



Качество жизни больных с воспалительными заболеваниями кишечника и синдромом раздраженного кишечника: что общего?

Ю.А. Кулыгина, М.Ф. Осипенко, д.м.н., проф.

Адрес для переписки: Юлия Александровна Кулыгина, yu_blinova@mail.ru

Для цитирования: Кулыгина Ю.А., Осипенко М.Ф. Качество жизни больных с воспалительными заболеваниями кишечника и синдромом раздраженного кишечника: что общего? Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (8): 50–54.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-8-50-54

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) и синдром раздраженного кишечника (СРК) являются хроническими заболеваниями кишечника, поражающими лиц молодого возраста, приводящими к снижению трудоспособности и оказывающими негативное влияние на качество жизни (КЖ). Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке (СИБР) часто сочетается с органическими и функциональными заболеваниями кишечника, ухудшая клиническую картину и показатели КЖ. В последнее время наблюдается увеличение числа диагностированных случаев СИБР, что в первую очередь связано с доступностью водородных дыхательных тестов (ВДТ), которые облегчают процесс диагностики.

Цель – анализ КЖ больных ВЗК и СРК в зависимости от наличия или отсутствия СИБР.

Материал и методы. В исследование вошли 152 больных с ВЗК и 100 больных с СРК. Всем больным был проведен ВДТ для верификации СИБР на аппарате «Gastro+» с использованием лактулозы. Для оценки КЖ использовали общий опросник для обеих групп больных (SF-36) и специализированные опросники IBDQ (ВЗК) и IBS-QOL (СРК).

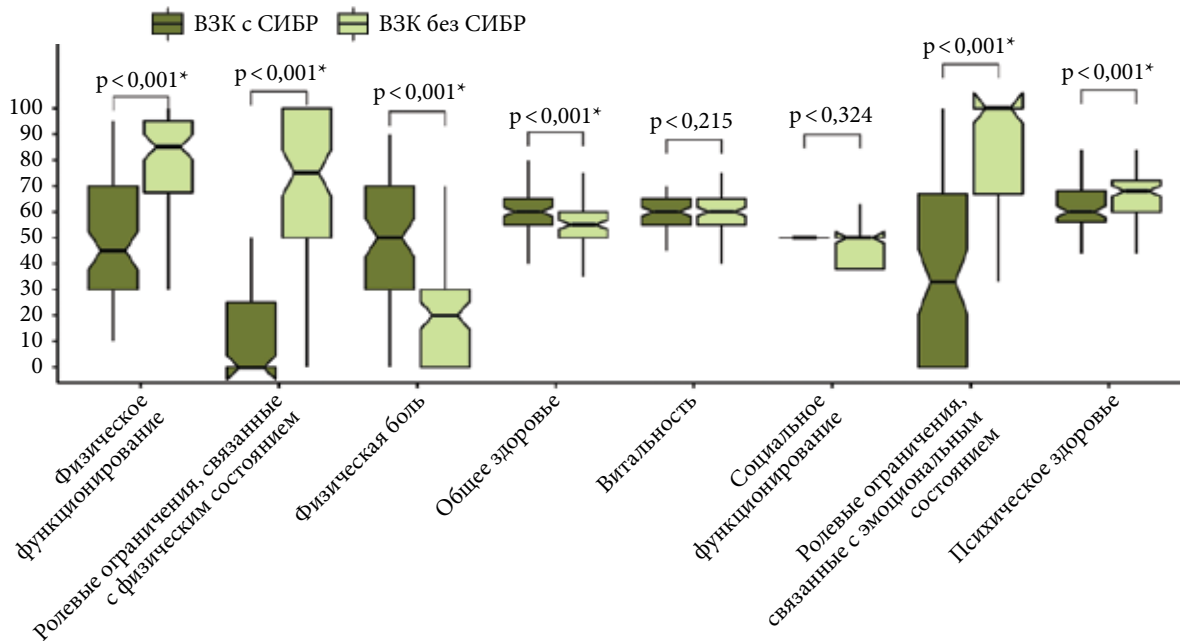
Заключение. Наличие СИБР и у больных ВЗК, и у больных СРК ассоциировано со снижением показателей качества жизни, отражающим как физическое, так и психическое здоровье. Соответствующие изменения по всем шкалам были выявлены при использовании специфических опросников (IBDQ и IBS-QOL) и большинства шкал опросника SF-36, кроме шкал «витальность» и «социальное функционирование» у больных ВЗК и шкалы «общее здоровье» у больных СРК.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, синдром раздраженного кишечника, качество жизни, синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке

Сохранение гастроинтестинальных симптомов у больных органическими (воспалительные заболевания кишечника (ВЗК)) и функциональными (синдром раздраженного кишечника (СРК)) заболеваниями кишечника в стадии ремиссии вызывает растущий интерес. Патофизиологические основы такого феномена, которые могли бы объяснить клинические особенности у данных групп больных, полностью не выяснены. Тем не менее изменение оси «кишечник – мозг», связанное с увеличением проницаемости кишечника, нейроиммунной активацией и дисбиозом, является общим для этих состояний [1–3]. Одним из проявлений нарушения микробиоты у больных ВЗК и СРК может быть синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке (СИБР). Распространенность СИБР в тонкой кишке составляет в популяции от 5 до 25% и увеличивается с возрастом и среди

лиц с сопутствующими заболеваниями. СИБР встречается у трети больных ВЗК и СРК в стадии ремиссии и способствует ухудшению психического здоровья и качества жизни (КЖ) [1–7]. Частота СИБР у больных СРК в среднем составляет 31,0% (95% доверительный интервал (ДИ) 29,4–32,6) [8, 9]. Частота СИБР у больных ВЗК широко варьирует и составляет от 4 до 88% [9, 11–17]. В ряде исследований указано, что частота СИБР составляет в среднем 18–30% для болезни Крона (БК) и 14–18% для язвенного колита (ЯК) [10, 13–15, 18–20].

ВЗК представляют собой хронические состояния с ремиттирующим рецидивирующим течением, которые поражают в основном молодых больных. Существует два варианта ВЗК: болезнь Крона и язвенный колит [21, 22]. Из-за хронического характера и непредсказуемого течения ВЗК такие симптомы, как боль в животе, хроническая диарея



* Статистически значимо различающиеся показатели.

Примечание. МЕД – дескриптивные характеристики представлены в виде медианы (первый квартиль; третий квартиль) для числовых данных.

Рис. 1. Показатели КЖ у больных ВЗК (n = 152) в зависимости от наличия или отсутствия СИБР по шкалам опросника SF-36 (баллы, МЕД)

и потеря веса, могут играть значительную роль в снижении КЖ больных, затрагивая многие аспекты их повседневной жизни [23–24].

СРК является распространенным функциональным расстройством кишечника, характеризующимся симптомами повторяющихся болей в животе, связанных с изменением стула и дефекацией [23].

Больные ВЗК и СРК имеют более низкие показатели КЖ по сравнению со здоровыми людьми или населением в целом, с более низкими показателями КЖ как в умственной, так и в физической сферах. Среди больных ВЗК и СРК у больных с активным заболеванием КЖ значительно ниже по сравнению с больными в стадии ремиссии [16, 23, 24].

Цель исследования – анализ КЖ больных ВЗК и СРК в зависимости от наличия СИБР.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 152 больных с ВЗК и 100 больных с СРК. Группу ВЗК составили 80 женщин (52,6%) и 72 мужчины (47,4%), группу СРК – 61 женщина (61,0%) и 39 мужчин (39,0%). Средний возраст больных ВЗК составил 38,5 (29,75; 52,25) лет, средний возраст больных СРК был на пять лет меньше (p=0,017) и составил 33,5 (26; 46,25) лет.

Всем больным был проведен водородный дыхательный тест (ВДТ) для верификации СИБР на аппарате «Gastro+» с использованием лактулозы. Североамериканский консенсус определяет рост $H_2 \geq 20$ частей на миллион (ppm) от исходного уровня в течение 90 минут после приема субстрата как положительный для H_2 дыхательный тест [26]. Обязательными условиями проведения ВДТ были отсутствие лечения антибиотиками или проведение колоноскопии по крайней мере за месяц до исследования;

диета, исключая за 24 часа молоко и молочные продукты, газированные напитки, фруктовые соки, избыток пищевых волокон, слабительные; исключение голодания и воздержание от курения по крайней мере за 12 часов до проведения теста. Перед проведением ВДТ больных также просили воздерживаться от физических упражнений. Для оценки КЖ использовали общий опросник для обеих групп больных (SF-36) и специализированные опросники IBDQ (ВЗК) и IBS-QOL (СРК).

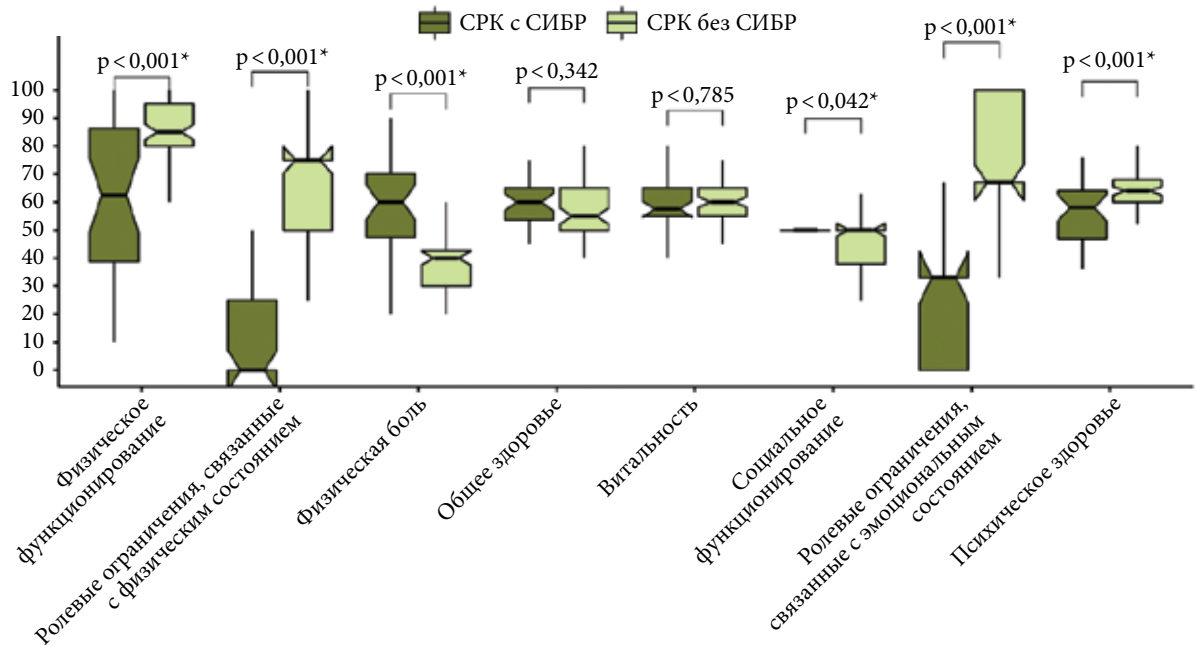
Все статистические расчеты проводили в программе Rstudio (version 0.99.879 – © 2009–2016 RStudio, Inc., США).

Результаты и обсуждение

СИБР был выявлен у 73 больных ВЗК, что составило 48%, и у 32 больных СРК, что составило 32%.

При определении параметров КЖ у больных ВЗК при использовании общего опросника (SF-36) было выявлено, что снижение показателей ассоциировано с наличием СИБР: «физическое функционирование» – 45 (30; 70) в сравнении с 85 (67,5; 95) (p < 0,001); «ролевые ограничения, связанные с физическим состоянием» – 0 (0; 25) в сравнении с 75 (50; 100) (p < 0,001), «физическая боль» – 50 (30; 70) в сравнении с 20 (0; 30) (p < 0,001), «общее здоровье» – 60 (55; 65) в сравнении с 55 (50; 60) (p < 0,001), «психическое здоровье» – 60 (56; 68) в сравнении с 68 (60; 72) (p < 0,001) и «ролевые ограничения, связанные с эмоциональным состоянием» – 33 (0; 67) в сравнении с 100 (67; 100) (p < 0,001). По шкалам «витальность» и «социальное функционирование» различий между группами выявлено не было (рис. 1).

Существуют разногласия относительно влияния фенотипа ВЗК на определение КЖ. Некоторые исследователи сообщают, что больные в стадии ремиссии ВЗК, как правило, имеют более низкое КЖ по сравнению с больными ЯК.



* Статистически значимо различающиеся показатели.

Примечание. МЭД – дескриптивные характеристики представлены в виде медианы (первый квартиль; третий квартиль) для числовых данных.

Рис. 2. Показатели КЖ у больных СРК в зависимости от наличия или отсутствия СИБР по шкалам опросника SF-36 (баллы, МЭД)

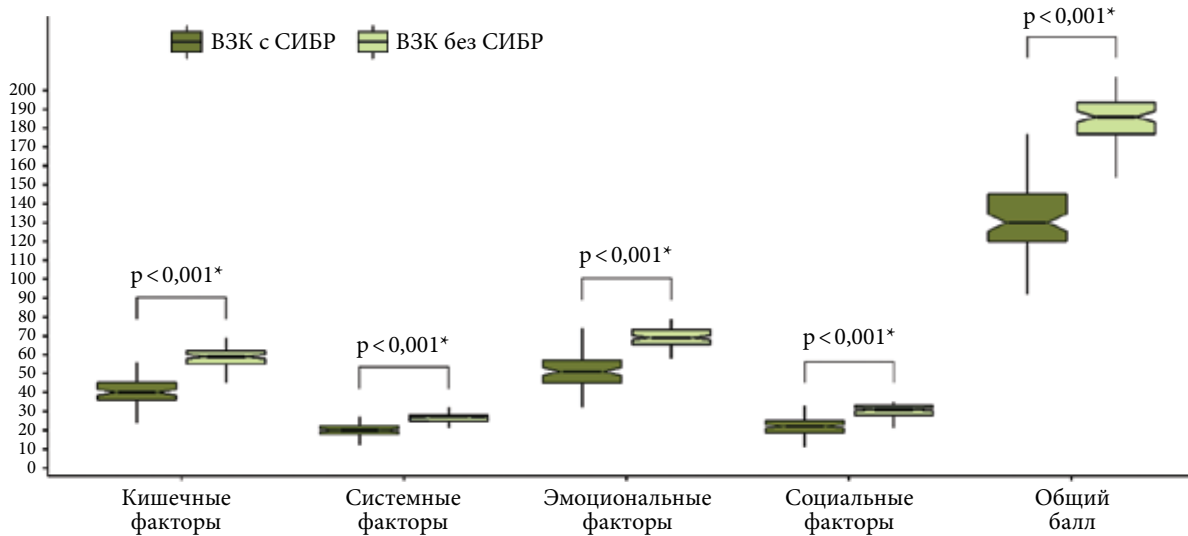
Однако при комплексном метаанализе было выявлено, что у больных с активным заболеванием одинаковая степень нарушения КЖ, независимо от фенотипа заболевания [21–23].

При определении параметров КЖ у больных СРК при использовании общего опросника (SF-36) было выявлено, что снижение показателей ассоциировано с наличием СИБР: «физическое функционирование» – 62,5 (38,75; 86,25) в сравнении с 85 (80; 95) (p < 0,001); «ролевые ограничения, связанные с физическим состоянием» – 0 (0; 25) в сравнении с 75 (50; 75) (p < 0,001), «физическая боль» – 60 (47,5; 70) в сравнении с 40 (30; 42,5) (p < 0,001), «психическое здоровье» – 58 (47; 64) в сравнении с 64 (60; 68) (p < 0,001), «ролевые ограничения, связанные с эмоциональным состоянием» – 33 (0; 33) в сравнении с 67 (67; 100) (p < 0,001) и «социальное функционирование» – 50 (50; 50) в сравнении с 50 (38; 50) (p = 0,042). По шкалам «витальность» и «общее здоровье» различий между группами выявлено не было (рис. 2).

При оценке динамики показателей КЖ у больных ВЗК в зависимости от наличия СИБР при помощи русифицированной версии опросника IBDQ выявлено значимое снижение по всем основным шкалам: кишечные факторы – 40 (36; 45) в сравнении с 59 (55; 62) (p < 0,001), системные факторы – 20 (18; 22) в сравнении с 27 (25; 28) (p < 0,001), эмоциональные факторы – 51 (45; 57) в сравнении с 69 (65,5; 73) (p < 0,001), социальные факторы – 22 (19; 25) в сравнении с 31 (28; 33) (p < 0,001) (рис. 3). Данные нашего исследования показывают, что средний балл у больных ВЗК с СИБР статистически значимо ниже, чем у больных ВЗК без СИБР, и составляет 186 (77; 193,5) и 130 (120; 145) соответственно (p < 0,001).

При оценке динамики показателей КЖ у больных СРК в зависимости от наличия СИБР при помощи русифицированной версии опросника IBS-QOL выявлено значимое снижение общего балла – 102 в сравнении с 86 (p < 0,001). Больные с СРК часто испытывают ухудшение КЖ, и их симптомы могут оказывать значительное негативное влияние на работу и повседневную жизнь [26]. В одном из исследований 76,5% больных с СРК (n = 179) сообщили об ухудшении качества примерно пяти из десяти областей повседневной жизни (социальная активность (80%), прием пищи в одиночку (80%), успеваемость на работе/в школе (72%), физическая активность (68%), питание в группах (65%), досуг (63%), домашние дела (54%), сексуальная активность (54%), внешний вид (53%) и путешествия (50%)) [21, 22]. Более того, большая доля пациентов с СРК (n = 48), включенных в одноцентровое исследование, указали на плохое качество сна по сравнению со здоровыми людьми (72 против 39% соответственно) [21]. Данные опроса также показали, что СРК может негативно влиять на трудоспособность: больные с СРК с преобладанием диареи чаще сообщали о невыходах на работу по сравнению с контрольной группой (5,1 против 2,9% соответственно, p = 0,004) и имели значительно большую потерю общей производительности труда (20,7 против 13,2% соответственно, p < 0,001) [21].

Большая доля больных с ВЗК (до 35,1%) страдают от тревоги и депрессии, что способствует еще большему ухудшению их КЖ. Депрессия чаще встречается у больных с БК, чем у больных с ЯК (25,3 против 16,7%), однако существенных различий между фенотипами заболевания в отношении тревоги не выявлено. Следует отметить, что тревога (75,6 в сравнении с 31,4%) и депрессия (40,7 в сравнении



* Статистически значимо различающиеся показатели.

Примечание. МЕД – дескриптивные характеристики представлены в виде медианы (первый квартиль; третий квартиль) для числовых данных.

Рис. 3. Показатели КЖ у больных ВЗК ($n = 152$) в зависимости от наличия или отсутствия СИБР по шкалам опросника IBDQ (баллы, МЕД)

с 16,5%) чаще встречаются у больных с активным заболеванием (в стадии обострения), чем у больных в стадии ремиссии [19, 21, 23].

Заключение

Наличие СИБР и у больных ВЗК, и у больных СРК ассоциировано со снижением показателей качества жизни, отражающих как физическое, так и психическое здоровье. Соответствующие изменения по всем шкалам были вы-

явлены при использовании специфических опросников (IBDQ и IBS-QOL) и со стороны большинства шкал при использовании опросника SF-36, кроме шкал «витальность» и «социальное функционирование» у больных ВЗК и шкал «общее здоровье» и «витальность» у больных СРК. Разумно предположить, что проведение своевременной диагностики и коррекции СИБР у больных с органическими (ВЗК) и функциональными (СРК) заболеваниями кишечника отразится на их КЖ. ●

Литература

1. Pérez de Arce E., Quera R., Beltrán C.J., et al. Irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease. Synergy in alterations of the gut-brain axis? *Gastroenterol. Hepatol.* 2022; 45 (1): 66–76.
2. Кулыгина Ю.А., Осипенко М.Ф. Особенности течения синдрома раздраженного кишечника при присоединении синдрома избыточного бактериального роста. *РМЖ.* 2022; 6 (5): 232–236.
3. Кулыгина Ю.А., Осипенко М.Ф., Лукинов В.Л. и др. Синдром избыточного бактериального роста и гастроинтестинальные симптомы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2018; 11: 68–74.
4. Lane E.P., Zisman T.L., Suskind D.L. Microbiota in inflammatory bowel diseases: modern and therapeutic findings. *J. Inflamm. Res.* 2017; 10: 63–73.
5. Осипенко М.Ф., Скалинская М.И., Кулыгина Ю.А. и др. Что мы знаем о синдроме избыточного бактериального роста. *Медицинский совет.* 2016; 9: 70–74.
6. Quigley E.M.M. The spectrum of small intestinal bacterial overgrowth (SIBO). *Curr. Gastroenterol. Rep.* 2019; 21 (1): 3.
7. Thah A., Talley N.J., Jones M., et al. Intestinal bacterial overgrowth in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Am. J. Gastroenterol.* 2020; 115: 190–201.
8. Takakura W., Pimentel M. Small intestinal bacterial overgrowth and irritable bowel syndrome – an update. *Front. Psychiatry.* 2020; 11: 664.
9. Bertges E.R., Chebli J.M.F. Prevalence and factors associated with small intestinal bacterial overgrowth in patients with Crohn's disease: a retrospective study at a referral center. *Arq. Gastroenterol.* 2020; 57 (3): 283–288.
10. Shah A., Morrison M., Burger D., et al. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of small intestinal bacterial overgrowth in inflammatory bowel disease. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2019; 49 (6): 624–635.
11. Cohen-Mekelburg S., Tafesh Z., Coburn E., et al. Testing and treating small intestinal bacterial overgrowth reduces symptoms in patients with inflammatory bowel disease. *Dig. Dis. Sci.* 2018; 63 (9): 2439–2444.
12. Greco A., Caviglia G.P., Brignolo P., et al. Glucose breath test and Crohn's disease: diagnosis of small intestinal bacterial overgrowth and evaluation of therapeutic response. *Scand. J. Gastroenterol.* 2015; 50 (11): 1376–1381.



13. Ghoshal U.C., Yadav A., Fatima B., et al. Small intestinal bacterial overgrowth in patients with inflammatory bowel disease: a case-control study. *Indian J. Gastroenterol.* 2022; 41 (1): 96–103.
14. Ricci J.E.R. Jr., Chebli L.A., Ribeiro T.C.D.R., et al. Small-intestinal bacterial overgrowth is associated with concurrent intestinal inflammation but not with systemic inflammation in Crohn's disease patients. *J. Clin. Gastroenterol.* 2018; 52 (6): 530–536.
15. Gu P., Patel D., Lakhoo K., et al. Breath test gas patterns in inflammatory bowel disease with concomitant irritable bowel syndrome-like symptoms: a controlled large-scale database linkage analysis. *Dig. Dis. Sci.* 2020; 65 (8): 2388–2396.
16. Wei J., Feng J., Chen L., et al. Small intestinal bacterial overgrowth is associated with clinical relapse in patients with quiescent Crohn's disease: a retrospective cohort study. *Ann. Transl. Med.* 2022; 10 (14): 784.
17. Князев О.В., Шкурко Т.В., Фадеева Н.А. Эпидемиология хронических воспалительных заболеваний кишечника. Вчера, сегодня, завтра. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2017; 3 (139): 4–12.
18. Guyatt G., Mitchell A., Irvine E.J., et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology.* 1989; 96: 804–810.
19. Bisgaard T.H., Allin K.H., Keefer L., et al. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: epidemiology, mechanisms and treatment. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2022; 19 (11): 717–726.
20. Ballou S., Keefer L. The impact of irritable bowel syndrome on daily functioning: characterizing and understanding daily consequences of IBS. *Neurogastroenterol. Motil.* 2017; 29 (4): 10.1111/nmo.12982.
21. Stroie T., Preda C., Meianu C., et al. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in clinical remission: what should we look for? *Medicina (Kaunas).* 2022; 58 (4): 486.
22. Guan Q.A. Comprehensive review and update on the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *J. Immunol. Res.* 2019; 2019: 7247238.
23. Knowles S.R., Graff L., Wilding H., et al. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in clinical remission: what should we look for? *Medicina (Kaunas).* 2022; 58 (4): 486.
24. Hewitt C., Keefer L., Mikocka-Walus A. Quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analyses – Part I. *Inflamm. Bowel Dis.* 2018; 24: 742–751.
25. Pimentel M., Saad R.J., Long M.D., Rao S.S.C. ACG clinical guideline: small intestinal bacterial overgrowth. *Am. J. Gastroenterol.* 2020; 115: 165–178.
26. Aziz I., Simrén M. The overlap between irritable bowel syndrome and organic gastrointestinal diseases. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* 2021; 6 (2): 139–148.
27. Cangemi D.J., Lacy B.E. Management of irritable bowel syndrome with diarrhea: a review of nonpharmacological and pharmacological interventions. *Therap. Adv. Gastroenterol.* 2019; 12: 1756284819878950.
28. Ballou S., Alhassan E., Hon E., et al. Sleep disturbances are commonly reported among patients presenting to a gastroenterology clinic. *Dig. Dis. Sci.* 2018; 63: 2983–2991.

Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Diseases and Irritable Bowel Syndrome: What Is Common?

Y.A. Kulygina, M.F. Osipenko, PhD, Prof.

Novosibirsk State Medical University

Contact person: Yulia A. Kulygina, yu_blinova@mail.ru

Inflammatory bowel diseases (IBD) and irritable bowel syndrome (IBS) are chronic bowel diseases affecting young people, leading to a decrease in working capacity and having a negative impact on the quality of life (QOL). The syndrome of excessive bacterial growth in the small intestine (SIBO) is often combined with organic and functional intestinal diseases, worsening the clinical picture and worsening the quality of life of patients. Recently, there has been an increase in the number of diagnosed cases of bacterial overgrowth syndrome in the small intestine, which is primarily due to the availability of hydrogen breathing tests (VDT), which facilitate the diagnostic process.

Objective. QOL analysis of patients with IBD and IBS, depending on the presence or absence of SIBO.

Material and methods. The study included 152 patients with IBD and 100 patients with IBS. All patients underwent VDT for the verification of Iron the "Gastro+" device using lactulose. To access QOL a general questionnaire for both groups of patients (SF-36) and were used specialized questionnaires IBD (IBD) and IBS-QOL (IBS).

Results. The presence of SIBO in both IBD and IBS patients is associated with a decrease in quality of life indicators reflecting both physical and mental health. Corresponding changes on all scales were detected when using specific questionnaires (IBDQ and IBS-QOL) and on the part of most scales when using the SF-36 questionnaire, except for the "vitality" scale, the "social functioning" scale – in patients with IBD and the "general health" scale – in patients with IBS.

Key words: inflammatory bowel diseases, Crohn disease, ulcerative colitis, irritable bowel syndrome, quality of life, small intestinal bacterial overgrowth