

Р. Н. Халафова

СОЦИАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

*Поликлиника высшего военного училища им. Г.А. Алиева,
Баку, Республика Азербайджан*

Цель работы. Выявление и оценка социально – поведенческих факторов риска формирования синдрома раздраженного кишечника (СРК) среди военнослужащих и членов их семей (ВСС).

Материал и методика. Диагностирование СРК проводили в соответствии с Римскими критериями IV. Уровень эмоционального стресса (ЭС) по шкале Ридера. Всего обследовали 1977 курсантов (17–22 года). 326 офицеров (24–55 лет) и 257 их жен (23–51 год).

Результаты и обсуждение. Выявляемость СРК среди ВСС варьирует от 18,7±2,2 до 22,2±2,6% ($P > 0,05$). Наиболее часто выявляется СРК-З (запор), нежели СРК-Д (диарея), т.к. пациенты с диареей чаще обращаются к врачам и получают лечение. В целом, медицинская обращаемость пациентов слабая и составляет в среднем 30,7±2,3%, а 37,3±2,4% пациентов проводят самостоятельное лечение, еще 32,0±2,3% пациентов терпимо относятся к клиническим проявлениям СРК ($P > 0,05$). При сочетаниях СРК с другими синдромами медицинская обращаемость возрастает до 62,1±9,2%. В период адаптации к условиям жизни и учебы в училище уровень сильного ЭС у курсантов возрастает до 32,3±2,3%, по мере адаптации (через 4 года) она снижается до 3,4±1,1% ($P < 0,001$). Уровень заболеваемости СРК выше у пациентов с неудовлетворительными жилищными условиями, неполным семейным статусом и табакозависимостью.

Заключение. Эффективное управление выявленными социально-поведенческими факторами риска формирования СРК позволяет существенно снизить риск заболеваемости ВСС и членов их семей СРК.

Ключевые слова: военнослужащие, синдром раздраженного кишечника, социально-поведенческие факторы риска.

R. N. Halafova

SOCIO-BEHAVIORAL ASPECTS OF THE PREVALENCE OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME AMONG MILITARY SERVICEMEN AND THEIR FAMILY MEMBERS

Objective. Identification and assessment of socio-behavioral risk factors for the formation of irritable bowel syndrome (IBS) among military personnel and members of their families (ARC).

Material and technique. IBS was diagnosed according to Rome IV criteria. The level of emotional stress (ES) on the Rider scale. A total of 1977 cadets (aged 17–22) were examined. 326 officers (aged 24–55) and 257 of their wives (aged 23–51).

Results and discussion. The detection rate of IBS among SCD varies from 18.7±2.2 to 22.2±2.6% ($P > 0.05$). IBS-C (constipation) is most often detected than IBS-D (diarrhea), because patients with diarrhea are more likely to visit doctors and receive treatment. In general, the medical negotiability of patients is poor and averages 30.7±2.3%, and 37.3±2.4% of patients carry out self-treatment, another 32.0±2.3% of patients tolerate the clinical manifestations of IBS ($P > 0.05$). When IBS is combined with other syndromes, medical negotiability increases to 62.1±9.2%. During the period of adaptation to the conditions of life and study at the school, the level of strong ES in cadets increases to 32.3±2.3%, as adaptation (after 4 years) it decreases to 3.4±1.1% ($P < 0.001$). The incidence of IBS is higher in patients with poor housing conditions, incomplete marital status and tobacco addiction.

Conclusion. Effective management of the identified socio-behavioral risk factors for the formation of IBS can significantly reduce the risk of SCD and their families with IBS.

Key words: military personnel, irritable bowel syndrome, social and behavioral risk factors.

Синдром раздраженного кишечника (СРК), согласно Римским критериям IV пересмотра (2016 г.) – это функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующими болями в животе, которые возникают по меньшей мере 1 раз в неделю, связаны с дефекацией, изменением частоты и формы стула. Эти признаки должны отмечаться у больного последние три месяца при общей продолжительности не менее шести месяцев [1, 2]. Данная симптоматика позволяет диагностировать СРК даже при его сочетании с симптоматикой других синдромов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), лишь при подозрениях на органические поражения ЖКТ проводятся дополнительные лабораторно-инструментальные исследования [3, 4].

Возросший интерес к СРК в мире обусловлен довольно высоким уровнем распространенности, отягочающим воздействием на здоровье, снижением трудоспособности, ухудшающим качество жизни. В среднем распространенность СРК составляет 20% варьируя в отдельных популяциях от 9 до 48% [5, 6], что связано, скорее всего, с расовыми, культурными, социально – экономическими особенностями, доступностью медицинской помощи [7].

Как правило, СРК чаще выявляется в развитых странах, крупных городах, но в последние годы его выявляемость растет и в других странах по мере их социально-экономического развития, интенсификации жизни людей, нерационального их питания и других причин [8]. Однако медицинская обращаемость пациентов с СРК очень низкая, а до 70% пациентов получив однажды консультацию врача, больше не обращаются за медицинской помощью [6].

Как видно, популяционная распространенность СРК и роль социально-поведенческих аспектов в его формировании изучены недостаточно, тем более в столь специфической социальной группе населения каковыми являются военнослужащие и члены их семей.

Материал и методика. Работу провели на базе поликлиники высшего военного училища им. Г.А. Алиева. Группы наблюдения формировали по мере медицинской обращаемости и плановых медицинских осмотров. Диагностирование СРК проводили в соответствии с Римскими критериями IV [9]. При наличии симптомов СРК у обследуемых собирали текущий и предшествующий анамнезы. Наряду с симптомами СРК, у обследуемых нередко обнаруживались и симптомы других синдромов ЖКТ, чаще всего синдромом функциональной диспепсии (СФД), хронической

идиопатической тошнотой (ХИТ) и гастроэзофагальной болезнью (ГЭРБ). Дифференциацию симптомов СФД и ХИТ проводили в соответствии с Римскими критериями III [10, 11]. ГЭРБ соответственно с Монреальскими соглашениями [12, 13]. В необходимых случаях для исключения органических поражений ЖКТ пациентов направляли в Главный военный клинический госпиталь на лабораторно-инструментальные исследования. Для оценки консистенции кала использовали Бристольскую шкалу стула [14]. Уровень эмоционального стресса (ЭС) определяли по шкале Ридера [15]. Всего обследовали 1977 курсантов (17–22 года), 326 офицеров (24–55 лет) и 257 их жен (23–51 год). При статистической обработке полученных результатов использовали критерий Стьюдента и коэффициент корреляции [16].

Результаты и обсуждение. Прежде всего отметим те изменения в диагностике СРК, которые произведены в Римских критериях IV пересмотра. Во-первых, в них исключено понятие «дискомфорт», для оценки которого как врачи, так и пациенты испытывали затруднения. Во-вторых, характеристика боли, а именно «боль уменьшается после дефекации», заменена на «боли связаны с дефекацией». По мнению авторов новых критериев, необходимость такой замены связана с тем, что у части больных с СРК боли не уменьшаются после акта дефекации, а наоборот, усиливаются. Частота возникновения болей в животе, необходимая для постановки диагноза СРК и определявшаяся Римскими критериями III как «не менее 3 дней в месяц», заменена на «не менее 1 раза в неделю» [17].

Однако варианты течения СРК: СРК-Д (диарея), СРК-З (запор), СРК-С (смешанный) – соответствуют определениям Римских критериев III, а именно изменение у пациентов консистенции стула, что определяется по Бристольской шкале оценки формы стула (Bristol Stool Form Scale) следующим образом: СРК-Д соответствует 6-му и 7-му типу стула, СРК-З – 1-му и 2-му, тип, причем изменение формы стула наблюдается больше чем в 25% случаев актов дефекации [18].

Выделен и 4-й подтип СРК (СРК-Н – неклассифицированный), при котором пациенты соответствуют диагностическим критериям, но точное определение у них одного из трех подтипов вызывает сложности [2].

В результате проведенного обследования СРК выявили у 20,1±0,9% курсантов, у 18,7±2,2% офицеров ($t = 0,59$; $P > 0,05$) и у 22,2±2,6% женщин ($t = 0,99$; $P > 0,05$). Распределение выявленных случаев по подтипам СРК показано в табл. 1.

Таблица 1. Выявляемость подтипов СРК среди военнослужащих и членов их семей

Подтипы СРК	Выявляемость подтипов СРК					
	Курсанты, n = 397		Офицеры, n = 61		Женщины, n = 57	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
СРК-З	132	33,2±2,4	27	44,3±6,4	24	42,1±6,6
СРК-Д	94	23,7±2,1	9	14,8±4,6	11	19,3±5,3
СРК-С	79	19,9±2,0	13	21,3±5,3	10	17,5±5,1
СРК-Н	92	23,2±2,1	12	19,7±5,1	12	21,1±5,5

Среди курсантов показатели выявляемости СРК-Д, СРК-С и СРК-Н примерно одинаковые, варьируя в пределах от 19,9±2,0 до 23,7±2,1% ($t = 1,31$; $P > 0,05$), тогда как показатель выявляемости СРК-З выше и составляет 33,2±2,4% ($t = 2,98$; $P < 0,01$). Та же ситуация наблюдается и среди офицеров, показатели СРК-Д, СРК-С и СРК-Н варьируют в пределах от 14,8±4,6 до 21,3±5,3% ($t = 1,14$; $P > 0,05$) и меньше показателя СРК-З – 44,3±6,4% ($t = 2,77$; $P < 0,01$). Среди женщин также показатели этих подтипов СРК, варьирующих от 17,5±5,1 до 21,1±5,5% ($t = 0,48$; $P > 0,05$), достоверно меньше показателя СРК-З – 42,1±6,6% ($t = 2,45$; $P > 0,05$).

Более высокий показатель СРК-З можно объяснить с тем, что пациенты, согласно анамнезу более терпимо относятся к абдоминальным болям, а по поводу запоров нередко проводят самостоятельное лечение. Поэтому среди них медицинская обращаемость и оказание квалифицированной медицинской помощи намного ниже, а выявляемость выше, нежели с другими подтипами СРК, при которых присутствует диарея. Особенно наглядно состояние медицинской обращаемости прослеживается среди курсантов (табл. 2).

их обращаемость к врачам. У 37,3±2,4% курсантов боли были часто умеренными и при сочетании в основном с диареей они прибегали к самостоятельному лечению ($t = 1,99$; $P > 0,05$). Принимаемые препараты носили симптоматический характер, они приобретались согласно телевизионной рекламе, совету работников аптек и окружающих. Еще 32,0±2,3% курсантов никакие меры не предпринимали ($t = 1,60$; $P > 0,05$). Кроме того, за медицинской помощью обращались 13 из 61 офицера с разными подтипами СРК (21,3±5,3%) и 21 из 57 женщин (38,6±6,5%; $t = 2,09$; $P > 0,05$).

Из данных таблицы четко видно, что среди курсантов частота медицинской обращаемости пациентов с СРК-Д, СРК-С и СРК-Н, варьирующих в пределах от 33,0±4,9 до 37,0±5,1% ($t = 0,57$; $P > 0,05$), намного выше, чем среди пациентов с СРК-З, составляющей 21,2±3,6% ($t = 2,53$; $P > 0,02$). т.е. пациенты с СРК, у которых в той или иной мере присутствует диарея более привержены к квалифицированному лечению, нежели пациенты только с запором. Основная причина – пациенты с диареей опасаются, что она может настичь их неожиданно во время

Таблица 2. Состояние медицинской обращаемости пациентов с разными подтипами СРК среди курсантов

Подтипы СРК	Число подтипов СРК	Отношение пациентов к заболеванию					
		Обращаются к врачу		Проводят самолечение		Терпимое отношение	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
СРК-З	132	28	21,2±3,6	57	43,2±4,3	47	35,6±4,2
СРК-Д	94	31	33,0±4,9	36	38,3±5,0	27	28,7±4,7
СРК-С	79	29	36,7±5,5	26	32,9±5,3	24	30,4±5,2
СРК-Н	92	34	37,0±5,1	29	31,5±4,9	29	31,5±4,9
Всего	397	122	30,7±2,3	148	37,3±2,4	127	32,0±2,3

В целом, медицинская обращаемость курсантов как до поступления в училище, так и в период обучения в нем, довольно низкая, ее показатель в среднем составляет 30,7±2,3%. Видимо, это связано с тем, что сила проявления основного симптома СРК – рецидивирующих болей в животе – различается, только у 138 курсантов боли были сильным, а 98 из них (71,0±3,9%) сочетались с диареей, что стимулировало

занятий, в столовой или вне училища. Диарея является основной причиной самостоятельного лечения или обращаемости к врачу и пациентов с СРК-С и СРК-Н.

Необходимо отметить, что на состояние медицинской обращаемости влияет и сочетания СРК с другими синдромами ЖКТ. Так, в 171 из 515 выявленных случаев СРК наблюдались его сочетания (33,2±2,1%). Всего выявлено 142 двойных

сочетаний ($83,0 \pm 2,9\%$) и 29 тройных сочетаний ($17,0 \pm 2,9\%$). Если при самостоятельном СРК частота медицинской обращаемости составляет всего $14,2 \pm 1,9\%$, то при двойном сочетании она возрастает до $38,7 \pm 4,1\%$ ($t = 5,38$; $P > 0,01$), а при тройном сочетании ее частота достигает $62,1 \pm 9,2\%$ ($t = 3,32$; $P > 0,01$). В предшествующем периоде все эти пациенты не обращались к врачам, затем проводили самостоятельное лечение и лишь при утяжелении клинической картины обращались за медицинской помощью. Даже при плановых обследованиях часть курсантов и офицеров скрывали наличие у себя симптомов РК, считая, что это отразится на их учебе или службе.

Важно отметить то, что на формирование СРК в определенной мере оказывает и семейный статус. Так, из 397 курсантов с СРК, 88 были из неполных семей и, как правило, до поступления в училище проживали в неудовлетворительных условиях ($22,2 \pm 2,1\%$). Помимо этого, у 24 из 61 офицеров семьи были неполными, т.е. они еще не женились или были разведены ($39,3 \pm 6,3\%$).

Необычная среда обитания, трудная адаптация к учебе и службе в условиях училища, особенно среди курсантов, способствует развитию эмоционального стресса (ЭС), что также способствует формированию СРК. Например, среди курсантов I курса частота сильного уровня ЭС (> 2 баллов) составил $32,2 \pm 2,3\%$, а на IV курсе (через 4 года)

по мере адаптации к условиям училища его частота снизилась до $10,6 \pm 1,5\%$ ($t = 7,85$; $P > 0,001$). С такой же закономерностью снижается и показатель заболеваемости СРК – с $35,6 \pm 3,0$ до $3,4 \pm 1,1\%$ ($P < 0,001$). Среди офицеров же по мере приближения сроков увольнения (> 55 лет) уровень сильного ЭС возрастает с $8,8 \pm 3,7$ до $38,3 \pm 2,7\%$ ($P < 0,001$), также возрастает и уровень заболеваемости СРК – с $9,8 \pm 3,8$ до $36,1 \pm 6,2\%$ ($P < 0,001$). Такую же роль, очевидно, играет и табакозависимость, выявленная у 106 из 326 обследованных офицеров ($32,5 \pm 2,6\%$), среди них было 28 из 61 пациента с СРК ($26,4 \pm 4,3\%$), остальные 33 пациента были выявлены среди не табакозависимых офицеров ($15,0 \pm 2,4\%$; $t = 3,32$; $P < 0,05$).

Как видно, выявленные социально-поведенческие особенности, в частности, очень низкая медицинская обращаемость, неадекватное отношение к заболеваемости и его самостоятельное лечение, семейный статус, смена среды обитания, ЭС к курению, способствуют формированию СРК среди военнослужащих и членов их семей. Проведение исследований в этом направлении может еще больше расширить круг социально-поведенческих факторов риска, участвующих в формировании СРК, эффективное управление которыми позволит существенно снизить риск заболеваемости СРК военнослужащих и членов их семей.

Литература

1. Drossman D.A., Hasler W.L. Rome IV – Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1257-1261.
2. Дичева Д.Т., Андреев Д.Н., Щегланова М.П. Синдром раздраженного кишечника в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.) // Медицинский совет, № 3, 2018, с. 60–66.
3. Stangnellini V., Chan F.K.L., Hasler W.L., Malagelada J.R., Suzuki H., Tack J., Talley N.J. Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1380-92.
4. Баранов С.А., Начаев В.М., Шульякова Ю.О. и др. Функциональная диспепсия и методы ее лечения // Научно-статистическая ревматология 2020, 58(1): 84–90.
5. Ballou SK, Keefer L. Multicultural considerations in the diagnosis and management of irritable bowel syndrome: a selective summary. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2013; (25): 1127.
6. Тихонова Т.А., Козлова И.В. Синдром раздраженного кишечника: эпидемиологические и патогенетические аспекты (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал 2018;14(1): 53-60.
7. Fried M, Gwee KA, Khalif I, et al. Irritable Bowel Syndrome: a Global Perspective. *World Gastroenterology Organization* 2015; (9): 3-26.
8. Циммерман Я.С. Синдром раздраженной кишки: какова его истинная сущность? *Клиническая медицина* 2014; (7): 19-28.
9. Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Med*, 2017, 6(11).pii:E99.
10. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process / D.A. Drossman *Gastroenterology*. – 2006. – Vol. 130. № 5. – P. 1377–1390.
11. Циммерман Я.С. «Римские критерии – III» синдрома функциональной (гастродуодальной) диспепсии. *Клин. мед.* 2008, 4: 59-66.
12. Dent J, Brun J, Fendrick A.M, et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management – the Genval Workshop report. *Gut*. 1999; 44: 1-16.
13. Vakin N, Van Zanden SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am. J. Gastroenterol*. 2006;101:1900-1920.
14. Riegler G, Esposito I. Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research. *Tech Coloproctol*, 2001, 5(3): 163-4.
15. Reeder LG, Chapman JM, Coulson AH. Socioenvironmental stress, tranquilizers and cardiovascular disease. *Proceedings of the Excerpta Medica International Congress Series* 1968; 182: 226-38

16. Герасимов А.Н. Медицинская статистика. – М. 2007. С. 475.

17. Сахавудинова Г.М., Нагаева Р.Р., Асанбаева К.Э. Современные представления об этиологии синдрома раздраженного кишечника // Медицинский совет, № 3, 2019, с. 152–155.

References

1. Drossman D.A., Hasler W.L. Rome IV – Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. Gastroenterology. 2016;150(6):1257-1261.

2. Dicheva D.T., Andreev D.N., Shcheglanova M.P. Sindrom razdrazhenogo kishchnika v svete Rimskih kriteriev IV peresmotra (2016 g.) // Medicinskij sovet, № 3, 2018, s. 60-66.

3. Stangnellini V., Chan F.K.L., Hasler W.L., Malagelada J.R., Suzuki H., Tack J., Talley N.J. Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology. 2016; 150(6):1380-92.

4. Baranov S.A., Nachaev V.M., Shul'yakova Yu.O. i dr. Funkcional'naya dispepsiya i metody ee lecheniya // Nauchno statisticheskaya revmatologiya 2020, 58(1): 84-90.

5. Ballou SK, Keefer L. Multicultural considerations in the diagnosis and management of irritable bowel syndrome: a selective summary. Eur J Gastroenterol Hepatol 2013; (25): 1127.

6. Tihonova T.A., Kozlova I.V. Sindrom razdrazhenogo kishchnika: epidemiologicheskie i patogeneticheskie aspekty (obzor) // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal 2018; 14(1): 53-60.

7. Fried M, Gwee KA, Khalif I, et al. Irritable Bowel Syndrome: a Global Perspective. World Gastroenterology Organization 2015; (9): 3-26.

8. Cimmerman Ya.S. Sindrom razdrazhennoj kishki: kakova ego istinnaya sushchnost'? Klinicheskaya medicina 2014; (7): 19-28

9. Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. J Clin Med, 2017, 6(11), pii:E99.

18. Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А. Римские критерии синдрома раздраженного кишечника IV пересмотра: есть ли принципиальные изменения? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2016; 26(5): 99-103.

10. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process / D.A. Drossman Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130. № 5. – P. 1377–1390.

11. Cimmerman Ya.S. «Rimskie kriterii – III» sindroma funkcional'noj (gastroduonal'noj) dispepsii. Klin. med. 2008, 4: 59-66.

12. Dent J, Brun J, Fendrick A.M, et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management – the Genval Workshop report. Gut. 1999; 44: 1-16.

13. Vakin N, Van Zanden SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am. J. Gastroenterol. 2006;101:1900-1920.

14. Riegler G, Esposito I. Bristol scale stool form. A still valid help in medical practice and clinical research. Tech Coloproctol, 2001, 5(3): 163-4.

15. Reeder LG, Chapman JM, Coulson AH. Socioenvironmental stress, tranquilizers and cardiovascular disease. Proceedings of the Excerpta Medica International Congress Series 1968; 182: 226-38

16. Герасимов А.Н. Медицинская статистика. – М. 2007. С. 475.

17. Сахавудинова Г.М., Нагаева Р.Р., Асанбаева К.Э. Современные представления об этиологии синдрома раздраженного кишечника // Медицинский совет, № 3, 2019, с. 152–155.

18. Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А. Римские критерии синдрома раздраженного кишечника IV пересмотра: есть ли принципиальные изменения? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2016; 26(5): 99-103.

Поступила 12.01.2023 г.