

А.С. Свінціцький¹, І.В. Бірюченко¹,
Н.М. Корендович²

¹ Національний
медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ
² КУ «Обласна клінічна лікарня
Житомирської обласної ради»,
м. Житомир

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ

Резюме

У статті проаналізовано особливості клінічної картини функціональної диспепсії. Встановлено, що сукупність диспепсичних скарг може відрізнятися при різних клінічних варіантах захворювання: постпрандіальному дистрес-синдрому та епігастральному больовому синдромі.

Ключові слова

Функціональна диспепсія, епігастральний больовий синдром, постпрандіальний дистрес-синдром.

Результатом комплексної незбалансованої дії надмірних біологічних, психологічних і соціальних подразників на шлунково-кишковий тракт (ШКТ) за наявності генетичної схильності є виникнення так званих функціональних розладів (ФР), які проявляються низкою симптомів (болем, нудотою, блюванням, здуттям живота, діареєю, закрепом, утрудненням проходження їжі або фекалій) та гірше піддаються лікуванню [1, 2]. На сьогодні функціональна диспепсія (ФД) розглядається як біопсихосоціальний розлад. Серед її можливих механізмів розвитку різні автори виділяють сповільнену евакуацію шлунка, порушення шлункової акомодатії до їжі, підвищену чутливість до розтягнення шлунка, підвищену чутливість дванадцятипалої кишки до ліпідів або соляної кислоти, порушення моторики кишки та дисфункцію центральної нервової системи [3].

У щоденній клінічній практиці виникають певні обмеження у використанні «шаблонних симптомів» при віднесенні пацієнта до тієї чи іншої підгрупи ФД, оскільки існує:

- 1) різне сприйняття одного і того ж симптому різними особами,
- 2) наявність «перехресту» між симптомами,
- 3) симптоми диспепсії не є постійними та можуть змінюватись протягом часу [4].

Мета дослідження — з'ясувати особливості клінічної картини різних варіантів ФД — постпрандіального дистрес-синдрому та епігастрального больового синдрому.

Матеріали та методи

Дослідження проводилося на двох клінічних базах кафедри внутрішньої медицини № 3 (з 01.09.2017 р. — кафедра внутрішніх хвороб стоматологічного факультету) Національного медичного університету імені О.О. Богомольця: ДЗ «Республіканська клінічна лікарня МОЗ України» та МЦ «Універсальна клініка «Оберіг». У ньому брали участь пацієнти з ФД (відповідно до Римських критеріїв III) віком від 18 до 65 років. Критеріями незалучення до дослідження були «симптоми тривоги», задокументоване органічне захворювання стравоходу (езофагіт, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, стравохід Барретта, аденокарцинома) або шлунка (ерозивні зміни, пептична виразка, рак), вживання нестероїдних протизапальних препаратів, наркотичних речовин та алкоголю у великій кількості протягом останнього року, стан після оперативного втручання на органах ШКТ (наприклад, холецистектомія, резекція шлунка), супутні ендокринопатії, великі депресивні розлади та використання антидепресантів в анамнезі.

Усього було обстежено 122 пацієнти з ФД, які протягом останніх трьох місяців до моменту залучення до дослідження скаржилися виключно на постпрандіальну тяжкість або епігастральний біль та не мали накладання («перехресту») цих симптомів. Залежно від наявного клінічного варіанта захворювання їх було розділено на 2 групи: I групу становили 62 хворих із постпрандіальним дистрес-синдромом (ПДС), II групу —

60 осіб з епігастральним больовим синдромом (ЕБС). Вагомих розбіжностей за віком та статтю між досліджуваними групами не виявлено.

Статистичне опрацювання отриманих даних проводили за допомогою ліцензійного програмного забезпечення Stata 11 та Statistica 6.0. Для порівняння частотних характеристик використовували критерій χ^2 та точний критерій Фішера. Статистична значущість відмінностей оцінювалася на рівні не нижче ніж 95% ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення

Клінічна картина ФД у пацієнтів обох груп характеризувалася наявністю великої кількості скарг. Окрім ключових клінічних проявів ФД (постпрандіальна тяжкість / епігастральний біль), у більшості обстежених нерідко мали місце й інші диспепсичні симптоми (табл. 1).

Так, відчуття раннього насичення статистично значуще частіше реєструвалося серед пацієнтів із ПДС (I група — 91,9%, II група — 76,7%; $p=0,02$), так само як і наявність закрепів (I група — 35,5%, II група — 18,3%; $p=0,03$). Однак послаблення стільця (I група — 9,7%, II група — 28,4%; $p=0,01$) та відчуття утруднення при ковтанні та (або) проходженні їжі по стравоходу (I група — 41,9%, II група — 61,7%; $p=0,03$) вагомо переважали серед хворих з ЕБС.

Досить часто також спостерігалися нудота (I група — 45,1%, II група — 33,3%; $p=0,18$), відрижка повітрям або їжею (I група — 30,6%, II група — 21,6%; $p=0,26$), здуття (I група — 43,5%, II група — 31,6%; $p=0,17$), бурчання (I група — 38,7%, II група — 55,0%; $p=0,07$) та зниження апетиту як наслідок наявних симптомів (I група — 72,6%, II група — 56,7%; $p=0,06$), але статистично значущої різниці між пацієнтами досліджуваних груп виявлено не було ($p > 0,05$).

Оскільки наявність постпрандіальної тяжкості було критерієм залучення до I групи, даний симптом був зареєстрований у всіх 62 її представників: переважно — незначної (70,9%), проте надокучливої, рідше — середньої інтенсивності (29,1%). Пацієнти з ПДС взагалі не скаржилися на больові відчуття, більше на дискомфорт, але при детальному тривалому розпитуванні третина обстежених все ж описувала свої відчуття як тривалий, невизначений, малоінтенсивний, постійний біль, без певної локалізації. Цікавим є той факт, що 45,1% хворих I групи відмічали початок свого захворювання з появи одно- або дворазового інтенсивного больового синдрому в епігастрії або навколопупкової ділянки, після чого больовий синдром не турбував, а натомість виникало відчуття постпрандіальної тяжкості (її детальну характеристику серед пацієнтів I групи наведено в табл. 2).

Таблиця 1. Характеристика диспепсичних скарг у пацієнтів досліджуваних груп

Симптоми	ПДС (n=62)	ЕБС (n=60)	P
Біль / постпрандіальна тяжкість в епігастрії, n (%)	62 (100,0)	60 (100,0)	0,98
Відчуття раннього насичення, n (%)	57 (91,9)	46 (76,7)	0,02
Відчуття утруднення при ковтанні та (або) проходженні їжі по стравоходу, n (%)	26 (41,9)	37 (61,7)	0,03
Нудота, n (%)	28 (45,1)	20 (33,3)	0,18
Відрижка повітрям або їжею, n (%)	19 (30,6)	13 (21,6)	0,26
Закрепи, n (%)	22 (35,5)	11 (18,3)	0,03
Послаблення стільця, n (%)	6 (9,7)	17 (28,4)	0,01
Здуття живота, n (%)	27 (43,5)	19 (31,6)	0,17
Бурчання в животі, n (%)	24 (38,7)	33 (55,0)	0,07
Зниження апетиту, n (%)	45 (72,6)	34 (56,7)	0,06

Таблиця 2. Характеристика постпрандіальної тяжкості серед пацієнтів I групи

Характеристика	Частота
<i>Інтенсивність</i>	
Незначна, n (%)	44 (70,9)
Середня, n (%)	18 (29,1)
Виражена, n (%)	0
<i>Відчуття тяжкості зменшується</i>	
Самостійно, n (%)	28 (45,2)
Після приймання лікарських засобів, n (%)	34 (54,8)

Під час проведення опитування пацієнти з ЕБС частіше описували біль як гострий нападopodobний (33,3%), спастичний пароксизмальний (41,7%), що в більшості випадків супроводжувався іншими вегетативними ознаками (підвищеною пітливістю, серцебиттям, частим сечовипусканням). У хворих цієї групи біль локалізувався частіше в епігастральній ділянці (71,7%). Інша локалізація болю спостерігалась значно рідше: в пілородуоденальній зоні — 13,3%, у правому підребер'ї — 8,3%. У 6,7% пацієнтів біль мав мігровальний характер. У більшості хворих II групи спостерігався «голодний» біль (76,6%); 13,3% пацієнтів відмітили появу больового синдрому переважно через 1 годину після приймання їжі, а в 10,0% — біль не залежав від приймання їжі. За інтенсивністю відчуттів пацієнти характеризували біль як виражений (53,3%) та помірний (46,7%). Загальну характеристику больового синдрому у хворих II групи наведено в табл. 3.

Під час порівняння пацієнтів двох досліджуваних груп зменшення інтенсивності симптомів

Таблиця 3. Характеристика больового синдрому в пацієнтів II групи

Характеристика	Частота
<i>Характер</i>	
Гострий, n (%)	20 (33,3)
Пекучий, n (%)	7 (11,7)
Спастичний, n (%)	25 (41,7)
Тупий, ниючий, n (%)	8 (13,3)
<i>Локалізація</i>	
Епігастральна ділянка, n (%)	43 (71,7)
Пілородуоденальна зона, n (%)	8 (13,3)
Праве підребер'я, n (%)	5 (8,3)
Ліве підребер'я, n (%)	0
Мігрувальний, n (%)	4 (6,7)
<i>Біль виникає</i>	
До приймання їжі, n (%)	46 (76,7)
Через 1 год після приймання їжі, n (%)	8 (13,3)
Не залежить від приймання їжі, n (%)	6 (10,0)
<i>Інтенсивність</i>	
Слабкий, n (%)	0
Помірний, n (%)	28 (46,7)
Виразений, n (%)	32 (53,3)
<i>Біль зменшується</i>	
Після приймання їжі або лікарських засобів, n (%)	53 (88,3)
Самостійно, n (%)	7 (11,7)

диспепсії після приймання їжі або медикаментів статистично значуще частіше було зареєстровано у хворих з ЕБС (I група — 54,8%, II група — 88,3%; $p < 0,0001$). Самостійно диспепсія вірогідно частіше минала серед пацієнтів із ПДС: 45,2% проти 11,7%; $p < 0,0001$.

Варто відзначити, що в Римських критеріях III ФД не виділяється як об'єкт для проведення досліджень через гетерогенність симптомів. Замість цього комітет з вивчення шлунка та дванадцятипалої кишки рекомендував використовувати загальний термін — «симптомокомплекс диспепсії» — який поділяється на дві підгрупи (варіанти), що можуть взаємо накладатися: ПДС і ЕБС. Хоча відмічається деяка схожість із невиразковою та дискінетичною диспепсією Римських критеріїв II, було додано кілька доповнень на підставі факторного аналізу та фізіологічного підходу [5].

Диспепсія часто в широкому сенсі визначається як біль або дискомфорт, що локалізується в центрі верхньої частини живота. Вона може

включати в себе різні симптоми, зокрема біль в епігастрії, відчуття переповнення після приймання їжі, раннє насичення, анорексію, відрижку, нудоту і блювоту, здуття живота, відчуття печіння або ж регургітацію. Симптоми ФД мають переривчастий характер навіть під час маніфестації. Вона зазвичай полісимптомна, 99% пацієнтів повідомляють про наявність двох та більше симптомів одночасно, 80% — про п'ять та більше симптомів, менше ніж 0,1% — про один симптом [6]. У ретроспективному аналізі симптомів і патофізіологічних порушень при ФД S. Kindt et al. повідомили, що ЕБС визначався в 53% хворих, ПДС — у 84% пацієнтів, із них у 47% було зафіксовано накладання цих симптомів [7]. У багатьох хворих симптоми диспепсії досить часто «перехрещуються» із симптомами інших ФР, зокрема синдрому подразненої кишки (СПК) та неерозивної рефлюксної хвороби. Підтвердження двох окремих діагнозів вимагає проведення (досить часто паралельно) лабораторно-інструментального обстеження та лікування. На жаль, це призводить до призначення зайвих аналізів, дублювання діагностичних досліджень, збільшує частоту відвідувань вузьких спеціалістів та збільшує ризик поліпрагмазії [8].

Всупереч поширеним переконанням, вживання певних продуктів (спецій, кави, алкоголю) або надмірної кількості їжі не є доведеною причиною диспепсії [9], хоча потрапляння їжі в ШКТ часто посилює диспепсичні явища. Дослідження показали, що введення капсаїцину (алкалоїду стручкового перцю) викликало появу диспепсичних явищ як у здорових осіб, так і у хворих на ФД, із більшою інтенсивністю в останній групі [10].

Встановлені нами особливості клінічної картини ФД доповнюють наявні дані літератури. ФД включає в себе різні типи пацієнтів із гетерогенними скаргами та, можливо, різними патофізіологічними механізмами розвитку розладу. Встановлення діагнозу ФД ускладнює також той факт, що симптоми не є постійними та можуть змінюватись протягом часу [4]. Причини різноманіття клінічної картини вивчались багатьма авторами, проте єдина думка з цього питання досі відсутня. Факторний аналіз пацієнтів із ФД показав, що в більшості випадків синдром диспепсії включав у себе 3-4 симптоми [11, 12]. Факторний аналіз пацієнтів на третинній ланці надання медичної допомоги також заперечив існування ФД як моносимптомного стану [13]. «Перехрест» між ФД та СПК також спостерігається досить часто [14]. Наявність супутнього СПК не виключає ФД, оскільки не доведено вплив кишкового розладу на патогенез і симптоми ФД [15, 16].

Як рухові, так і сенсорні механізми контролюють функціонування шлунка, тому їх порушення

може пояснити патофізіологію зміни функції шлунка. Шлунок має фазичну і тоничну м'язову активність. Шлунковий тонус прямо пропорційний об'єму шлункового вмісту. Від нього залежать як шлункова акомодация під час приймання їжі (завдяки частковій релаксації), так і випорожнення шлунка (за механізмом прогресивної констрикції). Перцепторні та рефлекторні аферентні шляхи шлунка активуються окремо залежно від конкретних стимулів. Це дозволяє зробити припущення, що термінальні нервові закінчення виконують роль спеціалізованих рецепторів. Дослідження вказують на зв'язок перцепції зі стимуляцією рецепторів тиску шлунка, тоді як існування рецепторів об'єму є невизначеним [17]. Вимірювання перцепції та рефлекторної активності шлунка в експериментальних і клінічних умовах сприяли виявленню патологічних реакцій у хворих із ФД.

Вважалося, що шлунок відіграє основну роль у виникненні симптомів, але останні дані відзначають, що дванадцятипала кишка також може бути долучена до патогенезу ФД. Дослідження, проведене O. van Voxel et al., продемонструвало, що абдомінальний дискомфорт, нудота та відчуття переповнення розвивалися лише в пацієнтів із ФД у відповідь на інфузію ліпідів у дванадцятипалу кишку. Після введення ліпідів середня концентрація холецистокініну в слизовій оболонці шлунка була нижчою у хворих на ФД порівняно з контрольною групою без симптомів диспепсії ($p < 0,0001$). Плазмові концентрації холецистокініну були однакові в пацієнтів двох груп. Результати дозволили припустити, що надмірне місцеве вивільнення холецистокініну у дванадцятипалу кишку у відповідь на ліпіди, ймовірно, викликає збільшену стимуляцію аферентів блукаючого нерва, тим самим індукуючи появу диспепсичних симптомів. Однак отримані дані потребують подальшого вивчення [18].

Група вчених під керівництвом J. Task дослідила роль шлунка та тонкої кишки у виникненні диспепсичних явищ. Так, було показано, що відчуття переповнення, здуття живота і відрижка зменшуються при просуванні харчової маси зі шлунка в тонку кишку, що вказує на вирішальну роль шлунка в генерації цих симптомів. На противагу цьому, тяжкість таких симптомів, як печіння та біль в епігастральній ділянці, не змінювалася з просуванням їжі в тонку кишку [19].

Відповідно до визначення Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP) [20], біль — це «неприємне сенсорне та емоційне переживання, що пов'язане з істинним чи потенційним пошкодженням тканини, або таке, що описується в термінах такого пошкодження». Тобто біль, як правило, не лише сенсорне відчуття, оскільки зазвичай має емоційне забарвлення, тому характеристика больового відчуття значною мірою також залежить від психоемоційного стану особистості на момент його появи. Також досі невідомо, чи існують окремі шляхи для проведення імпульсів вісцерального болю, чи відчуття болю виникає через більш інтенсивну стимуляцію тих шляхів, що за інших умов відповідають за відчуття дискомфорту [21]. Враховуючи вищевказане різноманіття скарг, можна припустити, що в цьому і полягає причина різниці в сприйнятті симптомів за наявності одного розладу.

Висновки

Оцінювання клінічних особливостей ФД показало, що диспепсичні скарги можуть відрізнятися залежно від наявного постпрандіального чи епігастрального больового синдрому. Також було встановлено, що серед пацієнтів із ПДС явища диспепсії частіше можуть зменшуватися чи зникати самотійно, на відміну від групи хворих з ЕБС, які в більшості випадків потребують медикаментозного лікування або приймання їжі.

Список використаної літератури

1. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process / D.A. Drossman // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130. — P. 1377-1390.
2. Корендович І.В. Функціональні розлади у дисфункціональному світі / І.В. Корендович, А.С. Свінцицький, К.М. Ревенюк // *Український науково-медичний молодіжний журнал*. — 2012. — № 2. — С. 91-95.
3. Evidence for neuronal and structural changes in submucous ganglia of patients with functional dyspepsia / C. Cirillo, T. Bessissow, A. Desmet [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2015. — Vol. 110. — P. 1205-1215.
4. Rome III: the functional gastrointestinal disorders / senior ed. D.A. Drossman. — 3rd ed. — McLean: Degnon Associates, 2006. — 1048 p.

5. *Current issues in functional dyspepsia* / J.K. Park, K.C. Huh, C.M. Shin [et al.] // *Korean J. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 64. — P. 133-141.
6. *The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian Adult Dyspepsia Empiric Treatment — Prompt Endoscopy (CADET-PE) study* / A.B. Thomson, A.N. Barkun, D. Armstrong [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2003. — Vol. 17. — P. 1481-1491.
7. *Symptoms underlying decrease in quality of life in functional dyspepsia assessed using the Pagi-QOL and Pagi sym questionnaires* / S. Kindt, D. Dubois, J. Arts [et al.] // *Gastroenterology.* — 2005. — Vol. 128, Suppl. 2. — P. A123.
8. *Goswami B.D. Clinical features of functional dyspepsia* / B.D. Goswami, C. Phukan // *J. Assoc. Physicians India.* — 2012. — Vol. 60, Suppl. — P. 21-22.
9. *Akhondi-Meybodi M. The role of diet in the management of non-ulcer dyspepsia* / M. Akhondi-Meybodi, M.A. Aghaei, Z. Hashemian // *Middle East J. Dig. Dis.* — 2015. — Vol. 7. — P. 19-24.
10. *Hypersensitivity for capsaicin in patients with functional dyspepsia* / J. Hammer, M. Führer, L. Pipal, J. Matiassek // *Neurogastroenterol. Motil.* — 2008. — Vol. 20. — P. 125-133.
11. *Dyspeptic symptoms in the general population: a factor and cluster analysis of symptom groupings* / H. Piessevaux, B. De Winter, E. Louis [et al.] // *Neurogastroenterol. Motil.* — 2009. — Vol. 21. — P. 378-388.
12. *Brun R. Functional dyspepsia* / R. Brun, B. Kuo // *Therap. Adv. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 3. — P. 145-164.
13. *Oshima T. Epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Japan and in the world* / T. Oshima, H. Miwa // *World J. Neurogastroenterol. Motil.* — 2015. — Vol. 21. — P. 306-316.
14. *Heterogeneity of symptom pattern, psychosocial factors, and pathophysiological mechanisms in severe functional dyspepsia* / B. Fischler, J. Tack, V. De Gucht [et al.] // *Gastroenterology.* — 2003. — Vol. 124. — P. 903-910.
15. *Park H. Functional gastrointestinal disorders and overlap syndrome in Korea* / H. Park // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2011. — Vol. 26, Suppl. 3. — P. 12-14.
16. *The relationship between irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, chronic fatigue and overactive bladder syndrome: a controlled study 6 years after acute gastrointestinal infection* / R. Person, K. Wensaas, K. Hanevic [et al.] // *BMC Gastroenterol.* — 2015. — Vol. 15. — ID66.
17. *Gastric sensitivity and reflexes: basic mechanisms underlying clinical problems* / F. Azpiroz, C. Feinle-Bisset, D. Grundy, J. Tack // *J. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 49. — P. 206-218.
18. *Functional dyspepsia patients have lower mucosal cholecystokinin concentrations in response to duodenal lipid* / O.S. van Boxel, J.J. Ter Linde, J. Oors [et al.] // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2014. — Vol. 26. — P. 205-212.
19. *Postprandial symptoms originating from the stomach in functional dyspepsia* / H. Vanheel, T. Vanuytsel, L. van Oudenhove [et al.] // *Neurogastroenterol. Motil.* — 2013. — Vol. 25. — P. 911-e703.
20. *Bonica J.J. The need of a taxonomy* / J.J. Bonica // *Pain.* — 1979. — Vol. 6. — P. 247-248.
21. *Farmer A.D. Mechanisms and management of functional abdominal pain* / A.D. Farmer, Q. Aziz // *J.R. Soc. Med.* — 2014. — Vol. 107. — P. 347-354.

Надійшла до редакції 08.12.2017

CLINICAL FEATURES OF DIFFERENT SUBGROUPS OF FUNCTIONAL DYSPEPSIA

A.S. Svintsitskyi, I.V. Biriuchenko, N.M. Korendovych

Abstract

The article analyzes the clinical features of functional dyspepsia. It was revealed that the complex of dyspeptic complaints may differ depending on the presence of postprandial distress or epigastric pain syndromes.

Keywords: functional dyspepsia, epigastric pain syndrome, postprandial distress syndrome.