



А.Е. Дорофеев¹, Т.О. Коновалова-Кушнір¹,
Т.А. Пархоменко¹, О.В. Бабич², О.А. Васильченко²

Клініко-епідеміологічна характеристика пацієнтів із синдромом подразненого кишечника в Донбаському регіоні

¹Донецький національний медичний університет імені Максима Горького

²ДЗ «Дорожня клінічна лікарня станції Донецьк

ДП «Донецька залізниця», м. Донецьк

Синдром подразненого кишечника (СПК) — актуальна медико-соціальна проблема, клініко-епідеміологічні особливості якої продовжують уточнюватися.

Мета роботи — аналіз клініко-епідеміологічних даних пацієнтів із СПК Донбаського промислового регіону.

Матеріали та методи. Обстежено 136 пацієнтів із СПК 2-х великих клінік м. Донецька, клінічні критерії яких відповідали «Римським критеріям — III» (2006 р.).

Результати та обговорення. Результати обстеження показали, що в Донбаському промисловому регіоні від СПК страждають пацієнти працездатного віку — $(40,7 \pm 4,8)$ років, серед яких жінок більш ніж у 2 рази більше, ніж чоловіків. Серед жінок переважає СПК із закрепками, серед чоловіків — СПК з діареєю. У цілому поширеність клінічних форм у міру зменшення розподіляється так: СПК із запорами — 38,2 %, СПК з діареєю — 30,1 %, СПК змішаного типу — 25,0 %, СПК недиференційованого типу — 6,7 %. СПК часто поєднується з функціональною патологією ШКТ і нерідко супроводжує різні органічні захворювання.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, епідеміологія, поширеність, гендерні відмінності, перехресні синдроми.

Синдром подразненого кишечника (СПК) — порівняно нова нозологічна форма (термін запропонований трохи більше ніж 50 років тому) [4]. Визначення СПК та його діагностичні критерії постійно оновлюються, але частота встановлення цього діагнозу дуже низька [3, 5, 6, 8]. Можливо, у зв'язку з цим загальна частота поширеності СПК в усьому світі не дуже ясна. На порівнянність епідеміологічних даних впливають також чинники вибору популяції, включення або виключення супутньої патології, можливість отримання медичної допомоги та наявність культурологічних впливів [2, 6]. Згідно з результатами метааналізу 80 досліджень загальна поширеність СПК в усьому світі складає 11 % [14]. Міжнародне дослідження 40 тис. осіб підтвердило наявність СПК у 11,5 % жителів Європи [10]. У Північній Америці поширеність СПК розцінюється приблизно в 10—15 % від загальної популяції. Показник поширеності СПК зростає в Азіатсько-Тихоокеанському регіоні, особливо в країнах, що розвиваються. Дослідження, проведе-

не в Китаї за Римськими критеріями III, виявило поширеність СПК серед 15,9 % амбулаторних пацієнтів. В Африці дослідження в студентській популяції в Нігерії, що ґрунтувалося на Римських критеріях II, виявило поширеність СПК близько 26,1 %, а серед амбулаторних пацієнтів — 33 % [6, 9]. Епідеміологічні дослідження серед латиноамериканців та афроамериканців США, жителів Японії і Китаю показали, що поширеність СПК не залежить від расової приналежності, однак при цьому спостерігаються відмінності в частоті зустрічальності різних форм СПК [1, 9]. Дані російських авторів [2] свідчать про те, що поширеність СПК серед працівників промислових підприємств становить 25,8 %. Офіційних даних щодо поширеності СПК в Україні немає, у цьому зв'язку вважаємо актуальним дослідження епідеміологічних особливостей СПК в промисловому регіоні Донбасу.

Мета роботи — проаналізувати клініко-епідеміологічні дані (гендерні та вікові особливості, розподіл за клінічними формами, тривалістю захворювання, характером супутньої патології) хворих із синдромом подразненого кишечника Донбаського промислового регіону.

Матеріали та методи

Дослідження проведене на базі гастроентерологічних відділень Дорожньої клінічної лікарні

Стаття надійшла до редакції 13 травня 2013 р.

Коновалова-Кушнір Тамара Олександрівна, аспірант, асистент кафедри внутрішньої медицини №2
83048, м. Донецьк, вул. Артема, 116/14
E-mail: konovalova_tamar@mail.ru.

станції Донецьк і Центральної міської клінічної лікарні № 3. Обстежено 136 пацієнтів із СПК.

Скарги та анамнестичні дані оцінювали за допомогою карти обстеження пацієнтів, розробленої на основі найсучасніших Римських критеріїв III (2006 р.), згідно з якими діагноз СПК слід встановлювати, коли протягом 12 тиж за останні 6 міс абдомінальний дискомфорт або біль супроводжуються двома з трьох таких симптомів: полегшення після дефекації, зміна частоти випорожнення, зміна консистенції випорожнень [7]. Консистенція калу характеризувалася за Бристольською шкалою (БШ). Відповідно до Римських критеріїв III виокремили 4 клінічні форми СПК: СПК із закрепом (СПК-3), що характеризувалася консистенцією калу 1-го або 2-го типу відповідно до БШ при 25% і більше всіх дефекацій, а також 6-м та 7-м типом при менш ніж 25% з усіх випорожнень кишечника; СПК із діареєю (СПК-Д), що характеризувалася наявністю консистенції калу 6-го і 7-го типів при більш ніж 25% дефекацій, а також 1-го і 2-го типу при менш ніж 25% з випорожнень кишечника; змішаний СПК (СПК-3М), за якого консистенція калу 1-го та 2-го, а також 6-го та 7-го типів спостерігалася приблизно з однаковою частотою, більше 25% від всіх дефекацій; СПК некласифікований (СПК-Н), що характеризувався недостатньою враженістю відхилень консистенції калу для відповідності іншим формам.

Під час розпитування пацієнтів приділяли увагу виключенню «симптомів тривоги»: постійного прогресивного болю в животі, що підсилюється після дефекації; болю та діареї в нічні години, які порушують нічний сон; невмотивованого зниження ваги; появи симптомів захворювання після 50 років; ректальних кровотеч; лихоманки; анемії, лейкоцитозу та підвищення ШОЕ. Пацієнти, в яких були виявлені подібні симптоми, піддавалися обов'язковому ендоскопічному дослідженню і, в більшості випадків, вибували з дослідження.

Обсяг обов'язкових лабораторних досліджень включав: загальний аналіз крові та сечі; дослідження рівня глюкози, альфа-амілази, аланін-амінотрансферази, аспартат-амінотрансферази, лужної фосфатази, білірубину, холестерину, креатиніну. Кал досліджували на наявність прихованої крові, гельмінтів та найпростіших, вивчали копрограму. Усім хворим виконували хоча б один з методів інструментального обстеження товстої кишки (колоноскопія, іригоскопія або ректороманоскопія). За наявності додаткових показань виконували: сонограму органів черевної порожнини; фіброзофагогастроуденоскопію, сонограму сечового міхура та нирок, електро- та ехокардіографію.

Результати та обговорення

Вікові межі досліджуваної групи хворих склали 18—55 років (у середньому $(40,7 \pm 4,8)$ року). Середній вік чоловіків склав $(38,4 \pm 4,6)$ року, жінок — $(42,2 \pm 4,9)$ року. Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 42 (30,9 %), жінок 94 (69,1 %). Співвідношення жінок і чоловіків серед обстежених хворих на СПК склало 2,2 : 1. У різних вікових групах гендерне співвідношення коливалося від 2,8 : 1 до 2 : 1. Максимальна перевага жінок спостерігалася в групі від 18 до 25 років, з віком стаючи менш вираженою. За даними літератури, у середньому в усьому світі жінки хворіють на СПК у 1,5 рази частіше, ніж чоловіки [6, 8]. Розподіл хворих за статтю й віком представлено в табл. 1.

Як впливає з даних табл. 1, кількість пацієнтів, що ввійшли до вікової групи 18—25 років, склала 16,9 %, далі кількість хворих збільшувалася, досягнувши пікових показників 33,8 % у віковій групі 35—45 років. У групі 45—55 років спостерігався спад чисельності, кількість пацієнтів склала 24,3 % хворих. Наші дані узгоджуються із зарубіжними дослідженнями, згідно з якими СПК зазвичай розвивається у віці від 15 до 65 років, а перше звернення пацієнта до лікаря припадає на вік 30—50 років. У 72 % випадків розвитку СПК вік хворих становить менше 45 років, а в старших вікових групах існує тенденція до зменшення частоти розвитку СПК [6, 9].

Таким чином, у досліджуваному контингенті СПК більш ніж у 2 рази частіше зустрічався серед жінок, ніж серед чоловіків ($p = 0,036$). Найвища частота звернень до лікаря щодо захворювання припала на вік 35—45 років.

Аналіз розподілу пацієнтів за клінічними формами СПК (табл. 2) показав, що найпоширенішим виявився СПК-3 — від нього страждали 38,2% пацієнтів. У жінок СПК-3 становив близько половини всіх спостережень і зустрічався вірогідно частіше, ніж у чоловіків ($p = 0,048$). Другим за частотою зустрічальності був СПК-Д, що склав 30,1 % від усіх спостережень. У чоловіків СПК-Д спостері-

Таблиця 1
Розподіл обстежених хворих за статтю й віком

Вік (роки)	Усі пацієнти із СПК		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18 — 25	23	16,9	6	4,4	17	12,5
25 — 35	34	25,0	10	7,4	24	17,6
35 — 45	46	33,8	15	11,0	31	22,8
45 — 55	33	24,3	11	8,1	22	16,2
Усього	136	100,0	42	30,9	94	69,1

Таблиця 2
Розподіл обстежених хворих за статтю та формами СПК

Форми СПК	Усі пацієнти із СПК		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
СПК-З	52	38,2	6	4,4*	46	33,8*
СПК-Д	41	30,1	30	22,0*	11	8,1*
СПК-ЗМ	34	25,0	4	2,9	30	22,1
СПК-Н	9	6,7	2	1,5	7	5,2
Усього	136	100,0	42	30,9	94	69,1

Примітка. * — гендерні відмінності на рівні $p < 0,05$ у хворих із СПК.

гався вірогідно частіше, ніж у жінок ($p = 0,046$). СПК-ЗМ склав 34 % всіх спостережень. СПК-Н виявився найбільш нечисленною групою і зустрічався лише у 6,7 % пацієнтів із СПК.

Таким чином, серед хворих із СПК в Донецькому регіоні найпоширенішою клінічною формою виявився СПК-З (38,2 %). Другим за частотою зустрічальності виступив СПК-Д (30,1 %). СПК-ЗМ зустрічався у 25,0 % пацієнтів, а СПК-Н становив найменш численну групу — 6,7 % всіх спостережень. Відзначаються певні гендерні відмінності в розподілі пацієнтів СПК на окремі форми: у жінок частіше зустрічається СПК-З, у чоловіків — СПК-Д. Дані світової літератури щодо цього достатньо суперечливі, що пов'язано насамперед із расово-географічними та культурологічними відмінностями. У більшості європейських країн та США, як і в нашому дослідженні, найпоширеніша форма СПК — СПК-З, що в середньому діагностується в 34 % всіх випадків патології [4, 9]. В Індії та в деяких країнах Латинської Америки переважають інші форми СПК [9].

Вивчення тривалості захворювання також дозволило виявити деякі особливості серед пацієнтів з різними формами СПК (табл. 3).

Як впливає з даних табл. 3, серед хворих із СПК домінували пацієнти із тривалістю захворювання 3—5 років (36,0 %). Другою за численністю була група пацієнтів, що страждала на СПК більше 10 років, — 25,0 %. Найменшу групу склали хворі із СПК зі стажем захворювання до 1 року — 8,0 % спостережень, що може свідчити про те, що хворі з невеликою тривалістю СПК не звертаються за медичною допомогою й лікуються самостійно.

У групах СПК-З та СПК-ЗМ у цілому визнається дещо хвилеподібний характер розподілу пацієнтів залежно від тривалості захворювання. Спочатку спостерігається тенденція до збільшення активності звернення за медичною допомогою пропорційно зростанню стажу захворювання (з піком 3—5 років), потім деякий спад і знову збільшення кількості хворих із тривалістю захворювання вже більше 10 років. Такі зміни можуть бути пояснені активними пошуками методу вирішення власної медичної проблеми на початку, а потім або достатньо успішним її рішенням (зміною способу життя й харчування, підбором ефективних лікарських засобів для купірування симптомів), або стадією недовіри до призначуваних традиційних методів лікування. Повернення «активності» пацієнтів, які страждають від патології понад 10 років, може пояснюватися формуванням хронічних ускладнень перебігу захворювання (хронічний геморой, хронічна анальна тріщина тощо), лікування яких вимагає обов'язкової постійної нормалізації дефекації.

У групах СПК-Д і СПК-Н простежується дещо інша закономірність: кількість хворих залежно від тривалості захворювання спочатку зростає, а потім

Таблиця 3
Тривалість захворювання на різні форми СПК

Тривалість захворювання	Усі хворі	Групи з різними формами СПК			
		СПК-З	СПК-Д	СПК-ЗМ	СПК-Н
	136 (100%)	52 (38,2 %)	41 (30,1 %)	34 (25,0 %)	9 (6,7 %)
До 1 року	11 (8,0 %)	3 (2,2 %)	5 (3,5%)	2 (1,5%)	1 (0,7%)
	у % до гр.	3 (5,8 %)	5 (12,2 %)	2 (5,9 %)	1 (11,0 %)
1—3 роки	23 (16,9 %)	8 (5,9 %)	8 (5,9 %)	5 (3,5 %)	2 (1,5 %)
	у % до гр.	8 (15,4 %)	8 (19,5 %)	5 (14,7 %)	2 (22,2 %)
3—5 років	49 (36,0 %)	16 (11,8 %)	15 (11,0 %)	13 (9,6 %)	5 (3,5 %)
	у % до гр.	16 (30,8 %)	15 (36,6 %)	13 (38,2 %)	5 (5,6 %)
5—10 років	19 (14,0 %)	9 (6,6 %)	7 (5,1 %)	2 (1,5 %)	1 (0,7 %)
	у % до гр.	9 (17,3 %)	7 (17,0 %)	2 (5,9 %)	1 (11,0 %)
Більш ніж 10 років	34 (25,0 %)	16 (11,8 %)	6 (4,4 %)	12 (8,8 %)	—
	у % до гр.	16 (30,8 %)	6 (14,6 %)	12 (23,5 %)	—

знижується. Така тенденція може бути пов'язана з пізнім зверненням, але більш сприятливим перебігом захворювання, або відсутністю прихильності до стаціонарного лікування у хворих із тривалим захворюванням і, можливо, досвідом перебування в стаціонарі.

Таким чином, у Донецькому промисловому регіоні варто виділити два «піки» високої зверненості хворих із СПК за медичною допомогою: через 3 роки від початку захворювання й більш ніж через 10 років від початку захворювання. Така тенденція частково може бути пояснена особистісними особливостями пацієнта й перебігу СПК та більшою мірою — успіхом чи невдачею в побудові комплаєнсу між лікарем і хворим із СПК.

Ізольований СПК, виходячи з даних літератури, підтверджених у нашому дослідженні, зустрічається набагато рідше, ніж СПК в поєднанні з іншими нозологіями. Результати багатьох досліджень пацієнтів з функціональною патологією вказують на феномен «перехрещення» («overlap-syndrome») СПК з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ), функціональною диспепсією (ФД) і дискінезією жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) [5, 6, 9]. У нашому дослідженні частота СПК, поєданого із патологією органів травлення, склала 92,65 %, а ізольований СПК спостерігався лише в 7,35 % випадків, що можна пояснити з позиції загального патогенетичного підґрунтя — вісцеральною гіперчутливістю та порушенням моторики ШКТ [11]. Частота найбільш значущих «перехрестів» СПК із супутньою патологією органів травлення представлена в табл. 4.

Поєднання СПК із ГЕРХ спостерігалось в 41,91 % випадків, найчастіше при цьому ГЕРХ була ендоскопічно негативною (87,72 %), езофагіт I–II ступеня визначався у 12,28 % усіх випадків

ГЕРХ. Найчастіше із ГЕРХ асоціювалися СПК-3 та СПК-Н.

Від ФД на тлі СПК страждали 26,47 % пацієнтів, що збігається з даними Suzuki і Nibi (2011 р.): за результатами їхнього дослідження, частота коморбідності ФД із СПК може варіювати від 11 до 27 % і асоціюється із тяжчим клінічним перебігом захворювань [13]. Дані Міжнародної гастроентерологічної асоціації свідчать про те, що ФД виявляється близько у 42–87 % осіб із СПК [11]. Найчастіше в загальній групі СПК діагностували синдром епігастрального болю (83,33% всіх спостережень ФД), однак із СПК-3 частіше поєднувався змішаний тип ФД. За даними літератури, найпоширенішим клінічним «перехрестом» є overlap дискінетичного варіанта ФД та СПК-3 [11].

Ознаки ДЖВШ виявили у 48,53 % пацієнтів із СПК, причому превалював гіпомоторний тип (63,63 % усіх випадків ДЖВШ). Найчастіше гіпомоторна ДЖВШ поєднувалася із СПК-3. Дуже часто відмічалась наявність декількох супутніх патологій ШКТ у пацієнтів із СПК (див. табл. 4).

Патології негастроентерологічного профілю, поєдані із СПК, представлено в табл. 5.

Частіше за інші нозології СПК супроводжували варикозна хвороба вен нижніх кінцівок (38,97 % спостережень), хронічний пієлонефрит (19,85 % спостережень), гіпертонічна хвороба (11,03 % спостережень), остеохондроз хребта (9,56 % спостережень). Ішемічна хвороба серця, церебральний атеросклероз і хронічне обструктивне захворювання легень мали меншу питому вагу в цій структурі.

Таким чином, для СПК характерне поєднання з іншими патологіями ШКТ, найчастіше — із ГЕРХ, ФД та дискінезією жовчного міхура, що пояснюється спільним патогенетичним підґрунтям.

Таблиця 4

Характеристика патології органів травлення, поєднаної із СПК

Супутні захворювання	К-сть пацієнтів, n (%)	Групи хворих з різними формами СПК			
		СПК-3	СПК-Д	СПК-ЗМ	СПК-Н
	136 (100,65%)	52 (38,23%)	41 (30,15%)	34 (25,00%)	9 (6,62%)
ГЕРХ	57 (41,91%)	29 (21,32%)	14 (10,30%)	10 (7,35%)	4 (2,94%)
	у % до гр.	29 (55,77%)	14 (34,15%)	10 (29,41%)	4 (44,44%)
ФД	36 (26,47%)	20 (14,71%)	10 (7,35%)	4 (2,94%)	2 (1,47%)
	у % до гр.	20 (38,46%)	10 (24,39%)	4 (11,76%)	2 (22,22%)
ДЖВШ	66 (48,53%)	31 (22,79%)	15 (11,03%)	19 (13,97%)	1 (0,74%)
	у % до гр.	31 (59,62%)	15 (36,59%)	19 (55,88%)	1 (11,11%)
Усього: СПК + патологія органів ШКТ	126 (92,65%)	49 (36,03%)	41 (30,15%)	28 (20,59%)	8 (5,88%)
	у % до гр.	49 (94,23%)	41 (100,00%)	28 (82,35%)	8 (88,89%)

Таблиця 5

Характеристика супутньої до СПК патології негастроентерологічного профілю

Супутні захворювання	К-сть пацієнтів, n (%)	Групи хворих з різними формами СПК			
		СПК-З	СПК-Д	СПК-ЗМ	СПК-Н
	136 (100,00%)	52 (38,23%)	41 (30,15%)	34 (25,00%)	9 (6,62%)
Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок	53 (38,97%)	40 (29,41%)	12 (8,82%)	1 (0,74%)	—
	у % до гр.	40 (76,92%)	12 (29,27%)	1 (2,94%)	—
Хронічний пієлонефрит	27 (19,85%)	16 (11,76%)	7 (5,15%)	4 (2,94%)	—
	у % до гр.	16 (30,77%)	7 (17,07%)	4 (11,76%)	—
Гіпертонічна хвороба	15 (11,03%)	10 (7,35%)	5 (3,68%)	—	—
	у % до гр.	10 (19,23%)	5 (12,20%)	—	—
Остеохондроз хребта	13 (9,56%)	8 (5,88%)	4 (2,94%)	1 (0,74%)	—
	у % до гр.	8 (15,38%)	4 (9,76%)	1 (2,94%)	—
Ішемічна хвороба серця	9 (6,63%)	7 (5,15%)	1 (0,74%)	1 (0,74%)	—
	у % до гр.	7 (13,46%)	1 (2,44%)	1 (2,94%)	—
Церебральний атеросклероз	4 (2,94%)	3 (2,20%)	1 (0,74%)	—	—
	у % до гр.	3 (5,77%)	1 (2,44%)	—	—
ХОЗЛ	3 (2,20%)	3 (2,20%)	—	—	—
	у % до гр.	3 (5,77%)	—	—	—

Висновки

1. У Донецькому промисловому регіоні до СПК найбільш схильні люди працездатного віку (у середньому $(40,7 \pm 4,8)$ року).

2. Гендерні особливості пацієнтів із СПК: перевага серед пацієнтів (більш ніж у 2 рази) жінок; превалювання в жінок СПК із закрепом, а в чоловіків — СПК з діареєю.

3. Частота розподілу хворих із СПК за формами (за порядком зменшення): СПК із закрепами — 38,2%, СПК з діареєю — 30,1%, змішаний тип СПК — 25,0%, недиференційований тип СПК — 6,7%.

4. СПК часто поєднується з функціональною патологією шлунково-кишкового тракту й нерідко супроводжує різноманітні органічні захворювання.

Література

1. Дорофеев А.Э., Рассохина О.А., Коваленко-Ратушняк С.В. Синдром раздраженного кишечника — современный взгляд на проблему // Новости медицины и фармации: Гастроэнтерология. — 2011. — № 358 — С. 10 — 21.
2. Парфенов А.И., Ручкина И.Н. Распространенность заболеваний толстой кишки среди рабочих и служащих промышленных предприятий // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1993. — № 2 (3). — С. 58—62.
3. Румянцев В.Г. Синдром раздраженного кишечника: путь к Римским критериям III // Фарматека. — 2008. — № 10. — С. 16 — 23.
4. Ткач С.М. Синдром раздраженного кишечника: к вопросу этиологии, патогенеза, диагностики и лечения // Здоров'я України. — 2010. — № 4. — С. 20—22.
5. Ткач С.М., Передерий В.Г. Современные рекомендации по ведению больных с синдромом раздраженной кишки, основанные на данных доказательной медицины // Сучасна гастроентерол. — 2011. — № 5 (61). — С. 98 — 107.
6. Харченко Н.В., Опанасюк Н.Д., Лопух И.Я. и др. Информация о 20-й Европейской гастроэнтерологической неделе 2012 // Здоров'я України. — 2012. — № 4. — С. 8 — 12.
7. An evidence based position statement on the management of irritable bowel syndrome American College of Gastroenterology Task Force on IBS // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 104, suppl. 1. — P. 1 — 35.
8. Eamon Q., Freid M. et al. WGO Practice Guideline — Irritable Bowel Syndrome: a global perspective. — World Gastroenterology Organisation, 2009.
9. Hungin A.P.S., Whorlrowell P.J., Tack J., Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40000 subjects // Alim. Pharmacol. Therap. — 2003. — N 17 (5). — P. 643 — 650.
10. Kazutoshi H., Takayuki M., Hiroto M. Analysis of gastrointestinal symptoms of uninvestigated dyspepsia and irritable bowel syndrome // Gut Liver. — 2009. — Vol. 3, N 3. — P. 192 — 196.
11. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. et al. Римський консенсус III, 2006. Функціональні хво-

- роби кишечника. *Functional bowel disorders // Сучасна гастроентерол.* — 2007. — № 3 (35). — С. 91–105.
12. Suzuki H., Hibi T. // *J. Neurogastroenterol. Motility.* — 2011. — Vol. 17 (4). — P. 360 — 365.
13. Talley N.J. *Conquering irritable bowel syndrome.* — 2-nd ed. — USA, Shelton, Connecticut: People's Medical Publishing House, 2012. — 175 p.

А.Э. Дорофеев¹, Т.А. Коновалова-Кушнир¹, Т.А. Пархоменко¹, А.В. Бабич², Е.А. Васильченко²

Клинико-эпидемиологическая характеристика пациентов с синдромом раздраженного кишечника в Донбасском регионе

¹Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького

²ГУ «Дорожная клиническая больница станции Донецк ГП «Донецкая железная дорога», г. Донецк

Синдром раздраженного кишечника (СРК) представляет собой актуальную медико-социальную проблему, клинико-эпидемиологические особенности которой продолжают уточняться.

Цель работы — анализ клинико-эпидемиологических данных пациентов с СРК Донбасского промышленного региона.

Материалы и методы. Обследовано 136 пациентов с СРК 2-х крупных клиник г. Донецка, клинические критерии которых соответствовали «Римским критериям — III» (2006 г.).

Результаты и обсуждение. Результаты обследования показали, что в Донбасском промышленном регионе СРК страдают пациенты наиболее трудоспособного возраста — (40,7 ± 4,8) лет, среди которых женщин в 2 раза больше, чем мужчин. Среди женщин преобладает СРК с запорами, среди мужчин — СРК с диареей. В целом распространенность клинических форм в порядке убывания распределяется следующим образом: СРК с запорами — 38,2%, СРК с диареей — 30,1%, СРК смешанного типа — 25,0%, СРК недифференцированного типа — 6,7%. СРК часто сочетается с функциональной патологией ЖКТ и нередко сопутствует различным органическим заболеваниям.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, эпидемиология, распространенность, гендерные различия, перекрестные синдромы.

А.Е. Dorofeev¹, Т.О. Konovalova-Kushnir¹, Т.А. Parkhomenko¹, О.В. Babich², О.А. Vasilchenko²

Clinical and epidemiological characteristics of patients with IBS in the Donbas region

¹Donetsk National Medical University named after Maxim Gorkii, Ukraine

²SI «Railroad Clinical Hospital of Donetsk Station SE «Donetsk Railroad», Donetsk, Ukraine

The irritable bowel syndrome is an essential medical and social problem, and its clinical and epidemiological peculiarities are in the process of refinement.

Objectives. To analyze the clinical and epidemiological data of patients with IBS in Donbass industrial region.

Materials and methods. The study involved 136 patients with IBS of 2 major hospitals in Donetsk, whose clinical criteria that correspond to the «Rome criteria — III» (2006).

Results and discussion. The results showed that in the Donbass industrial region the IBS patients refer to the mostly employable age, 40.7 ± 4.8 years, among them the number of women was as twice as higher than number of men. Women predominantly suffered from IBS with constipations (IBS-C), and men more often had IBS with diarrhea (IBS-D). Overall, the prevalence of clinical forms in descending order as follows: IBS-C (38.2%), IBS-D (30.1%), IBS of mixed type (25.0%), IBS of undifferentiated type (6.7 %). IBS was often combined with functional pathology of the gastrointestinal tract, and frequently accompanied to various organic diseases.

Key words: irritable bowel syndrome, epidemiology, prevalence, gender differences, cross-over.