

УДК 617-089.844, 617.551-009.7

*Г.И. Юзбашев***СПЕЦИФИЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И ЕЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ***Центральная больница нефтяников, Баку, Азербайджан*

На основании полученных результатов разработан алгоритм поиска диагноза синдрома раздраженного кишечника, позволяющий при наличии у пациентов 11 и более симптомов дифференцировать его от других заболеваний желудочно-кишечного тракта. Наиболее характерной, доминантной симптоматикой синдрома раздраженного кишечника является рецидивирующая боль в животе с обязательными нарушениями частоты и формы стула. В качестве дополнительных кишечных симптомов выделяются вздутие живота, зависимость боли от частоты и формы стула, чувство неполной дефекации, а также избыточная масса тела, внекишечных симптомов – астения, навязчивые состояния, эмоциональная лабильность, гипергидроз и чувство раннего насыщения. Такого набора симптомов при других заболеваниях желудочно-кишечного тракта не наблюдается.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, психосоматическая дисфункция, кишечные симптомы.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) по широкому кругу клинических проявлений и отягощающему воздействию на качество жизни населения в последнее время стал привлекать серьезное внимание специалистов [3, 8, 10, 16].

СРК в настоящее время – самый частый вариант среди функциональных заболеваний органов пищеварения, его распространенность в отдельных популяциях достигает 30% [1, 2, 10]. По обобщенным данным к СРК относят хронические или рецидивирующие боли в животе с изменением частоты дефекаций (запорами, диареей или их чередованием) в отсутствие органических изменений в кишечнике. Боли в животе без изменения частоты дефекаций (или наоборот) для СРК не характерны. В целом, СРК представляет собой функциональное расстройство, в основе развития которого лежат отрицательное психосоциальное воздействие и изменение висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника. В то же время этиология СРК еще не расшифрована [3, 16].

Симптоматика СРК чрезвычайно многообразна, что затрудняет его дифференциацию от многих заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а это приводит к ошибочному избиранию лечебной тактики и чаще всего она бывает симптоматической [4, 7, 11, 14]. В круг дифференциальной диагностики СРК необходимо включать, согласно последним публикациям, непереносимость лактозы, хро-

нические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК), паразитозы, опухоли кишечника, хронический панкреатит и другие [5, 6, 8, 12, 17]. Особую сложность представляет дифференциация СРК от целиакии [8, 9, 15].

Современные, значимые симптомы диагностики СРК обобщены в Римских критериях III. Основные симптомы: рецидивирующая боль в животе (и дискомфорт), наблюдающиеся, по крайней мере, 3 дня в месяц за последние 3 месяца, а также отсутствие «симптома тревоги» [8, 13]. Однако Римские критерии III охватывают не всю присущую СРК симптоматику, в том числе психо-вегетативного характера [5, 12]. Как видно, вычленение доминантных специфичных симптомов СРК, позволяющих без многих дорогостоящих лабораторно-инструментальных исследований дифференцировать СРК от других заболеваний ЖКТ, важно, прежде всего, по причине выбора наиболее оптимальных подходов по лечению больных и реабилитации их здоровья.

Материал и методы

Работу провели на базе Центральной больницы нефтяников (ЦБН). Группы наблюдения формировали по мере обращаемости работников нефтяной промышленности и их родственников в ЦБН за амбулаторной гастроэнтерологической помощью. У всех пациентов собирали текущий и предшествующий анамнезы, исследовали кровь, мочу и кал, про-

водили рентгенографию, ректосигмоскопию, колоноскопию, ультразвуковое исследование. Диагноз СРК верифицировали на основании Римских критериев III и проведенных лабораторно-инструментальных исследований у 87 пациентов, составивших 1 группу наблюдения. Наиболее часто в ЦБН за амбулаторной помощью обращались по поводу ХВЗК, среди которых преобладают разные формы колитов, затем энтериты и редко болезнь Крона, из их числа 162 пациента составили 2 группу наблюдения. 3 группу наблюдения составили 109 пациентов с паразитозами (лямблиоз, энтеробиоз, аскаридоз, трихоцефалез). В 4 группу наблюдения включили 68 пациентов с редкими заболеваниями ЖКТ (непереносимость лактозы, опухоли, хронический панкреатит, подозрение на целиакию). У каждого пациента фиксировали начало заболевания и характер клинической симптоматики.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ MS Excell. Различия в сравниваемых группах оценивались по t критерию Стьюдента и считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Выявленную клиническую симптоматику разделили на кишечную и внекишечную.

При кишечной симптоматике заболеваний рецидивирующая боль в животе наблюдалась у всех пациентов, однако ее частота в разных группах была различной. Так, в 1 группе она наблюдалась в среднем $4,81 \pm 0,27$ раз в месяц, во 2 группе – $3,96 \pm 0,14$ раз ($t=2,83$; $P < 0,01$), в 3 группе – $5,87 \pm 0,22$ раз ($t=3,03$; $P < 0,01$), в 4 группе – $3,44 \pm 0,17$ раз ($t=2,36$; $P < 0,05$). Хотя рецидивирующая боль при СРК и наблюдает-

ся более 3 месяцев, что соответствует критериям III, однако наличие ее и в других группах пациентов не дает основания для постановки диагноза СРК. В этом отношении большей диагностической ценностью обладает связанность рецидивирующей боли с характером дефекаций (табл. 1.).

В 1 группе пациентов рецидивирующая боль в животе преимущественно была связана с характером дефекации, она уменьшалась после дефекации или отхождения газов, так и усиливалась в зависимости от частоты и формы стула – от $26,4 \pm 4,8$ до $33,3 \pm 5,1\%$ случаев ($t=0,98$; $P > 0,05$). Однако у $8,1 \pm 2,9\%$ пациентов рецидивирующая боль не была связана с характером дефекации ($t=3,26$; $P < 0,01$). В остальных группах от $29,4 \pm 5,6$ до $41,4 \pm 3,9\%$ пациентов рецидивирующая боль не была связана с характером дефекации ($t=1,76$; $P > 0,05$). В то же время среди $36,4 \pm 3,8$ пациентов 2 группы и $45,9 \pm 4,8\%$ пациентов 3 группы появление рецидивирующей боли было связано с изменением формы стула, а среди $42,6 \pm 6,0\%$ пациентов 4 группы она, наоборот, уменьшалась после дефекации или отхождения газов. Т.е. характер дефекации также не является доминантным признаком СРК. В связи с этим нами оценены и другие кишечные симптомы (табл. 2.).

Среди пациентов 1 группы доминантными кишечными симптомами были вздутие живота, нарушения стула и его формы – от $63,2 \pm 5,2$ до $87,4 \pm 3,6\%$ случаев ($t=3,83$; $P < 0,001$), частота этих симптомов в остальных группах пациентов существенно меньше и варьирует от $14,7 \pm 4,3$ до $52,5 \pm 3,9\%$ случаев ($t=6,19$; $P < 0,001$). Важно отметить и следующие различия в частоте симптомов в разных группах.

Таблица 1.

Связь рецидивирующей боли (РБ) в животе с характером дефекаций в разных группах пациентов

| Связь РБ с характером дефекации | Частота РБ в разных группах пациентов, % | | | |
|---|--|---------------------|---------------------|--------------------|
| | 1 группа (n=87) | 2 группа (n=162) | 3 группа (n=109) | 4 группа (n=68) |
| РБ уменьшается после дефекации или отхождения газов | $33,3 \pm 5,1$ | $12,3 \pm 2,6$ | $8,3 \pm 2,7$ | $42,6 \pm 6,0$ |
| Появление РБ связано с изменением частоты стула | $26,4 \pm 4,8$ | $9,9 \pm 2,4$ | $12,8 \pm 3,2$ | $11,8 \pm 3,9$ |
| Появление РБ связано с изменением формы стула | $32,2 \pm 5,0$ | $36,4 \pm 3,8$ | $45,9 \pm 4,8$ | $16,2 \pm 4,5$ |
| РБ не связана с характером дефекации | $8,1 \pm 2,9$ | $41,4 \pm 3,9$ | $33,0 \pm 4,5$ | $29,4 \pm 5,6$ |

Таблиця 2.

Діагностическа значимість кишечних симптомів в різних групах пацієнтів

| Симптоми | Частота симптомів в різних групах пацієнтів, % | | | |
|----------------------------|--|-----------------|-----------------|----------------|
| | 1 група (n=87) | 2 група (n=162) | 3 група (n=109) | 4 група (n=68) |
| Вздутие живота | 63,2±5,2 | 35,2±3,8 | 32,1±4,5 | 27,9±5,5 |
| Нарушение стула | 87,4±3,6 | 52,5±3,9 | 51,4±4,8 | 47,1±6,1 |
| Изменение формы кала | 70,14,9 | 19,1±3,1 | 16,5±3,6 | 14,7±4,3 |
| Избыточная масса тела | 52,9±5,4 | 23,5±3,3 | 26,6±4,3 | 30,9±5,6 |
| Слизь в кале | 24,1±4,6 | 53,7±3,9 | 19,2±3,8 | 20,6±4,9 |
| Тошнота | 9,2±3,1 | 35,2±3,6 | 62,4±4,7 | 10,3±3,7 |
| Боли в спине и бедрах | 8,0±2,9 | 14,8±2,8 | 10,1±2,9 | 35,3±5,8 |
| Учащенное мочеиспускание | 5,7±2,5 | 4,9±1,7 | 7,3±2,5 | 36,8±5,9 |
| Половые расстройства | 6,9±2,7 | 25,3±3,4 | 29,4±4,4 | 26,5±5,4 |
| Чувство неполной дефекации | 56,3±5,3 | 13,6±2,7 | 29,4±4,4 | 19,1±4,8 |
| Кишечник в норме | 95,4±2,3 | 22,2±3,3 | 48,6±4,8 | 50,0±6,1 |
| Похудание | 8,0±2,9 | 27,2±3,5 | 25,7±4,2 | 27,9±5,5 |

Примечание: сумма симптомов больше числа пациентов, так как у каждого из них одновременно присутствовало 3 и более симптомов.

Например, частота избыточной массы тела во 2-й, 3-й и 4-й группах пациентов была в пределах от 23,5±3,3 до 30,9±5,6% случаев ($t=1,14$; $P>0,05$), тогда как в 1-й группе пациентов она достигает 52,9±5,4% случаев ($t=2,83$; $P<0,01$). Среди пациентов первых трех групп похудание отмечалось от 25,7±4,2 до 27,9±5,5% случаев ($t=0,32$; $P<0,05$), среди пациентов основной группы этот показатель составил всего 8,0±2,9% случаев ($t=2,85$; $P<0,01$). Особенно диагностическим значимым симптомом являлось то, что среди пациентов 1 группы, несмотря на широкий спектр кишечных проявлений, в 95,4±2,3% случаев каких-либо патологических изменений в кишечнике не было обнаружено. В остальных группах картина была иной. Так, среди пациентов 4 группы кишечник в норме был в 50,0±6,1% случаев ($t=6,96$; $P<0,001$), в 3 группе соответственно в 48,6±4,8% случаев ($t=0,17$; $P>0,05$) и во 2 группе – 27,2±3,5% случаев ($t=2,60$; $P<0,01$).

Как видно, СРК протекает без органических изменений в кишечнике и в основном происходит на фоне нарушений его моторики,

что происходит вследствие изменённого профиля личности. Поэтому в диагностическом отношении ценность представляет и оценка психосоматических (вегетативных) дисфункций (табл. 3.).

Вывявленная внекишечная симптоматика психосоматического характера с той или иной частотой присуща всем группам пациентов. Однако обращает внимание то, что в 1 группе пациентов доминируют такие симптомы как астения, навязчивые состояния, эмоциональная лабильность, гипергидроз и чувство раннего насыщения, их частота варьирует от 63,2±5,2 до 78,2±4,5% случаев ($t=2,18$; $P<0,05$). В остальных группах частота этих симптомов в 2,31-5,08 раз меньше и варьирует от 15,4±2,8 до 27,5±4,3% случаев ($t=2,36$; $P<0,05$).

Во всех группах пациентов почти с одинаковой частотой наблюдались симптомы депрессии и нарушения сна – от 33,3±5,1 до 41,2±6,0% случаев ($t=1,01$; $P>0,05$). Остальные симптомы либо не выявлялись, либо были редкими, не превышая 20,7±4,4% случаев ($t=1,87$; $P>0,05$). Лишь в 4-й группе пациен-

Таблиця 3.

Диагностическая значимость внекишечных симптомов психосоматического характера в разных группах пациентов

| Симптомы | Частота симптомов в разных группах пациентов, % | | | |
|----------------------------|---|---------------------|---------------------|--------------------|
| | 1 группа (n=87) | 2 группа (n=162) | 3 группа (n=109) | 4 группа (n=68) |
| Депрессия | 33,3±5,1 | 35,2±3,8 | 34,9±4,6 | ---±6,0 |
| Астения | 71,3±4,9 | 17,9±3,0 | 27,5±4,3 | 20,6±4,9 |
| Навязчивые состояния | 63,2±5,2 | 24,7±3,4 | 22,0±4,0 | 22,1±5,1 |
| Патологическая тревога | 21,7±4,4 | 12,3±2,6 | 19,2±3,8 | 55,9±6,1 |
| Мигрень | 8,1±2,9 | 9,9±2,4 | - | 11,8±3,9 |
| Лабильность: | | | | |
| - артериального давления | 6,9±2,7 | 13,6±2,7 | - | 5,9±2,9 |
| - ритма сердца | 11,5±3,4 | - | - | 10,3±3,7 |
| - эмоций | 78,2±4,5 | 15,4±2,8 | 24,8±4,2 | 25,0±5,3 |
| Нарушение сна | 35,6±5,2 | 34,0±3,7 | 38,5±4,7 | 41,2±6,0 |
| Метеотропность | 20,7±4,4 | - | 4,6±2,0 | - |
| Гипергидроз | 65,5±5,1 | 26,5±3,5 | 17,4±3,6 | 20,6±4,9 |
| Чувство раннего насыщения | 73,6±4,8 | 20,4±3,2 | 20,2±3,9 | 22,1±5,1 |
| Боли в пояснице | - | 4,9±1,7 | - | 11,8±3,9 |
| Ощущение кома в горле | - | 7,4±2,1 | - | - |
| Неудовлетворенность вдохом | 11,5±3,4 | - | - | 11,8±3,9 |

Примечание: сумма симптомов больше числа пациентов, так как у каждого из них одновременно присутствовало 3 и более симптомов.

тов довольно высокой была частота симптомов патологической тревоги, составившая 55,9±6,2%. Возможно, это связано с тем, что часть пациентов этой группы были с подозрением на целиакию, для которой данная симптоматика весьма характерная.

Для разработки алгоритма поиска дифференцированного диагноза СРК нами произведены следующие расчеты. В 1 группе пациентов сумма симптомов составила 1025 единиц, на одного пациента приходится 11,78±1,56 симптомов. Во 2 группе эти показатели составляют соответственно 1147 единиц и 7,28±1,29 симптомов, в 3 группе – 801 единица и 7,35±1,36 симптомов, в 4 группе – 555 единиц и 8,16±1,84 симптомов (t=2,22; P<0,05). Т.е. наличие у пациентов 11 и более кишеч-

ных и внекишечных симптомов с высокой частотой встречаемости дает возможность с максимальной вероятностью установить дифференцированный диагноз СРК, при этом отпадает необходимость в дополнительных лабораторно-инструментальных исследованиях.

З а к л ю ч е н и е

На основании полученных результатов разработан алгоритм поиска диагноза СРК, позволяющий при наличии у пациентов 11 и более симптомов дифференцировать его от других ЖКТ. Наиболее характерной, доминантной симптоматикой СРК является рецидивирующая боль в животе с обязательными нарушениями частоты и формы стула. В качестве дополнительных кишечных симптомов выде-

ляются вздутие живота, зависимость боли от частоты и формы стула, чувство неполной дефекации, а также избыточная масса тела, внекишечных симптомов – астения, навязчивые состояния, эмоциональная лабильность, гипергидроз и чувство раннего насыщения. Такого набора симптомов при других заболеваниях ЖКТ не наблюдается.

СПЕЦИФІЧНОСТЬ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ ТА ЇЇ ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ

Г.І. Юзбашев

На підставі отриманих результатів був розроблений алгоритм пошуку діагнозу синдрому подразненої кишки, що дозволяє при наявності у пацієнтів 11 й більш симптомів диференціювати його від інших захворювань шлунково-кишкового тракту. Найбільш характерною, домінуючою симптоматикою синдрому подразненої кишки з'являється біль в животі, що рецидує, з обов'язковими порушеннями частоти й форми випорожнення. В ролі додаткових кишкових симптомів виділяються здуття живота, залежність болю від частоти й форми випорожнення, відчуття неповної дефекації, а також надмірна маса тіла, позакишкових симптомів – астения, емоційна лабильність, гіпергидроз і відчуття раннього насичення. Такого набору симптомів при інших захворювань шлунково-кишкового тракту не спостерігається.

Ключові слова: синдром подразненої кишки, психосоматична дисфункція, кишкові симптоми.

SPECIFICITY OF CLINICAL SEMIOLOGY OF THE SYNDROME OF IRRITATED INTESTINE AND ITS DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC SIGNS

G.I. Juzbashev

The algorithm of diagnosis search of syndrome of irritated intestine (SII) was developed on the basis of the received results, allowing to differentiate it from other diseases of a gastroenteric tract (GIT) if the patient has 11 and more symptoms. The most typical, prepotent semiology of SII is recurrent pain in the stomach with obligatory infringements of frequency and stool form. The additional intestinal symptoms are the following: the stomach swelling, dependence of the pain on frequency and the stool form, feeling incomplete defecation, and also superfluous weight of the body, abenteric symptoms - asthenia, obsessive conditions, emotional lability, hyperhidrosis and feeling of early saturation are defined. Such set of symptoms in other diseases of GIT are not observed.

Key words: syndrome of irritated intestine, psychosomatic dysfunction, intestinal symptom.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение / Е.К. Баранская // *Consilium medicum* – 2000. – Т.2, № 7. – С. 25-29.
2. Бикбулатова Е.А. Вегетативная дисфункция и клинические проявления у больных с синдромом раздраженного кишечника / Е.А. Бикбулатова, М.Ф. Осипенко, С.И. Холин // *Эксперим. и клинич. гастроэнтерол.* – 2004. – № 1. – С. 95-96.
3. Григорьев П.Я. Клиническая гастроэнтерология. / П.Я. Григорьев, А.В. Яковенко. – М. – 2004. – 767 с.
4. Звягинцева Т.Д. Нарушение функционального состояния эндотелия у больных с синдромом раздраженного кишечника в зависимости от длительности заболевания / Т.Д. Звягинцева, С.В. Гризнева // *Эксперим. и клинич. гастроэнтерол.* – 2004. – № 1. – С. 98-99.
5. Осипенко М.Ф. Влияние синдрома дисплазии соединительной ткани на выраженность клинических проявлений у больных с синдромом раздраженного кишечника / М.Ф. Осипенко, Н.Н. Фролова // *Эксперим. и клинич. гастроэнтерол.* – 2004. – № 1. – С. 103-104.
6. Осипенко М.Ф. Синдром селезеночной флексуры – вариант течения синдрома раздраженного кишечника / М.Ф. Осипенко, Н.Н. Фролова, Е.А. Бикбулатова, С.И. Холин // *Эксперим. и клинич. гастроэнтерол.* – 2004. – № 1. – С. 103.
7. Ручкина Н.Н. Роль кишечных инфекций и дисбактериоза в формировании синдрома раздраженного кишечника / Н.Н. Ручкина, А.И. Парфенов, А.В. Петраков, Г.А. Осипова // *Эксперим. и клинич. гастроэнтерол.* – 2004. – № 1. – С. 106-107.
8. Шульпекова Ю.О. Дифференциальная диагностика синдрома раздраженного кишечника и глютенной энтеропатии / Ю.О. Шульпекова, Е.К. Баранская // *РЖГК.* – 2009. – № 6. – С. 39-49.
9. Barclay L. Celiac disease linked to irritable bowel syndrome / L. Barclay // *Arch. Intern. Med.* – 2009. – Vol. 169, № 6. – P. 651-658.
10. Camillery M. Management of the irritable bowel syndrome / M. Camillery // *Gastroenterology.* – 2001. – Vol. 120. – P. 652-668.
11. Chang F.Y. Efficacy of dioctahedral smectite in treating patients of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome / F.Y. Chang, C.L. Lu, C.Y. Chen [et al.] // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2007. – Vol. 22, № 12. – P. 2266-2272.
12. Chey W.D. The complicated functional bowel disease patient: centrally acting agents and other treatment modalities / Chey W.D. // *AGA Institute spring postgraduate course syllabus «Applying new evidence to clinical practice».* – 2009. – P. 913-946.
13. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process / D.A. Drossman // *Gastroenterology.* – 2006. – Vol. 130, № 5. – P. 1377-1390.
14. Longstreth G.F. Severe irritable bowel and functional abdominal pain syndrome: managing the patient and health care costs / G.F. Longstreth, D.A. Drossman // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2005. – Vol. 3, № 4. – P. 397-400.
15. Testing for celiac sprue in irritable bowel syndrome with predominant diarrhea: a cost-effectiveness analysis / B.M. Spiegel, V.P. DeRosa, I.M. Gralnek et al. // *Gastroenterology.* – 2004. – Vol. 126, № 7. – P. 1721-1732.
16. Wald A. Синдром раздраженной кишки / А. Wald // *Секреты гастроэнтерологии.* – 2005. – С. 625-630.
17. Yao-Zong Y. Comparative efficacy of dioctahedral smectite (Smecta) and a probiotic preparation in chronic functional diarrhea / Y. Yao-Zong, L. Shi-Rong, M. Delvaux // *Dig. Liver Dis.* – 2004. – Vol. 36, № 12. – P. 824-828.

Стаття надійшла 13.01.2011