



Я. В. Нагурна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Перший досвід вивчення поширеності синдрому подразненого кишечника в окремих районах західного регіону України

Мета — вивчити поширеність синдрому подразненого кишечника (СПК) в західному регіоні України.

Матеріали та методи. Проведено поквартирний обхід усіх мешканців із заповненням анкети, яка містила запитання, котрі дали змогу діагностувати СПК за Римськими критеріями III.

Результати. Установлено, що поширеність СПК, який є поєднанням абдомінального болю та порушення акту дефекації, становить 9% у загальній популяції. За частотою СПК з діареєю переважає над СПК із закрепами. Відзначено переважання захворюваності серед жінок в обох досліджуваних групах, але щодо вікової приналежності не встановлено чіткої закономірності.

Висновки. Поширеність СПК у сільській місцевості нижча, ніж у містах: СПК із закрепами — 4%, СПК з діареєю — 5%.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, поширеність, звичний закреп, функціональна діарея.

Синдром подразненого кишечника (СПК) — функціональне захворювання кишечника, яке виявляється в молодому працездатному віці, асоціюється з дефекацією чи зміною звичного режиму роботи кишечника, що призводить до порушення акту дефекації і виникає на тлі нервово-психічних розладів, порушеного режиму харчування, генетичної схильності чи перенесеної гострої кишкової інфекції [1].

СПК є актуальною проблемою, що зумовлено значною поширеністю захворювання, різким зниженням якості життя пацієнтів, великими економічними витратами на лікування.

Поширеність СПК у більшості країн світу становить в середньому 20% (від 9 до 48%) [3]. У країнах Європи, Америки, Японії та Китаї поширеність захворювання сягає 30,0%, у Таїланді — 5,0%, в Ірані — 3,4% [7]. Епідеміологічні дослідження серед латиноамериканців і афроамериканців США, жителів Японії та Китаю показали, що поширеність СПК залежить від расової приналежності. СПК виявляють у 28% пацієнтів,

які звертаються до гастроентеролога, і у 12% осіб, які звертаються до лікарів сімейної практики. Пік захворюваності припадає на молодий працездатний вік — 30–40 років. Величина співвідношення жінок і чоловіків становить від 1:1 до 2:1 [13]. Симптоми захворювання можуть з'являтися та зникати на тривалий термін, часто перебігаючи в комплексі з іншими функціональними хворобами та погіршуючи якість життя пацієнта [9].

Серед причин розвитку СПК провідну роль відводять нервово-психічним чинникам (такі хворі мають відхилення від норми в психічному статусі, і загострення захворювання у них пов'язані зі стресовими ситуаціями), важливе значення має також малорухливий спосіб життя, порушений режим харчування (відмова від сніданку, низький вміст у раціоні баластних речовин), супутні гінекологічні (дисменорея, патологічний клімакс) та урологічні захворювання, генетична схильність (підвищена чутливість рецепторів стінки кишок до розтягнення), перенесена гостра кишкова інфекція (переважно шигельоз) [6, 12].

Із соціально-економічних показників, які спричиняють розвиток СПК, найпоширенішими є тяжка фізична праця, понаднормова робота, умови праці, пов'язані з фіксованим положенням тіла, несприятлива сімейна ситуація, конфліктні стосунки в колективі тощо. Таким чином, СПК слід вважати поліетіологічним захворюванням [1, 8].

Клінічна картина СПК різноманітна і включає симптоми різного ступеня тяжкості. Обов'язковим компонентом є абдомінальний біль, який може мати різну інтенсивність — від легкого дискомфорту до гострого болю, котрий відповідає картині гострої кишкової коліки. Найчастіше біль локалізується внизу живота та в лівій здухвинній ділянці. Абдомінальний біль може супроводжуватись здуттям живота, метеоризмом, посиленою перистальтикою кишок, появою проносу. Здебільшого біль стихає після дефекації та відходження газів і не турбує вночі [19].

Іншим важливим симптомом СПК є закрепи, які супроводжуються виникненням больового синдрому і метеоризмом. Часто у таких хворих відсутні позиви до дефекації та щільний оформлений «овечий» кал. Процес дефекації може відбуватись 3 і менше разів на тиждень [18].

Характерною ознакою СПК є також симптом діареї. Остання зазвичай виникає після сніданку або в першу половину дня (симптом «вранішнього тиску»). При цьому дефекація виникає 2–5 разів на добу з невеликими інтервалами протягом короткого періоду, загальна маса випорожнення не перевищує 200 г/добу [4].

Уперше для діагностики СПК у 1978 р. було запропоновано критерії Маннінга. У 1992 р. були прийняті Римські критерії синдрому подразненого кишечника I, у 1992 р. — Римські критерії II, у 2006 р. опубліковано Римські критерії III, якими користуються донині [11].

Згідно з Римськими критеріями третього перегляду діагноз СПК встановлюють за наявності рецидивного абдомінального болю або дискомфорту понад 3 доби на місяць протягом останніх 3 міс, який асоціюється з двома або трьома такими скаргами:

1. Поліпшення самопочуття після дефекації.
2. Погіршення самопочуття асоціюється зі зміною частоти випорожнень.
3. Погіршення самопочуття пов'язане зі зміною форми (зовнішнього вигляду) випорожнення.

За ступенем тяжкості СПК виділяють:

- легкий (пацієнти без психоемоційних проблем, рідко звертаються до лікаря, спостерігається тимчасовий позитивний результат лікування);

- середньої тяжкості (пацієнти з психоемоційними проблемами, впевнені у ролі психоемоційних чинників у формуванні захворювання, рідко відзначають поліпшення після проведеного лікування);

- тяжкий (стійкий перебіг, резистентний до лікування, коли простежується зв'язок захворювання з психоемоційними проблемами: наявна тривога, депресія, канцерофобія) [16].

Для встановлення діагнозу СПК важливе значення має наявність скарг протягом останніх 3 міс та збереження симптомів протягом не менше ніж 6 міс.

Виділяють також підтверджувальні критерії, які не є діагностичними: патологічна частота (три або менше випорожнення на тиждень чи більше трьох актів дефекації на добу) та форма (калові маси мають форму шматочків/тверді або неоформлені/водянисті) випорожнень, натужування під час дефекації, імперативні позиви на дефекацію або відчуття неповного спорожнення кишечника, періодична поява слизу у фекаліях та здуття [2].

СПК не є діагнозом вилучення. Лише за умови симптомів «тривоги» проводять диференційну діагностику з: кишковими інфекціями та інвазіями, запальними захворюваннями кишки (виразковий коліт, хвороба Крона), целиацією, синдромом мальабсорбції (постгастроентероїчний, панкреатичний, ентеральний), патологічними станами ЦНС (втома, переляк, емоційні навантаження, хвилювання), психопатологічними станами (депресія, синдром тривоги, панічні атаки, синдром соматизації), раком кишки, нейроендокринними пухлинами, ендокринними захворюваннями, функціональними станами у жінок (передменструальний синдром, вагітність, клімакс), гінекологічними захворюваннями, проктоанальною патологією, харчовими реакціями (на кофеїн, алкоголь, інші продукти харчування), реакціями на застосування лікарських засобів [14].

Окрім збору анамнестичних даних та аналізу клінічної картини пацієнтів, можна використовувати лабораторні (аналіз калу з визначенням кількості лейкоцитів, виявленням яєць глистів чи самих паразитів, проведенні тесту на приховану кров у калі, визначення рівня кальпротектину для виключення запальних захворювань кишки) та інструментальні (ректороманоскопія, колоноскопія з біопсією) дослідження [10, 17]. Для встановлення діагнозу СПК необхідно врахувати такі показники: наявність в анамнезі перенесених кишкових інфекцій, виявлення маркерів гострої кишкової інфекції, порушення мік-

рофлори кишки, надлишковий бактеріальний ріст у тонкій кишці, зниження напруженості імунітету, позитивний ефект після лікування кишковими антисептиками і пробіотиками [5].

Поширеність цього функціонального захворювання в Україні не вивчено.

Мета дослідження — вивчити поширеність СПК серед населення західного регіону України на прикладі обстеження мешканців м. Ходорова (Жидачівський р-н Львівської обл.).

Матеріали та методи

Поширеність СПК у загальній популяції вивчали за допомогою поквартирного опитування усіх дорослих і дітей м. Ходорова разом із сімейними лікарями із заповненням анкети, в основу якої покладено міжнародну опитувальну анкету Evaluation of a Gastrointestinal Symptoms Questionnaire [15], котра містила запитання щодо діагностики СПК за клінічною симптоматикою, з метою відбору пацієнтів для лабораторного та інструментального обстеження і верифікації діагнозу відповідно до Римських критеріїв III.

З аналізу вилучали хворих із «симптомами тривоги»: гарячка, втрата маси тіла, кровотечі з прямої кишки в анамнезі, поява симптомів після 50 років, нічна симптоматика, наявність трьох дітей з підтвердженим діагнозом целиакії, а також пацієнтів з підтвердженим діагнозом раку товстого кишечника (20 осіб).

Результати та обговорення

Закрепи виявлено у 1435 осіб, що становить 14 % загальної популяції.

Частка осіб із закрепамі до 19 років є практично однаковою (чоловіки — 2,4 %, жінки — 2,5 %). З віком частота закрепів в осіб обох статей зростає, особливо у жінок, досягаючи серед чоловіків віком 50–59 років 10,1 %, серед жінок відповідного віку — 12,1 % (рис. 1). Отже, спів-

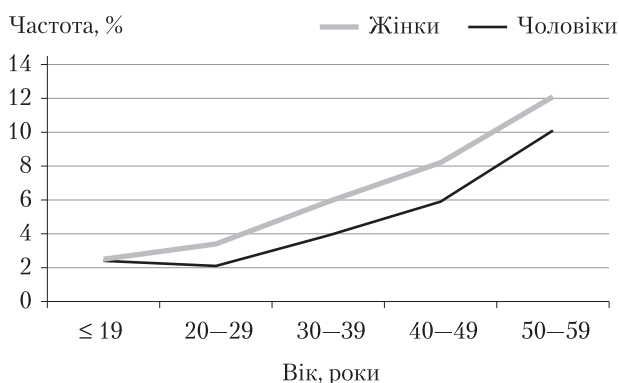


Рис. 1. Залежність скарг на закрепів від статі і віку хворих

відношення між жінками і чоловіками становить 1,3:1,0. Серед хворих переважають особи працездатного віку, що зумовлює актуальність вивчення СПК. Дані про залежність від віку серед осіб старше 60 років, імовірно, свідчать про наявність у них звичного закрепку, а не СПК. Таким чином, фактична кількість хворих на СПК з закрепамі становить 819 (8 %).

Вияви діареї спостерігали у 1879 осіб, що становить 19 % усієї популяції.

Діарея серед осіб віком до 19 років трапляється частіше у представників чоловічої статі — 6,0 % проти 4,6 % серед осіб жіночої статі (рис. 2). У віці 20–39 років частота діареї у чоловіків і жінок практично не відрізняється (6,8 та 6,4 % і 12,0 та 12,3 %). У віці 40–59 років поширеність діареї більша серед чоловіків (18,2 та 16,5 % і 18,3 та 12,3 %). Зі збільшенням віку частота діареї у жінок є більшою.

Таким чином, співвідношення представників чоловічої та жіночої статі у хворих з діареєю не є стабільним і з віком змінюється як в один, так і в інший бік.

Зіставлення кількості хворих, які мали лише порушення дефекації, та пацієнтів, які за Римським консенсусом III відповідали критеріям СПК, виявило, що кількість випадків звичного закрепку становила 1032, а функціональної діареї — 1401. На поєднання болю з актом дефекації скаржився 881 (9 %) пацієнт, з них у 403 біль і дискомфорт поєднувалися із закрепамі, у решти — з проносами. Отже, СПК із закрепамі виявлено у 4 % населення м. Ходорова, а СПК з діареєю — у 5 %.

Наші дані менші, ніж наведені в літературі, щодо частоти СПК у мешканців мегаполісів — 20 %. Місто Ходорів не належить до індустріального регіону, і життєвий уклад населення відповідає сільськогосподарській діяльності. Цим можна пояснити отримані нами результати.

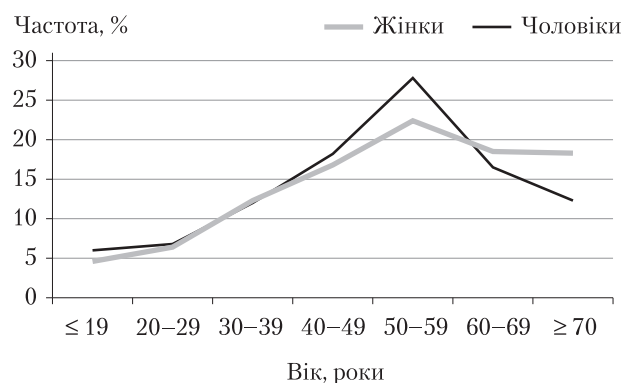


Рис. 2. Залежність скарг на діарею від статі і віку хворих

Висновки

Поширеність такого функціонального захворювання як звичний закреп серед мешканців м. Ходорова становить 10 %, функціональної діареї — 14 %, СПК — 9 %, з них із закрепами — 4 %, з проносами — 5 %. Більш схильні до захворювання жінки, хоча в групі пацієнтів, які страждали на діарею, частота захворювання змінювалася відповідно до віку. Найвищим цей показник був в осіб молодого працездатного віку та в осіб старшого віку.

Отримані дані дають змогу охарактеризувати рівень захворюваності на СПК серед населення обраного регіону, оцінити рівень поширеності залежно від віку, статі та переважаючих клінічних виявів, а також розробити методи діагностики та профілактики цього захворювання в м. Ходорові.

Проведене дослідження дало змогу виокремити для подальшого вивчення та дообстеження

пацієнтів, у яких виявлено СПК, рак товстого кишечника та целіакію.

Перспективи подальших досліджень. Заплановано дослідження хворих із «симптомами тривоги» на наявність хвороби Крона та неспецифічного виразкового коліту для встановлення поширеності цих захворювань у загальній популяції. Необхідно проводити інформаційно-просвітну роботу серед населення та лікарів зазначеного регіону щодо ризиків розвитку згаданих патологій з огляду на психосоціальний, екологічний та економічний вплив на населення. Дослідження поширеності та пошук методів діагностики СПК тривають. Планується розроблення алгоритму діагностики захворювань кишечника, який базуватиметься на даних про поширеність, чинники ризику в поєднанні з використанням сучасних методів діагностики.

Список літератури

- Адатская М.Д. Синдром раздраженного кишечника // *Consilium medicum*. — 2010. — Т. 12, № 8. — С. 48–54.
- Бабак О.Я., Харченко Н.В. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. — К: ТОВ Доктор-Медіа, 2007. — 309 с.
- Бойко Т.И. Епидемиология та чинники ризику хронічних неспецифічних запальних захворювань кишечника // *Сучасна гастроентерол.* — 2013. — № 4 (72). — С. 129–134.
- Звягинцева Т.Д., Чернобай А.И. Коррекция моторно-эвакуаторных нарушений кишечника при синдроме раздраженного кишечника с запорами // *Сучасна гастроентерол.* — 2010. — № 3 (53). — С. 87–94.
- Звягинцева Т.Д., Чернобай А.И., Мирзоева И.И. и др. Синдром раздраженного кишечника: современные аспекты диагностики и лечения. — Х., 2007. — 59 с.
- Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Черемушкин С.В. Эволюция представлений о синдроме раздраженного кишечника. — М., 2013. — 80 с.
- Маев И.В., Черемушкин С.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III // *Гастроентерология (Приложение к Consilium medicum)*. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 11.
- Мартынов А.И., Шилов А.М., Макарова И.А. Синдром раздраженного кишечника — патогенетические механизмы // *Лечащий врач*. — 2010. — № 5. — С. 52–56.
- Можина Т.Л. Руководство Всемирной гастроэнтерологической организации «Синдром раздраженного кишечника: глобальные перспективы» // *Сучасна гастроентерол.* — 2009. — № 4 (48). — С. 47–53.
- Пиманов С.И., Макаренко Е.В. Диагностика и лечение функциональной диспепсии с позиции Римского консенсуса III // *Consilium medicum Ukraina*. — 2008. — № 2. — С. 4–7.
- Румянцев В.Г. Синдром раздраженного кишечника: путь к Римским критериям III // *Фарматека*. — 2008. — № 10. — С. 16–23.
- Симаненков В.И. Интерес к проблеме постинфекционного синдрома раздраженного кишечника растет // *Клиническая гастроэнтерология и гепатология*. Рус. изд. — 2008. — Т. 1, № 4. — С. 266–268.
- Харченко Н.В., Звягинцева А.Е. Заболевания кишечника. — Донецк, 2010. — 529 с.
- Шептулин А.А., Кучумова С.Ю. Новое в изучении проблемы синдрома раздраженного кишечника (По материалам доклада 16-й Объединенной европейской недели гастроэнтерологии (Вена, 2008)) // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* — 2009. — № 4. — С. 84–85.
- Bovenschen H.J., Janssen M.J.R., Laheij R.J. F. Evaluation of a gastrointestinal symptoms questionnaire // *Dig. Dis. Sci.* — 2006. — Vol. 51. — P. 1509–1515.
- Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130. — P. 1377–1390.
- Hunt R., Quigley E. et al. Coping with common GI symptoms in the community. — World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. — 2013. — 34 p.
- Martinez C., Vicario M., Ramos L. et al. The jejunum of diarrhea predominant irritable bowel syndrome shows molecular alterations in the tight junction signaling pathway that are associated with mucosal pathobiology and clinical manifestations // *Am. J. Gastroenterol.* — 2012. — Vol. 107 (5). — P. 736–746.
- Serghini M., Karoui S., Boubaker J., Filali A. Postinfectious irritable bowel syndrome // *Tunis Med.* — 2012. — Vol. 90 (3). — P. 205–213.

Я. В. Нагурна

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Первый опыт изучения распространенности синдрома раздраженного кишечника в отдельных районах западного региона Украины

Цель — изучить распространенность синдрома раздраженного кишечника (СРК) в западном регионе Украины.

Материалы и методы. Проведен поквартирный обход всех жителей с заполнением анкеты, которая содержала вопросы, позволившие диагностировать СРК по Римским критериям III.

Результаты. Установлено, что распространенность СРК, представляющего собой сочетание абдоминальной боли и нарушения акта дефекации, составляет 9 % в общей популяции. По частоте СРК с диареей преобладает над СРК с запорами. Отмечено преобладание заболеваемости среди женщин в обеих исследуемых группах, но в отношении возрастной принадлежности не установлено четкой закономерности.

Выводы. Распространенность СРК в сельской местности ниже, чем в городах: СРК с запорами — 4 %, СРК с диареей — 5 %.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, распространенность, привычный запор, функциональная диарея.

Ya. V. Nahurna

Danylo Halytskiy Lviv National Medical University

The first experience of the prevalence of the irritable bowel syndrome in separate districts of the Western Ukraine

Objective — to examine the prevalence of irritable bowel syndrome (IBS) in the western region of Ukraine.

Materials and methods. The house-to-house canvassing of all residents has been conducted with the completing the questionnaire which included questions that allowed the IBS diagnosis based on Rome criteria III.

Results. It has been established that the prevalence of IBS, which includes a combination of abdominal pain and violation of the act of defecation, consists 9% of the total population. The rate of IBS with diarrhea was higher than IBS with constipation. The prevalence of the disease in women has been established in both groups, but no gender specificities were revealed.

Conclusions. The IBS prevalence in the countryside is lower than in cities: the rate of IBS with constipations was 4 %, and IBS with diarrhea was 5 %.

Key words: irritable bowel syndrome, prevalence, habitual constipation, functional diarrhea.

Контактна інформація

Нагурна Ярина Володимирівна, здобувач
79018, м. Львів, вул. Головацького, 23/5. E-mail: yarunka86@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 10 грудня 2013 р.