



А. А. Заздравнов

Харківський національний медичний університет

## Синдром подразненого кишечника як вияв вегетативної вісцеральної дисфункції при ревматоїдному артриті

**Мета** — оцінити вегетативний баланс у хворих на ревматоїдний артрит (РА) із супутнім синдромом подразненого кишечника (СПК) та особливості перебігу СПК у цих пацієнтів залежно від типу вегетативної дисфункції.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 52 хворих на РА, зокрема 27 пацієнтів з РА, перебіг якого був обтяжений СПК. До групи порівняння залучено 25 хворих на РА без СПК. Вегетативний статус оцінювали за «Стандартизованим опитувальником для виявлення ознак вегетативних порушень», «Схемою обстеження для виявлення ознак вегетативних порушень» А. М. Вейна та за індексом Кердо.

**Результати.** Встановлено, що у хворих на РА у поєднанні із СПК вегетативні розлади траплялися частіше (у 21 пацієнта з 27), ніж у групі порівняння (у 12 хворих з 25). В обох групах виявлено переважання симпатикотонії. Більшу експресивність цього типу вегетативної дисфункції відзначено в основній групі. В клінічній симптоматиці СПК у хворих на РА переважали закрепи. Встановлено помірної сили прямий асоціативний зв'язок ( $Q=0,591$ ) між констипацією та наявністю симпатикотонії. Відмінностей за характеристиками больового синдрому залежно від типу вегетативної дисфункції не виявлено. При загостренні РА спостерігали зменшення експресивності клінічних виявів СПК (у 18 (69%) пацієнтів).

**Висновки.** Коморбідний патологічний стан РА та СПК існує переважно на тлі вегетативного симпатикотонічного дисбалансу, який набуває у цих пацієнтів генералізованого характеру. Формування СПК у хворих на РА можна розглядати як вегетативну вісцеральну дисфункцію, яка виникає внаслідок порушення регулюючого впливу вегетативної нервової системи. При загостренні РА клінічні вияви СПК нівелюються симптоматикою суглобового синдрому.

**Ключові слова:** ревматоїдний артрит, синдром подразненого кишечника, вегетативна дисфункція, клініка, патогенез.

Синдром подразненого кишечника (СПК) належить до функціональних захворювань травного тракту та визначається як розлад кишечника, при якому біль або неприємні відчуття (дискомфорт) у животі пов'язані з дефекацією, змінами частоти і характеру випорожнень або з іншими ознаками порушень кишкового транзиту. Існування СПК на тлі ревматичної патології — частий коморбідний стан. У 32% пацієнтів з фіброміалгією [13] та у 48,6% хворих на системний червоний вовчак [9] виявляється СПК. Характерні симптоми СПК нерідко спостерігаються при псоріатичному артриті [16] та системній склеродермії [8]. Існування СПК у хворих на ревматоїдний артрит (РА) є очікуваним

та прогнозованим, оскільки РА є ревматичною патологією.

СПК не можна вважати патологією винятково травного тракту або захворюванням нервової системи в класичному розумінні [14]. Ця патологія є новим біонейропсихосоціальним станом людини, який формується в певних соціальних умовах та виявляється гіперсприйняттям, гіперреактивністю, схильністю до обсессивно-компульсивних реакцій [15]. Серед хворих на СПК переважають особи з вегетативним дисбалансом [4]. У загальному сенсі кишкову диспепсію розглядають як один з клінічних маркерів синдрому вегетативної дистонії [2].

Вегетативна нервова система анатомічно та функціонально інтегрована з вісцеральними сенсорними шляхами. Вона також є модерато-

ром вісцеральної відповіді на імпульсацію з вищих нервових центрів при психологічному стресі та низці інших впливів [12]. Сукупність емоційно-особистісних і вегетативних розладів, тісна кореляція вираженості емоційних порушень зі змінами з боку автономної нервової системи дають підставу кваліфікувати вегетативні зміни при СПК як психовеgetативний синдром [1]. Зсув вегетативного балансу залежить від форми захворювання: у пацієнтів із СПК із закрепами переважає симпатикотонія, у хворих на СПК з діареєю — парасимпатикотонія. В осіб зі змішаною і недиференційованою формами СПК має місце загальний вегетативний дисбаланс, при цьому зменшується частка осіб з ейтонією та збільшуються частки пацієнтів із симпатико- і парасимпатикотонією [3].

Порушення діяльності вегетативної нервової системи часто супроводжують перебіг РА. В низці досліджень виявлено зниження активності парасимпатичної нервової системи на тлі активації симпатичної ланки [6, 10]. Існує обґрунтована думка, що вегетативна дисфункція відіграє певну роль в етіопатогенезі РА [7, 11].

Мета роботи — оцінити вегетативний баланс у хворих на ревматоїдний артрит із супутнім синдромом подразненого кишечника та особливості перебігу синдрому подразненого кишечника у цих пацієнтів залежно від типу вегетативної дисфункції.

### Матеріали та методи

Було обстежено 52 хворих на РА, яких розподілили на дві групи. До основної групи було залучено 27 пацієнтів з РА, перебіг якого був обтяжений СПК. Середній вік пацієнтів —  $(45,00 \pm 3,84)$  року. Серед пацієнтів переважали жінки (31). У всіх випадках встановлення діагнозу РА передувало появі виявів СПК. Середній термін виникнення СПК —  $(4,00 \pm 1,22)$  року після діагностування РА. До групи порівняння ввійшло 25 хворих на РА без ознак супутнього СПК. Обидві групи були порівнянні за основними ознаками (вік, співвідношення статей, серопозитивність, тривалість захворювання тощо) та використанням певних лікарських препаратів.

Функціональний характер ураження кишечника було встановлено на попередніх етапах обстеження. Дослідження вегетативного статусу проводили за «Стандартизованим опитувальником для виявлення ознак вегетативних порушень» (заповнює пацієнт) та «Схемою обстеження для виявлення ознак вегетативних порушень» А. М. Вейна (заповнює лікар) [1, 5]. Вегетативна дисфункція мала місце, якщо загальна

сума балів перевищувала 15 для «Опитувальника» та 25 для «Схеми обстеження».

Для оцінки стану вегетативної нервової системи вираховували вегетативний індекс Кердо (ІК) за формулою:

$$ІК = \left(1 - \frac{ДАТ}{ЧСС}\right) \cdot 100,$$

де ДАТ — діастолічний артеріальний тиск, мм рт.ст.; ЧСС — частота серцевих скорочень за 1 хв.

У разі  $ІК > 16$  діагностували симпатикотонію, у разі  $ІК < -16$  — парасимпатикотонію, у разі  $ІК$  від  $-15$  до  $15$  — ейтонію.

Статистичну обробку результатів здійснювали параметричними (t-критерій Стьюдента) та непараметричними ( $\chi^2$ ) методами. Асоціативний зв'язок установлювали шляхом обчислення коефіцієнта Юла (Q). Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез дорівнював 0,05.

### Результати та обговорення

За результатами анкетування пацієнтів (суб'єктивна оцінка) за стандартизованим опитувальником для виявлення ознак вегетативних порушень було встановлено, що у хворих на РА у поєднанні із СПК вегетативні розлади траплялися значущо ( $df = 1$ ,  $\chi^2 = 4,96$ ;  $p = 0,026$ ) частіше (у 21 пацієнта з 27), ніж у групі порівняння (у 12 хворих з 25). При лікарському обстеженні (об'єктивна оцінка) ознаки вегетативних порушень було виявлено у 20 (74,1 %) пацієнтів основної групи та у 12 (48,0 %) — групи порівняння ( $df = 1$ ,  $\chi^2 = 4,88$ ;  $p = 0,027$ ). Виразнішу вегетативну дисфункцію у пацієнтів основної групи було підтверджено значущими відмінностями в загальній кількості балів як при суб'єктивній, так і при об'єктивній оцінці (табл. 1).

Таблиця 1. Оцінка вегетативної дисфункції у хворих на ревматоїдний артрит, бали ( $M \pm m$ )

Метод оцінки	Основна група (n = 27)	Група порівняння (n = 25)
Суб'єктивний: стандартизований опитувальник для виявлення ознак вегетативних порушень	18,37 ± 0,87*	15,44 ± 0,87
Об'єктивний: схема обстеження для виявлення ознак вегетативних порушень	31,37 ± 1,77#	26,08 ± 2,01

Примітка. Відмінності при порівнянні з аналогічними показниками групи порівняння значущі: \*  $t = 2,372$ ;  $p = 0,022$ ; #  $t = 2,020$ ;  $p = 0,024$ .

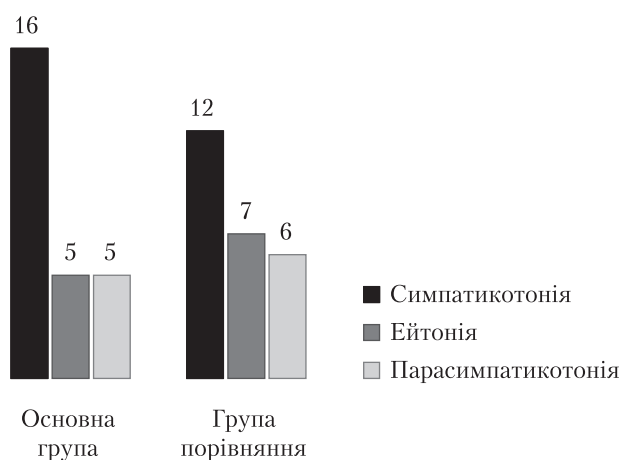


Рис. 1. Розподіл хворих (абсолютна кількість) на ревматоїдний артрит з вегетативними розладами за типом вегетативної дисфункції

Збіг результатів суб'єктивної та об'єктивної оцінки вегетативної дисфункції в окремого пацієнта дорівнював 95,2% для основної групи та 100,0% — для групи порівняння.

Незважаючи на те, що ІК є кардіоваскулярним, доцільність його застосування в цьому дослідженні була зумовлена генералізованим характером вегетативної дисфункції, яка поширювалася на інші, крім серцево-судинної, системи. При оцінці ІК з основної групи пацієнтів було виключено 1 хворого, в якого наявні за його суб'єктивною оцінкою вегетативні розлади не були підтверджені при об'єктивному обстеженні. В обох групах обстежених хворих переважала симпатикотонія (рис. 1). В основній групі пацієнтів вона траплялася дещо частіше (61,5%), ніж у групі порівняння (48%), проте значущих відмінностей в експресії окремих типів вегетативної дисфункції не виявлено ( $df = 2$ ,  $\chi^2 = 0,976$ ;  $p = 0,613$ ).

Величина ІК у хворих основної групи ( $22,63 \pm 1,083$ ) із симпатикотонією достовірно ( $t = 2,518$ ;  $p = 0,018$ ) перевищувала аналогічний показник групи порівняння ( $18,92 \pm 0,856$ ). Від-

мінностей за величиною ІК між групами осіб з ейтонією та нормотонією не виявлено ( $p > 0,05$ ).

Подальше дослідження було проведене на пацієнтах основної групи. При оцінці клінічної симптоматики СПК у хворих на РА було встановлено переважання закріпів — у 13 пацієнтів (у 10 — із симпатикотонією, в 1 — з ейтонією, у 2 — з парасимпатикотонією). Діарея траплялася рідше — у 8 хворих (у 3 — із симпатикотонією, у 2 — з ейтонією, у 3 — з парасимпатикотонією), чергування закріпів та діареї — у 5 осіб (у 4 — із симпатикотонією, в 1 — з парасимпатикотонією). Виявлено помірної сили прямий асоціативний зв'язок ( $Q = 0,591$ ) між констипацією та наявністю симпатикотонії.

Абдомінальний біль різного характеру (ниючий, колькоподібний, давлячий, розпираючий), інтенсивності та тривалості мав місце в усіх пацієнтів основної групи. Він не був пов'язаний з уживанням їжі, але залежав від акту дефекації. Біль посилювався перед дефекацією (за 5–30 хв) і зменшувався або зникав після випороження чи флатуса. Суттєвих відмінностей за характеристиками больового синдрому (тип болю, інтенсивність, тривалість тощо) залежно від типу вегетативної дисфункції не виявлено. Встановлено певні відмінності в локалізації абдомінального болю (табл. 2).

Суб'єктивно у хворих на РА та СПК із симпатикотонією переважав розлитий біль, у пацієнтів з ейтонією та парасимпатикотонією певна домінанта в локалізації болю була відсутня. Установлено відсутність значущих відмінностей у локалізації болю залежно від типу вегетативної дисфункції ( $df = 4$ ,  $\chi^2 = 3,394$ ;  $p = 0,494$ ). При пальпації живота у хворих із симпатикотонією досить часто (в 31,3% випадків) відзначено невідповідність локалізації пальпаторної болочості непальпаторним больовим відчуттям пацієнта.

Неочікуваним був результат зменшення експресивності клінічних виявів СПК при загостренні РА. На цей феномен звернули увагу 18 (69%) пацієнтів. Це можна пояснити тим, що

Таблиця 2. Локалізація абдомінального болю у хворих на синдром подразненого кишечника на тлі ревматоїдного артрити

Локалізація болю	Тип вегетативної дисфункції		
	Симпатикотонія (n = 16)	Ейтонія (n = 5)	Парасимпатикотонія (n = 5)
Розлитий	9 (56,2%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)
Правобічний	3 (18,8%)	2 (40,0%)	2 (40,0%)
Лівобічний	4 (25,0%)	2 (40,0%)	2 (40,0%)

в умовах загострення суглобового синдрому пацієнт менше уваги звертає на абдомінальні скарги, відбувалося «психоемоційне маскування» СПК виразними артралгіями.

### Висновки

Коморбідний патологічний стан РА та СПК існує переважно на тлі вегетативного симпатикотонічного дисбалансу, який набуває генералізо-

*Конфлікту інтересів немає.*

ваного характеру. Формування СПК у хворих на РА можна розглядати як вегетативну вісцеральну дисфункцію, яка виникає внаслідок порушення регулювального впливу вегетативної нервової системи. У пацієнтів із СПК на тлі РА існує прямий асоціативний зв'язок між констипацією та наявністю симпатикотонії. При загостренні РА клінічні вияви СПК нівелюються симптоматикою суглобового синдрому.

### Список літератури

1. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы. — М.: Медицина, 1998. — 624 с.
2. Григорьев К.И., Поважная Е.Л., Соловьева А.Л. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков // Мед. сестра. — 2013. — № 7. — С. 28—32.
3. Кульчицкая Е.Н., Станиславчук Н.А. Вегетативный дисбаланс у больных с синдромом раздраженного кишечника // Сучасна гастроентерол. — 2013. — №. 6. — С. 43—47.
4. Лоранская И.Д., Козлова Ю.А. Роль вегетативных нарушений в патогенезе синдрома раздраженного кишечника // Экспер. и клин. гастроэнтерол. — 2014. — № 7 (107). — С. 86—90.
5. Мачерет Е.Л., Мурашко Н.К., Писарук А.В. Методы диагностики вегетативной дисфункции // Укр. мед. часопис. — 2000. — № 2 (16). — С. 89—94.
6. Adlan A. M., Lip G. Y., Paton J. F. et al. Autonomic function and rheumatoid arthritis: a systematic review // Semin Arthritis Rheum. — 2014. — Vol. 44 (3). — P. 283—304. doi: 10.1016.
7. Bonaz V. Autonomic dysfunction: A predictive factor of risk to develop rheumatoid arthritis? // EBioMedicine. — 2016. — Vol. 6. — P. 20—21. Published online 2016 Mar 4. doi: 10.1016/j.ebiom.2016.03.005.
8. Franck-Larsson K., Graf W., Rönblom A. Lower gastrointestinal symptoms and quality of life in patients with systemic sclerosis: a population-based study // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2009. — Vol. 21 (2). — P. 176—182. doi: org/10.1097/meg.0b013e32831dac75.
9. García Carrasco M., Mendoza Pinto C., López Colombo A. et al. Irritable bowel syndrome-type symptoms in female patients with mild systemic lupus erythematosus: frequency, related factors and quality of life // J. Neurogastroenterol. Motil. — 2013. — Vol. 12. — P. 958—966. doi:10.1111/nmo.12230.
10. Koopman F.A., Stoof S.P., Straub R.H. et al. Restoring the balance of the autonomic nervous system as an innovative approach to the treatment of rheumatoid arthritis // Mol. Med. — 2011. — Vol. 17 (9—10). — P. 937—948. doi: 10.2119/molmed.2011.00065.
11. Koopman F.A., Tang M.W., Vermeij J. et al. Autonomic dysfunction precedes development of rheumatoid arthritis: A prospective cohort study // EBioMedicine. — 2016. — Vol. 6. — P. 231—237. doi: 10.1016/j.ebiom.2016.02.029.
12. Mayer E.A., Tillisch K. The brain-gut axis in abdominal pain syndromes // Ann. Rev. Med. — 2011. — Vol. 62. — P. 381—396. doi: 10.1146/annurev-med-012309-103958.
13. Sperber A.D., Akiva S., Leshno M. et al. Validation of new symptom-based fibromyalgia criteria for irritable bowel syndrome comorbidity studies // J. Neurogastroenterol. Motil. — 2011. — Vol. 17 (1). — P. 67—72. doi:10.5056/jnm.2011.17.1.67.
14. Susanta K.P., Swapnajeet S., Sonali M., Saroj K.S. Irritable bowel syndrome: Is it «irritable brain» or «irritable bowel»? // J. Neurosci. Rural Pract. — 2015. — Vol. 6 (4). — P. 568—577. doi: 10.4103/0976-3147.169802.
15. Tanaka Y., Kanazawa M., Fukudo S., Drossman D.A. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome // J. Neurogastroenterol. Motil. — 2011. — Vol. 17 (2). — P. 131—139. doi: 10.5056/jnm.2011.17.2.131.
16. Zohar A., Cohen A.D., Bitterman H. et al. Gastrointestinal comorbidities in patients with psoriatic arthritis // Clin. Rheumatol. — 2016. — Vol. 35 (11). — P. 2679—2684.

### А.А. Заздравнов

Харьковский национальный медицинский университет

## Синдром раздраженного кишечника как проявление вегетативной висцеральной дисфункции при ревматоидном артрите

**Цель** — оценить вегетативный баланс у больных ревматоидным артритом (РА) с сопутствующим синдромом раздраженного кишечника (СРК) и особенности течения СРК у этих пациентов в зависимости от типа вегетативной дисфункции.

**Материалы и методы.** Обследовано 52 больных РА, в том числе 27 пациентов с РА, течение которого было осложнено СРК. Группу сравнения составили 25 больных с РА без СРК. Вегетативный статус оценивали по «Стандартизированному опроснику для выявления признаков вегетативных нарушений», «Схеме обследования для выявления признаков вегетативных нарушений» А. М. Вейна и индексу Кердо.

**Результаты.** Установлено, что у больных РА в сочетании с СРК вегетативные расстройства встречались более часто (у 21 пациента из 27), чем в группе сравнения (у 12 больных из 25). В обеих группах выявлено преобладание симпатикотонии. Более высокая экспрессивность данного типа вегетативной дисфункции отмечена в основной группе. В клинической симптоматике СРК у больных РА преобладали запоры. Установлена прямая ассоциативная связь ( $Q=0,591$ ) между консистенцией и симпатикотонией. Различий по характеристикам болевого синдрома в зависимости от типа вегетативной дисфункции не выявлено. При обострении РА наблюдали уменьшение экспрессивности клинических проявлений СРК (у 18 (69%) пациентов).

**Выводы.** Коморбидное патологическое состояние РА и СРК существует преимущественно на фоне вегетативного симпатикотонического дисбаланса, который приобретает у данных пациентов генерализованный характер. Формирование СРК у больных РА можно рассматривать как вегетативную висцеральную дисфункцию, возникающую вследствие нарушения регулирующего действия вегетативной нервной системы. При обострении РА клинические проявления СРК нивелируются симптоматикой суставного синдрома.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, синдром раздраженного кишечника, вегетативная дисфункция, клиника, патогенез.

A. A. Zazdravnov

Kharkiv National Medical University

## Irritable bowel syndrome as a manifestation of autonomic visceral dysfunction in patients with rheumatoid arthritis

**Objective** — to assess the autonomic balance in patients with rheumatoid arthritis (RA) with concomitant irritable bowel syndrome (IBS) and IBS peculiarities of these patients according to the type of autonomic dysfunction.

**Materials and methods.** The study involved 52 patients with RA, including 27 patients with RA complicated by IBS. 25 patients presented isolated RA (control group). The vegetative status was assessed on the basis of «Standardized questionnaire for signs of autonomic disorders», «Inspection schemes for signs of autonomic disorders» by A. M. Wayne, and the Kerdo index.

**Results.** It was found that in patients with RA in combination with IBS, the autonomic disorders encountered more frequently (in 21 patients out of 27) than in the control group (12 patients out of 25). Sympathicotonia was predominant in both groups of the examined patients. The higher expressiveness of this type of autonomic dysfunction was observed in the main group. Constipation prevailed in the clinical IBS symptoms in RA patients. The direct correlation ( $Q=0.591$ ) of average power between the presence of constipation and sympathicotonia was discovered. The differences in the characteristics of pain depending on the type of autonomic dysfunction were not observed. The reduction of expressiveness of clinical IBS manifestations was observed during RA exacerbation in 18 (69%) patients.

**Conclusions.** The comorbid pathological condition of RA and IBS exists mainly against the background of autonomic sympathicotonic imbalance, which acquires a generalized character in these patients. The IBS formation in RA patients can be considered as visceral autonomic dysfunction, occurring as the result of violations of the regulatory action of the autonomic nervous system. При обострении РА клинические проявления СРК нивелируются симптоматикой суставного синдрома. During RA exacerbation, the IBS clinical manifestations are leveled by the symptoms of articular syndrome.

**Key words:** rheumatoid arthritis, irritable bowel syndrome, autonomic dysfunction, clinical features, pathogenesis.

---

### Контактна інформація

Заздравнов Андрій Анатолійович, д. мед. н., проф. кафедри загальної практики — сімейної медицини та внутрішніх хвороб  
61015, м. Харків, пров. Внуківський, 10. Тел. (57) 725-06-35  
E-mail: fammed@rambler.ru

Стаття надійшла до редакції 10 лютого 2017 р.