

Клінічний перебіг синдрому подразненого кишечника у хворих молодого віку на нейроциркуляторну дистонію

О.В. Супрун

Харківський національний медичний університет

У статті описано клінічну картину поєданого перебігу синдрому подразненого кишечника (СПК) та нейроциркуляторної дистонії (НЦД) у хворих молодого віку. Показано особливості больового абдомінального синдрому та порушень дефекації залежно від типу НЦД (гіпертонічний або гіпотонічний). Розглянуто умови, за яких виникають загострення СПК у даних пацієнтів. Показана роль сімейного лікаря у здійсненні контролю за даним коморбідним станом.

Ключові слова: функціональні захворювання травного тракту, синдром подразненого кишечника, нейроциркуляторна дистонія, клініка, діагностика.

Становлення сімейної медицини як основної (стратегічної) ланки первинної медичної допомоги (ПМД) є загальнодержавним пріоритетом подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Передбачається, що амбулаторне ведення пацієнтів повинно здійснюватись саме сімейними лікарями. До найбільш поширених амбулаторних захворювань терапевтичного профілю відносять синдром подразненого кишечника (СПК) та нейроциркуляторну дистонію (НЦД). Таким чином, вивчення особливостей симптоматики поєданого перебігу СПК та НЦД є нагальною потребою для практичної діяльності сімейного лікаря.

У структурі патології органів травного тракту (ТТ) функціональні захворювання посідають значне місце. Від 40% до 60% пацієнтів старшого віку мають дисфункціональні розлади [2]. Останні трактуються як варіабельна комбінація хронічних або рецидивуючих симптомів, які неможливо пояснити структурними або біохімічними змінами. Функціональні шлунково-кишкові розлади розглядаються як клінічний варіант взаємодії психосоціальних факторів і фізіології травного каналу через вісь «мозок–кишечник» [3]. Найбільш значущим за рівнем захворюваності у популяції, фінансово-економічним та соціальним навантаженням серед функціональних захворювань ТТ є СПК. Симптоми СПК мають єдиний механізм розвитку – порушення вісцеральної чутливості, що проявляється зниженням порогу сприйняття болю, порушенням моторики кишечника і транспорту газів [4, 8].

СПК не можна вважати патологією виключно ТТ або ж хворобою нервової системи у класичному розумінні. Дане захворювання є новим біонейропсихосоціальним станом людини, яке формується у певних соціальних умовах й проявляється гіперсприйняттям, гіперреактивністю, схильністю до депресивних й обсесивно-компульсивних реакцій [1, 4, 6, 7].

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

Таким чином, комбінація СПК та НЦД є поєднанням двох хронічних функціональних нозологій з подібним патогенезом, наявністю психоневротичних та вісцеральних

клінічних проявів, що не впливають на тривалість життя, але суттєво погіршують його якість.

Мета дослідження: дослідження особливостей клінічного перебігу СПК у пацієнтів молодого віку, хворих на НЦД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В амбулаторно-поліклінічних умовах були обстежені 32 хворих (9 чоловіків та 23 жінки) на СПК віком від 20 до 39 років із супутньою НЦД. У I групу увійшли 18 пацієнтів, які мали гіпертонічний тип НЦД, II групу склали 14 хворих з гіпотонічним типом НЦД. Верифікація діагнозів СПК та НЦД була виконана на попередніх етапах обстеження пацієнтів. В усіх випадках діагноз НЦД передував встановленню діагнозу СПК.

При статистичному обробленні результатів визначали непараметричний критерій χ^2 , який відображав наскільки значно відрізняються одна від іншої емпіричні та теоретичні частоти змінних. Критичний рівень значущості внаслідок перевірки статистичних гіпотез складав 0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основними СПК пацієнтів обох груп (спостерігалися у 100% випадків) були больовий абдомінальний синдром та порушення дефекації. Слід зазначити певні труднощі, що виникали під час опитування пацієнтів. Привертала увагу неспроможність хворих чітко розрізнити фізичний біль та емоційну реакцію, неможливість визначити характеристики болю (інтенсивність, тривалість, локалізацію). Подібні проблеми вимагали деталізації запитань, вербального моделювання ситуації. Необхідно відзначити, що об'єктивний стан обстежених хворих обох груп ніколи не відповідав тяжкості скарг, що пред'являлись. Дана невідповідність спостерігалася загалом серед жінок.

Абдомінальний біль мав різноманітний характер (ниючий, колькоподібний, давлячий, розпираючий), різну інтенсивність та 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 або випорожнення. Суттєвих відмінностей у характеристиках больового синдрому між групами обстежених не відзначалось. Дещо іншу картину спостерігали при оцінюванні локалізації абдомінального болю (таблиця).

У хворих I групи переважав розлитий біль, у пацієнтів II групи – біль лівобічної локалізації. Відмінності у частоті виявлення певних локалізацій абдомінального болю між пацієнтами I та II груп були достовірними ($df=2$, $\chi^2=6,479$; $p=0,039$). Слід відзначити, що при пальпації живота досить часто (у 33,3% випадків у пацієнтів I групи та в 35,7% випадків у хворих II групи) спостерігалася невідповідність локалізації пальпаторної болючості непальпаторним больовим відчуттям хворого.

Характерною особливістю больового синдрому в обстежених пацієнтів обох груп була його відсутність (мінімальна

Локалізація абдомінального болю у обстежених пацієнтів

Локалізація абдомінального болю	I група, n=18		II група, n=14	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Весь живіт (біль розлитий)	9	50,0	3	21,4
Правобічна	5	27,8	3	21,4
Лівобічна	4	22,2	8	57,2

виразність) вночі та значне зменшення інтенсивності болю під час фізичної активності.

Порушення дефекації у обстежених хворих була розподілена наступним чином: у I групі хворих пронос турбував 9 (50%) хворих, закрепи – 6 (33,3%) пацієнтів, змішані розлади дефекації – 3 (16,7%) осіб; у II групі хворих – 5 (35,7%) та 4 (28,6%) пацієнтів відповідно. 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 I групи порівняно з пацієнтами II групи вірогідних розбіжностей в експресії певних розладів дефекації виявлено не було ($df=2, \chi^2=0,891; p=0,641$).

Здуття живота турбувало 15 (83,3%) обстежених I групи та 12 (85,7%) хворих II групи. Експресивність даної скарги не залежала від характеру споживаної їжі.

Характеризуючи умови, за яких виникали наведені вище абдомінальні скарги, слід зазначити, що у пацієнтів I групи спостерігався чіткий зв'язок між погіршенням стану з боку кишечнику (СПК) та збільшенням експресивності серцево-судинних проявів (НЦД): 14 (77,8%) пацієнтів вказали на поєднання абдомінального болю із серцебиттям, дратівливістю, відчуттям жару. Серед пацієнтів II групи зв'язок між проявами СПК та НЦД відзначили лише 6 (42,9%) осіб. Дані розбіжності між групами обстежених осіб були вірогідними ($df=1, \chi^2=4,097; p=0,043$).

На стресові ситуації в якості тригерного фактору загострення СПК вказали 12 (66,7%) осіб I групи та 6 (42,9%) хворих II групи. Проте розбіжності між групами були недовірними: $df=1, \chi^2=1,814; p=0,178$.

Клиническое течение синдрома раздраженного кишечника у лиц молодого возраста с нейроциркуляторной дистонией
Е.В. Супрун

В статье описана клиническая картина сочетанного течения синдрома раздраженного кишечника (СРК) и нейроциркуляторной дистонии (НЦД) у больных молодого возраста.

Показаны особенности болевого абдоминального синдрома и нарушений дефекации в зависимости от типа НЦД (гипертонический или гипотонический). Рассмотрены условия, при которых возникали обострения СПК у данных пациентов. Показана роль семейного врача в осуществлении контроля за данным коморбидным состоянием.

Ключевые слова: функциональные заболевания пищеварительного тракта, синдром раздраженного кишечника, нейроциркуляторная дистония, клиника, диагностика.

Сведения об авторе

Супрун Елена Валерьевна – Кафедра общей практики–семейной медицины и внутренних болезней Харьковского национального медицинского университета, 61009, г. Харьков, пер. Кривомазова, 6; тел.: (050) 194-00-75

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бурулова О.Е. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание (обзор) / О.Е. Бурулова, И.В. Козлова, Ю.Н. Мяслина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 232–237.
2. Междисциплинарный подход к синдрому раздраженного кишечника / В.М. Махов, Л.В. Ромасенко, Т.В. Турко [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2013. – № 13. – С. 702–704.
3. Пиманов С.И. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей / С.И. Пиманов, Н.Н. Силивончик – Витебск: Издательство ВГМУ, 2006. – 160 с.
4. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / Под ред. В.И. Симаненкова. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 335 с.
5. Силивончик Н.Н. Функциональная дис-

пепсия у подростков / Н.Н. Силивончик, Д.Д. Мирутко // Мед. новости. – 2009. – № 6. – С. 31–34.

6. Functional bowel disorders in primary care: factors associated with health-related quality of life and doctor consultation / V. Lee [et al.] // J. Psychosom. Res. – 2008. – Vol. 64, № 2. – P. 129–138.

7. Hillila M.T. Societal costs for irritable bowel syndrome – a population based study / M.T. Hillila, N.J. Farkkila, M.A. Farkkila // Scand. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 45, № 5. – P. 582–591.

8. Psychosocial distress and somatic symptoms in community subjects with irritable bowel syndrome: a psychological component is the rule / R.S. Choung, G.R. Locke, A.R. Zinsmeister [et al.] // Amer. J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 104, № 7. – P. 1772–1779.

ВИСНОВКИ

Клінічна картина СПК у хворих на НЦД має свої особливості й, 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. Також у хворих на СПК на тлі НЦД за гіпертонічним типом відзначається зв'язок між виникненням абдомінального болю та загостренням клінічної симптоматики НЦД.

Дані особливості клінічного перебігу СПК на тлі НЦД слід враховувати сімейному лікарю у своїй практичній діяльності. Підтримка і пояснення пацієнтові суті та прогнозу його захворювання є першим та необхідним кроком немедикаментозного лікування, який у багатьох випадках може бути достатнім.

The clinical course of irritable bowel syndrome in young patients with neurocirculatory dystonia
O.V. Suprun

The clinical picture of the combined course of irritable bowel syndrome (IBS) and neurocirculatory dystonia (NCD) in young patients has been described in the article.

Features of abdominal pain syndrome and disorders of defecation, depending on the type of NCD (hypertonic or hypotonic) were shown. The conditions under which the exacerbation of IBS occurred in these patients were reviewed. The role of the family doctor in monitoring of the comorbid conditions was shown.

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

Статья поступила в редакцию 19.02.2015