

Пасиешвили Л.М.\* , Опарин А.А.\*\*

\*Харьковский национальный медицинский университет

\*\*Харьковская медицинская академия последипломного образования

## **ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ**

**Цель работы:** установление роли нарушений нервной системы в формировании синдрома раздраженного кишечника в студенческой среде.

**Материалы и методы.** Обследовано 32 студента в возрасте от 19 до 26 лет с СРК. Использовался опросник Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), состоящий из 36 вопросов.

**Результаты.** Изменения в психоэмоциональной сфере у студентов с СРК имели место у всех обследованных. Верхне- и нижнедиспепсические синдромы с разной частотой были присущи всем больным и зависели от характера стула. У студентов после сдачи зачетов или экзамена наблюдалось кратковременное ухудшение состояния, что проявлялось учащением и расстройством стула, усилением абдоминальной боли. Также отмечалось покраснение или бледность кожных покровов лица, повышенная потливость, сердцебиение и колебания артериального давления. Установлено участие вегетативной нервной системы с преобладанием тонуса ее парасимпатического отдела. Наряду с этим, клиническая симптоматика СРК значительно уменьшалась вплоть до полного исчезновения на пике экзаменационного периода. Данный феномен отражал формирование устойчивой психоэмоциональной доминанты «успешного завершения сессии».

**Выводы.** Развитие синдрома раздраженного кишечника в студенческой среде происходит на фоне изменений в вегетативной нервной системе, которая оказывает существенное влияние на специфические клинические симптомы. Клинические проявления СРК у студентов уменьшаются в «пиковый период» эмоциональной нагрузки, но значительно усиливаются после «учебных стрессов», при этом прослеживается развитие вегетативных нарушений с ускорением сердечного ритма и лабильностью артериального давления. Дисбаланс вегетативной нервной системы не только усугубляет клиническую симптоматику СРК, но и влияет на качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, студенты, вегетативная нервная система.

Студенческие годы всегда рассматривались как наиболее активные, позитивные, запоминающиеся и перспективные. Однако данный возрастной

период дает несколько обманчивую их оценку: уже вырвались из-под опеки школы и родителей (хотя материальная зависимость в большинстве случаев имеет место быть) и «ветер свободы и перемен направлен в нужную сторону». Однако те подводные камни, которые возникают на пути студенческой жизни, длительный период себя не проявляют (от сессии до сессии), а маячащая вдалеке сессия «не так уж и страшна». Однако время пробегает быстрее, запланированного студентами, и возникает необходимость «предъявить результаты учебы». И тогда формируется стресс, который становится хроническим прогрессирующим с вытекающими отсюда моментами.

Студенческая среда неоднородна. Ее отличия составляют возраст, пол, расовая принадлежность, диетические предпочтения, сформировавшиеся в стране или семье; причем последние также зависят и от вероисповедания.

Истоки многих функциональных заболеваний внутренних органов прослеживаются в детском и молодом возрасте. Причем очень часто их возникновение связывают с нестабильностью ЦНС, которая в определенные периоды полового развития или «чрезмерного» стресса, «неадекватно» реагирует на раздражитель. Появление частых или хронических стрессовых ситуаций закрепляет очаг патологических импульсов в ЦНС, следствием которых является лабильность нервной системы, причем ее неустойчивость в последующем может «сбиваться» даже на незначительный раздражитель. Таким возможным коллективом (сообществом) с лабильностью нервной системы и готовностью реагировать на незначительный раздражитель является студенческая среда

Можно выделить несколько эмоционально нестабильных ситуаций у данного контингента лиц. Во-первых, это момент первичного знакомства с однокурсниками и вообще со студенческой средой. На фоне положительных эмоций, связанных с поступлением в ВУЗ, формируются и другие предикторы, которые вызывают беспокойство у первокурсника. Так, нет контроля над его успеваемостью. Вроде бы и не плохо, но накапливаются

«долги», которые нарастают как снежный ком, да еще по многим предметам и кафедрам, в общем-то, незнакомым, и преподавателям, которым в принципе до тебя нет дела, т.е. проблемы нужно решать самим. Ожидаемая самостоятельность и взросление в такой ситуации идет несколько не в ожидаемом направлении: «студенчество – это всегда праздник». Сдача зачетов, а тем более сессия, переходят в хронический стресс, который, естественно, не воспринимается студентом как таковой. А по мере повышения курса обучения стрессовые ситуации продолжают повторяться, в основном, без необходимой коррекции.

Во-вторых, в студенческие годы изменяется пищевое поведение молодежи. Проживание в общежитии или даже дома нарушает ранее сформировавшийся ритм приема пищи, ее качество, объем и разнообразие. Фастфудовские перекусы, очень модные и поощряемые среди молодежи, несут неадекватную нагрузку на пищеварительный тракт, не выполняют своей функции по разнообразию и сбалансированности рациона, а скорее всего, представляют «пищевой стресс» для желудочно-кишечного тракта.

Эта ситуация приобретает еще большее значение для иностранных студентов. Резкое изменение системы питания, переход от национальной кухни к «европейской и американской», приводит к серьезным нарушениям в организме, одними из проявлений которых является увеличение массы тела, в среднем на 6-7 кг в течение первого года [7]. Классические национальные кухни, которые богаты овощами и углеводами с ограниченным употреблением мясной пищи, исчезают. И, прежде всего, это видно на азиатских студентах, которые в обход религиозных догм, нагружаются жирной жареной пищей, запивая ее горячительными напитками. Т.е. возникают условия для формирования функциональных заболеваний ЦНС (дистонии), пищеварительного тракта (дискинезии желчного пузыря, синдрома раздраженного кишечника), эндокринной системы [5,6].

Среди таких нозологических форм, «удостоившихся» в последние годы повышенного внимания, рассматривают синдром раздраженного кишечника

(СРК). Давая определение данной нозологической форме, в Римских критериях IV пересмотра сказано, что СРК - хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором боль в животе практически всегда имеет связь с актом дефекации или изменением характера и консистенции испражнений [1,2,10]. Распространенность заболевания велика и составляет от 10 до 25% со значительным (67%) преобладанием лиц женского пола [12,13]. Такой не уточненный, с большим разбросом процент пациентов с СРК, связывают с плохой обращаемостью населения с указанными симптомами, географическими, расовыми и статистическими подсчетами [1,9]. Однако всеми исследователями признается, что для данного заболевания характерен молодой возраст пациентов с длительным периодом первичной установки диагноза ввиду поздней обращаемости и отсутствия биологического маркера заболевания [3,8,10]. При этом всеми клиницистами признается, что формирование заболевания происходит на фоне измененного психоэмоционального статуса, тем самым подчеркивая его функциональную основу.

Наличие данной клинической симптоматики было характерным для СРК, хотя ее проявления встречались с различной частотой. Так, развитие болевого абдоминального синдрома возникало в 84,4 % случаев, а нарушение процессов пищеварения, сопровождающееся диспепсическими расстройствами, в 75,0-87,5 % наблюдений.

Восьмая и девятая графы опросника относились к пищевым предпочтениям («вы ели с удовольствием и аппетитом» и «из-за вашей болезни вам приходится удалить из рациона некоторые продукты») и в большинстве случаев имели отрицательный ответ на первый вопрос – 27 респондентов (84,4%) и положительный ответ во втором случае – 32 (100%) опрошенных.

Следующие 16 вопросов касались состояния психической сферы и ответы на них имели разнообразную выраженность (табл.2).

**Целью работы** было установление роли нарушений нервной системы в формировании синдрома раздраженного кишечника в студенческой среде.

**Материалы и методы обследования.** Для осуществления поставленной цели было обследовано 32 пациента с СРК в возрасте от 19 до 26 лет и длительностью заболевания от «впервые выявленного» до 5-летней давности. Среди пациентов преобладали женщины (81,3%). Обращение их к врачу было связано с появлением диспепсических жалоб и болевого синдрома. Диагноз СРК устанавливали с учетом Римских критериев IV пересмотра [1,3].

С целью уточнения клинической симптоматики и отношения пациента к своей болезни использовали опросник Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), в которых представлены как вопросы, касающиеся клиническим проявлениям заболевания, так и поведенческие, которые отражают отношение пациента к болезни.

**Результаты и их обсуждение.** Диагностический поиск при постановке диагноза имел двухуровневый подход. Так, первый уровень включал: оценку жалоб больных с их детализацией, данных анамнеза, образа жизни, питания. Одновременно исследовали клинические и биохимические показатели крови (СРБ), проводили ректороманоскопию или колоноскопию.

Второй уровень диагностического поиска подразумевал проведение дифференциального диагноза с исключением таких заболеваний, как: целиакия, микроскопический колит, воспалительные заболевания кишечника, колоректальный рак, мальабсорбция желчных кислот.

Одновременно использовали опросник Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), который характеризует состояние пациента в течение последних 15 дней.

Так, первые 7 вопросов в данной анкете определяют клиническую симптоматику заболевания. При этом две последние графы опросника у наших пациентов, с признанной для данной нозологии клинической симптоматикой, не содержали ответов «редко» и «никогда», т.е. практически не имели цифрового эквивалента (табл.1).

**Таблица 1. Характеристика клинических проявлений СРК у пациентов молодого возраста**

Вопрос	Всегда	Большую часть времени	Несколько раз	Редко	Никогда
1. у вас были боли в животе	1	27	4	0	0
2. у вас было ощущение, что живот надут	3	24	5	0	0
3. у вас было ощущение, что много газов в животе	3	28	1	0	0
4. Наблюдается ли испускание газов	2	27	3	0	0
5. Наблюдается ли отрыжка	4	15	13	0	0
6. Наблюдается ли урчание в животе	4	24	4	0	0
7. Наблюдаются ли частые испражнения	5	21	6	0	0

Наличие данной клинической симптоматики было характерным для СРК, хотя ее проявления встречались с различной частотой. Так, развитие болевого абдоминального синдрома возникало в 84,4 % случаев, а нарушение процессов пищеварения, сопровождающееся диспепсическими расстройствами, в 75,0-87,5 % наблюдений.

Восьмая и девятая графы опросника относились к пищевым предпочтениям («вы ели с удовольствием и аппетитом» и «из-за вашей болезни вам приходится удалить из рациона некоторые продукты») и в большинстве случаев имели отрицательный ответ на первый вопрос – 27 респондентов (84,4%) и положительный ответ во втором случае – 32 (100%) опрошенных.

Следующие 16 вопросов касались состояния психической сферы и ответы на них имели разнообразную выраженность (табл.2).

**Таблица 2. Состояние психической сферы пациентов с СРК по результатам опроса при использовании Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI)**

Вопрос	Всегда	Большую часть времени	Несколько раз	Редко	Никогда
10. В течение последних 15 дней вы были в состоянии преодолеть повседневные проблемы?	(5) очень плохо	(9) плохо	(7) умеренно	(8) хорошо	(3) отлично
11. Как часто ваша болезнь делает вас грустным?	5	21	1	5	0
12. Сколько раз вы тревожились из-за вашей болезни?	6	12	7	4	3
13. В течение последних 15 дней, сколько раз вы ощущали радость жизни?	0	(5) редко	(6) несколько раз	(2) большую часть времени	(4) всегда
14. Сколько раз вы были разочарованы из-за вашей болезни?	0	21	6	2	3
15. Сколько раз вы чувствовали усталость?	3	17	9	3	0
16. сколько раз вы ощущали страдания?	0	4	9	18	1
17. В течение последней недели вы просыпались в течение ночи?	(0) все ночи	(2) 5 или 6 ночей	(5) 3 или 4 ночи	(13) 1 или 2 ночи	(12) никогда
18. С тех пор, как вы заболели, вас огорчили какие-либо изменения в вашей внешности:	(0) в значительной степени	(11), умеренно	(8) несколько	(7), немного	(6) это не так
19. Насколько болезнь снижает ваше физическое состояние в целом?	(0) чрезвычайно	(12) много	(9) несколько	(7), немного	(4) это не так
20. Из-за вашей болезни, вы потеряли вашу выносливость?	(3) в значительной степени	(7), умеренно	(12) несколько	(6), немного	(4) это не так
21. Какова доля вашей болезни, как вы считаете, в потере тонуса?	(0) большая	(7) средняя	(11) минимальная	(8) незначительная	(6) нулевая, вы в форме
22. В течение последних 15 дней сколько раз вы были	(0) никогда	(1) редко	(6) несколько раз	(11) большую часть времени	(14) всегда

в состоянии выполнять вашу обычную деятельность?					
23. В течение последних 15 дней, вы были в состоянии заниматься своими хобби, обычными делами или проводить новые мероприятия?	(0) никогда	(7) редко	(12) несколько раз	(9) большую часть времени	(4) всегда
24. Испытывали ли Вы дискомфорт, связанный с медикаментозным лечением в течение последних 15 дней?	(0) чрезвычайно	(1) много	(2) несколько	(3), немного	(4) это не так
25. В какой степени ваша болезнь мешает вашим отношениям с другими (семья или друзья)?	(0) в значительной степени	(10), умеренно	(6) несколько	(9), немного	(7) это не так
26. В какой степени ваша болезнь повредила вашей сексуальной жизни?	(0) в значительной степени	(1), умеренно	(2) несколько	(3), немного	(4) это не так

Как видно из таблицы, наибольший дискомфорт вызвал 26 вопрос о сексуальной жизни пациентов, что в большинстве случаев (68,8%) проявилось его игнорированием.

Изменения в психоэмоциональной сфере в большей степени характеризовались функциональными проявлениями, но, несмотря на это, оказывали активное влияние на поведенческие реакции и качество жизни пациентов. Если учесть тот факт, что данные изменения усиливались в периоды эмоциональных стрессов (сессия, зачеты), то в ряде случаев эти проявления на этапах пиковых ситуаций доминировали в клинической симптоматике.

Таким образом, изменения в психоэмоциональной сфере в той или иной степени беспокоили всех обследованных, причем с наибольшей частотой это регистрировалось при выполнении работы и во время досуга пациентов.

Верхне- и нижнедиспепсические синдромы с разной частотой были присущи всем больным и зависели от характера стула (табл.3).

**Таблица 3. Оценочная характеристика диспепсического синдрома молодых пациентов с СРК**

27. Сколько раз вас беспокоил заброс жидкости или пищи в рот (отрыжка)?	0	2	2	3	25
28. Вы почувствовали, что обязаны уменьшить скорость, с которой вы едите?	0	0	2	5	(24) это не так
29. У вас были проблемы при глотании?	0	0	2	1	29
30. Вы чувствовали настоятельную необходимость дефекации	0	19	3	0	0
31. Вас беспокоил понос?	0	13	9	0	0
32. Вас беспокоил запор?	0	9	1	0	0
33. Вас беспокоила тошнота?	0	0	0	2	0
34. Вы наблюдали наличие крови в кале?	0	0	0	0	0
35. Вас беспокоила изжога или жжение за грудиной?:	0	0	0	2	0
36. Вас беспокоило недержание стула?	0	1	7	5	19

Проведение опроса студентов в короткий срок (3-5 дней) после сдачи зачетов или экзамена, позволило установить ухудшение состояния, что проявлялось учащением стула (от 2-3 раз в день до 5-6) при диарее или продолжительностью запора (до 4-5 дней), усилением абдоминальной боли. В момент стресса пациенты указывали на покраснение или бледность кожных покровов лица, повышенную потливость, сердцебиение и колебания артериального давления (от 90/60 до 135/85 мм рт.ст). Т.е. было отмечено участие вегетативной нервной системы с преобладанием тонуса ее парасимпатического отдела. Наряду с этим, следует отметить, что клиническая симптоматика СРК значительно уменьшалась вплоть до полного исчезновения на пике экзаменационного периода. На наш взгляд, данный феномен объясняется формированием устойчивой психоэмоциональной доминанты «успешного завершения сессии».

**Выводы.** Развитие синдрома раздраженного кишечника в студенческой среде происходит на фоне изменений в вегетативной нервной системе,

которая оказывает существенное влияние на специфические клинические симптомы.

Клинические проявления СРК у студентов уменьшаются в «пиковый период» эмоциональной нагрузки, но значительно усиливаются после «учебных стрессов», при этом прослеживается развитие вегетативных нарушений с ускорением сердечного ритма и лабильностью артериального давления.

Дисбаланс вегетативной нервной системы не только усугубляет клиническую симптоматику СРК, но и влияет на качество жизни пациентов.

*Конфликта интереса нет.*

### **Список литературы**

1. Буторова Л.И., Токмулина Г.М., Плавник Т.С. и др.. Римские критерии IV синдрома раздраженного кишечника: эволюция взглядов на патогенез, диагностику и лечение // Лечащий врач.-2017.-№3.-С.61-67.
2. Дорофеев А.Э., Руденко Н.Н., Швец Н.И., Снисаревская Т.П. Лечение синдрома раздраженного кишечника. Место пробиотиков // Сучасна гастроентерологія.-2018.-№2(100).-С.77-82.
3. Колеснікова О.В. Римські критерії IV. Синдром подразненного кишечника. Коментар для лікарів-практиків щодо нового визначення СПК // Сучасна гастроентерологія.-2017.-№5(97).-С.103-106.
4. Ливзан М.А., Осипко М.Ф. Хронический запор от симптома к диагнозу и эффективной терапии. Алгоритм наших действий // РМЖ.-2016.-№11.-С.678-681.
5. Мирзабаева Н.А. Роль вегетативной нервной системы в проявлении функциональных заболеваний органов пищеварения // Зб. наук. праць співробітн. НМАПО ім.П.Л.Шупика.-2013.-вип.22 (2).-С.129-137.
6. Палій І.Г., Заїка С.В. Синдром подразненного кишечника: актуальність проблеми та питання сучасної терапії згідно з Римськими критеріями IV перегляду // Сучасна гастроентерологія.-2017.-№6(98).-С.37-44
7. Проблема ожирения в общеврачебной практике / Пасиешвили Л.М., Пасиешвили Т.М. // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини.-2014.-№1.- с.37-43
8. Eypasch E., Willams J. I., Wood-Dauphineet S., Ure B. M., Schmullig C., Neugebauer E., Troidl H. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument // British Journal of Surgery.-1995.- №82.-216-222

9. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV // Gastroenterol.- 2016.-N150 (6).- p.1262-1279.
10. Drossman D.A., Hasler W.I. Rome IV – Functional GI Disorders of Gut-Brain Interaction // Gastroenterolog.-2016.-N150 (6).-p.1257-1261
11. Kovacic K. Current concepts in functional gastrointestinal disorders // Curr. Opin. Pediatr. – 2015. - N27 (5).- p.619-624.
12. Oshima T., Miwa H. Epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Japan and in the world // J. Neurogastroenter. Motil.-2015.-N21 (3).- p.320-329.
13. Canavan C., West J., Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome // Clin. Epidemiol.- 2014.-N6.- p.71-90.

### **Транслітерація**

1. Butorova L.I., Tokmulina G.M., Plavnik T.E. i dr.. Rimskie kriterii IV sindroma razdrazhennogo kishechnika: evolyutsiya vzglyadov na patogenezu, diagnostiku i lechenie // Lechaschiy vrach.-2017.-#3.-S.61-67.
2. Dorofeev A.E., Rudenko N.N., Schvets N.I., Snisarevskaya T.P. Lechenie sindroma razdrazhennogo kishechnika. Mesto probiotikov // Suchasna gastroenterologiya.-2018.-#2(100).-S.77-82.
3. Kolesnikova O.V. Rimski kriteriyi IV. Sindrom podraznennogo kishechnika. Komentar dlya likariv-praktikiv shodo novogo viznachennya SPK // Suchasna gastroenterologiya.-2017.-#5(97).-S.103-106.
4. Livzan M.A., Osipenko M.F. Hronicheskiiy zapor ot simptoma k diagnozu i effektivnoy terapii. Algoritm nashih deystviy // RMZh.-2016.-#11.-S.678-681.
5. Mirzabaeva N.A. Rol vegetativnoy nervnoy sistemy v proyavlenii funktsionalnykh zbolevaniy organov pischevareniya // Zb. nauk. prats spivrobItn. NMAPO Im.P.L.Shupika.-2013.-vip.22 (2).-S.129-137.
6. Pally I.G., ZaYika S.V. Sindrom podraznennogo kishechnika: aktualni problemi ta pitannya suchasnoyi terapiyi zgidno z Rimskimi kriteriyami IV pereglyadu // Suchasna gastroenterologiya.-2017.-#6(98).-S.37-44
7. Problema ozhireniya v obshevrashevnoy praktike / Pasieshvili L.M., Pasieshvili T.M. // ShidnoEvropeyskiy zhurnal vnutrishnoyi ta smeynoyi meditsini.-2014.-#1.- s.37-43

Л.М. Пасієшвілі\*, О.А. Опарін\*\*

\*Харківський національний медичний університет

\*\*Харківська медична академія післядипломної освіти

**ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА В СТУДЕНЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ**

**Мета роботи:** визначення ролі порушень нервової системи в формуванні синдрому подразненого кишечника в студенському середовищі.

**Матеріали і методи.** Обстежено 32 студента віком від 19 до 26 років з СПК. Використовували опитувальник Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), який містить 36 питань.

**Результати.** Зміни у психоемоційній сфері студентів з СПК мали місце у всіх обстежених. Верхне- та нижнедиспепсичні синдроми з різною частотою були притаманні всім пацієнтам та залежали від характеру стулу. У студентів після залику або екзамену спостерігалось короткочасне погіршення стану, що проявлялося збільшенням частоти та зміною характеру стулу, посиленням абдоминального болю. Також визначали почервоніння або блідість шкіри обличчя, підвищену пітливість, серцебиття та коливання артеріального тиску. Встановлено участь вегетативної нервової системи з переважанням тону її парасимпатичного відділу. Поряд з цим, клінічна симптоматика СПК значно зменшувалася аж до повного зникнення на піку екзаменаційного періоду. Даний феномен відображав формування стійкої психоемоційної домінанти «успішного завершення сесії».

**Висновки.** Розвиток СПК відбувається на тлі змін вегетативної нервової системи, яка оказує суттєвий вплив на специфічні клінічні симптоми. Клінічні ознаки захворювання при СПК значно посилюються після «учбових стресів», при цьому прояви вегетативних порушень приляються прискоренням серцевого ритму і лабільністю артеріального тиску. Дисбаланс вегетативної нервової системи не тільки погіршує клінічну симптоматику СПК, але й впливає на якість життя пацієнтів.

**Ключові слова:** синдром подразненого кишечника, студенти, вегетитивна нервова система.

Pasiyeshvili L.M.\*, Oparin A.A.\*\*

\*Kharkov National Medical University

\*\*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

### **Predictors of irritable bowel syndrome formation among students**

The aim of work: to establish the role of the nervous system disorders in the formation of irritable bowel syndrome (IBS) among students.

**Materials and methods.** 32 students aged 19 to 26 years with IBS were examined. The Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) questionnaire was used, in which 36 questions were presented.

**Results.** Changes in the psycho-emotional sphere in students with irritable bowel syndrome occurred in all patients. Upper and lower dyspeptic syndromes with different frequency were inherent in all patients and depended on the nature of the stool. A short-term deterioration of the condition showed after passing tests or exam, which was manifested by increased and upset stools, increased abdominal pain. Redness or pallor of the skin of the face, excessive sweating, palpitations and fluctuations in blood pressure also were marked. The involvement of the

autonomic nervous system with the predominance of the tone of its parasympathetic division has been established. Along with this, the clinical symptoms of irritable bowel syndrome significantly decreased until the complete disappearance at the peak of the examination period. This phenomenon reflected the formation of a stable psycho-emotional dominant "successful completion of the session."

**Conclusions.** The development of irritable bowel syndrome in a student environment occurs against the background of changes in the autonomic nervous system, which has a significant effect on specific clinical symptoms. Clinical manifestations of IBS in students are reduced in the "peak period" of emotional stress, but are greatly enhanced after "training stresses". In this case, the development of vegetative disorders with acceleration of the heart rate and the lability of blood pressure are traced. The imbalance of the autonomic nervous system not only exacerbates the clinical symptoms of IBS, but also affects the patient quality of life.

**Key words:** irritable bowel syndrome, students, autonomic nervous system.