

УДК 616.345

М.Г. Мнацаканян,

канд. мед. наук, заведующая отделением гастроэнтерологии № 1 УКБ № 1 ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, Клиника госпитальной терапии имени А.А. Остроумова

А.П. Погромов,

д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

В.М. Зувев,

д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Г.М. Дюкова,

д-р мед. наук, профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

О.В. Тащян,

врач-гастроэнтеролог отделения гастроэнтерологии № 1 УКБ № 1 ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, Клиника госпитальной терапии имени А.А. Остроумова

M.G. Mnatsakanyan,

Candidate of Medical Sciences, Head of Department of Gastroenterology № 1, University Hospital № 1, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

A.P. Pogromov,

Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Hospital Therapy № 1, the Faculty of Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

V.M. Zuev,

Doctor of Medical Sciences, Professor at Department of Hospital Therapy № 1, the Faculty of Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

G.M. Diukova,

Doctor of Medical Sciences, Professor at Department of Nerve Diseases, at the Institute of Post graduate Training, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

O.V. Tashchayn,

gastroenterologist, Department of Gastroenterology № 1, University Hospital № 1, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО И МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AND MENOPAUSAL AGE

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Мнацаканян Марина Генриковна, канд. мед. наук, заведующая отделением гастроэнтерологии № 1 УКБ № 1 ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, Клиника госпитальной терапии имени А.А. Остроумова
Адрес: 105062, г. Москва, Подсосенский пер., д. 8
Тел.: +7 (495) 917-35-08
e-mail: mnatsakanyan08@mail.ru
Статья поступила в редакцию: 15.08.2016
Статья принята в печать: 01.09.2016

CONTACT INFORMATION:

Marina Mnatsakanyan, Candidate of Medical Sciences, Head of Department of Gastroenterology № 1, University Hospital № 1, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
Address: 8, Podsosensky lane, Moscow, Russia, 105062
Tel.: +7 (499) 248-63-85
e-mail: mnatsakanyan08@mail.ru
The article received: August 15, 2016
The article approved for publication: September 1, 2016

Аннотация. Приведены современные сведения литературы и данные об особенностях течения синдрома раздраженного кишечника (СРК) у женщин, полученные в ходе исследования. Изучены внекишечные ассоциированные симптомы у женщин с СРК по сравнению с мужчинами; их проявления в зависимости от возраста, варианты течения СРК и изменения психовегетативного статуса. Обследованы 245 больных с СРК, из которых женщин — 183, мужчин — 62, в возрасте от 19 до 81 (ср. 45,31±6,9), клинические формы: СРК по варианту диареи — 88, СРК по варианту запоров — 48, СРК по смешанному варианту — 109. Анализ был проведен в двух группах женщин с СРК: моложе 45 лет (n=90) и старше 45 лет (n=93). Диагноз СРК устанавливался на основании Римских критериев III 2006 г. Анализ внекишечных ассоциированных сим-

птомов проводился по анкете SOMS-2, психометрическое тестирование проводилось с использованием опросника тревоги Спилберга – Ханина и шкалы депрессии Бэка. У женщин репродуктивного возраста и менопаузального периода СРК встречается значительно чаще, чем у мужчин соответствующего возраста, соотношение женщин/мужчин составляет 3:1. У женщин частота внекишечных ассоциированных симптомов существенно выше, чем у мужчин и с возрастом достоверно увеличивается их количество ($p < 0,05$). В обеих группах женщин отмечена большая частота болевых синдромов: до 60–70% боли в спине, до 40–60% боли в руках и ногах и в суставах, статистически значимо увеличивающиеся с возрастом ($p < 0,05$). Наоборот, такие симптомы, как диспареуния, равнодушие к сексу, нерегулярный менструальный цикл с возрастом значимо уменьшаются ($p < 0,05$). СРК по запорному варианту встречается исключительно у женщин независимо от возраста, характеризуется увеличением количества ассоциированных симптомов с возрастом ($p < 0,05$). Также у женщин старше 45 лет статистически значимо возрастает депрессия, актуальная и личностная тревога по сравнению с женщинами репродуктивного возраста ($p < 0,05$). Внекишечные ассоциированные симптомы являются неотъемлемой частью клинических проявлений СРК. Выявлено их преобладание у женщин по сравнению с мужчинами. В старшей возрастной группе их количество возрастает у женщин по сравнению с мужчинами. Подобная закономерность отмечена в изменении психовегетативного статуса, в частности депрессии и тревоги.

Abstract. In this article, we review the international literature and our findings irritable bowel syndrome (IBS) in women. The study objective was to compare extraintestinal associated symptoms (EAS) at IBS in the women and men groups; to investigate their frequency and characteristics depending on the age, type of IBS and changes in psychological and vegetative status. 245 patients with IBS were enrolled in the study: 183 women and 62 men, aged 19–81 (mean 45.3 ± 6.9), 88 with IBS diarrhea-type (IBS-D), 48 with IBS constipation-type (IBS-C) and 109 with IBS mixed-type (IBS-M). The women with IBS were divided into two groups: under and over 45 ($n=90$ and $n=93$, respectively). We diagnosed IBS using Rome III criteria (2006). The EAS analysis of was done with SOMS-2 questionnaire (Screening for Somatoform Disorders 2; Rief W. and Hiller W., 2008). In IBS patients, we evaluated depression using the BDI scale (Beck Depression Inventory; Beck A.T., 1996) and anxiety using the STAI (State-Trait Anxiety Inventory; Spilberger Ch.D.). IBS is more frequent in women both in the reproductive and menopausal period than in men of the same age groups (women/men ratio is 3:1). In the women group, the EAS rate was significantly higher than in the men group, and increased with age ($p < 0,05$). High prevalence of pain syndromes was in both women groups: back pain up to 60–70%, pain in the arms and legs and joint pain up to 40–60%; and increased increased with age ($p < 0,05$). On the contrary, the prevalence of such symptoms as dispareunia, indifference to sex, irregular periods decreased with age. The prevalence of depression, the level of actual and personal anxiety increased in the group of women over 45 compared to the younger group ($p < 0,05$). IBS-C type was diagnosed only in the women group, regardless of the age, and EAS increased with age ($p < 0,05$). EAS are the integral part of IBS. We revealed their prevalence in the women group compared to the men group. The frequency of EAS increased significantly in the elder women group compared to the men. The similar tendency was observed in psychological and vegetative status changes, in particular in depression and anxiety.

Ключевые слова. Синдром раздраженного кишечника, женщины, половые гормоны, внекишечные ассоциированные симптомы, депрессия, тревога.

Keywords. Irritable bowel syndrome, women, sexual hormones, age, extraintestinal associated symptoms, psychological and vegetative status, depression, anxiety.

В клинической практике врача любой специальности одним из наиболее распространенных симптомов является боль. Хроническая боль — ведущий синдром функциональных расстройств, встречающийся в самых различных отраслях медицины. Так, в гастроэнтерологии — это синдром раздраженного кишечника (СРК), неязвенная диспепсия, в гинекологии — предменструальный синдром, хронические тазовые боли, в ревматологии — фибромиалгия и т.д.

СРК является наиболее распространенным функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Эпидемиологические данные о соотношении полов при СРК показывают, что этот синдром чаще диагностируется у женщин. Соотношение женщин и мужчин варьирует от 2,0–2,5:1 [1] до 5:1 по частоте обращаемости в специализированные медицинские учреждения [2]. Нередко СРК у женщин сочетается с расстройствами в половой сфере, чаще речь идет о дисменорее, нарушениях менструального цикла, боли при половом

акте и др. При этом причинно-следственная связь нарушений менструального цикла и СРК выявляется после нескольких лет течения заболевания [3, 4].

Проявления СРК у женщин имеет ряд характерных особенностей, практически не встречающихся у мужчин. Прежде всего, СРК у женщин дебютирует с подросткового возраста, нарастает в период полового созревания и достигает пика к 45 годам [5]. В дальнейшем симптомы СРК снижаются к седьмой декаде жизни и приближаются к уровню проявлений СРК у мужчин. Значительно чаще, чем у мужчин, в клинической картине СРК у женщин наблюдаются ассоциированные (коморбидные) симптомы. Также чаще встречается в сочетании с фибромиалгией, синдромом хронической усталости, головными болями напряжения, тазовыми болями, болью в нижней челюсти, мочеполовыми симптомами и др. [6]. В целом при однозначном понимании проблемы СРК у женщин имеется ряд разногласий. Так, Cain K.C. et al. (2009) [7] считают, что тяжесть симптомов СРК может увеличиваться

после менопаузы и нередко усугубляется присоединением депрессии и тревоги в отличие от женщин репродуктивного возраста [3].

В целом анализ соответствующей литературы показывает, что нет однозначного ответа на проявление СРК у женщин в зависимости от возраста, состояния женской половой сферы и изменений психовегетативного статуса. В связи с этим проведено настоящее исследование особенностей течения СРК у женщин репродуктивного возраста и после наступления менопаузы. Прежде всего, это касается болевых расстройств, изменений вегетативного статуса, а также депрессии и тревоги.

Цель исследования: изучить ассоциированные (коморбидные) симптомы у женщин с СРК по сравнению с мужчинами; их особенности в зависимости от возраста: варианты течения СРК и изменения психовегетативного статуса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Диагноз СРК устанавливался на основании Римских критериев III 2006 г. (РК III) при отсутствии органической патологии кишечника [8] если имела место *рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт, по крайней мере, 3 дня в месяц за последние 3 месяца* на протяжении максимум полугода, которые ассоциировались с двумя или более признаками:

- улучшение после дефекации;
- начало, ассоциирующееся с изменением частоты стула;
- начало, ассоциирующееся с изменением формы (внешнего вида) стула.

В качестве дополнительных признаков выделяют:

- ненормальную частоту стула (менее 3 испражнений в неделю или больше 3 раз в день);
- неправильную форму стула.

РК III позволяют уточнить вариант СРК: 1-й тип СРК-З (IBS with constipation) – вариант с запором (частота твердого/шероватого стула $\geq 25\%$ дефекаций и мягкого/водянистого составляет $< 25\%$); 2-й тип СРК-Д (IBS with diarrhea) – вариант с диареей (частота мягкого/водянистого стула $\geq 25\%$ дефекаций и твердого/шероватого $< 25\%$); 3-й тип СРК-СМ (mixed IBS) – смешанный (частота твердого/шероватого и мягкого/водянистого стула $\geq 25\%$ дефекаций); 4-й тип СРК-А (unsubtyped IBS) – недифференцированный, перемежающийся вариант (имеющиеся расстройства консистенции стула недостаточны для применения критериев первых трех вариантов СРК). Органическая патология кишечника была исключена на основании клинического анализа, рентгенологического исследования толстой кишки, колоноскопии с биопсией и морфологической верификацией диагноза.

Все больные обследованы в стационаре и, при наличии соответствующих жалоб (дыхательных,

урологических, гинекологических, кардиальных, вегетативных, неврологических и пр.), были консультированы специалистами для подтверждения или исключения органической патологии.

С целью изучения коморбидных симптомов использовалась анкета соматизированных расстройств (Screening for Somatoform Symptoms – SOMS-2) [9].

Был проведен анализ непосредственно самих симптомов, их представленность у женщин, а также зависимость от клинической формы СРК. Психометрическое тестирование проводилось с использованием опросника тревоги Спилбергера – Ханина (State-Trait Anxiety Inventory – STAI (в России методика адаптирована Ю.Л. Ханиным, 1976 г.) и шкалы депрессии Бэка (Beck Depression Inventory, A.T. Beck, 1961 г.).

Были обследованы 245 больных с СРК, из которых женщин – 183, мужчин – 62, в возрасте от 19 до 81 года (ср. $45,31 \pm 6,9$), клинические формы: СРК по варианту диареи (СРК-Д) – 88, СРК по варианту запоров (СРК-З) – 48, СРК по смешанному варианту (СРК-СМ) – 109.

В зависимости от поставленных задач исследования исходная группа была разделена на две подгруппы: моложе 45 лет (1-я группа) и старше 45 лет (2-я группа).

В группу пациентов моложе 45 лет были включены 125 больных, из которых женщин репродуктивного возраста – 90, мужчин – 35, в возрасте от 19 до 45 лет (ср. $32,37 \pm 6,92$), клинические формы: СРК-Д – 46, СРК-З – 20, СРК-СМ – 59.

В группу пациентов старше 45 лет были включены 120 больных, из которых женщин – 93, мужчин – 27, в возрасте от 45 лет до 81 года (ср. $58,79 \pm 9,6$), клинические формы: СРК-Д – 42, СРК-З – 28, СРК-СМ – 50.

У больных старше 45 лет имела сопутствующая органическая патология (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца без гемодинамических нарушений, атеросклероз нижних конечностей, деформирующий остеоартроз, анемия различного генеза, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хронический простатит). Большинство женщин находилось в состоянии пре- и менопаузы.

В группе больных старше 45 лет по показаниям проводились мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки и брюшной полости, магнитно-резонансная томография (МРТ) – исследование, доплер-исследование сосудов брюшной полости и нижних конечностей, МРТ головного мозга и опорно-двигательного аппарата.

Полученные данные были обработаны параметрическими и непараметрическими методами программного пакета Statistica 8.0 и SPSS 17. Результат считался статистически значимым при $p < 0,05$.

Рассчитывались критерий Стьюдента, критерий Манна – Уитни, критерий Фишера и критерий хи-квадрат.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ соматизированных (коморбидных) симптомов у женщин с СРК. В группе больных *моложе 45 лет у женщин по сравнению с мужчинами* чаще выявляются: расплывчатое зрение ($p=0,01$), обморочные состояния ($p=0,02$), боли при половом акте ($p=0,0000$), боли при мочеиспускании ($p=0,02$), чувство жжения в промежности ($p=0,03$). Выявлена также тенденция к статистически значимому преобладанию у женщин таких симптомов, как одышка/нехватка воздуха ($p=0,05$), головокружения ($p=0,07$), боли в груди ($p=0,05$), равнодушие к сексу ($p=0,08$).

В группе больных *старше 45 лет у женщин в сравнении с мужчинами* сохраняется статистически значимое преобладание следующих симптомов: расплывчатое зрение ($p=0,002$), чувство жжения в промежности ($p=0,003$). Помимо этого появляется ряд симптомов, статистически значимо преобладающих у женщин: рвота ($p=0,03$), тошнота ($p=0,02$), боли в руках и ногах ($p=0,001$), в суставах ($p=0,003$), другие боли ($p=0,002$), одышка/нехватка воздуха ($p=0,0001$), головокружения ($p=0,01$), затруднение глотания ($p=0,0002$), равнодушие к сексу ($p=0,0000$), дрожание или чувство внутренней дрожи ($p=0,0000$), чувство прилива холода или тепла ($p=0,04$).

Таким образом, показано, что у женщин с СРК по сравнению с мужчинами имеет место статистически значимое преобладание ассоциированных симптомов. С возрастом у женщин, но не у мужчин, отмечается достоверное увеличение симптомов. Ассоциированные симптомы у мужчин с возрастом практически не менялись.

Были проанализированы статистически значимые различия ассоциированных симптомов у женщин с СРК *моложе 45 лет и старше 45 лет* (табл.).

Как видно из таблицы, болевой синдром являлся доминирующим в обеих сравниваемых группах. Однако генез этих болей не столь однозначен. С возрастом статистически значимо возрастает частота встречаемости скелетно-мышечных болей (боли в спине, руках и ногах, в области суставов). Также с возрастом у женщин с СРК статистически значимо преобладают такие симптомы, как ухудшение памяти, снижение слуха/глухота, снижение остроты зрения или двоение. Такой симптом, как боль при половом акте в группе женщин с СРК *старше 45 лет* статистически значимо снижается по сравнению с женщинами СРК *моложе 45 лет*. К нарушениям возрастной нейро-эндокринной регуляции можно отнести такие статистически значимые различия в группе *старше 45 лет*, как равнодушие к сексу, нерегулярный менструальный цикл, обильные менструации, повышенная потливость.

Анализ ассоциированных (коморбидных) симптомов в зависимости от типа СРК. Прежде всего необходимо отметить, что тип СРК-3 встречался исключительно у женщин. В группе больных СРК-3

Таблица

Статистически значимые различия между женщинами СРК 1-й и 2-й групп

Симптомы	Кол-во женщин моложе 45 лет	Кол-во женщин старше 45 лет	p1	p2
	n=90 чел. (%)	n=93 чел. (%)		
Боли в руках и ногах	37 (41,1)	58 (62,4)	0,0037	0,004
Боли в спине	54 (60)	69 (74,2)	0,0404	0,0409
Боли в области суставов	37 (41,1)	60 (64,5)	0,0013	0,0015
Сердцебиение/перебои в сердце	38 (40,0)	54 (58,1)	0,0313	0,0321
Ухудшение памяти	37 (41,1)	57 (61,3)	0,0059	0,0063
Снижение слуха/глухота	5 (5,6)	30 (32,3)	0	0
Снижение остроты зрения или двоение	34 (37,8)	68 (73,1)	0	0
Затруднения при ходьбе	8 (8,9)	29 (31,2)	0,0001	0,0002
Равнодушие к сексу	28 (31,1)	50 (53,8)	0,0017	0,0019
Боли при половом акте	23 (25,6)	12 (12,9)	0,0294	0,0296
Нерегулярный менструальный цикл	35 (38,9)	16 (17,2)	0,001	0,0011
Обильные менструации	30 (33,3)	17 (18,3)	0,0194	0,0198
Повышенная потливость	31 (34,4)	45 (48,4)	0,0546	0,0557
Чувство онемения или парестезии	19 (21,1)	36 (38,7)	0,0087	0,0094
Чувство прилива холода или тепла	35 (38,9)	51 (54,8)	0,0298	0,0307

p1 – критерий Стьюдента; p2 – критерий хи-квадрат.

моложе 45 лет соотношение мужчин и женщин составляло 1:9, старше 45 лет — 1:6. СРК-СМ преобладал как у женщин моложе 45 лет, так и у женщин старше 45 лет. В группе больных СРК-СМ моложе 45 лет соотношение мужчин и женщин составляло 1:2,6, старше 45 лет — 1:3,5.

Далее по частоте встречаемости следует тип СРК-Д. Так, в группе больных СРК-Д моложе 45 лет соотношение мужчин и женщин составляло 1:1,7, в группе старше 45 лет — 1:2,5.

Сравнительный анализ ассоциированных симптомов у женщин с СРК-Д существенного увеличения количества симптомов с возрастом не выявил. Статистически значимо ($p < 0,05$) возрастают только такие показатели, как снижение остроты зрения, обморочные состояния, равнодушие к сексу. Наоборот, такие симптомы, как нерегулярный менструальный цикл, обильные менструации с возрастом статистически значимо снижаются ($p = 0,01$).

В группе женщин с СРК-З обращает внимание большое количество статистически значимых ассоциированных симптомов ($p < 0,05$): боли в руках и ногах, боли в области суставов, одышка/нехватка воздуха, головокружение/чувство неустойчивости, ухудшение памяти, снижение слуха/глухота, снижение остроты зрения. Тенденция к достоверности отмечена при таких симптомах, как затруднения при ходьбе, дрожание или чувство внутренней дрожи ($p = 0,06$).

В группе больных с СРК-СМ с возрастом также статистически значимо возрастают такие показатели, как боли в руках и ногах, боли в области суставов, снижение слуха/глухота, снижение остроты зрения, затруднения при ходьбе, равнодушие к сексу ($p < 0,05$). И, наоборот, с возрастом снижается частота такого симптома, как нерегулярный менструальный цикл.

Психометрические показатели у женщин с СРК. Был проведен сравнительный анализ депрессии и тревоги у больных СРК моложе 45 лет и старше 45 лет. Сравнительный анализ показателя депрессии показал, что у больных СРК в обеих подгруппах как моложе, так и старше 45 лет ($15,85 \pm 12,42$; $18,83 \pm 12,02$, соответственно) статистически значимо превышает аналогичный показатель здоровых лиц ($5,92 \pm 5,64$), $p = 0,0000$. С возрастом у больных СРК депрессия статистически значимо возрастает по сравнению с группой больных СРК моложе 45 лет ($p = 0,01$).

Сравнение депрессии у больных СРК по полу показало, что в группе больных моложе 45 лет статистически значимых различий в уровне депрессии между мужчинами и женщинами не выявлено ($p > 0,05$). В группе больных СРК старше 45 лет уровень депрессии у женщин статистически значимо превышает аналогичный показатель у мужчин ($p = 0,03$). При этом сравнение показателей депрес-

сии у мужчин с СРК моложе 45 лет ($15,49 \pm 16,04$) и после ($15,98 \pm 10,75$) статистически значимых различий не выявлено.

У женщин с СРК старше 45 лет уровень депрессии ($19,8 \pm 11,88$) статистически значимо превышает аналогичный показатель у женщин с СРК моложе 45 лет ($15,98 \pm 10,75$), $p = 0,01$. Сравнение женщин с СРК моложе и старше 45 лет и женщин в группе здоровых лиц ($4,76 \pm 4,21$) также выявило статистически значимое превышение уровня депрессии ($p = 0,000$) (рис. 1).

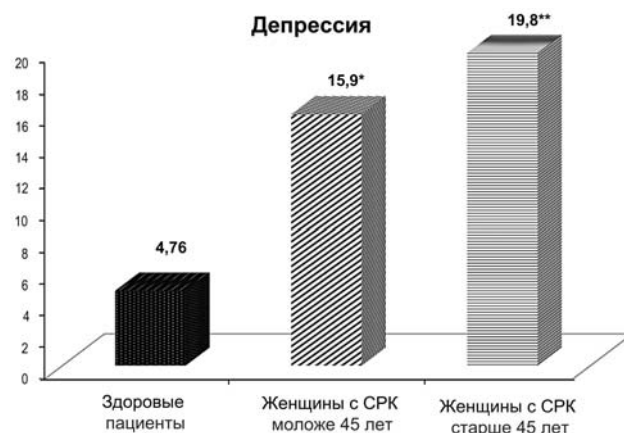


Рис. 1. Сравнительный анализ показателя депрессии у женщин с СРК моложе и старше 45 лет и здоровых пациентов

Была проанализирована частота депрессии у женщин с СРК моложе 45 лет и старше 45 лет. Отсутствие депрессивных симптомов зафиксировано у 58,9% ($n = 53$) женщин с СРК моложе 45 лет и у 48,4% ($n = 45$) женщин с СРК старше 45 лет ($p > 0,05$). По степени — выраженная депрессия выявлена у 41,1% ($n = 37$) женщин с СРК моложе 45 лет и у 51,6% ($n = 48$) женщин с СРК старше 45 лет ($p > 0,05$).

Анализ уровня депрессии в зависимости от клинической формы СРК у женщин показал, что в группе женщин моложе 45 лет наиболее высокий уровень депрессии отмечается при СРК-З ($22,41 \pm 15,01$). Уместно напомнить (раздел «Материал и методы»), что СРК-З встречается исключительно у женщин (соотношение мужчин и женщин 1:9 в группе больных СРК моложе 45 лет и 1:6 в группе больных СРК старше 45 лет). В группе женщин старше 45 лет высокие показатели депрессии у женщин при СРК-Д ($21,40 \pm 10,70$). При сравнении показателей депрессии у женщин с СРК моложе и старше 45 лет в зависимости от формы СРК депрессия статистически значимо возрастает только в группе женщин старше 45 лет по смешанному типу ($p = 0,01$). При форме СРК по варианту диареи можно говорить о тенденции к статистически значимому повышению показателя депрессии у женщин старше 45 лет ($p = 0,07$).

Таким образом, у женщин с СРК независимо от возраста депрессия статистически значимо превышает аналогичный показатель у женщин без СРК. С возрастом у женщин с СРК депрессия статистически значимо превышает аналогичный показатель у женщин с СРК моложе 45 лет. Максимальные значения депрессии у женщин с СРК моложе 45 лет при СРК-3, старше 45 лет – при СРК-Д.

Сравнение показателя личностной тревоги (ЛТ) здоровых лиц ($39,17 \pm 7,67$) и больных СРК как моложе 45 лет ($48,30 \pm 10,89$), так и старше 45 лет ($50,27 \pm 9,38$) выявило статистически значимое повышение в группах больных СРК, независимо от возраста ($p=0,0000$). Сравнение же ЛТ у больных СРК моложе и старше 45 лет статистически значимых изменений не выявило.

При сравнении ЛТ по полу в группе больных СРК моложе 45 лет статистически значимых различий между мужчинами ($47,29 \pm 12,92$) и женщинами ($48,71 \pm 10,01$) не выявлено ($p=0,502$). В группе больных СРК старше 45 лет ЛТ у женщин ($51,57 \pm 9,21$) статистически значимо превышает аналогичный показатель у мужчин ($45,68 \pm 8,66$), $p=0,0046$.

Сравнительный анализ ЛТ у женщин с СРК моложе 45 лет ($48,71 \pm 10,01$) и старше 45 лет ($51,57 \pm 9,21$) показал, что с возрастом ЛТ статистически значимо возрастает ($p=0,04$).

Анализ частоты встречаемости разных степеней ЛТ показал, что в группе женщин с СРК моложе 45 лет высокая степень ЛТ встречается в 64,8% ($n=58$), в группе женщин с СРК после 45 лет – в 72,9% ($n=68$), $p=0,134$. Умеренная степень ЛТ в группе женщин с СРК моложе 45 лет встречается у 31,4% ($n=28$), в группе женщин с СРК старше 45 лет – у 24,4% ($n=23$), $p>0,05$. Низкая степень ЛТ встречается у 9,4% ($n=4$) женщин с СРК моложе 45 лет и у 2,7% ($n=2$) женщин с СРК старше 45 лет, $p>0,05$. Таким образом, с возрастом статистически значимых изменений не выявлено.

Анализ уровня ЛТ у женщин СРК моложе и старше 45 лет в зависимости от формы СРК показал, что в группе женщин с СРК моложе 45 лет наибольших значений ЛТ достигает при СРК-3 ($50,65 \pm 9,84$), наименьшие значения – при СРК-СМ ($47,98 \pm 9,24$). В группе женщин с СРК старше 45 лет показатели ЛТ практически равнозначны при СРК-Д ($52,71 \pm 7,93$) и СРК-3 ($52,25 \pm 9,19$), $p>0,05$). Наименьшие значения ЛТ выявлены у женщин с СРК-СМ ($50,22 \pm 10,19$). Таким образом, у женщин с СРК личностная тревога статистически значимо превышает аналогичный показатель у женщин без СРК. С возрастом ЛТ у женщин с СРК статистически значимо превышает аналогичный показатель у женщин с СРК моложе 45 лет. Максимальные значения ЛТ у женщин моложе 45 лет отмечены при СРК-3, у женщин старше 45 лет – при СРК-3 и СРК-Д.

Актуальная тревога (АТ) как в группе больных СРК моложе 45 лет ($44,06 \pm 10,49$), так и в группе больных старше 45 лет ($46,06 \pm 9,62$), независимо от пола, статистически значимо превышает аналогичный показатель у здоровых лиц ($34,75 \pm 8,05$), $p=0,0000$ (рис. 2). В зависимости от возраста в группе больных СРК статистически значимых изменений в уровне АТ не выявлено ($p>0,05$).



Рис. 2. Сравнительный анализ показателей актуальной тревоги у больных СРК моложе и старше 45 лет и здоровых пациентов

При сравнении АТ у женщин с СРК моложе ($44,16 \pm 10,10$) и старше 45 лет ($46,48 \pm 9,92$) также не выявлено статистических значимых различий – $p>0,05$.

Анализ частоты встречаемости степеней АТ показал, что высокая степень АТ у женщин с СРК моложе 45 лет встречалась у 49,1% ($n=44$), после 45 лет – у 53,4% ($n=50$), $p>0,05$. Таким образом, при сравнении степеней АТ у женщин с СРК моложе и старше 45 лет статистически значимых изменений не выявлено. Обращает на себя внимание возрастание частоты встречаемости высокой и умеренной степени АТ у женщин старше 45 лет.

Анализ АТ у женщин с СРК в зависимости от клинической формы показал, что у женщин с СРК моложе 45 лет наибольшие значения тревоги отмечены при СРК-3 ($47,24 \pm 8,93$), наименьшие значения при СРК-СМ ($42,21 \pm 8,5$). В группе женщин с СРК после 45 лет наибольшие значения АТ отмечены при СРК-Д ($48,50 \pm 10,25$), наименьшие – при СРК-3 ($44,83 \pm 11,01$). При сравнении показателей АТ у женщин с СРК моложе и старше 45 лет в зависимости от формы СРК статистически значимых изменений не выявлено ($p>0,05$).

Таким образом, у женщин с СРК актуальная тревога статистически значимо превышает аналогичный показатель у женщин без СРК. Сравнение показателя АТ у женщин с СРК моложе и старше 45 лет не выявило статистически значимых изменений. Максимальные значения АТ у женщин с СРК моложе 45 лет отмечены при СРК-3, старше 45 лет – при СРК-Д.

ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования получены следующие факты. Соотношение женщин и мужчин составило 183:62, т.е. женщины преобладали практически в 3 раза. В отечественной литературе практически нет данных о гендерных различиях при СРК. Полученные данные о преобладании женщин при СРК совпадают с европейскими и североамериканскими данными [10, 11, 2, 12]. Напротив, согласно данным Gwee K.A. et al. [13], во многих восточных странах, таких как Индия, Китай и Южная Корея, преобладание женщин среди больных СРК не отмечено. Это подтверждают и результаты мета-анализа, проведенного в Южной Азии, Южной Америке и Африке, не позволяющие говорить о преобладании СРК у женщин по сравнению с мужчинами, и показано соотношение 1:1 [14]. Этот факт нуждается в дальнейшей проверке, так как считается, что в слаборазвитых странах женщины значительно реже обращаются к врачу [15]. Таким образом, результаты настоящего исследования позволяют утверждать о преобладании СРК у женщин в России, как и в других развитых странах.

Условное деление на подгруппы до 45 лет и после, прежде всего, касается женщин в связи с возрастной гормональной перестройкой. В исследуемой группе пациенток до 45 лет подавляющее большинство женщин имело сохраненный менструальный цикл. В то время как в группе пациентов старше 45 лет преобладающими были явления пременопаузы, менопаузы и постменопаузы, поэтому у женщин моложе 45 лет чаще встречались предменструальный болевой синдром и дисменорея, чем у женщин старше 45 лет. Причем, по данным [15, 4], у женщин с СРК предменструальный синдром и дисменорея более выражены, чем у женщин, не страдающих СРК. Не случайно Adeyemo M.A. [16] считает, что низкий уровень эстрогена и прогестерона во время менструаций вызывает развитие СРК по варианту диареи даже у здоровых женщин.

Женщины репродуктивного возраста составляют значительную часть пациентов с СРК. В этой возрастной группе большую роль в возникновении гиперсенситивности, ведущей к развитию СРК, играют женские половые гормоны. Выявлена корреляция между симптоматикой СРК и гормональным статусом во время фаз менструального цикла, беременности и менопаузы [2].

Одна треть здоровых женщин испытывают желудочно-кишечные симптомы во время менструации [17, 18]. Боль в животе и диарея, как правило, появляются в предменструальную фазу цикла и достигают максимума в первый-второй день менструального цикла. Вздутие живота и запор, с другой стороны, имеют тенденцию к увеличению после овуляции (приблизительно 14-й день) [6]. По ре-

зультатам 10-летнего наблюдения женщин, больных СРК в Исландии, при наличии дисменореи клиническая симптоматика была более тяжелой, чем у пациенток с СРК без дисменореи. Сообщается также о более тяжелом течении СРК у женщин, страдающих эндометриозом и синдромом поликистозных яичников [19, 20].

Более чем треть беременных женщин отмечают усиление запоров, особенно в III триместре. Другая треть женщин отмечает учащение частоты стула. Отмечают два механизма, влияющих на функцию кишечника во время беременности. Во-первых, это высокие уровни эстрогена и прогестерона во время всего периода беременности. Во-вторых, физическое давление растущего плода на стенки кишечника, что также может способствовать появлению желудочно-кишечных симптомов [21].

Данные о влиянии менопаузы на течение СРК противоречивы. Ряд авторов указывают на снижение частоты СРК в менопаузу [2, 22]. Напротив, Cain K.C. et al. [7] показали, что у женщин в менопаузу возрастает количество жалоб не только со стороны желудочно-кишечного тракта (вздутие живота, метеоризм, избыточное газообразование, высокая распространенность запоров), но и жалобы на боли в суставах и мышцах, нарушение сна и стресс. Это согласуется с полученными в настоящем исследовании данными, свидетельствующими об увеличении количества ассоциированных симптомов у женщин старше 45 лет. В период менопаузы, несмотря на снижение уровня половых гормонов, сохраняется высокая степень висцеральной гиперчувствительности, что позволяет предполагать, что изменения уровня половых гормонов являются не единственной причиной в механизме формирования СРК. Можно полагать, что в период постменопаузы ведущими являются другие факторы: изменение микробиоты, кортикотропин-рилизинг-фактор стрессовых ситуаций и многое другое. Не случайно, что заместительная гормональная терапия у женщин в пре- и постменопаузе может приводить не только к увеличению частоты СРК, но и продлевать симптомы СРК во времени [23].

Анализ ассоциированных симптомов также выявил их преобладание у женщин независимо от возрастной группы. Это прежде всего касается вегетативных, сексуальных и урогенитальных расстройств. У женщин моложе 45 лет преобладали: боль при половом акте, нерегулярный менструальный цикл, обильные и болезненные менструации. Естественно, что с возрастом сексуальные расстройства затухают. После 45 лет часть ассоциированных симптомов сохраняется (непереносимость различных блюд, одышка/нехватка воздуха, сердцебиения/перебои в работе сердца, головокружения/чувство неустойчивости, чрезмерная утомляемость и др.).

Анализируя ассоциированные симптомы, задача диагностировать другие функциональные расстройства в сочетании с СРК не ставилась, однако у части женщин с СРК полученные результаты напоминают фибромиалгию и тазовые боли, что совпадает с результатами других исследователей [1]. Также нельзя исключить присоединение возрастной органической патологии (остеохондроз позвоночника, остеоартроз с поражением того или иного сустава).

Статистически значимое снижение с возрастом у женщин с СРК частоты таких симптомов, как равнодушие к сексу, нерегулярный менструальный цикл, обильные менструации, повышенная потливость, чувство онемения или парестезии, чувство прилива холода или тепла, возможно, обусловлены наступлением климактерического периода. Ухудшение памяти, снижение слуха/глухота, снижение остроты зрения или двоение обусловлены наличием старческой тугоухости, катаракты, атеросклероза сосудов мозга и др.

По данным настоящего исследования, отличительной особенностью течения СРК у женщин является наличие СРК-3, практически не встречающегося у мужчин, что соответствует данным [25, 26]. Кроме того, этот вариант СРК характеризуется наибольшим количеством ассоциированных симптомов, сопровождается наиболее выраженными изменениями психовегетативного статуса, а именно — депрессией и тревогой. Однозначного объяснения этому феномену нет. Преобладание СРК у женщин по варианту запоров пытаются связать с тормозящим действием эстрогена и прогестерона на моторику ЖКТ [27].

Анализ ассоциированных симптомов при СРК-Д и СРК-СМ не выявил существенных различий по частоте встречаемости ассоциированных симптомов. Этот факт представляется закономерным, поскольку само клиническое выделение разных типов не всегда оправдано. Нередко во времени наблюдается переход одного варианта течения СРК в другой [8].

Еще одной из причин преобладания у женщин по сравнению с мужчинами СРК является уязвимость женщин к пожизненному стрессу, склонность к депрессии и тревоге [1, 27, 28].

Представленные результаты настоящих исследований и сведения литературы позволяют считать, что СРК у женщин является общей проблемой для гастроэнтерологии и гинекологии. Дополнительным аргументом являются данные [29] о том, что частота гистерэктомии у женщин с СРК в два раза чаще по сравнению с больными без СРК вследствие ошибочного диагноза. Нередко хроническая боль в животе является основанием других хирургических вмешательств (аппендэктомия) [30, 31]. И наоборот, не исключается, что первые гастроэнтероло-

гические жалобы появляются после гинекологической операции [32].

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о трудности клинической интерпретации СРК вследствие различных перекрестных синдромов как в гинекологии, так и в гастроэнтерологии. Наиболее популярной точкой зрения на подобные взаимоотношения является мнение Mulak A. и др. [18] о важной модулирующей нейроэндокринной роли (включая женскую половую сферу) на различные уровни оси, включающей мозг, кишечник и микробиоту, независимо от возраста. Для понимания этих взаимосвязей даже предлагается термин «микрогендерома».

Список литературы

1. Meleine M., Matricon J. Gender-related differences in irritable bowel syndrome: Potential mechanisms of sex hormones. *World J. Gastroenterol.* 2014; 20(22): 6725–6743.
2. Heitkemper M., Jarett M., Bond E.F., Chang L. Impact of sex and gender on irritable bowel syndrome. *Biol. Res. Nurs.* 2003; 5: 56–65.
3. Altman G., Cain K.C., Motzer S., Jarrett M., Burr R., Heitkemper M. Increased symptoms in female IBS patients with dysmenorrhea and PMS. *Gastroenterol. Nurs.* 2006; Jan.-Feb.; 4; 29(1): 4–11.
4. Olafsdottir L.B., Gudjonsson H., Jonsdottir H.H., Bjornsson E., Thjodleifsson B. Natural history of irritable bowel syndrome in women and dysmenorrhea: a 10-year follow-up study. *Gastroenterol. Res. Pract.* 2012; 2012: 534204.
5. Garcia Rodrigues L.A., Ruigomez A., Wallander M.A., Johansson S., Olbe L. Detection of colorectal tumor and inflammatory bowel during follow-up of patients with initial diagnosis of irritable bowel syndrome. *Scand. J. Gastroenterol.* 2000; 35: 306–311.
6. Margaret M., Heitkemper R.N., Jarett M. Gynecological Aspects of Irritable Bowel Syndrome. Department of Biobehavioral Nursing & Health Systems, University of Washington, Seattle. International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders (FFGD). Publication #123.
7. Cain K.C., Jarett M.E., Burr R.L., Rosen S., Hertig V.L., Heitkemper M.M. Gender differences in gastrointestinal, psychological, and somatic symptoms in irritable bowel syndrome. *Dig. Dis. Sci.* 2009; 54: 1542–1549.
8. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome process. *Gastroenterology.* 2006; 130: 1377–1390.
9. Rief W., Hiller W., Heuser J. SOMS — Das Screening für Somatoforme Störungen: Manual zum Fragebogen. Bern: Huber; 1997.
10. Longstreth G.F., Wolde-Tsadik G. Irritable bowel-type symptoms in HMO examinees. Prevalence, demographics, and clinical correlates. *Dig. Dis. Sci.* 1993; 38: 1581–1589.
11. Toner B.B., Akman D. Gender role and irritable bowel syndrome: literature review and hypothesis. *Am. J. Gastroenterol.* 2000; 95: 11–16.

12. Shishira Bharadwaj, Barber M.D., Graff L.A., Shen Bo. Symptomatology of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease during the menstrual cycle. *Gastroenterol. Rep.* 2015; 3(3): 185–193.
13. Gwee K.A., Lu C.L., Ghosal U.C. Epidemiology of irritable bowel syndrome in Asia: something old, something new, something borrowed. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2009; 24: 1601–1607.
14. Lovell R.M., Ford A.C. Effect of gender on prevalence of irritable bowel syndrome in the community: systematic review and meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol.* 2012; 107: 991–1000.
15. Adeyemo M.A., Spiegel B.M.R., Chang L. Meta-analysis: do irritable bowel syndrome symptoms vary between men and women? *Aliment Pharmacol Ther.* 2010; Sep.; 32(6): 738–755.
16. Kane S.V., Sable K., Hanauer S.B. The menstrual cycle and its effect on inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome: a prevalence study. *Am. J. Gastroenterol.* 1998; 93: 1867–1872.
17. Moore J., Barlow D., Jewell D., Kennedy S. Do gastrointestinal symptoms vary with the menstrual cycle? *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1998; 105: 1322–1325.
18. Mulak A., Taché Y., Larauche M. Sex hormones in the modulation of irritable bowel syndrome. *World J. Gastroenterol.* 2014; 20(10): 2433–2448.
19. Mathur R., Ko A., Hwang L.J., Low K., Azziz R., Pimentel M. Polycystic ovary syndrome is associated with an increased prevalence of irritable bowel syndrome. *Dig. Dis. Sci* 2010; 55: 1085–1089.
20. Meurs-Szoida M.M., Mijatovic V., Felt-Bersma R.J., Hompes P.G. Irritable bowel syndrome and chronic constipation in patients with endometriosis. *Colorectal Dis.* 2011; 13: 67–71.
21. Heitkemper M. International Foundation for Functional gastrointestinal disorders (IFFGD). Publication #183. Univ. of Washington, Seattle, WA.
22. Triadafilopoulos G., Finlayson M., Grellet C. Bowel dysfunction in postmenopausal women. *Women & Health.* 1998; 27: 55–66.
23. Ruigómez A., Garsia Rodrigues L.A., Johansson S., Wallander M.A. Is hormone replacement therapy associated with an increased risk of irritable bowel syndrome? *Maturitas.* 2003; 44: 133–140.
24. Herman J., Pokkunuri V., Braham L., Pimentel M. Gender distribution in irritable bowel syndrome is proportional to the severity of constipation relative to diarrhea. *Gend. Med.* 2010; 7: 240–246.
25. Anbardan S.J., Daryani N.E., Fereshtehnejad S-M. et al. Gender role in irritable Bowel Syndrome: A comparison of irritable Bowel Syndrome Module (ROME III) between male and female patients. *J. Neurogastroenterol Motil.* 2012; Jan.; 18(1): 70–77.
26. Adeyemo M.A., Lin Chang. New treatments for irritable bowel syndrome in women. *Womens Health (Lond Engl).* 2008; Nov.; 4(6): 605–623.
27. Björkman I., Jakobsson Ung E., Ringström G., Törnblom H., Simrén M. More similarities than differences between men and women with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil.* 2015; Jun.; 27(6): 796–804.
28. Kanazawa M., Hongo M., Fukudo S. Visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *J. Gastroenterol Hepatol.* 2011; Apr.; 26; Suppl 3: 119–121.
29. Longstreth G.F., Yao J.F. Irritable bowel syndrome and surgery: a multivariable analysis. *Gastroenterology.* 2004; 126: 1665–1673.
30. Sanoja R., Cervero F. Estrogen-dependent abdominal hyperalgesia induced by ovariectomy in adult mice: a model of functional abdominal pain. *Pain.* 2005; 118: 243–253.
31. Sanoja R., Cervero F. Estrogen modulation by ovariectomy-induced hyperalgesia in adult mice. *Eur. J. Pain.* 2008; 12: 573–581.
32. Sperber A.D., Morris C.B., Greeemberg L., Bangdiwala S.I., Goldstein D., Sheiner E., Rusabrov Y., Hu Y., Kats M., Freud T., Neville A., Drossman D.A. Development of abdominal pain and IBS following gynecological surgery: a prospective, controlled study. *Gastroenterology.* 2008; 134: 75–84. *Neurogastroenterol Motil.* 2015 Jun.; 27(6): 796–804. doi: 10.1111/nmo.12551.