



А. А. Заздравнов, О. В. Супрун  
Харківський національний медичний університет

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

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

**Матеріали та методи.** В амбулаторних умовах обстежено 32 хворих молодого віку (9 чоловіків та 23 жінки) на синдром подразненого кишечника (СПК) із супутньою нейроциркуляторною дистонією (НЦД). 18 пацієнтів із СПК мали гіпертонічний тип НЦД (І група), решта хворих — гіпотонічний тип (ІІ група).

**Результати.** Основними скаргами пацієнтів обох груп були біль у животі, порушення дефекації та здуття живота. У хворих І групи переважав розлитий біль, у пацієнтів ІІ групи — біль лівобічної локалізації. 77,8% пацієнтів І групи вказали на поєднання абдомінального болю із серцебиттям, дратівливістю, відчуттям жару. Серед пацієнтів ІІ групи зв'язок між виявами СПК та НЦД відзначили лише 42,9% осіб.

**Висновки.** Клінічна картина СПК у хворих молодого віку на НЦД має свої особливості й певним чином залежить від типу НЦД. Ці особливості слід враховувати лікарю в своїй практичній діяльності.

**Ключові слова:** функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту, синдром подразненого кишечника, нейроциркуляторна дистонія, клініка, діагностика.

До найпоширеніших амбулаторних захворювань терапевтичного профілю належать синдром подразненого кишечника (СПК) та нейроциркуляторна дистонія (НЦД). У структурі патології органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) функціональні захворювання посідають значне місце. Від 40 до 60% дорослих пацієнтів мають дисфункціональні розлади ШКТ [4]. Останні трактують як варіабельну комбінацію хронічних або рецидивуючих симптомів, які неможливо пояснити структурними або біохімічними змінами. Функціональні шлунково-кишкові розлади розглядають як клінічний варіант взаємодії психосоціальних чинників і фізіології ШКТ через вісь «мозок — кишечник» [5]. Одним з найбільш значущих за рівнем захворюваності (9–23% у загальній популяції), фінансово-економічним та соціальним навантаженням у групі функціональних захворювань ШКТ є СПК [11].

Яскраві та різноманітні симптоми СПК мають єдиний механізм розвитку — порушення вісцеральної чутливості, яке виявляється зниженням порогу сприйняття болю, порушенням моторики кишечника і транспорту газів [7, 10, 12]. СПК не можна вважати патологією виключно ШКТ або захворюванням нервової системи в класичному розумінні. Це захворювання є новим біонейропсихосоціальним станом людини, який формується в певних соціальних умовах та виявляється гіперсприйняттям, гіперреактивністю, схильністю до депресивних та обесивно-компульсивних реакцій [2, 7].

Іншим захворюванням, яке формується як комплекс психоневротичних і соматоформних розладів, є НЦД. Ця патологія характеризується як хронічне функціональне захворювання, яке виявляється різноманітними серцево-судинними, респіраторними й вегетативними розладами, астенизацією, низькою толерантністю до стресів та фізичних навантажень. Вегетативні

розлади турбують 25–80 % осіб у загальній популяції, переважно жінок молодого віку [3]. Безпосередні матеріальні втрати внаслідок НЦД становлять у США 10 млрд дол., а в Європі — 15 млрд дол. на рік [1].

Патогенетична подібність сприяє значній експресії СПК у хворих на НЦД (39 %) [9]. З іншого боку, у пацієнтів із СПК вияви НЦД мають місце у 75 % випадків [6]. Отже, комбінація СПК та НЦД є поєднанням двох хронічних функціональних нозологій з подібним патогенезом, наявністю психоневротичних та вісцеральних клінічних виявів, які не впливають на тривалість життя, але суттєво погіршують його якість. Установлення особливостей симптоматики поєданого перебігу СПК та НЦД має важливе значення для практичної діяльності лікаря.

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

### Матеріали та методи

В амбулаторно-поліклінічних умовах обстежено 32 (9 чоловіків та 23 жінки) хворих на СПК на тлі НЦД віком від 20 до 39 років. 18 пацієнтів мали гіпертонічний тип НЦД (І група), решта хворих — гіпотонічний (ІІ група). Обидві групи були порівнянні за основними ознаками (співвідношення статей, вік, тривалість НЦД та СРК тощо).

Верифікацію діагнозів СПК та НЦД проведено на попередніх етапах обстеження пацієнтів. У всіх випадках установлення діагнозу НЦД передувало встановленню діагнозу СПК.

При статистичній обробці результатів визначали непараметричний критерій  $\chi^2$ , який відображав, наскільки відрізняються одна від іншої емпіричні та теоретичні частоти змінних. Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез становив 0,05.

### Результати та обговорення

Основними СПК-залежними скаргами всіх пацієнтів обох груп були больовий абдомінальний синдром та порушення дефекації. Під час опитування пацієнтів виникли певні труднощі, зокрема хворі не могли достеменно розрізнити фізичний біль та емоційну реакцію, визначити характеристики болю (інтенсивність, тривалість, інколи — локалізацію). Це потребувало деталізації запитань, вербального моделювання ситуації. Об'єктивний стан обстежених хворих обох груп ніколи не відповідав тяжкості скарг, які вони пред'являли, особливо у жінок.

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

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

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

Здуття живота турбувало 15 (83,3 %) осіб з І групи та 12 (85,7 %) — з ІІ групи, переважно в

Таблиця. Локалізація абдомінального болю в обстежених пацієнтів

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

першій половині доби. Експресивність цієї скарги не залежала від характеру вживаної їжі. Психоемоційне напруження у 5,0–27,7 % пацієнтів I групи збільшувало вираженість здуття живота.

У пацієнтів I групи виявлено чіткий зв'язок між погіршенням стану кишечника (СПК) та збільшенням експресивності серцево-судинних виявів (НЦД): 14 (77,8 %) пацієнтів вказали на поєднання абдомінального болю із серцебиттям, дратівливістю, відчуттям жару. Серед пацієнтів II групи зв'язок між виявами СПК та НЦД відзначили лише 6 (42,9 %) осіб. Відмінності між групами були вірогідними ( $df = 1$ ,  $\chi^2 = 4,097$ ,  $p = 0,043$ ). На стресові ситуації як тригерний чинник загострення СПК вказали 12 (66,7 %) осіб I групи та 6 (42,9 %) — II групи, проте відмінності між групами були недостовірними ( $df = 1$ ,  $\chi^2 = 1,814$ ,  $p = 0,178$ ).

З огляду на яскраве емоційне забарвлення клінічних виявів СПК у хворих на НЦД, виражену невідповідність суб'єктивних відчуттів результатам об'єктивного обстеження, важливу роль у контролі над захворюванням відіграє встановлення тісного контакту між лікарем та пацієнтом, правильне інформування останнього про характер захворювання та його прогноз. Лі-

кар має пояснити пацієнтові, що як фізіологічні, так і психологічні чинники спричиняють виникнення симптомів хвороби. Необхідно усунути стурбованість та занепокоєння пацієнта і вселити впевненість у результаті лікування та сприятливому прогнозі захворювання. Слід пам'ятати, що якщо лікар це робить поспіхом, після поверхневого опитування та огляду, то пацієнт може не прийняти його рекомендації [8].

### Висновки

Клінічна картина СПК у хворих на НЦД має особливості і певним чином залежить від типу НЦД. У пацієнтів з НЦД за гіпертонічним типом у клініці СПК переважає розлитий абдомінальний біль, у хворих з НЦД за гіпотонічним типом — біль лівобічної локалізації. У хворих на СПК на тлі НЦД за гіпертонічним типом виявлено зв'язок між виникненням абдомінального болю та загостренням клінічної симптоматики НЦД. Ці особливості клінічного перебігу СПК на тлі НЦД слід враховувати лікарю. Підтримка та роз'яснення пацієнтові суті та прогнозу його захворювання — перший необхідний крок немедикаментозного лікування, якого в багатьох випадках може бути достатньо.

### Список літератури

1. Аникина Е. А., Балабина Н. М. Распространенность, факторы риска и клиническое течение синдрома вегетативной дисфункции // Сиб. мед. журн. — 2011. — Т. 102, № 3. — С. 23–27.
2. Бурулова О. Е., Козлова И. В., Мялина Ю. Н. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание (обзор) // Саратов. науч.-мед. журн. — 2012. — Т. 8, № 2. — С. 232–237.
3. Маколкин В. И. Нейроциркуляторная дистония: миф или реальность? // Кардиол. — 2008. — № 4. — С. 62–65.
4. Махов В. М., Ромасенко Л. В., Турко Т. В. и др. Междисциплинарный подход к синдрому раздраженного кишечника // Рус. мед. журн. — 2013. — № 13. — С. 702–704.
5. Пиманов С. И., Силивончик Н. Н. Римский III консенсус: избранные разделы и комментарии: Пособие для врачей. — Витебск: Изд-во ВГМУ, 2006. — 160 с.
6. Прилуцкая О. А., Лесниченко Д. А. СПК, сочетающийся с нейроциркуляторной дистонией: воспаление, клиническое течение, эффективность лечения // Тавр. мед.-биол. вестн. — 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. Фаденко Г. Д., Несен А. А., Чирва О. В. Коморбидность функциональных заболеваний органов пищеварения и нейроциркуляторной дистонии у лиц молодого возраста // Буков. мед. вісн. — 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 // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 104, N 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.

А. А. Заздравнов, Е. В. Супрун  
Харковский национальный медицинский университет

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

**Цель** — изучить особенности клинического течения синдрома раздраженного кишечника у пациентов молодого возраста, больных нейроциркуляторной дистонией.

**Материалы и методы.** В амбулаторных условиях обследовано 32 больных молодого возраста (9 мужчин и 23 женщины) с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и сопутствующей нейроциркуляторной дистонией (НЦД). 18 пациентов с СРК имели гипертонический тип НЦД (I группа), остальные больные — гипотонический тип (II группа).

**Результаты.** Основными жалобами пациентов обеих групп были боль в животе, нарушение дефекации и вздутие живота. У больных I группы преобладала разлитая боль, у пациентов II группы — боль левосторонней локализации. 77,8% пациентов I группы отмечали сочетание абдоминальной боли с сердцебиением, раздражительностью, ощущением жара. Среди пациентов II группы связь между проявлениями СРК и НЦД наблюдалась у 42,9% больных.

**Выводы.** Клиническая картина СРК у больных молодого возраста с НЦД имеет свои особенности и определенным образом зависит от типа НЦД. Данные особенности следует учитывать врачу в своей практической деятельности.

**Ключевые слова:** функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта, синдром раздраженного кишечника, нейроциркуляторная дистония, клиника, диагностика.

A. A. Zazdravnov, O. V. Suprun  
Kharkiv National Medical University

## The peculiarities of the clinical course irritable bowel syndrome in young patients with neurocirculatory dystonia

**Objective** — to explore the peculiarities of the course of irritable bowel syndrome (IBS) in young patients, patients neurocirculatory dystonia.

**Materials and methods.** The investigation has been held on the 32 outpatients of yang age (9 males and 23 females) with irritable bowel syndrome (IBS) and associated neurocirculatory dystonia (NCD). From them, 18 patients with IBS had hypertensive type of NCD (I group), and the rest of the subjects had hypotonic type of NCD (II group).

**Results.** The main complaints of patients in both groups were abdominal pain, defecation disorders and abdominal bloating. Diffuse abdominal pain was predominant in patients of group 1, left-sided localization of the pain was predominant in patients of group 2. 77.8% of patients of group 1 have noted a combination of abdominal pain with palpitations, irritability, feeling of heat. The relationship between the clinical manifestations of IBS and NCD were observed only in 42.9% of patients of group 2.

**Conclusions.** The clinical IBS picture in young patients with NCD has own peculiarities, which depended on the type of NCD. These features should be considered by physicians in their practice.

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

**Контактна інформація**  
Заздравнов Андрій Анатолійович, д. мед. н., проф. кафедри  
61015, м. Харків, пров. Внуківський, 10  
Тел. (57) 733-17-00. E-mail: fammed@rambler.ru

*Стаття надійшла до редакції 10 червня 2015 р.*