© Український журнал клінічної та лабораторної медицини, 2011
УДК 616.34 — 002 — 085.8: 004

Распространенность синдрома раздраженного кишечника у трудоспособного населения Луганской области

Е.П.Храброва, И.В.Иоффе

Луганский государственный медицинский университет, кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии
Луганск, Украина

В статье представлены данные статистического анализа выявления синдрома раздраженного кишечника у трудоспособного населения Луганской области. Было обследовано 150 пациентов от 18 до 55 лет, проходивших лечение по заболеваниям не связанным с органами пищеварения, но имевших различные симтомы нарушения функции кишечника. 72% обследованных составляли женщины (108 человек) и 28% — мужчины (23 человека). В ходе исследования было выявлено, что у 72 (48%) пациентов были запоры как клиническое проявление синдрома раздраженного кишечника, у 37 (24,7%) пациентов — диарея, у 23 (15,3%) пациентов — смешанная форма синдрома раздраженного кишечника и у 18 (12%) пациентов имели место недифференцированные формы.

Ключевые слова: болезни кишечника, синдром раздраженного кишечника.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно современным представлениям, синдром раздраженного кишечника (СРК) является биопсихосоциальным функциональным кишечным расстройством, в основе которого лежит взаимодействие двух основных патогенетических механизмов: психосоциального воздействия и сенсоромоторной дисфункции, то есть нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности. Подобная комплексная характеристика СРК вносит значительные сложности при диагнозе, при дифференцировании его и осуществлении программы лечения [1-3].

До 1988 г. СРК описывался под различными названиями, такими как спастический колит, слизистая колика, нервная диарея, раздраженная толстая кишка, функциональный кишечный дистресс-синдром и другими. Эти названия отражали различные симптомы заболевания и не отображали единого понимания проблемы. В 1988 г. в Риме Международная группа по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) впервые официально утвердила термин «синдром раздраженного кишечника», дала его определение и разработала критерии постановки диагноза, получившие в дальнейшем название «Римские критерии СРК» [4, 5].

Согласно Римским критериям III (2006), диагноз СРК устанавливают при наличии рецидивирующей абдоминальной боли или ощущения дискомфорта в области живота в течение 3 дней каждого месяца за последнее 3 месяца в сочетании с двумя или более из следующих признаков:

- улучшение состояния после дефекации;
- начало связано с изменением частоты стула;
- начало связано с изменением формы кала;
- патологическая частота стула реже 3 раз в неделю или более 3 раз в день;
- патологическая форма стула — комковатый твердый стул или жидкий водянистый стул;
- натуживание при дефекации;
- императивный позыв или чувство неполного опорожнения, выделение слизи и вздутие.

Согласно Римским критериям III (2006), рекомендуется использовать следующую классификацию СРК, основывающуюся на Бристольской шкале формы кала:

- СРК с преобладанием запора (IBS-C) — твердый или комковатый стул более 25% и жидкий или водянистый стул менее 25% де-

фекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств);

- СРК с преобладанием диареи (IBS-D) — жидкий или водянистый стул более 25% и твердый или комковатый стул менее 25% дефекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств);

- смешанный СРК (IBS-M) — твердый или комковатый стул более 25% и жидкий или водянистый стул более 25% дефекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств);

- неклассифицируемый СРК (IBS-U) — патологическая консистенция стула, соответствующая критериям IBS-C,D или M (без применения антидиарейных или слабительных средств). Так как в определенные моменты могут преобладать разные симптомы (в течение времени запор сменяется поносом и наоборот), эксперты предлагают использовать термин «перемежающийся СРК» (IBS-A) [6-8].

СРК — это функциональное расстройство кишечника, при котором боль или неприятные ощущения в животе связаны с дефекацией, изменениями частоты и характера стула или другими признаками нарушения опорожнения кишечника [2].

Около 15-20% население земного шара страдают СРК. Около 12% пациентов, обращающихся за помощью к врачу общей практики, предъявляют жалобы, характерные для СРК. У женщин СРК развивается в два раза чаще, чем у мужчин. Наиболее часто СРК диагностируют у лиц молодого, трудоспособного возраста [9, 10]. Как видно, распространенность СРК в мире значительно варьирует; оценить ситуацию относительно данного заболевания в Украине довольно сложно, поскольку предоставлять информацию о нем лечебно-профилактические учреждения страны начали всего 3 года назад. По примерным подсчетам, заболеваемость СРК в нашей стране составляет 19%. В настоящее время данные о частоте встречаемости СРК в Украине и ее регионах незначительны.

Целью исследования было изучить распространенность СРК среди трудоспособного населения Луганской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были собраны анамнестические данные 300 пациентов, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении городской больницы г. Счастье Луганской области, в терапевтическом отделении многопрофильной городской больницы №2 г. Луганска и гастроэнтерологическом отделении Областной клинической больницы г. Луганска. Больные имели различные терапевтические диагнозы. Охарактеризовав данные анамнеза из 300 опрошеных у 150 больных была выявлена симптоматика, сходная с симптомокомплексом СРК. Больные не связывали данные симптомы с инфекционными поражениями, с хроническими заболеваниями кишечника. Было отмечено, что симптоматика заболевания становилась более выраженной после перенесенного психоэмоционального перенапряжения.

Из трудового анамнеза пациентов известно, что большинство из них имеют профессии, связанные с частыми напряжениями и стрессовыми ситуациями. Диагноз СРК и принадлежность к определенной форме устанавливались в соответствии с Римскими критериями III и на основании диагностического алгоритма, который представлен ниже.

Уровень 1: анамнез, физикальный осмотр, исключение угрожающих симптомов, оценка психологических факторов; проведение клинического анализа крови, скорости оседания эритроцитов или С-реактивного белка, анализа кала (лейкоциты, яйца глист, паразиты, скрытая кровь); исследование функции щитовидной железы, определение антител к тканевой трансглютаминазе (ТГ); колоноскопия и биопсия; определение воспалительных маркеров в кале (например, калпротектина).

Уровень 2: анамнез, физикальный осмотр, исключение угрожающих симптомов, оценка психологических факторов; проведение клинического анализа крови, скорости оседания эритроцитовили С-реактивного белка, анализа кала, исследование функции щитовидной железы; сигмоидоскопия.

Уровень 3: анамнез, физикальный осмотр, исключение угрожающих симптомов, оценка психологических факторов; проведение клинического анализа крови, скорости оседания эритроцитов, анализа кала.

Следует отметить, что даже в «богатых» странах не все пациенты нуждаются в проведении колоноскопии — в частности, только пациенты с тревожными симптомами, а также лица старше 50 лет. Необходимость проведения дальнейших исследований и сигмоидоскопии должна быть обусловлена характеристиками больного (имеющиеся симптомы, возраст и т.д.) и географической локализацией (например, если пациент проживает в местности, где

ТАБЛИЦА 2

Частота встречаемости различных форм СРК среди мужчин и женщин

Исследуемые группы больных	Всего обследуемых больных	Больных с СРК n (%)	Форма СРК			
			СРК-З, n (%)	СРК-Д, n (%)	СРК-С, n (%)	СРК-Н, n (%)
	300	**150 (100,0)**	**72 (48,0)**	**37 (24,7)**	**23 (15,3)**	**18 (12)**
Женщины	158	108 (72,0)	53 (35,3)	25 (16,7)	12 (8,0)	7 (4,7)
Мужчины	142	42 (28,0)	19 (12,7)	12 (8,0)	11 (7,3)	11 (7,3)

Примечание: *p<0,05 по сравнению с общей группой больных с СРК.*

существует высокая частота воспалительной болезни кишечника, целиакии, рака толстой кишки или паразитарных заболеваний).

Можно поспорить, например, что 21-летнему больному с симптомами СРК-Д без тревожной симптоматики необходимо, как минимум, определение серологических исследований на целиакию (там, где это возможно).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием параметрических критериев описательной статистики (выборочное среднее, стандартное отклонение), рассчитанных с помощью программы MedStat.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возрастные пределы исследуемой группы больных с СРК составили 18-55 лет, средний возраст — 34,0±3,0 года.

Среди 300 пациентов, находившихся на стационарном лечении (158 женщин и 142 мужчины), определенно 150 пациентов с симптоматикой СРК, из них было108 (72%) женщин и 42 (28%) мужчины.

По формам СРК пациенты распределились следующим образом: у 72 (48%) пациентов был выявлен СРК с запорами (СРК-З), у 37 (24,7 %) — СРК с диареей (СРК-Д), 23 (15,3%) пациента имели смешанную форму СРК (СРК-С), 18 (12%) — недифференцированную форму СРК (СРК-Н).

У всех без исключения больных с СРК были выявлены различные формы данного заболевания. По частоте встречаемости разных форм СРК исследуемая группа больных была разделена по половой принадлежности: к 1 группе были отнесены 108 (72%) женщин, ко 2 группе — 42 (28%) мужчины.

Статистически отметили существенное преобладание СРК-З среди больных с СРК. Важно, что показатели частоты встречаемости СРК, проявляющиеся различными формами, среди женщин значительно превышают эти показатели у мужчин.

ВЫВОДЫ

1. Согласно современным данным, синдромом раздраженного кишечника страдает около 20,0% взрослого населения развитых стран.

2. В Украине этот диагноз ставится не так уж часто, поэтому складывается впечатление, что распространенность синдрома раздраженной толстой кишки в нашей стране ниже, чем в других странах. Однако в последнее время эта проблема все более актуальна.

3. Изучая распространенность синдрома раздраженного кишечника среди трудоспособного населения Луганской области, мы выяснили, что данному заболеванию более подвержен женский пол.

4. Большинство из общего количества исследуемых больных с синдромом раздраженного кишечника составили пациенты, страдающие синдромом раздраженного кишечника с запорами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галлямова С.А. Синдром раздраженного кишечника — локальное проявление системного функционального заболевания / С.А.Галлямова, В.М.Махов // Materia Medica. — 2002. — №2 (34). — С. 59-67.
2. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишки. Практическое руководство для врачей / В.Т.Ивашкин. — М.: РГА, 1999. — 28 с.
3. Козлова И.В. Синдром раздраженного кишечника: новые аспекты патогенеза, диагностики, прогнозирования течения / И.В.Козлова // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2000. — №3. — С. 57.
4. Парфенов А.И. Распространенность заболеваний толстой кишки среди рабочих и служащих промышленных предприятий / А.И.Парфенов, И.Н.Ручкина // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1993. — Т.2, №3. — С. 58-62.
5. Синдром раздраженного кишечника. Учебное пособие / Под ред. И.В.Маева. — Москва, 2004. — 87 с.
6. Харченко Н. Синдром раздраженного кишечника: от диагностики к лечению / Н.Харченко, В. Черненко // Дієтотерапія та гастроентерологія. — 2005. — №3. — С. 41-45.
7. Camilleri M. Management of the irritable bowel syndrome / M.Camilleri // Gastroenterology. — 2001. — Vol. 120. — №3. — P. 652-668.

8. Bennet E.J. Level of chronic life stress predicts clinical out-come in irritable bowel syndrome / E.J.Bennet, C.C.Tennant // Gut. — 1998. — Vol. 43. — P. 3-9.
9. Drossman D. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process / D.Drossman // Gastroenterology. — 2006. – №13. — P. 1377-1390.
10. Spiller R. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management / R.Spiller, Q.Aziz // Gut. — 2007. — №56 . — P. 1770-1798.

О.П.Храброва, І.В.Іоффе. Розповсюдженість синдрому подразненого кишечника у працездатного населення Луганської області. Луганськ, Україна.

Ключові слова: *захворювання кишечника, синдром подразненого кишечника.*

У статті наведені дані статистичного аналізу виявлення наявності синдрому подразненого кишечника у працездатного населення Луганської області. Було обстежено 150 пацієнтів від 18 до 55 років, які проходили лікування стосовно захворювань, не пов'язаних з органами травлення, але мали різноманітні симтоматичні прояви порушень функції кишечника. 72% обстежених складали жінки (108 осіб) та 28% — чоловіки (23 особи). Під час клінічного дослідження було виявлено, що у 72 (48%) пацієнтів були запори як клінічний прояв синдрому подразненого кишечника, у 37 (24,7%) пацієнтів — діарея, у 23 (15,3%) пацієнтів — змішана форма синдрому подразненого кишечнику та у 18 (12%) пацієнтів мали місце недиференційовані форми.

O.P.Khrabrova, I.V.Ioffe. Statistical data of irritable bowel syndrome spread in Lugansk region population. Lugansk, Ukraine.

Key words: *diseases of bowel, irritable bowel syndrome.*

The article presents statistical data of irritable bowel syndrome in Lugansk region population. Due to using more common criteria of diagnostic and clinical manifestations of irritable bowel syndrome 150 patients of 18-55 years old were investigated (108 (72%)- female and 42 (28%) — male). According clinical form of irritable bowel syndrome was detected that 72 patients (48%) had constipation, 37 patients (24,7%) had diarrhea, 23 patients (15,3%) had mixed form of irritable bowel syndrome and 18 patients (12%) had undifferentiated form.

Надійшла до редакції 11.09.2011 р.