследованы 136 пациентов со всеми подтипами СРК. Среди пациентов было 42 (30,9%) мужчины и 94 (69,1%) женщины. Возраст больных составил от 18 до 55 лет (в среднем — $35,7 \pm 4,8$ года). У всех пациентов была изучена частота встречаемости и характеристика стигм ДСТ и дисэмбриогенеза (ДЭГ). Для обнаружения висцеральных стигм ДСТ и ДЭГ использовали дополнительные инструментальные методы обследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ректороманоскопию или колоноскопию при необходимости.

добавила

Результаты. Анализ частоты встречаемости стигм ДСТ у пациентов с СРК выявил наличие как минимум 1 признака ДСТ или ДЭГ у каждого больного. У 81 (59,56%) пациента зафиксировали менее 3 стигм ДСТ и ДЭГ, у 43 (31,62%) — от 3 до 5 стигм ДСТ и/или ДЭГ, у 12 (8,82%) — более 5 стигм, что соответствует тяжелой степени ДСТ. Статистически значимых различий в частоте встречаемости и выраженности ДСТ у пациентов с разными формами СРК не выявлено.

Выводы. У 40,4% пациентов с СРК отмечено наличие 3 стигм ДСТ и более. Эти изменения могут способствовать более тяжелому течению СРК и обуславливать наличие сопутствующей патологии, такой как геморрой и варикозное расширение вен нижних конечностей. Наличие сопутствующей патологии ухудшает качество жизни пациентов и требует дополнительной терапии у больных с СРК. В комплекс терапии таких пациентов целесообразно включать системные венотоники, например, «Флего».

???? **Ключевые слова:**

Функциональная патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и в особенности синдром раздраженного кишечника (СРК) — одна из актуальных гастроэнтерологических проблем в мире. Это связано с широкой распространенностью данной патологии и высоким темпом роста заболеваемости [1, 4–6]. Последние данные популяционных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что распространенность СРК среди населения развитых стран Европы и Америки составляет 30–50%. В странах с менее развитой экономикой распространенность СРК значительно ниже. В среднем СРК встречается у 10–20%

населения, при этом приблизительно 2/3 пациентов, страдающих СРК, не обращаются за медицинской помощью и поэтому не учитываются в статистических данных [4–6, 10].

Большинство исследователей рассматривают СРК как результат взаимодействия биологических и психосоциальных факторов. Этиологические факторы СРК можно разделить на наследственные и психосоциальные факторы (в том числе психотравмирующие), кишечные инфекции, интоксикации и др. Эти факторы запускают патогенетические механизмы в виде нарушения регуляции ЖКТ со стороны центральной нервной системы, нарушений кишечной моторики, висцеральной гиперчувствительности, вегетативных и гормональных нарушений, которые

в свою очередь индуцируют кишечный дисбиоз и микровоспаление в слизистой оболочке толстой кишки и являются основой клиники СРК [4, 8, 9, 14].

Дополнительным фактором патогенеза СРК, связанным как с наследственными, конституциональными признаками, так и с нарушением микрофлоры кишечника является дисплазия соединительной ткани (ДСТ), представляющая собой врожденный дефект мезенхимального матрикса организма с прогрессивным течением. Классическим и наиболее ярким проявлением ДСТ являются такие генные болезни, как синдромы Марфана и Элерса—Данло. Они характеризуются наличием дифференцированных дефектов соединительной ткани, в основе которых лежит четкий генный дефект соединительной ткани с определенным типом наследования [2]. Однако на практике гораздо чаще приходится сталкиваться со стертыми, несиндромными формами данной аномалии, или так называемой недифференцированной ДСТ (НДСТ), которая характеризуется широким полиморфизмом клинических проявлений упомянутой патологии. Разнообразные изменения кожных покровов, опорно-двигательного аппарата и особенно внутренних органов определяют индивидуальный прогноз и оказывают влияние на течение СРК [2, 3].

Высокая степень коллагенизации органов пищеварения дает основания ожидать при НДСТ многообразных проявлений со стороны ЖКТ. К числу диспластикозависимых изменений органов пищеварения относят недостаточность кардии, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, аномалии строения желчного пузыря, долихосигму, дивертикулез кишечника [2]. У больных, имеющих большое количество висцеральных стигм ДСТ и дисэмбриогенеза, отмечен наиболее ранний дебют патологии органов пищеварения, бóльшая выраженность абдоминального болевого синдрома и воспалительных изменений слизистой оболочки [1–3]. Более тяжелое течение заболеваний ЖКТ связывают как непосредственно с ДСТ, так и с закономерно сопутствующей ей вегетативной дисфункцией [2]. У пациентов с ДСТ по сравнению со здоровыми лицами отмечена высокая частота дисбиоза кишечника, который может служить патогенетическим фактором в развитии и течении СРК [1, 13]. У пациентов с СРК и стигмами ДСТ и дисэмбриогенеза (ДЭГ) может развиваться сопутствующая патология, связанная с нарушениями структуры коллагена и функции соединительнотканного каркаса.

Цель работы — изучить частоту и выраженность дисплазии соединительной ткани у пациентов с синдромом раздраженного кишечника, а также оценить возможности терапии сопутствующей патологии у этих пациентов.

Материалы и методы

Обследовано 136 пациентов со всеми подтипами СРК. Среди пациентов было 42 (30,9%) мужчины и 94 (69,1%) женщины. Возраст больных составил от 18 до 55 лет (в среднем — $35,7 \pm 4,8$ года).

У всех пациентов была изучена частота встречаемости и характеристика стигм ДСТ и ДЭГ. Для обнаружения висцеральных стигм ДСТ и ДЭГ использовали дополнительные инструментальные методы обследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ректороманоскопию или колоноскопию при необходимости.

Исследование предусматривало два этапа: первый — обследование, в том числе с использованием инструментальных методов, для выявления и характеристики ДСТ и ДЭГ у больных с СРК, второй — комплексная терапия основного заболевания и выявленной сопутствующей патологии. Все пациенты получали базисную терапию СРК в зависимости от подтипа согласно рекомендациям Украинской гастроэнтерологической ассоциации (2019) [4].

Результаты и обсуждение

Анализ частоты стигм ДСТ выявил наличие как минимум 1 признака ДСТ или ДЭГ у каждого больного. У более чем половины пациентов было менее 3 стигм ДСТ и ДЭГ, что принято считать вариантом нормы (табл. 1), около трети больных имели от 3 до 5 стигм ДСТ и/или ДЭГ, а 12 (8,82%) — более 5 стигм, что соответствует тяжелой степени ДСТ. Статистически значимых различий в частоте встречаемости и выраженности ДСТ у пациентов с разными формами СРК не выявлено, но у пациентов с СРК неустановленного генеза выраженность ДСТ была относительно ниже, чем в других группах. Возможно, что более выраженная ДСТ чаще ассоциируется с клинически значимыми нарушениями функции кишечника и служит дополнительным фактором их патогенеза, что подтверждают различия в частоте встречаемости отдельных стигм ДСТ и ДЭГ в разных группах пациентов с СРК (табл. 2).

Наиболее распространенными признаками ДСТ и ДЭГ у пациентов с СРК были перегиб и перетяжка желчного пузыря, варикозное расширение вен нижних конечностей и геморрой. У большинства пациентов с СРК наличие

Правильно?

Таблица 1. Частота встречаемости стигм дисплазии соединительной ткани и дисэмбриогенеза у пациентов с синдромом раздраженного кишечника

Показатель	СРК				
	Общая выборка	С запором	С диареей	Смешанный тип	Неустановленный генез
Всего	136 (100 %)	52 (38,23 %)	41 (30,15 %)	34 (25,00 %)	9 (6,62 %)
< 3 стигм (ДСТ нет)	81 (59,56 %)	32 (61,54 %)	24 (58,54 %)	20 (58,82 %)	5 (55,56 %)
3–5 стигм (ДСТ)	43 (31,62 %)	14 (32,69 %)	13 (34,15 %)	12 (23,53 %)	4 (44,44 %)
> 5 стигм (ДСТ)	12 (8,82 %)	6 (11,54 %)	4 (9,76 %)	2 (5,88 %)	–

Таблица 2. Характеристика стигм дисплазии соединительной ткани и дисэмбриогенеза у пациентов с синдромом раздраженного кишечника

Показатель	СРК				
	Общая выборка	С запором	С диареей	Смешанный тип	Неустановленный генез
Всего	136 (100 %)	52 (38,23 %)	41 (30,15 %)	34 (25,00 %)	9 (6,62 %)
Перегиб/перетяжка желчного пузыря	68 (50,0 %)	46 (33,82 %)	21 (15,44 %) [#]	9 (6,62 %) [#]	2 (1,47 %)
Геморрой	69 (50,74 %)	51 (37,5 %) [*]	9 (6,62 %)	8 (5,88 %)	1 (0,74 %)
Варикозное расширение вен	70 (51,4 %)	50 (36,7 %) [*]	10 (7,35 %)	9 (6,62 %)	1 (0,74 %)
Висцероптоз	38 (27,94 %)	20 (14,70 %)	13 (9,56 %) [#]	4 (2,94 %) [#]	1 (0,74 %)
Сколиоз/кифоз	38 (27,94 %)	16 (11,76 %)	13 (9,56 %)	8 (5,88 %)	1 (0,74 %)
Астеническое телосложение	30 (22,06 %)	13 (9,56 %)	14 (10,29 %)	2 (1,47 %)	1 (0,74 %)
Гипермобильность суставов	26 (19,12 %)	12 (8,82 %)	10 (7,35 %)	3 (2,2 %)	1 (0,74 %)
Аномалии стопы	14 (10,29 %)	5 (3,68 %)	6 (4,41 %)	2 (1,47 %)	1 (0,74 %)
Аномалии черепа	13 (9,56 %)	8 (5,88 %)	4 (2,94 %)	1 (0,74 %)	–
Аномалии colon	28 (20,59 %)	21 (15,44 %) [*]	3 (2,2 %) [#]	2 (1,47 %) [#]	2 (1,47 %)
Миопия	11 (8,08 %)	4 (2,94 %)	5 (3,68 %)	1 (0,74 %)	–

Примечание. * Различия относительно общей выборки статистически значимы ($p < 0,05$).

[#] Различия относительно больных с СРК с запором статистически значимы ($p < 0,05$).

ультразвуковых изменений желчного пузыря не сочеталось с клинической симптоматикой и не требовало дополнительной терапии.

Варикозное расширение вен нижних конечностей и геморрой чаще всего сопутствовали друг другу и встречались у 70 (51,4 %) и 69 (50,74 %) пациентов соответственно. Эти изменения статистически значимо чаще наблюдались у больных СРК с запором (СРК-З) (51 случай из 52 (98,1 %), $p = 0,036$, и 50 случаев из 52 (96,1 %), $p = 0,038$ соответственно).

Висцероптоз был диагностирован у 27,94 % больных. Чаще других опущений внутренних органов определялся трансверзоптоз (у 24 (17,65 %)

пациентов, в основном с СРК-З ($p = 0,048$ для СРК с диареей (СРК-Д), $p = 0,032$ для СРК смешанного типа (СРК-С)).

Частым проявлением НДСТ были аномалии скелета, среди которых преобладали выраженные сколиозы и кифозы, астеническое телосложение, гипермобильность суставов (см. табл. 2). Реже встречались признаки НДСТ и ДЭГ, связанные с аномалиями стопы (плоскостопие, «сандалиевидная щель») — у 14 (10,29 %) пациентов. Такие стигмы ДЭГ, как аномалии строения черепа (врожденное искривление носовой перегородки, аномалии ушей, широкая переносица, «башенный череп», и т. д.), обнаружены в 13 (9,56 %) случаев.

Так?

Правильно?

Правильно?

Врожденные аномалии толстой кишки (долихоколон, долихосигма) были частыми «диагностическими находками» у больных с СРК (см. табл. 2), статистически значимо чаще встречаясь при СРК-З ($p = 0,048$ для СРК-Д, $p = 0,032$ для СРК-С). У пациентов с СРК (преимущественно СРК-З и СРК-Д), имеющих аномалии толстой кишки, отмечены более раннее начало заболевания и более выраженные нарушения кишечной моторики по сравнению с пациентами без подобных признаков.

Таким образом, выраженной степенью ДСТ (с наличием 3 стигм и более) страдают около 40 % пациентов с СРК. Наиболее частыми стигмами НДСТ и ДЭГ у больных с СРК были варикозное расширение вен нижних конечностей и геморрой. Эти изменения существенно ухудшают качество жизни пациентов, оказывая влияние на психоэмоциональный статус, и требуют дополнительной терапии.

Учитывая, что у 98,1 % больных с СРК-З был диагностирован геморрой 1–2-й степени, в комплекс лечения этих пациентов включали препараты для терапии геморроя.

Пациенты с СРК-З были разделены на две группы. Больные 1-й группы ($n = 30$), помимо базисной терапии, получали раствор венотоника «Флего» в питьевых флаконах. Препарат назначали в течение 14 дней по схеме: первые 3 дня — по 1 флакону 3 раза в сутки, в последующие 11 дней — по 1 флакону в сутки. Выбор препарата был обусловлен его составом и механизмами действия компонентов.

«Флего» — флебопротектор с инновационным составом ультрамикронизированных биофлавоноидов для уменьшения проявлений лимфовенозной недостаточности и нарушения микроциркуляции. Преимуществами данного средства являются: жидкая форма, 4 биофлавоноида в составе, ультрамикронизация диосмина и геспередина, а также дополнительные эффекты компонентов, ценные для пациентов с коморбидной патологией. Действие диосмина направлено преимущественно на повышение тонуса венозных и лимфатических сосудов, уменьшение венозного и лимфатического застоя, укрепление стенки капилляров и снижение их проницаемости, улучшение микроциркуляции и трофики тканей; действие геспередина — на укрепление стенки капилляров и уменьшение их проницаемости, улучшение микроциркуляции и лимфооттока, уменьшение воспаления и отечности. Антоцианидины, содержащиеся в экстракте черники, и азиатикозиды, содержащиеся в экстракте центеллы азиатской, укрепляют стенки сосудов,

предотвращают их ломкость и нормализуют проницаемость капилляров, улучшают лимфодренаж и микроциркуляцию, обладают противовоспалительным действием, стабилизируют синтез коллагена и гиалуроновой кислоты, модулируют активность фибробластов в сосудистой оболочке, способствуют эпителизации и заживлению ран, уменьшают признаки целлюлита. Дополнительными эффектами компонентов «Флего» являются: регуляция сосудистого тонуса и артериального давления, нейропротективное, гипогликемическое, гиполипидемическое, антитромботическое и антиатеросклеротическое действие.

Больные 2-й (контрольной) группы ($n = 22$), кроме базисной терапии, принимали свечи «Релиф» в течение 14 дней. В состав препарата входит фенилэфрина гидрохлорид, который является α -адреномиметиком, оказывает местное сосудосуживающее действие, что способствует уменьшению экссудации, отечности тканей и зуда в аноректальной области.

Эффективность и безопасность комплексной терапии оценивали на 15-й день лечения по влиянию на абдоминальную боль, боль и дискомфорт в анальном канале, нормализации стула и общего самочувствия.

После терапии состояние всех пациентов статистически значимо улучшилось. У 1 (3,3 %) пациента 1-й группы и 1 (4,5 %) — 2-й группы сохранялся незначительный абдоминальный дискомфорт. У всех пациентов 1-й группы отсутствовали жалобы на боль или дискомфорт в области анального канала, тогда как у 3 (13,6 %) больных, получавших «Релиф», сохранялись жалобы на неприятные ощущения в зоне анального канала или дискомфорт при дефекации ($p < 0,1$).

Тенденция к нормализации стула отмечена у всех пациентов, но в зависимости от используемой комплексной терапии эти изменения были различными. Так, нормализация стула отмечена у 28 (93,3 %) пациентов, получавших препарат «Флего», и у 17 (77,3 %) — контрольной группы ($p < 0,05$). Возможно, эти различия связаны с дополнительными эффектами системной терапии с применением венотоников с растительными компонентами.

У большинства больных с СРК-З с геморроем отмечено варикозное расширение вен нижних конечностей. До лечения пациенты жаловались на тяжесть в ногах, дискомфорт, иногда отмечали появление отеков во второй половине дня и после физической нагрузки. На фоне применения комплексной терапии СРК-З с включением препарата «Флего» через 14 дней терапии у пациентов с варикозным расширением вен нижних

виробник?

конечностей статистически значимо уменьшались жалобы, что оказывало существенное влияние на общее состояние и качество жизни. У больных контрольной группы таких изменений в этот срок не выявлено.

Выводы

У 40,4% пациентов с СРК отмечено наличие 3 стигм ДСТ и более. Эти изменения могут способствовать более тяжелому течению СРК

Работа выполнена при поддержке.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования —; сбор материала —; обработка материала —; статистическая обработка данных —; написание текста —; редактирование —

и обуславливать наличие сопутствующей патологии, такой как геморрой и варикозное расширение вен нижних конечностей. Наличие сопутствующей патологии ухудшает качество жизни пациентов и требует дополнительной терапии у больных с СРК. В комплекс терапии таких пациентов целесообразно включать системный венотоник со свойствами компонентов регулировать синтез коллагена и метаболизм соединительной ткани «Флего».

Список литературы

1. Дорофеев А.Э., Руденко Н.Н., Коновалова-Кушнір Т.А., Деркач И.А. Роль рифаксимины в лечении постинфекционного синдрома раздраженной кишки // Сучасна гастроентерол. — 2016. — № 1 (87). — С. 105—109.
2. Мартынов В.Л. Синдром вегетативной дистонии и дисплазия соединительной ткани у пациентов с синдромом раздраженного кишечника и при недостаточности баугиниевой заслонки // Мед. альманах. — 2017. — № 4 (39). — С. 176—181.
3. Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Сметанин М.Ю. Дисплазия соединительной ткани у больных хирургического профиля // Здоровье и образование. — 2017. — № 12 (19). — С. 281—285.
4. Ткач С.М., Дорофеев А.Е., Харченко Н.В. та ін. Клінічні рекомендації Української гастроентерологічної асоціації по веденню хворих на синдром подразненої кишки. — 14 с.
5. Almqvist E., Törnblom H., Simrén M. Practical management of irritable bowel syndrome: a clinical review // Minerva Gastroenterol. Dietol. — 2016. — Vol. 62 (1). — P. 30—48.
6. Bielefeldt K., Levinthal D.J., Nusrat S. Effective constipation treatment changes more than bowel frequency: A systematic review and meta-analysis // J. Neurogastroenterol. Motil. — 2016. — Vol. 22 (1). — P. 31—45.
7. Cutler B. R., Petersen C., Anandh Babu P. V. Mechanistic insights

- into the vascular effects of blueberries: Evidence from recent studies // Mol. Nutr Food Res. — 2017. — Vol. 61 (6).
8. El-Salhy M., Ystad S. O., Mazzawi T., Gundersen D. Dietary fiber in irritable bowel syndrome (Review) // Int. J. Mol. Med. — 2017. — Vol. 40 (3). — P. 607—613.
9. Flint H. J. The role of the gut microbiota in nutrition and health // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. — 2012. — N 9. — P. 577—589.
10. Herrick L. M., Spalding W. M., Saito Y. A. et al. A case-control comparison of direct healthcare-provider medical costs of chronic idiopathic constipation and irritable bowel syndrome with constipation in a community-based cohort // J. Med. Econ. — 2017. — Vol. 20 (3). — P. 273—279.
11. Hu S., Belcaro G., Hosoi M. et al. Postpartum stretchmarks: repairing activity of an oral Centella asiatica supplementation (Centellicum®) // Minerva Ginecol. — 2018. — Vol. 70 (5). — P. 629—634.
12. Kunti V., Brbori J., Holclajtner-Antunov I., Uskokovi-Markovi S. Evaluating the bioactive effects of flavonoid hesperidin — A new literature data survey // Vojnosanit Pregl. — 2014. — Vol. 71 (1). — P. 60—65.
13. Simren M., Barbara G., Flint H. et al. Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report // Gut. — 2013. — Vol. 62. — P. 159—176.
14. Simrén M., Törnblom H., Palsson O. S., Whitehead W. E. Management of the multiple symptoms of irritable bowel syndrome // Lancet Gastroenterol. Hepatol. — 2017. — Vol. 2 (2). — P. 112—122.

P. ???

DOI джерел

переклад/
трансліт
укр/рос
джерел

Де видано?
В якому
році?

А. Е. Дорофеев¹, Т. А. Коновалова-Кушнір², І. А. Деркач³, Ю. З. Диня¹

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

² Медичний центр «Євромед»

³ Трускавецька міська лікарня

Дисплазія сполучної тканини у пацієнтів із синдромом подразненого кишечника та методи корекції супутньої патології

Мета — вивчити частоту і вираженість дисплазії сполучної тканини (ДСТ) у пацієнтів із синдромом подразненого кишечника (СПК), а також оцінити можливості терапії супутньої патології у цих пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстежено 136 пацієнтів з усіма підтипами СПК. Серед пацієнтів було 42 (30,9%) чоловіки і 94 (69,1%) жінки. Вік хворих становив від 18 до 55 років (у середньому — $35,7 \pm 4,8$ року). У всіх пацієнтів вивчено частоту виявлення та характеристику стигм ДСТ і дисембріогенезу (ДЕГ). Для виявлення вісцеральних стигм ДСТ і ДЕГ використовували додаткові інструментальні

методи обстеження: ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, ректороманоскопію або колоноскопію за потреби.

Результати. Аналіз частоти виникнення стигм ДСТ у пацієнтів із СПК виявив наявність принаймні однієї ознаки ДСТ або ДЕГ у кожного хворого. У 81 (59,56%) пацієнта зафіксували менше ніж 3 стигми ДСТ і ДЕГ, у 43 (31,62%) — від 3 до 5 стигм ДСТ і/або ДЕГ, у 12 (8,82%) — понад 5 стигм, що відповідає тяжкому ступеню ДСТ. Статистично значущих відмінностей у частоті та вираженості ДСТ у пацієнтів з різними формами СПК не виявлено.

Висновки. У 40,4% пацієнтів із СПК відзначено наявність 3 стигм ДСТ і більше. Ці зміни можуть спричинити тяжкий перебіг СПК і зумовити наявність супутньої патології, такої як геморої і варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Наявність супутньої патології погіршує якість життя пацієнтів і потребує додаткової терапії у хворих із СПК. У комплекс терапії таких пацієнтів доцільно включати системні венотоніки, наприклад, «Флего».

A. E. Dorofeyv¹, T. A. Konovalova-Kushnir², I. A. Derkach³, Yu. Z. Dynya¹

¹ P.L.Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education

² Euromed Medical Center

³ Truskavnetsk city hospital

Connective tissue dysplasia in patients with an irritated intestinal syndrome and methods of correction of the related pathology

The aim of this work was to study the frequency and severity of connective tissue dysplasia in patients with irritable bowel syndrome (IBS), as well as to evaluate the possibilities of treatment of concomitant pathology in these patients.

¹ 36 patients with all subtypes of IBS were examined. The age of the patients was 18–55 years (average 35.7 ± 4.8 years). Among the examined patients, men were 42 (30.9%) and women 94 (69.1%). The ratio of women to men among the examined patients with IBS was 2.2:1. The frequency of occurrence and the characteristic of stigma of connective tissue dysplasia (DCT) and dysembryogenesis were studied in all patients. When assessing the frequency of occurrence of stigma of DCT in patients with IBS, it was revealed that at least 1 sign of DCT or DEG was present in each patient with IBS. Moreover, 81 (59.56%) patients with IBS had less than 3 stigmas of DCT and DEG. At the same time, about a third of patients (43 (31.62%)) had from 3 to 5 stigmas of DCT and / or DEG, and 12 (8.82%) of patients had more than 5 stigmas, which corresponds to a severe degree of DCT. There were no significant differences in the incidence and severity of DCT in patients with different forms of IBS.

In 40.4% of patients with IBS, there are 3 or more stigmas of connective tissue dysplasia. These changes can contribute to a more severe course of IBS and cause the presence of concomitant pathology, such as hemorrhoids and varicose veins of the lower extremities. The non-magnitude of concomitant pathology worsens the quality of life of patients and requires additional therapy for patients with IBS. It is advisable to include systemic venotonics, such as Flego's drug, in the complex of therapy for such patients.

Контактна інформація

Дорофеев Андрей Едуардович, д. мед. н.
01030, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 17

посада,
ел. адреса?

Стаття надійшла до редакції 2020 р.