

Синдром вегетативної дистонії у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у сполученні з ішемічною хворобою серця

А.А.Джахаф, Л.М.Іванова

Луганський державний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини
Луганськ, Україна

У хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у сполученні з ішемічною хворобою серця синдром вегетативної дистонії, який впливав на формування клінічних проявів пептичної виразки, характеризувався загальною слабкістю, підвищеною втомлюваністю, зниженням толерантності до фізичного навантаження, порушеннями сну, емоційною лабільністю.

Ключові слова: пептична виразка дванадцятипалої кишки, ішемічна хвороба серця, синдром вегетативної дистонії.

ВСТУП

У життєдіяльності організму людини важлива роль належить вегетативній нервовій системі, яка регулює та координує роботу органів та систем. Майже у 80% пацієнтів виявляються вегетативні порушення, які, як правило, є вторинними, що виникають на фоні не тільки психічних, неврологічних, але й соматичних захворювань, і називаються «синдромом вегетативної дистонії» [6].

У останній період в Україні зареєстровано понад 6 млн хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), смертність від якої займає перше місце у структурі смертності від хвороб системи кровообігу [8, 11, 13].

Водночас у загальній структурі захворювань патологія органів травлення займає третє місце [1-4, 7], у тому числі пептична виразка дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК) зустрічається у 14% населення [9, 10].

В наш час ПВ ДПК в певній мірі відносять до психосоматичних захворювань. За даними авторів [5], що вивчали психічний статус хворих на ПВ у період загострення, у 95% хворих спостерігалися істотні психічні розлади. У структурі цих порушень переважали синдроми іпохондрії й астенії, які нерідко поєднувалися з тривожно-депресивними і фобічними розладами. Найбільшою мірою це стосується хворих з виразками, що важко рубцюються. Підтвердженням цьому служать повідомлення [5, 12], що прогресуючий перебіг ПВ пов'язаний з переважанням симпатичної дисрегуляції і характеризується зростанням емоційної напруженості, тривожно-депресивних рис особистості. Встановлена наявність тісного зв'язку між скаргами хворих на ПВ ДПК та їх психічним статусом, ставленням до хвороби й оцінкою якості життя. Відомі факти виникнення виразок після стресових ситуацій. Порушення можуть виникати в центральному і периферичному відділах вегетативної нервової системи (ВНС), обумовлюючи формування морфологічних змін у слизовій гастродуоденальній зоні [2, 4], патологічних вісцеро-вісцеральних рефлексів [1, 3], порушень евакуаторної функції шлунка і ДПК [2, 4]. Психосоматичні порушення відіграють також велике значення у формуванні ІХС, яка часто трапляється, особливо в останні роки, поєднано з ПВ ДПК [8].

У сучасних умовах зростає кількість хворих зі сполученою патологією, що призводить до зміни типової клінічної симптоматики. Однак аналіз спільних механізмів патогенезу, у тому числі вегетативних порушень у хворих на ПВ ДПК та ІХС, проведено не в достатній мірі, що робить дану тему актуальною.

Метою дослідження було вивчити вегетативні порушення у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у сполученні з ішемічною хворобою серця.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під нашим наглядом знаходилось 87 хворих на ПВ ДПК у сполученні з ІХС віком від 25 до 59 років (чоловіків 187,5%, жінок 112,5%) з тривалістю поєднаної патології від 1 до 10 років.

Діагноз ПВ ДПК верифікували згідно з критеріями Маастрихтського консенсусу III (2006) та Наказом МОЗ України №271 (2005), ІХС згідно з критеріями ВООЗ (1999) та рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2006) на підставі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження.

Стан ВНС досліджували за допомогою інтегральних стандартизованих шкал-таблиць (А.М.Вейн, 2000). Суб'єктивна шкала, на запитання якої відповідали хворі (у балах), могла свідчити про наявність психоемоційних порушень. Об'єктивна шкала заповнювалась дослідником і дозволяла підтверджувати або виключати наявність психоемоційних порушень. У здорових осіб сума балів суб'єктивної шкали не перевищувала 15 балів, об'єктивної 25 балів. Якщо сума балів була вищою відповідно на 15 та 25 балів, діагностували психовегетативні порушення.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

ПВ ДПК вважається прикладом психосоматичного захворювання у зв'язку з тим, що зміни з боку ВНС відіграють значну роль як у виникненні захворювання, так і в клінічному перебігу. При цьому порушення ВНС виступають в якості механізму, через який реалізуються психосоматичні взаємодії.

Результати дослідження ВНС, отримані в обстежених хворих під час вивчення вегетативних індексів, свідчили про наявність дисбалансу ВНС. Аналіз анамнезу дозволив у 69 (79,1%) хворих із коморбідною патологією виявити стресові або конфліктні ситуації, частіше хронічні, на виробництві або в родині, тривалу напружену працю. Негативні емоції впливали на формування постійного емоційного збудження, створювали передумови до його сумачі і дію на мозкові структури і вісцеральні функції, хронізацію патологічного процесу та періодичні рецидиви ПВ ДПК.

В обстежених хворих був виявлений синдром вегетативної дистонії, представлений слабкістю у 78 (89,2%) хворих, підвищеною втомлюваністю, зниженням толерантності до фізичної напруги у 80 (91,7%), порушеннями сну у 48 (55,8%), емоційною лабільністю у 60 (69,2%) хворих. Загальна слабкість була майже постійною, пору-

шення сну визначалися стереотипними скаргами на тяжке засинання, тривожні сни з кошмарними сновидіннями, часті просинання.

Прояви вегетативної дистонії це реакція організму на перевантаження, підвищення вимог, порушення внутрішньої рівноваги як ознаки загального неспецифічного синдрому адаптації стресу. Цей механізм лежить в основі проявів вегетативних вісцеральних і судинних реакцій, тобто процесів, які зумовлюють підтримку гомеостазу. Соматичні порушення при цьому виявляються у посиленні секреторної активності і дискінезіях шлунково-кишкового тракту. Емоційні стреси, які мають важливе місце в патогенезі ПВ ДПК, набувають особливого значення сьогодні у зв'язку з погіршенням соціально-економічного добробуту населення.

Таким чином, неодноразові тривалі реакції на несприятливу ситуацію, «відреаговані» в лімбіко-кортикальному апараті, призводять до застою емоційного збудження, яке активізує центральні утворення ВНС, а через них порушується регуляція діяльності органів і систем, у тому числі серцево-судинної та травної. Якщо гастродуоденальний відділ у хворого є слабкою ланкою вегетативного забезпечення в організмі, то може розвинути дисбаланс системи агресії і захисту. У ситуаціях, коли активація ВНС не мобілізує ресурси організму на боротьбу, а включає своєрідне «порочне коло» патологічного психосоматичного реагування за «місцем найменшого опору», можливе формування пускових механізмів рецидивування захворювань травної системи. Усе перераховане вказує, що ПВ ДПК це не сумачія місцевих уражень ДПК, а системне захворювання, в якому соматичні порушення опосередковані вегетативною дисфункцією.

Так, ступінь вираженості синдрому вегетативної дистонії істотно впливав на формування клінічних проявів ПВ ДПК у обстежених хворих на ІХС. Зокрема, у пацієнтів з типовими ниючими болями в епігастральній ділянці, які виступали моносимптомом, зазначені найменші вегетативні зміни (37 хворих 142,6%).

Навпаки, у хворих з явищами нудоти і блювання (59 осіб 168,2%) виявлені дезадаптивні тенденції стосовно хвороби і зниження оцінки якості життя. Для таких хворих були більш характерні різні порушення сну і скарги астеничного характеру. Необхідно відмітити, що вирішального значення набували не тяжкі емоційні потрясіння, а постійні дрібні, але численні повсякденні стреси.

Майже у 70% хворих зі сполученою патологією відмічалася наявність тривоги, яка клінічно проявлялася безпредметним відчуттям внутрішньої напруги, неспокоєм, очікуванням на небезпеку, нещастя, відчуттями безпорадності, невпевненос-

ті в собі, безсиллям перед зовнішніми чинниками, перебільшенням їх загрозливого характеру, що супроводжувалися вираженими вегетативними компонентами та залежали від характеру вираженості клінічних проявів сполученої патології. Причому майже у половини хворих спостерігалася канцерофобія (43 особи/49,1%). Крім того хворі відмічали невпевненість в собі, занижену самооцінку, образливість, значну кількість соматичних скарг, невпевненість у майбутньому, часті коливання настрою, тобто депресивні та іпохондричні особові риси, що розцінювались нами як певні ланки патогенезу.

ВИСНОВКИ

Синдром вегетативної дистонії у хворих із сполученою патологією у вигляді ПВ ДПК та ІХС характеризувався загальною слабкістю, підвищеною втомлюваністю, зниженням толерантності до фізичного навантаження, порушеннями сну, емоційною лабільністю. Ступінь вираженості синдрому вегетативної дистонії істотно впливав на формування клінічних проявів ПВ ДПК в обстежених хворих на ІХС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабак О.Я. Необходимость впровадження заходів по боротьбі з хелікобактерійною інфекцією в Україні / О.Я.Бабак // Журнал АМН України.І1999.ІТ.4, №3.ІС. 508-514.
2. Бабак О.Я. Нужна ли антихеликобактерийная терапия при хроническом гастрите и пептических язвах? / О.Я.Бабак // Сучасна гастроентерологія. І2001.І№3.ІС. 3-9.
3. Бабак О.Я. Порівняльна ефективність потрійних схем антихелікобактерійної терапії у хворих з виразкою дванадцятипалої кишки, асоційованою з резистентними штамми *Helicobacter pylori* / О.Я.Бабак, Г.Д.Фадєєнко // Сучасна гастроентерологія.І2002. І№1 (7).ІС. 39-41.
4. Бабак О.Я. Стандартная антихеликобактерийная терапия (Maastricht 2000 Consensus): насколько она актуальна сегодня? / О.Я.Бабак // Сучасна гастроентерологія.І2005.І№2 (22).ІС. 4-6.
5. Белобородова Э.И. Психофизиологические аспекты язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста / Э.И.Белобородова, Н.А.Корнетов, Л.А.Орлова // Клиническая медицина.І2002.І№7.ІС. 36-38.
6. Вейн А.М. Идеи нервизма в гастроэнтерологии / А.М.Вейн // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. І2000.І№3.ІС. 76-79.
7. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення / М.В.Голубчиков // Сучасна гастроентерологія і гепатологія.І2000.І№1.ІС. 17-20.
8. Горбась І.М. Популяційні аспекти серцево-судинних захворювань у дорослого населення України / І.М.Горбась, І.П.Смирнова // Український кардіологічний журнал.І2006.ІСпец. вип.ІС. 44-48.
9. Передерий В.Г. От Маастрихта 111996 до Маастрихта 3І2005: десятилетний путь революционных преобразований в лечении желудочно-кишечных заболеваний / В.Г.Передерий, С.М.Ткач, Б.Н.Марусанич // Сучасна гастроентерологія.І2005. – №6. – С. 4-8.
10. Щербинина М.Б. Язвенная болезнь: современный взгляд на вопросы патогенеза / М.Б.Щербинина // Диагностика та лікування.І2005. – №2-3. – С. 26-34.
11. Boo Y.C. Flow-dependant regulation of endothelial nitric oxide syntase: role of protein kinases / Y.C.Boo, H.Jo // Am. J. Physiol. Cell. Physiol.І2003.ІVol. 285. IP. 499-508.
12. Chan F.K.L. Peptic ulcer disease / F.K.L.Chan, W.K.Leung // Lancet.І2002.ІVol. 360.ІP. 933-941.
13. Vaughan C.J. Statins do more, than lower cholesterol / C.J.Vaughan, M.B.Murphy, B.M.Buckley // Lancet. І2004.ІVol. 378.ІP. 1072-1079.

А.А.Джахаф, Л.Н.Иванова. Синдром вегетативной дистонии у больных с пептической язвой двенадцатиперстной кишки в сочетании с ишемической болезнью сердца. Луганск, Украина.

Ключевые слова: пептическая язва двенадцатиперстной кишки, ишемическая болезнь сердца, синдром вегетативной дистонии.

У больных с пептической язвой двенадцатиперстной кишки в сочетании с ишемической болезнью сердца синдром вегетативной дистонии характеризовался общей слабостью, повышенной утомляемостью, понижением толерантности к физической нагрузке, нарушениями сна, эмоциональной лабильностью и влиянием на формирование клинических проявлений пептической язвы.

A.A.Dgahaf, L.N.Ivanova. Syndrome of vegetative dystonia in patients with peptic ulcer of the duodenum in combination with ischemic heart disease.

Key words: peptic ulcer of duodenum, ischemic heart diseases, syndrome of vegetative dystonia.

Syndrome of vegetative dystonia at patients with the peptic ulcer of duodenum in combination with ischemic heart diseases characterizes by increase of tiredness, decrease of tolerance to the physical exercise, disorders of sleep, emotional lability and influence on clinical picture of the peptic ulcer.

Надійшла до редакції 13.03.2010 р.