

УДК 616.34 – 009.12 – 036: 616.839 – 008.6

Особливості клінічного перебігу синдрому подразненого кишечника у осіб молодого віку, хворих на нейроциркуляторну дистонію

Заздравнов А.А., Супрун О. В.

Харківський національний медичний університет

До найбільш поширених амбулаторних захворювань терапевтичного профілю відносяться синдром подразненого кишечника (СПК) та нейроциркуляторна дистонія (НЦД). В структурі патології органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) функціональні захворювання займають значне місце. Від 40 до 60% дорослих пацієнтів мають дисфункціональні розлади ШКТ [4]. Останні трактуються як варіабельна комбінація хронічних або рецидивуючих симптомів, які неможливо пояснити структурними або біохімічними змінами. Функціональні шлунково-кишкові розлади розглядаються як клінічний варіант взаємодії психосоціальних факторів і фізіології травного каналу через вісь «мозок - кишечник» [5]. Одним з найбільш значущих за рівнем захворюваності (9-23% в загальній популяції), фінансово-економічним та соціальним навантаженням в групі функціональних захворювань травного тракту є СПК [11]. Яскраві та різноманітні симптоми СПК мають єдиний механізм розвитку – порушення вісцеральної чутливості, що проявляється зниженням порогу сприйняття болю, порушенням моторики кишечника і транспорту газів [7, 10, 12]. СПК не можна вважати патологією виключно ШКТ або ж хворобою нервової системи в класичному розумінні. Дане захворювання є новим біонейропсихосоціальним станом людини, яке формується в певних соціальних умовах й проявляється гіперсприйняттям, гіперреактивністю, схильністю до депресивних й obsesивно-компульсивних реакцій [2, 7].

Іншим захворюванням, яке формується як комплекс психоневротичних і соматоформних розладів, є НЦД. Дана патологія характеризується як хронічне функціональне захворювання, яке проявляється різноманітними серцево-судинними, респіраторними й вегетативними розладами, астенизацією, низькою толерантністю до стресів та фізичних навантажень. Вегетативні розлади турбують 25-80% осіб в загальній популяції, переважно жінок молодого віку [3]. Безпосередні матеріальні втрати внаслідок НЦД складають в США 10 млрд., а в Європі – 15 млрд. долларів на рік [1].

Патогенетична подібність сприяє значній експресії СПК у хворих на НЦД – 39% [9]. З іншого боку, у пацієнтів з СПК прояви НЦД виявляються у 75% випадків [6]. Отже, комбінація СПК та НЦД є поєднанням двох хронічних функціональних нозологій з подібним

патогенезом, наявністю психоневротичних та вісцеральних клінічних проявів, що не впливають на тривалість життя, але суттєвим чином погіршують його якість. Таким чином, окреслення особливостей симптоматики поєданого перебігу СПК та НЦД є нагальною потребою для практичної діяльності лікаря.

Мета роботи: дослідити особливості клінічного перебігу синдрому подразненого кишечника у пацієнтів молодого віку, хворих на нейроциркуляторну дистонію.

Матеріали і методи. В амбулаторно-поліклінічних умовах було обстежено 32 хворих (9 чоловіків та 23 жінки) на СПК віком від 20 до 39 років на тлі НЦД. 18 пацієнтів мали гіпертонічний тип НЦД (I група), решта хворих – гіпотонічний (II група). Обидві групи були співставимі між собою за основними ознаками (стать, вік, тривалість анамнезу НЦД та СРК тощо). Верифікація діагнозів СПК та НЦД була виконана на попередніх етапах обстеження пацієнтів. В усіх випадках діагноз НЦД хронологічно передував встановленню діагнозу СПК. При статистичній обробці результатів визначали непараметричний критерій χ^2 , який відображав наскільки значно відрізняються одна від іншої емпіричні та теоретичні частоти змінних. Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез складав 0,05.

Результати та їх обговорення. Основними СПК - залежними скаргами обстежених пацієнтів обох груп (спостерігались в 100% випадків) були больовий абдомінальний синдром та порушення дефекації. Слід відмітити певні труднощі, що виникали під час опитування пацієнтів. Привертала увагу неспроможність хворих достеменно розрізнити фізичний біль та емоційну реакцію, неможливість визначити характеристики болю (інтенсивність, тривалість, інколи – локалізація). Подібні проблеми вимагали деталізації запитань, вербального моделювання ситуації. Необхідно відзначити, що об'єктивний стан обстежених хворих обох груп ніколи не відповідав тяжкості скарг, що пред'являлись. Дана невідповідність набувала особливої виразності серед жінок.

Абдомінальний біль мав різноманітний характер (ниючий, колькоподібний, давлячий, розпираючий), різну інтенсивність та тривалість, не був пов'язаний з вживанням їжі, проте залежав від акту дефекації. Біль посилювався перед дефекацією (за 5 - 30 хвилин) і зменшувався або зникав після відходження газів або випорожнення. Суттєвих відмінностей в характеристиках больового синдрому між групами обстежених не відзначалось. Деяка інша картина спостерігалась при оцінці локалізації абдомінального болю (таб.1).

Локалізація абдомінального болю у обстежених пацієнтів

Локалізація абдомінального болю	І група, n=18		ІІ група, n=14	
	Кількість	%	Кількість	%
По всьому животу (розлитий)	9	50,0	3	21,4
Правобічний	5	27,8	3	21,4
Лівобічний	4	22,2	8	57,2

У хворих І групи переважав розлитий біль, у пацієнтів 2 групи – біль лівобічної локалізації. Відмінності в частоті виявлення певних локалізацій абдомінального болю між пацієнтами І та ІІ груп були достовірними ($df=2$, $\chi^2=6,479$, $p=0,039$). Слід відмітити, що при пальпації живота досить часто (в 33,3% випадків у пацієнтів І групи та в 35,7% випадків у хворих другої групи) спостерігалась невідповідність локалізації пальпаторної болючості непальпаторним больовим відчуттям хворого. Характерною особливістю больового синдрому у обстежених пацієнтів обох груп була його відсутність (мінімальна виразність) вночі та значне зменшення інтенсивності болю під час фізичної активності.

Порушення дефекації, що спостерігались у обстежених хворих були розподілені наступним чином: в І групі хворих пронос турбував 9 (50%) хворих, закрепи – 6 (33,3%) пацієнтів, змішані розлади дефекації – 3 (16,7%) осіб; в ІІ групі хворих – відповідно 5 (35,7%), 5 (35,7%) та 4 (28,6%) пацієнтів. Пронosi турбували переважно вранці, об'єм калових мас був невеликим, останні містили значну кількість слизу. Незважаючи на видиме переважання проносів в структурі порушень дефекації у хворих І групи порівняно з пацієнтами ІІ групи, вірогідних розбіжностей в експресії певних розладів дефекації між групами обстежених осіб виявлено не було ($df=2$, $\chi^2=0,891$, $p=0,641$). Безпосередньо (впродовж кількох хвилин) після випорожнення 17 (94,4%) хворих І групи та 12 (85,7%) пацієнтів ІІ групи відзначали покращання стану. Решта хворих помітних змін у самопочутті не відзначала.

Здуття живота турбувало 15 (83,3%) обстежених осіб з І групи та 12 (85,7%) хворих з ІІ групи, переважно в першій половині доби. Експресивність даної скарги не залежала від характеру вживаної їжі. Поряд з цим, психоемоційне напруження у окремих пацієнтів І групи (5-27,7%) збільшувало виразність здуття живота.

Характеризуючи умови, за яких виникали вищезначені абдомінальні скарги, слід вказати, що у пацієнтів І групи спостерігався чіткий зв'язок між погіршенням стану з боку кишечника (СПК) та збільшенням експресивності серцево-судинних проявів (НЦД): 14 (77,8 %) пацієнтів вказали на поєднання абдомінального болю із серцебиттям, дратівливістю,

відчуттям жару. Серед пацієнтів II групи зв'язок між проявами СПК та НЦД відзначили лише 6 (42,9 %) осіб. Дані розбіжності між групами обстежених осіб були вірогідними ($df=1$, $\chi^2=4,097$, $p=0,043$). На стресові ситуації в якості тригерного фактору загострення СПК вказали 12 (66,7 %) осіб I групи та 6 (42,9 %) хворих II групи. Проте, розбіжності в даному показнику між групами були недостовірними - $df=1$, $\chi^2=1,814$, $p=0,178$.

Зважаючи на яскраву емоційну забарвленість клінічних проявів СПК у хворих на НЦД, виражену невідповідність суб'єктивних відчуттів результатам об'єктивного обстеження важливу роль в контролі над захворюванням є встановлення тісного контакту між лікарем та пацієнтом, грамотне інформування останнього про характер хвороби та її прогноз. Лікар повинен підкреслити, що як фізіологічні, так і психологічні чинники сприяють виникненню симптомів хвороби. Необхідно усунути стурбованість і занепокоєння пацієнта і вселити впевненість у результаті лікування та сприятливому прогнозі захворювання. Слід враховувати, що якщо лікар це робить поспішно, після поверхневого опитування та огляду, пацієнт може не сприйняти його рекомендації [8].

Висновки. Клінічна картина СПК у хворих на НЦД має свої особливості й, певним чином, залежить від типу НЦД. У пацієнтів з НЦД за гіпертонічним типом в клініці СПК переважає розлитий абдомінальний біль, хворим з НЦД за гіпотонічним типом більш притаманен біль лівобічної локалізації. Також, у хворих на СПК на тлі НЦД за гіпертонічним типом відзначається зв'язок між виникненням абдомінального болю та загостренням клінічної симптоматики НЦД. Дані особливості клінічного перебігу СПК на тлі НЦД слід враховувати лікарю в своїй практичній діяльності. Підтримка і пояснення пацієнтові суті та прогнозу його захворювання є першим та необхідним кроком не медикаментозного лікування, який в багатьох випадках може бути достатнім.

Список літератури

1. Аникина Е.А., Балабина Н.М. Распространенность, факторы риска и клиническое течение синдрома вегетативной дисфункции // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2011. - Т. 102, № 3. - С. 23-27.
2. Бурулова О. Е., Козлова И. В., Мясина Ю. Н. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 8, № 2. - С. 232 – 237.
3. Маколкин В. И. Нейроциркуляторная дистония: миф или реальность? // Кардиология. — 2008. — № 4. — С. 62 — 65.

4. Махов В. М., Ромасенко Л.В., Турко Т.В. и др. Междисциплинарный подход к синдрому раздраженного кишечника // Русский медицинский журнал. - 2013. - № 13. - С. 702-704.
5. Пиманов С.И., Силивончик Н. Н. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей. – Витебск: Издательство ВГМУ, 2006. – 160 с.
6. Прилуцкая О.А., Лесниченко Д.А. СРК, сочетающийся с нейроциркуляторной дистонией: воспаление, клиническое течение, эффективность лечения // Таврический медико-биологический вестник. – 2009. – Т. 12, № 1 (45). – С. 70-75.
7. Психосоматические расстройства в практике терапевта: рук-во для врачей / под ред. В. И. Симаненкова. СПб.: СпецЛит, 2008. 335 с.
8. Силивончик Н. Н., Мирутко Д. Д. Функциональная диспепсия у подростков // Мед. новости. – 2009. – № 6. – С. 31 - 34.
9. Фадеенко Г. Д., Несен А. А., Чирва О. В. Коморбидность функциональных заболеваний органов пищеварения и нейроциркуляторной дистонии у лиц молодого возраста // Буковинський медичний вісник. - 2013. - Т. 17, № 3(2). - С. 187-191.
10. Choung R. S., Locke G. R. , Zinsmeister A. R. et al. Psychosocial distress and somatic symptoms in community subjects with irritable bowel syndrome: a psychological component is the rule // Amer. J. Gastroenterol. - 2009. - Vol. 104, № 7. - P. 1772 – 1779.
11. Saha L. Irritable bowel syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine // World J. Gastroenterol. - 2014.- Vol. 20 (22). – P. 6759-6773.
12. Soares RL. Irritable bowel syndrome: a clinical review // World J. Gastroenterol. – 2014.- Vol. 20 (34).- P.12144- 12160.

Особливості клінічного перебігу синдрому подразненого кишечника у осіб молодого віку, хворих на нейроциркуляторну дистонію

Заздравнов А.А., Супрун О. В.

Анотація. У статті представлено результати обстеження 32 пацієнтів у віці від 20 до 39 років із синдромом подразненого кишечника (СПК) на тлі нейроциркуляторної дистонії (НЦД). Наведено характеристику больового абдомінального синдрому та порушень дефекації в залежності від типу НЦД (гіпертонічний або гіпотонічний). Розглянуто умови, за

яких виникають загострення СПК у даних пацієнтів. Показане значення комунікативної ролі лікаря в здійсненні контролю за даним коморбідним станом

Ключові слова: функціональні захворювання травного тракту, синдром подразненого кишечника, нейроциркуляторна дистонія, клініка, діагностика

Особенности клинического течения синдрома раздраженного кишечника у лиц молодого возраста, больных нейроциркуляторной дистонией

Заздравнов А.А., Супрун Е.В.

Аннотация. В статье представлены результаты обследования 32 пациентов в возрасте от 20 до 39 лет с синдромом раздраженного кишечника (СРК) на фоне нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Показаны особенности болевого абдоминального синдрома и нарушений дефекации в зависимости от типа НЦД (гипертонический или гипотонический). Рассмотрены условия, при которых возникали обострения СПК у данных пациентов. Показано значение коммуникативной роли врача в осуществлении контроля за данным коморбидным состоянием.

Ключевые слова: функциональные заболевания пищеварительного тракта, синдром раздраженного кишечника, нейроциркуляторная дистония, клиника, диагностика.

Clinical features of irritable bowel syndrome in young patients with neurocirculatory dystonia

Zazdravnov A.A., Suprun O. V.

Abstract. The clinical picture of the combined course of irritable bowel syndrome (IBS) and neurocirculatory dystonia (NCD) in 32 young patients has been described in the article. Features of abdominal pain syndrome and disorders of defecation, depending on the type of NCD (hypertonic or hypotonic) were shown. The conditions under which the exacerbation of IBS occurred in these patients were reviewed. The value of the communicative role of the doctor in monitoring these comorbid conditions was shown

Key words: functional digestive tract diseases, irritable bowel syndrome, neurocirculatory dystonia, clinic, diagnostics.

