



С. А. Нарієва

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

## Особливості больових відчуттів у пацієнтів із різними клінічними варіантами синдрому подразненого кишечника

**Мета** — визначити локалізацію та характер болю, притаманного для кожного із варіантів синдрому подразненого кишечника (СПК), його інтенсивність, іррадіацію, зв'язок з виникненням, зменшення або зникнення больових відчуттів.

**Матеріали та методи.** Обстежено 164 пацієнти, розділені на чотири групи: до першої групи залучено 53 (32,3%) хворих на СПК із закрепом (СПК-З) (11 чоловіків та 42 жінки), до другої — 57 (34,8%) хворих на СПК з діареєю (СПК-Д) (17 чоловіків та 40 жінок), до третьої — 30 (18,3%) хворих на СПК з неспецифічним варіантом (СПК-НВ) (12 чоловіків та 18 жінок), до четвертої — 24 (14,6%) хворих на СПК зі змішаним варіантом (СПК-ЗВ) (9 чоловіків і 15 жінок). Більшість хворих становили жінки — 115 (70,1%). Усі пацієнти були відібрані згідно з Римськими критеріями III (2006).

**Результати.** Встановлено, що залежно від варіанта СПК локалізація та характер болю, ступінь його вираженості відрізняються: від легкого дискомфорту при СПК-З та СПК-ЗВ ( $p < 0,05$ ) до сильно виражених больових відчуттів при СПК-Д і СПК-НВ ( $p < 0,05$ ). Найввічність болю суттєво впливає на якість життя пацієнтів.

**Висновки.** При СПК-З біль частіше локалізувався у правій здухвинній та навколопупковій ділянці ( $p < 0,05$ ), мав переважно пекучий та ниючий характер ( $p < 0,05$ ). При СПК-Д больові відчуття частіше турбували в навколопупковій ділянці та по всьому животу ( $p < 0,05$ ). У разі СПК-НВ та СПК-ЗВ біль переважно ( $p < 0,05$ ) локалізувався у нижніх відділах живота, однак мав різний характер (пекучий та ниючий при НВ та ріжучий при ЗВ). Для СПК-ЗВ характерним є іррадіація болю в праву здухвинну та навколопупкову ділянку і верхні відділи живота ( $p < 0,05$ ), а для СПК-НВ — у навколопупкову ділянку. Після акту дефекації біль минав у пацієнтів на СПК-З (77,4%) та СПК-Д (61,4%). Самостійно біль зникав у пацієнтів із СПК-Д (21,1%) та СПК-ЗВ (85,7%), на тлі прийому спазмолітиків — у хворих на СПК-Д (71,9%;  $p < 0,01$ ). Посилення больових відчуттів перед і після акту дефекації та емоційного навантаження спостерігали у пацієнтів усіх груп ( $p < 0,05$ ). При СПК-З біль посилювався під час фізичного навантаження ( $p < 0,05$ ). Отримані дані сприятимуть поліпшенню підходу до лікування шляхом підбору відповідної терапії для кожного варіанта СПК.

**Ключові слова:** синдром подразненого кишечника, біль у животі, здуття живота, закреп, діарея.

Синдром подразненого кишечника (СПК) — це стійка сукупність функціональних розладів тривалістю не менше ніж 3 міс протягом останніх 6 міс, які виявляються болем і/або дискомфортом у животі, котрі проходять після дефекації, супроводжуються змінами частоти і консистенції випорожнення та поєднуються (протягом 25% часу) не менше ніж з двома стійкими симптомами порушення функції кишечни-

ка — змінами частоти випорожнення, консистенції калу, акту дефекації (імперативні позиви, тенезми, відчуття неповного випорожнення кишечника, додаткові зусилля при дефекації), виділенням слизу з калом, метеоризмом [5].

СПК — поширене захворювання. Воно трапляється у більше ніж 60% населення, причому 2/3 пацієнтів не звертаються по медичну допомогу [2, 6]. У розвинених країнах Європи, Америки, а також в Японії частота звернень з приводу СПК — висока, поширеність захворювання

досягає 30–50 % [10]. У Таїланді частота СПК становить 5 %, в Ірані — до 4 % [1, 6]. Пік захворюваності припадає на молодий працездатний вік — 30–40 років.

Причини виникнення СПК невідомі. Захворювання вважають поліетіологічним. Незважаючи на складність і неоднозначність етіопатогенезу, загально визнаною є роль психогенних дезадаптацій, вісцеральної гіперчутливості та порушень моторики кишечника у виникненні захворювання [1–3].

Клінічна картина СПК різноманітна і включає симптоми різного ступеня вираженості (від легкого дискомфорту до сильно виражених болювих відчуттів), які суттєво впливають на якість життя пацієнтів [7, 11]. Так, абдомінальний біль є обов'язковим компонентом клінічної картини СПК і має широкий спектр інтенсивності: від легкого дискомфорту, терпимого ниючого болю до інтенсивного постійного або нападopodobного болю і навіть нестерпного гострого болю, який імітує клінічну картину кишкової кольки. Зазвичай біль з'являється або посилюється після їди, у період менструації, локалізується внизу живота, найчастіше — в лівій пахвинній ділянці; має безперервно-рецидивуючий характер, періоди загострення найчастіше пов'язані з порушенням дієти, стресовими чинниками, перевтомою тощо. Відзначають також здуття живота, метеоризм, посилену перистальтику кишок, проноси або порідшення випорожнень. Біль здебільшого зменшується після дефекації та відходження газів і не тривожить вночі. Характерним є те, що при СПК болювий синдром рідко призводить до значної втрати маси тіла [4, 13, 14].

Однією з найчастіших скарг хворих на СПК є тяжке відчуття здуття і розпирання живота, збільшення його в об'ємі, поява бурчання в животі, чутного на відстані, і підвищеного газовиділення. Ці симптоми виникають відразу після їжі одночасно з появою болю [8, 9, 12].

Мета дослідження — визначити локалізацію та характер болю, притаманний для кожного із варіантів СПК, його інтенсивність, іррадіацію, зв'язок з виникненням, зменшенням або зникненням болювих відчуттів.

Дослідження є фрагментом науково-дослідної теми кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця «Розробка та впровадження науково обґрунтованих алгоритмів ранньої діагностики і диференційного лікування коморбідної патології органів травлення, серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату з урахуванням впли-

ву екзогенних чинників, психологічного стану та статевовікового аспекту», державний реєстраційний номер теми — 0115U000911.

### Матеріали та методи

Обстежено 164 пацієнти, розділені на чотири групи: до першої групи залучено 53 (32,3 %) хворих на СПК із закрепом (СПК-З) (11 чоловіків та 42 жінки), до другої — 57 (34,8 %) хворих на СПК з діареєю (СПК-Д) (17 чоловіків та 40 жінок), до третьої — 30 (18,3 %) хворих на СПК з неспецифічним варіантом (СПК-НВ) (12 чоловіків та 18 жінок), до четвертої — 24 (14,6 %) хворих на СПК зі змішаним варіантом (СПК-ЗВ) (9 чоловіків і 15 жінок). Більшість хворих становили жінки — 115 осіб (70,1 %).

Пацієнтів відібрано згідно з Римськими критеріями III (2006). Усі вони пройшли клінічне обстеження за допомогою спеціально розроблених опитувальників з оцінкою таких показників: наявність болю або дискомфорту у животі, місце локалізації болю (у лівій чи правій здухвинній ділянці, нижніх відділах живота, навколупупкової ділянці, по всьому животі), характер болю (переймоподібний, пекучий, ниючий, ріжучий), зв'язок болю з прийомом їжі або з актом дефекації; коли біль минає (після акту дефекації, прийому їжі, самостійно, після прийому спазмолітиків, регуляторів моторики) або посилюється (до прийому їжі, акту дефекації, емоційного або фізичного навантаження). Для оцінки болю використовували цифрову рейтингову шкалу (ЦРШ), де 0 балів — немає болю, від 1–3 балів — дискомфорт у животі, 4–6 балів — помірний біль, 7–10 балів — сильний біль. Проведено об'єктивне обстеження хворих шляхом поверхневої (орієнтовної) та глибокої методичної пальпації черевної порожнини за Образцовим–Стражеско. Крім того, пацієнтам проводили перкусію та аускультацию органів черевної порожнини, виконували лабораторні аналізи (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, загальний аналіз калу, аналіз калу на приховану кров, копрограма, тест на лактазну недостатність) та інструментальні обстеження (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, електрокардіографія, езофагогастродуоденоскопія, колоноскопія, морфологічне дослідження біоптатів слизової оболонки кишечника). Критерієм залучення в дослідження була відсутність «симптомів тривоги».

Для аналізу результатів дослідження використовували методи варіаційної статистики з розрахунком частотних характеристик досліджуваних показників, середніх величин та оцін-

Таблиця 1. Розподіл хворих за локалізацією болю при синдромі подразненого кишечника

Локалізація болю	1-ша група (n = 53)	2-га група (n = 57)	3-тя група (n = 30)	4-та група (n = 24)
Ліва здухвинна ділянка	19 (35,8%)	17 (29,8%)	8 (26,7%)	10 (41,7%)
Права здухвинна ділянка	27 (50,9%)	14 (24,6%)*	7 (23,3%)*	11 (45,8%)
Нижні відділи живота	14 (26,4%)	18 (31,6%)	4 (13,3%)*	18 (75,0%)*#&
Навколопупкова ділянка	16 (30,2%)	8 (14,0%)*	2 (6,7%)*	0**
Гіпогастрій	0	0	0	0
Увесь живіт	9 (17,0%)	20 (35,1%)*	11 (36,7%)	7 (29,2%)

Примітка. Різниця статистично значуща ( $p < 0,05$ ) за критерієм  $\chi^2$ : \* щодо 1-ї групи; # щодо 2-ї групи; & щодо 3-ї групи.

Таблиця 2. Розподіл хворих за характером больового синдрому при синдромі подразненого кишечника

Характер болю	1-ша група (n = 53)	2-га група (n = 57)	3-тя група (n = 30)	4-та група (n = 24)
Переймоподібний	41 (77,4%)	34 (59,6%)*	4 (13,3%)*#	0**&
Пекучий	25 (47,2%)	28 (49,1%)	8 (26,7%)*#	0**&
Ниючий	49 (92,5%)	14 (24,6%)*	16 (53,3%)*#	9 (37,5%)*#&
Інший	0	0	0	0

Примітка. Різниця статистично значуща ( $p < 0,05$ ) за критерієм  $\chi^2$ : \* щодо 1-ї групи; # щодо 2-ї групи; & щодо 3-ї групи.

Таблиця 3. Розподіл хворих за інтенсивністю больового та диспепсичного синдрому при синдромі подразненого кишечника

Інтенсивність болю за ЦРШ	1-ша група (n = 53)	2-га група (n = 57)	3-тя група (n = 30)	4-та група (n = 24)
Сильний	0	22 (36,8%)*	15 (50,0%)*	2 (8,3%)*#&
Помірний	36 (67,9%)	35 (61,4%)	15 (50,0%)	16 (66,7%)
Дискомфорт	17 (32,1%)	0*	0*	6 (25,0%)*#&
Відчуття розпирання, здуття	42 (79,2%)	49 (86,0%)	17 (56,7%)*#	18 (75,0%)

Примітка. Різниця статистично значуща ( $p < 0,05$ ) за критерієм  $\chi^2$ : \* щодо 1-ї групи; # щодо 2-ї групи; & щодо 3-ї групи.

Таблиця 4. Розподіл хворих за іррадіацією болю при синдромі подразненого кишечника

Локалізація болю	1-ша група (n = 53)	2-га група (n = 57)	3-тя група (n = 30)	4-та група (n = 24)
Мезогастрій	18 (34,0%)	0*	3 (10,0%)*	0*
Ліва здухвинна ділянка	0 (0%)	17 (29,8%)*	0 (0%)*#	9 (37,5%)*#&
Права здухвинна ділянка	27 (50,9%)	1 (1,8%)*	8 (26,7%)*#	2 (8,3%)*
Навколопупкова ділянка	24 (45,3%)	24 (42,1%)	0**	7 (29,2%)*#&
Верхні відділи живота	3 (5,7%)	24 (42,1%)*	1 (3,3%)*#	8 (33,3%)*#&

Примітка. Різниця статистично значуща ( $p < 0,05$ ) за критерієм  $\chi^2$ : \* щодо 1-ї групи; # щодо 2-ї групи; & щодо 3-ї групи.

ки їх варіабельності. Для оцінки статистичної значущості різниці між порівнюваними групами використовували: критерій  $\chi^2$  для порівняння частотних характеристик, t-критерій для порівняння частотних характеристик і середніх величин та критерій Вілкоксона – Манна – Уїтні. У випадку малої кількості пацієнтів в підгрупах за деякими клінічними параметрами (5 і менше) значущість міжгрупової різниці за частотними характеристиками оцінювали за критерієм Фішера.

### Результати та обговорення

Установлено, що залежно від варіанта СПК локалізація та характер болю відрізняються. Так, при СПК із закрепом біль турбує частіше у правій здухвинній ділянці (50,9%;  $p < 0,01$ ) та

навокколопунковій ділянці (30,2%;  $p < 0,05$ ), та, на відміну від інших варіантів, має пекучий та ниючий характер. При СПК-Д біль локалізувався найчастіше у навокколопунковій ділянці (14,6%;  $p < 0,05$ ) та по всьому животі (табл. 1, 2), при СПК-НВ (31,6%;  $p < 0,05$ ) та СПК-ЗВ (75,0%;  $p < 0,05$ ) – у нижніх відділах живота. При СПК-НВ пацієнти відчували пекучий та ниючий біль, а при СПК-ЗВ – ріжучий. Больові відчуття у лівій здухвинній ділянці і переймоподібний характер болю траплялися з однаковою частотою в усіх групах. Дані щодо інтенсивності болю наведено в табл. 3.

Сильний біль відчували пацієнти із СПК-Д (38,6%;  $p < 0,01$ ) та СПК з абдомінальним болем (50%;  $p < 0,01$ ), помірний біль – однаково часто пацієнти всіх груп, дискомфорт – пацієнти із

Таблиця 5. Зв'язок болю із прийомом їжі та актом дефекації при синдромі подразненого кишечника

Характер болю	1-ша група (n = 53)	2-га група (n = 57)	3-тя група (n = 30)	4-та група (n = 24)
Біль пов'язаний з прийомом їжі	39 (73,6%)	39 (68,4%)	6 (20,0%)*#	13 (54,2%)*
Зменшення болю після дефекації	45 (84,9%)	47 (82,5%)	7 (23,3%)*#	15 (62,5%)*#

Примітка. Різниця статистично значуща ( $p < 0,05$ ) за критерієм  $\chi^2$ : \* щодо 1-ї групи; # щодо 2-ї групи; & щодо 3-ї групи.

Таблиця 6. Причини зникнення болю при синдромі подразненого кишечника

Причина зникнення болю	1-ша група (n = 53)	2-га група (n = 57)	3-тя група (n = 30)	4-та група (n = 24)
Прийом їжі	0	0	3 (10,0%)	0
Акт дефекації	41 (77,4%)	35 (61,4%)	13 (43,3%)*	11 (45,8%)*
Самостійно	0	12 (21,1%)*	4 (13,3%)*	21 (85,7%)*#&
Прийом спазмолітиків	0	41 (71,9%)*	17 (56,7%)*	14 (58,3%)*

Примітка. Різниця статистично значуща ( $p < 0,05$ ) за критерієм  $\chi^2$ : \* щодо 1-ї групи; # щодо 2-ї групи; & щодо 3-ї групи.

Таблиця 7. Характеристика причин посилення болю при синдромі подразненого кишечника

Причина посилення болю	1-ша група (n = 53)	2-га група (n = 57)	3-тя група (n = 30)	4-та група (n = 24)
Прийом їжі	0	31 (54,4%)*	3 (10,0%)*#	6 (25,0%)*#
Перед актом дефекації	47 (88,7%)	28 (49,1%)*	9 (30,0%)*	19 (79,2%)*#&
Після емоційного навантаження	22 (41,5%)	20 (35,1%)	13 (43,3%)	14 (58,3%)
Після фізичного навантаження	14 (26,4%)	3 (5,3%)*	0*	3 (12,5%)
Після прийому регуляторів моторики	34 (64,2%)	8 (14,0%)*	0*#	0*#

Примітка. Різниця статистично значуща ( $p < 0,05$ ) за критерієм  $\chi^2$ : \* щодо 1-ї групи; # щодо 2-ї групи; & щодо 3-ї групи.

СПК-З ( $p < 0,05$ ) та СПК-ЗВ ( $p < 0,05$ ), розпирання та здуття — найчастіше хворі на СПК-З та СПК-Д.

Встановлено, що в мезогастрій, праву здухвинну та навколопупкову ділянку біль достовірно частіше іррадіює при СПК-З (табл. 4). При СПК-Д можлива іррадіація болю в ліву здухвинну ділянку та верхні відділи живота, при СПК-ЗВ — у праву здухвинну, навколопупкову ділянку і верхні відділи живота ( $p < 0,05$ ), при СПК-НВ — у навколопупкову ділянку.

Проаналізовано чинники, з якими пацієнти пов'язували посилення або зменшення болю (табл. 5). Так, після прийому їжі біль посилювався у більшості хворих, окрім пацієнтів із СПК-НВ ( $p < 0,05$ ). Пацієнти всіх груп відзначали зменшення болю після акту дефекації ( $p < 0,05$ ).

При вивченні можливих причин зникнення болю (прийом їжі, акт дефекації, прийом спазмолітиків) встановлено, що прийом їжі в жодній групі не впливав на біль (табл. 6). Після акту дефекації біль минав у пацієнтів із СПК-З (77,4%) та СПК-Д (61,4%). Самостійно біль зникав достовірно частіше у хворих на СПК-Д (21,1%) та СПК-ЗВ (85,7%). Після прийому спазмолітиків біль минав найчастіше у пацієнтів із СПК-Д (71,9%;  $p < 0,01$ ).

Посилення больових відчуттів перед актом дефекації та при емоційному навантаженні однаково часто відчували пацієнти всіх груп (табл. 7). Лише при СПК-З посилення болю відбувалось під час фізичного навантаження.

## Висновки

Залежно від клінічного варіанта синдрому подразненого кишечника виявлено відмінності в локалізації та характері болю: при синдромі із закрепом біль найчастіше локалізувався у правій здухвинній та навколопупковій ділянці

( $p < 0,05$ ), мав пекучий та ниючий характер ( $p < 0,05$ ), при синдромі з діареєю больові відчуття частіше турбували в навколопупковій ділянці та по всьому животу ( $p < 0,05$ ), біль мав ріжучий характер. У разі синдрому з неспецифічним та змішаним варіантом біль переважно ( $p < 0,05$ ) локалізувався у нижніх відділах живота, однак мав різний характер (пекучий та ниючий при неспецифічному варіанті та ріжучий при змішаному варіанті).

Інтенсивність болю залежить від клінічного варіанта синдрому подразненого кишечника: інтенсивний біль (7–10 балів) відчували пацієнти при синдромі з діареєю та синдромі з неспецифічним варіантом ( $p < 0,01$ ), малоінтенсивний біль/дискомфорт (1–3 бали) — пацієнти із синдромом із закрепом та змішаним варіантом ( $p < 0,05$ ), відчуття розпирання та здуття — пацієнти із синдромом із закрепом та із синдромом з діареєю ( $p < 0,05$ ).

Для змішаного варіанта синдрому подразненого кишечника характерною є іррадіація болю в праву здухвинну, навколопупкову ділянку і верхні відділи живота ( $p < 0,05$ ), а при неспецифічному варіанті — у навколопупкову ділянку.

Виявлено залежність болю від акту дефекації: біль минав у пацієнтів із синдромом подразненого кишечника із закрепом (77,4%) та діареєю (61,4%). Самостійно біль зникав у пацієнтів із синдромом з діареєю (21,1%) та зі змішаним варіантом (85,7%), на тлі прийому спазмолітиків — у пацієнтів із синдромом з діареєю (71,9%;  $p < 0,01$ ). Посилення больових відчуттів (до і після акту дефекації та емоційного навантаження) з однаковою частотою відзначено у пацієнтів усіх груп ( $p < 0,05$ ). При синдромі подразненого кишечника із закрепом біль посилювався під час фізичного навантаження ( $p < 0,05$ ).

*Конфлікту інтересів немає.*

## Список літератури

1. Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Синдром раздраженного кишечника // Справ. поликлин. врача. — 2015. — № 1. — С. 32–35.
2. Дичева Д.Т., Андреев Д.Н. Алгоритм диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника // Гастроэнтерол. Прил. к журн. Consilium Medicum. — 2013. — № 1. — С. 80.
3. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А. Синдром раздраженного кишечника: патофизиологические и клинические аспекты проблемы // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2015. — № 1. — С. 4–16.
4. Крапивная О.В., Алексеев С.А. Влияние комбинированной терапии пинаверия бромидом и итропридом гидрохлоридом на клиническую симптоматику и качество жизни пациентов с сочетанием обстипационного варианта синдрома раздраженного кишечника и функциональной диспепсии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2015. — № 2. — С. 22–27.
5. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н., Яшина А.В. Синдром «перекреста» в симптоматике функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта — коморбидность или общие механизмы патогенеза? // Первый Университет. Фестиваль терапевт. науки: материалы фестиваля. — М.: Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т, 2014. — С. 48–49.



6. Маев И. В., Черемушкин С. В. Синдром раздраженного кишечника: Пособ. для врачей. — М: Форте-принт, 2012. — 52 с.
7. Циммерман Я. С. Синдром раздраженной кишки: какова его истинная сущность? // *Клин. мед.* — 2014, № 7. — С. 19—29.
8. Шептулин А. А., Визе-Хрипунова М. А. Эффективность лекарственной терапии синдрома раздраженного кишечника с позиций медицины, основанной на доказательствах // *Клин. мед.* — 2014. — № 7. — С. 64—68.
9. Brandt L.J., Chey W.D., Foxx-Orenstein A.E. et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome // *Am. J. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 104, suppl. 1. — P. S1—S35.
10. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // *Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 130, N 5. — P. 1377—1390.
11. El-Salhy M. Irritable bowel syndrome: diagnosis and pathogenesis // *World J. Gastroenterol.* — 2012. — Vol. 18, N 37. — P. 5151—5163.
12. El-Salhy M., Gundersen D., Hatlebakk J. G., Hausken T. Irritable bowel syndrome: diagnosis, pathogenesis, and treatment options. — New York: Nova Biomed, Nova Sci. Publ., Inc., 2014. — 148 p.
13. Man F., Bustos Fernández L.M. Irritable bowel syndrome: a functional disorder? // *Acta Gastroenterol. Latinoam.* — 2013. — Vol. 43, N 4. — P. 321—334.
14. Quigley E.M., Abdel-Hamid H., Barbara G. et al. A global perspective on irritable bowel syndrome: a consensus statement of the World Gastroenterology Organisation Summit Task Force on irritable bowel syndrome // *J. Clin. Gastroenterol.* — 2012. — Vol. 46, N 5. — P. 356—366.

С. А. Нагиева

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

## Особенности болевых ощущений у пациентов с разными клиническими вариантами синдрома раздраженного кишечника

**Цель** — определить локализацию и характер боли, свойственные для каждого из вариантов синдрома раздраженного кишечника (СРК), ее интенсивность, иррадиацию, связь с возникновением, уменьшением или исчезновением болевых ощущений.

**Материалы и методы.** Обследовано 164 пациента, разделенных на четыре группы: первую группу составили 53 (32,3%) пациента с СРК с запором (СРК-З) (11 мужчин и 42 женщины), вторую группу — 57 (34,8%) лиц с СРК с диареей (СРК-Д) (17 мужчин и 40 женщин), третью группу — 30 (18,3%) пациентов с СРК неспецифического варианта (СРК-НВ) (12 мужчин и 18 женщин), четвертую группу — 24 (14,6%) больных СРК смешанного варианта (СРК-СВ) (9 мужчин и 15 женщин). Большинство больных составляли женщины — 115 (70,1%). Все пациенты были отобраны согласно Римским критериям III (2006).

**Результаты.** Установлено, что в зависимости от клинического варианта СРК локализация и характер боли, степень ее выраженности отличаются: от легкого дискомфорта при СРК-З и СРК-СВ ( $p < 0,05$ ) до сильно выраженных болевых ощущений при СРК-Д и СРК-НВ ( $p < 0,05$ ). Наличие боли существенно влияет на качество жизни пациентов.

**Выводы.** При СРК-З боль чаще локализовалась в правой подвздошной и околопупочной области ( $p < 0,05$ ), имела преимущественно жгучий и ноющий характер ( $p < 0,05$ ). При СРК-Д болевые ощущения чаще беспокоили в околопупочной области и по всему животу ( $p < 0,05$ ). При СРК-НВ и СРК-СВ боль преимущественно ( $p < 0,05$ ) локализовалась в нижних отделах живота, но имела разный характер (жгучий и ноющий при НВ и режущий при СВ). При СРК-СВ боль чаще иррадиировала в правую подвздошную и околопупочную область и верхние отделы живота ( $p < 0,05$ ), а при СРК-НВ — в околопупочную область. После акта дефекации боль исчезала у пациентов с СРК-З (77,4%) и СРК-Д (61,4%). Самостоятельно боль проходила у пациентов с СРК-Д (21,1%) и СРК-СВ (85,7%), на фоне приема спазмолитиков — у пациентов с СРК-Д (71,9%;  $p < 0,01$ ). Усиление болевых ощущений до и после акта дефекации и эмоциональной нагрузки наблюдали у пациентов всех групп ( $p < 0,05$ ). При СРК-З боль усиливалась при физической нагрузке ( $p < 0,05$ ). Полученные данные будут способствовать улучшению подхода к лечению пациентов путем подбора соответствующей терапии для каждого варианта СРК.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, боль в животе, вздутие живота, запор, диарея.

S. A. Nagieva

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

## The specific features of the sensation of pain in patients with various clinical variants of the irritable bowel syndrome

**Objective** — to determine the location and nature of pain, inherent to each type of bowel syndrome (IBS), its intensity, irradiation, connection with the onset, reduction or disappearance.

**Materials and methods.** Examinations involved 164 patients, distributed into four groups: the first group consisted of 53 (32.3%) IBS patients with constipation (IBS-C) and included 11 men and 42 women), the second group included 57 (34.8%) subjects with IBS and diarrhea (IBS-D) (17 men and 40 women), the third group involved 30 (18.3%) patients with non-specific IBS variant (IBS-NV) (12 men and 18 women), the fourth comprised of 12 (13.0%) IBS subjects with mixed variant (IBS-MV) (10 men and 9 women). Women was the majority of all patients 78 (72.8%). The patients were selected in accordance with Rome Criteria III (2006).

**Results.** It has been established that the pain localization and nature, its intensity degree differ depending on the clinical IBS variant: form mild discomfort in case of IBS-C and IBS-MV ( $p < 0.05$ ) to the strongly expressed painful sensation at IBS-D and IBS-NV ( $p < 0.05$ ). The presence of pain significantly affects the quality of life of the patients. At IBS-C, pain was more often localized in the right iliac and umbilical area ( $p < 0.05$ ), it was predominantly of burning and aching in nature ( $p < 0.05$ ). At IBS-D, the sensation of pain was more often localized in umbilical area and all over the abdomen ( $p < 0.05$ ) and was stabbing in nature. At IBS-NV and IBS-MV, pain was mainly ( $p < 0.05$ ) localized in the lower abdomen, but was of different nature: (burning and aching at NV and stabbing at MV). At the IBS-MV, pain more often irradiated in the right iliac and umbilical area and upper abdomen ( $p < 0.05$ ), and at IBS-NV in the umbilical area. The pain eliminated after defecation in patients with IBS-C (77.4%) and IBS-D (61.4%). The spontaneous pain relief took place in the patients with IBS-D (21.1%) and IBS-MV (85.7%), and after the spasmolytics intake in patients with IBS-D (71.9%,  $p < 0.01$ ). The pain enhancement before and after defecation and after the emotional load were observed in patients of all groups ( $p < 0.05$ ). At IBS-C, the pain sensations increased at the physical load ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** The obtained results will promote the improvement of approaches to the treatment of patients by means of the proper therapy choice for each of IBS variants.

**Key words:** irritable bowel syndrome, abdomen pain, bloating, constipation, diarrhea.

---

### Контактна інформація

Нагієва Севіль Алінагіївна, аспірант  
01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 129, 34  
E-mail: Nagieva\_s@me.com

Стаття надійшла до редакції 18 січня 2016 р.