

УДК 616.3-008.053.8

Г.Д. Фадеенко, А.А. Несен, О.В. Чирва

КОМОРБИДНОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Резюме. В статье освещено современное состояние проблемы коморбидной патологии, этиопатогенетических факторов развития функциональных нарушений вегетативной нервной системы и органов желудочно-кишечного тракта у лиц организованной студенческой популяции. Представлены основные результаты исследования частоты встречаемости клинических вариантов сочетания нейроциркуляторной дистонии и функциональных заболеваний органов пищеварения

среди молодых. Уделено внимание таким наиболее значимым триггерным факторам коморбидной функциональной патологии, как образ жизни, режим питания и психоэмоциональное состояние.

Ключевые слова: коморбидность, нейроциркуляторная дистония, функциональные заболевания органов пищеварения, частота встречаемости, триггерные факторы.

Введение. В современной медицине в виду более широкого понимания патогенетических основ патологического состояния больного особое внимание уделяется понятиям «коморбидность», «коморбидные заболевания или состояния», «мультикоморбидность» [1-3, 5]. Способность клинициста рассматривать физическое состояние пациента как интегрирующую всех процессов, учитывать физиологические аспекты взаимодействия регуляторных систем организма и оценивать факт взаимного отягощения различных патологий позволяет осуществлять комплексный подход к терапии. Актуальным является вопрос подбора медикаментозного лечения для больных сочетанной патологией. Так, Hughes L.D. et al. (2013) подчеркивают, что пациенту с пятью нетяжелыми заболеваниями назначается не менее 11 лекарственных препаратов согласно современным рекомендациям по лечению. Безусловно, риск побочных эффектов в данных условиях повышается в несколько раз [5].

Системность патологических нарушений можно объяснить с точки зрения многокомпонентности составляющих здоровья. В основе развития заболевания лежат поломки как в физическом, так и в психологическом компоненте. Исходя из этого, психосоматические заболевания, являющиеся в большинстве случаев сочетанными, требуют особого внимания. Так, у больных нейроциркуляторной дистонией (НЦД) изучаются распространенность и особенности заболеваний системы пищеварения. Установлено, что у 50 % больных НЦД наблюдаются сопутствующие заболевания системы пищеварения в период нестойкой ремиссии и обнаружен феномен взаимного отягощения течения в 7,14 % [2]. По данным разных авторов, от 70 % до 90 % пациентов с функциональной диспепсией (ФД) и синдромом раздраженного кишечника (СРК) страдают сопутствующими психическими расстройствами, в частности депрессиями (включая дистимию), тревожными расстройствами (панические атаки), шизофренией, расстройствами эмоциональной сферы и тревожными нарушениями.

Открытое неконтролируемое клиническое исследование проведено на базе ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харькова.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости сочетания НЦД и функциональных заболеваний органов пищеварения (ФЗОП) среди лиц организованной студенческой популяции, установление наиболее распространенных клинических вариантов сочетания исследуемых нозологий с оценкой роли основных этиологических факторов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 113 лиц организованной студенческой популяции – 68 (60,2 %) женщин и 45 (39,8 %) мужчин, средний возраст которых составил $19,93 \pm 0,76$ лет, $p < 0,05$. Студенты самостоятельно заполняли анкеты образа жизни и опросники Вейна с целью установления вегетативного статуса, производились сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр, стандартные лабораторные и инструментальные методы обследования. Диагноз «нейроциркуляторная дистония» устанавливался согласно стандартному протоколу (Наказ № 436 МОЗ України від 03.07.2006). Диагностика «функциональной диспепсии», «дискинезии желчевыводящих путей» и «синдрома раздраженного кишечника» проведена согласно стандартному протоколу (Наказ № 271 МОЗ України від 13.06.2005) в соответствии с диагностическими критериями Rome Criteria III (2006) и рекомендациями Всемирной Гастроэнтерологической Организации (2009), после процедуры получения информированного согласия. На основании результатов анкетирования и обследования все студенты были разделены на две группы: I – лица с установленной НЦД (кардиальная форма) и II – практически здоровые лица без признаков НЦД (группа контроля).

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования 62 % осмотренных (70 человек) были распределены в основную группу (НЦД, кардиальная форма), а именно 49 (72,1 %)

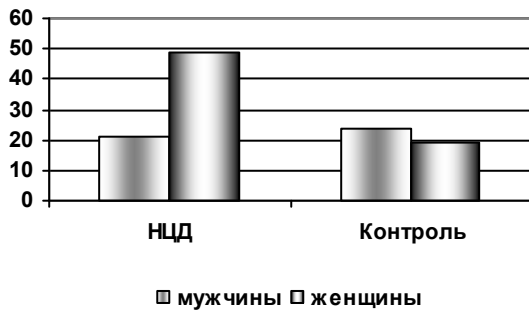


Рис. 1. Распределение обследованных студентов по полу (n=113)

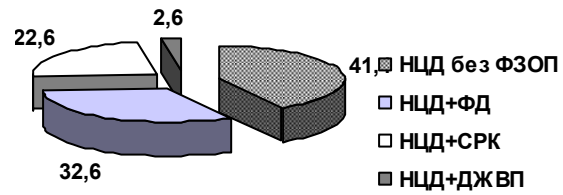


Рис. 2. Распределение больных нейрциркуляторной дистонией в зависимости от наличия функциональной патологии желудочно-кишечного тракта (%)

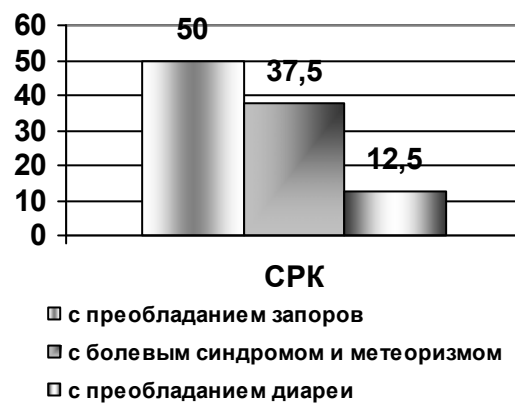
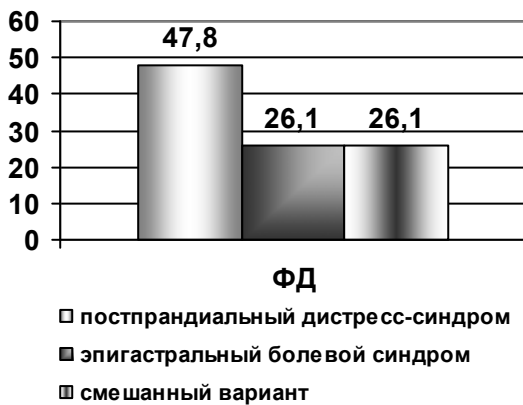


Рис. 3. Варианты функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника у обследованных пациентов с нейрциркуляторной дистонией, %

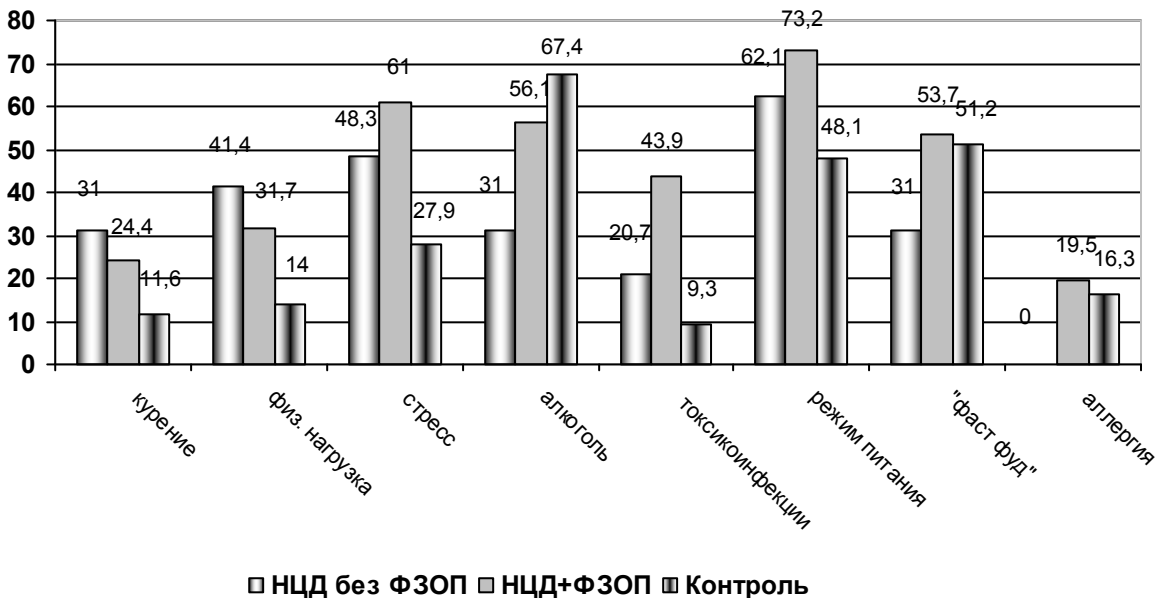


Рис. 4. Роль триггерных факторов развития функциональной патологии, %

женщин и 21 (46,7 %) мужчина из всех обследованных. Практически здоровыми оказались соответственно 43 человека (среди них – 19 (44,2 %) женщин и 24 (55,8 %) мужчины) – контрольная группа. На рис. 1 показано распределение по полу включенных в исследование лиц.

В зависимости от наличия у больных НЦД (основная группа) функциональной патологии органов пищеварения мы разделили обследуемых на несколько подгрупп: 1-ую составили пациенты с установленной ФД (НЦД+ФД), 2-ая – подгруппа больных СРК (НЦД+СРК), 3-я подгруппа

– лица с установленной дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП) (НЦД+ДЖВП) и, наконец, 4-ую – составили студенты с НЦД без сопутствующей функциональной патологии органов пищеварения (группа сравнения).

Выявлено, что наиболее частым вариантом сочетания вегетативной дисфункции и функциональной патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является НЦД и ФД. Так, у 23 пациентов (56,1 %) основной группы были выявлены различные варианты ФД – эпигастральный болевой синдром (ЭБС) зарегистрирован у шести больных, постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС) у 11 и смешанный вариант ФД наблюдался у шести пациентов. Более чем у трети больных НЦД был установлен диагноз СРК – (16 больных (39 %)). Причем преобладающим оказался вариант СРК с преобладанием запоров и на втором месте – СРК с болевым синдромом и метеоризмом (50 % и 37,5 % соответственно) согласно современной классификации. ДЖВП была выявлена у небольшого количества пациентов – всего два случая на фоне НЦД. Следует отметить, что у семи (17,1 % среди лиц с НЦД+ФЗОП) пациентов из выше охарактеризованных групп наблюдался так называемый синдром перекреста «overlap syndrome», т.е. сочетание ФЗОП. Так, у шести больных диагностированы ФД с СРК и у одного обследованного зарегистрировано сочетание СРК с ДЖВП. Полученные нами данные согласуются с ранее проведенными исследованиями других авторов. По данным обзора Международной гастроэнтерологической ассоциации, ФД отмечается у 42–87% пациентов с СРК [3, 6], что объясняется с позиции общих патофизиологических аспектов. Suzuki H. and Hibi T. (2011), проанализировав частоту встречаемости синдрома перекреста в различных популяциях, выявили, что сочетание ФД с СРК может варьировать от 11 % до 27 % случаев, причем ФД-СРК overlap ассоциируется с более тяжелыми клиническими проявлениями [7]. При сочетании ФД и СРК у больных чаще всего отмечается дискинетический вариант ФД (ПДС) и обстипационный вариант СРК (с преобладанием запоров). При дальнейшем развитии патологии среди клинических проявлений чередуясь могут преобладать как симптомы ФД, так и симптомы СРК. У больных с СРК в сочетании с билиарной дисфункцией более выражен абдоминальный болевой синдром, выше частота и выраженность вегетативной дисфункции. Значимую роль играют генетические, средовые и психосоциальные факторы, воздействующие на функционирование центральной и вегетативной нервной системы, что в конечном итоге реализуется как развитие висцеральной гиперчувствительности и нарушения моторики желудочно-кишечного тракта [4].

В группу сравнения вошли 29 пациентов (41,1 %) с НЦД без сопутствующей патологии органов пищеварения. На рисунках 2, 3 продемонстрирована частота встречаемости различных клинических вариантов сочетания НЦД и ФЗОП среди обследованных.

Анализ опросников образа жизни позволил установить определенную роль некоторых триггерных факторов развития функциональной патологии у обследованных студентов. Так, в группе сравнения (НЦД без ФЗОП) курят 31 % больных, ведут малоподвижный образ жизни (физическая нагрузка менее четырех часов в неделю) 41,4 %, отмечают наличие хронического психоэмоционального стресса практически половина пациентов – 48,3 %, не соблюдают режим питания 62,1 %. Оценивая эти показатели в контрольной группе, получены следующие значения: курят – 11,6 %, оценивают физическую нагрузку как недостаточную – 14 % лиц, подвергаются хроническому стрессу 27,9 % и нерегулярное питание отмечено практически у половины здоровых студентов – 48,1 %, причем большая часть опрошенных питается «фаст фудом» (51,2 % группы контроля).

Интересные данные получены при анкетировании больных НЦД в сочетании с ФЗОП. Оказалось, наличие психоэмоционального стресса отмечает 61 % лиц, что является самым высоким показателем и подтверждает психосоматическое звено патогенеза функциональных расстройств органов пищеварения. Употребляют алкогольные напитки 56,1 % больных сочетанной функциональной патологией, по сравнению с 31 % лиц без ФЗОП. Перенесли в анамнезе (за последние два года) пищевые токсикоинфекции 43,9 % пациентов группы (НЦД+ФЗОП), 20,7 % – в группе (НЦД без ФЗОП) и в контрольной группе – всего 9,3 %. Среди студентов с сочетанием НЦД и ФЗОП 73,2 % не соблюдают режим питания, регулярно питаются «фаст фудом» 53,7 % больных. Также следует отметить, что 19,5 % пациентов основной группы отмечают в анамнезе аллергические заболевания, в то время, как в группе сравнения и группе контроля в целом данный показатель составляет 9,7 %, что подтверждает роль висцеральной гиперчувствительности и иммунного компонента в механизме развития дисмоторных проявлений функциональной патологии ЖКТ. Для большей наглядности проанализированные показатели представлены на рисунке 4.

Оценка показателей количества часов сна в сутки в исследуемых группах выявила следующие результаты: (7,07±0,54) часов в группе (НЦД без ФЗОП), (6,49±0,41) часов в группе (НЦД+ФЗОП) и (8,10±0,41) – у практически здоровых студентов, $p < 0,05$. Кратность приема пищи в течение дня также достоверно отличалась: (2,83±0,34); (2,46±0,17); и (4,00±0,27) раз соответственно, $p < 0,05$. Также обследуемые студенты в своих анкетах указывали количество стаканов чистой воды, выпиваемых за сутки. Полученные результаты выглядят следующим образом: (3,86±0,92) стаканов воды в группе (НЦД без ФЗОП), (2,95±0,88) стаканов в группе (НЦД+ФЗОП) и (6,00±0,83) стаканов чистой воды за сутки выпивают лица контрольной группы $p < 0,05$. Таким образом, недосыпание, большие промежутки времени между приемами пищи, со-

четаються с нерегулярним режимом питания, а также недостаточное количество выпиваемой за сутки чистой воды являются достоверными факторами развития функциональной патологии органов пищеварения на фоне вегетативного дисбаланса у обследованных лиц молодого возраста.

Выводы

1. Среди обследованной организованной студенческой популяции достаточно высока частота встречаемости нейроциркуляторной дистонии, причем достоверно чаще развитию нейровегетативной дисфункции подвержены лица женского пола. Одним из проявлений нейроциркуляторной дистонии являются функциональные заболевания органов пищеварения. Результаты проведенного нами исследования показывают, что наиболее часто встречающимися клиническими вариантами коморбидной функциональной патологии являются нейроциркуляторная дистония и функциональная диспепсия, а также нейроциркуляторная дистония и синдром раздраженного кишечника, причем преобладают постпрандиальный дистресс-синдром функциональной диспепсии и обстипационный вариант синдрома раздраженного кишечника среди лиц организованной студенческой популяции. «Синдром перекреста» функциональной патологии желудочно-кишечного тракта на фоне нейроциркуляторной дистонии встречается более чем у 17 % молодых респондентов.

2. Согласно полученным результатам, наиболее значимыми этиопатогенетическими факторами в развитии нейроциркуляторной дистонии у лиц молодого возраста являются малоподвижный образ жизни, хронические стрессовые ситуации, недосыпание, беспорядочный режим питания. Формированию функциональной патологии органов пищеварения, в первую очередь, способствуют дисфункция вегетативной нервной системы, психоэмоциональное перенапряжение, употребление алкогольных напитков, неправильный ре-

жим питания, систематическое недостаточное употребление чистой питьевой воды, ежедневное питание по типу «фаст фуд», что характерно для лиц организованной студенческой популяции. Отдельное внимание в патогенезе функциональных заболеваний органов пищеварения обращают на себя склонность к аллергическим заболеваниям, а также перенесенные пищевые токсикоинфекции.

Перспективы дальнейших исследований.

Детальное и широкое понимание функциональных заболеваний, что будет способствовать оптимизации методов коррекции коморбидной патологии у лиц молодого возраста.

Литература

1. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности // Монография; изд. 8, перераб. и доп. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2013. – 297 с.
2. Волошин О.І. Метаболічні та гастроентерологічні аспекти дії А-дистону у хворих на ішемічну хворобу серця та нейроциркуляторну дистонію / О.І. Волошин, В.Л. Васюк, І.В. Окіпняк // Ліки України. – 2010. – № 2. – С. 40-42.
3. Махов В.М. Коморбидность дисфункциональных расстройств органов пищеварения / В.М. Махов, Л.В. Ромасенко, Т.В. Турко // Рос. мед. ж.: Болезни органов пищеварения. – 2007. – № 2. – С. 37-42.
4. Синдром «перекреста»: синдром раздраженного кишечника и функциональные расстройства билиарного тракта / М.Ф. Осипенко, В.И. Бут-Гусаим, Н.Б. Волошина [и др.] // Сиб. мед. ж. – 2008. – № 5. – С. 21-26.
5. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity / L.D. Hughes, D. Lloyd, McMurdo [et al.] // Age and Ageing. – 2013. – Vol. 42, № 1. – P. 62-69.
6. Kazutoshi H. Analysis of the gastrointestinal symptoms of uninvestigated dyspepsia and irritable bowel syndrome gut and liver / H. Kazutoshi, M. Takayuki, M. Hiroto // Gut and Liver. – 2009. – Vol. 3, № 3. – P. 192-196.
7. Suzuki H. Overlap syndrome of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome - are both diseases mutually exclusive? / H. Suzuki, T. Hibi // Journal of Neurogastroenterology and Motility. – Vol. 17, № 4. – 2011. – P. 360-365.

КОМОРБІДНІСТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ І НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Г.Д. Фадєєнко, А.О. Несен, О.В. Чирва

Резюме. У статті висвітлено сучасний стан проблеми стосовно коморбідної патології, етіопатогенетичних чинників розвитку функціональних порушень вегетативної нервової системи та органів шлунково-кишкового тракту в осіб організованої студентської популяції. Представлені основні результати дослідження частоти зустрічальності клінічних варіантів поєднання нейроциркуляторної дистонії і функціональних захворювань органів травлення серед молодих. Приділено увагу таким найбільш значущим тригерним чинникам коморбідної функціональної патології, як спосіб життя, режим харчування і психоемоційний стан.

Ключові слова: коморбідність, нейроциркуляторна дистонія, функціональні захворювання органів травлення, частота зустрічальності, тригерні фактори.

COMORBIDITY OF FUNCTIONAL DISORDERS OF THE DIGESTIVE SYSTEM AND NEUROCIRCULATORY DYSTONIA IN THE YOUNG

G.D. Fadiieenko, A.A. Nesen, O.V. Chirva

Abstract. The paper represents the current state of the problem, regarding comorbidity pathology, the etiopathogenetical factors of functional disorders of the autonomic nervous system and the gastrointestinal tract in patients of an organized

student population. The basic results of the frequency of occurrence and possible clinical variants of a combination of neurocirculatory dystonia and functional digestive diseases in the young are submitted. Attention is given to such important trigger factors of comorbid functional pathology as lifestyle, dietary pattern and psychoemotional state.

Key words: comorbidity, neurocirculatory dystonia, functional gastrointestinal disorders, frequency of occurrence, trigger factors.

SI "Institute of Therapy Named after L.T. Malaya of the NAMS of Ukraine" (Kharkov)

Рецензент – проф. О.С. Хухліна

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 3 (67), part 2. – P. 187-191

Надійшла до редакції 17.04.2013 року

© Г.Д. Фалеєнко, А.А. Несен, О.В. Чирва, 2013

УДК 616.36-003.826: 616.36.018

О.С. Хухліна, О.Є. Мандрик, В.С. Гайдичук, А.А. Антонів

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ТА ІНТЕНСИВНОСТІ ФІБРОЗООУТВОРЕННЯ У ПЕЧІНЦІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. У статті наведені дані щодо патоморфологічних змін печінки у хворих на НАСГ та ГХ II стадії. У результаті отримано дані про прогресування фіброзу в печінковій тканині, який зростає зі збільшенням ступеня активності стеатогепатиту.

Ключові слова. неалкогольний стеатогепатит, ожиріння, гіпертонічна хвороба, фіброз печінки.

Вступ. Сучасні досягнення гепатології сприяли визнанню провідної ролі системи сполучної тканини (СТ) у патогенезі прогресування захворювань печінки [2, 5, 6]. Фіброз печінки – це прогресуючий патологічний процес, що персистує на тлі запалення і призводить до накопичення надлишку компонентів матриксу в позаклітинному просторі [3]. Якщо цей процес супроводжується неефективною резорбцією сполучної тканини, а також надмірною регенерацією, він призводить до спотворення нормальної архітектоники печінки, і в кінцевому результаті – до цирозу печінки [1, 4]. Активними зараз є намагання науковців щодо пошуку вірогідних біохімічних маркерів інтенсивності фіброзоутворення [3, 6, 8].

„Золотим стандартом” діагностики фіброзу сьогодні є прижиттєва біопсія печінки із морфологічним дослідженням біоптатів та оцінкою стадій фіброзу за одною із запропонованих шкал (R.Knodell, Ishak, V.J.Desmet, METAVIR, E.Brunt) [3, 7]. Широко впроваджуються в практику неінвазивні методи дослідження: фіброеластографія печінки, а також біохімічний фібротест, запатентований Т. Роупард [7]. Незважаючи на високий рівень вивчення патоморфологічної картини та закономірностей прогресування фіброзу печінки при неалкогольному стеатогепатиті (НАСГ) на тлі ожиріння, цукрового діабету типу 2 (ЦД) [5, 8], особливості фіброзоутворення в печінковій тканині та його метаболічні передумови при

НАСГ за коморбідності з гіпертонічною хворобою (ГХ) вивчені недостатньо.

Мета дослідження. Встановити особливості морфологічних та біохімічних маркерів фіброзу печінки при НАСГ, що розвинувся на тлі ожиріння I-II ступеня та ГХ II стадії.

Матеріал і методи. Обстежено 80 хворих на НАСГ на тлі ожиріння I-II ступеня, у тому числі: 40 хворих на НАСГ (1-ша група) (20 хворих на НАСГ м'якої активності (1-ша група), 20 хворих на НАСГ помірної активності (16 група)); 40 хворих на НАСГ із коморбідною ГХ II ст. (2-га група) (20 хворих на НАСГ м'якої активності (2а група), 20 хворих на НАСГ помірної активності (2б група)). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку та статі. Біопсія печінки виконана 20 хворим на НАСГ із супровідною ГХ II ст., 20 хворим на НАСГ із нормальним АТ. Біоптати печінки отримували шляхом черезшкірної чи лапароскопічної прицільної біопсії. Свіжий матеріал фіксували протягом 22 годин у нейтральному забуференому 10 % водному розчині формаліну, після чого здійснювали зневоднювання у висхідній батареї етанолу і заливку в парафін. Із парафінових блоків на санному мікротомі виготовляли зрізи товщиною 6-7 мкм. Парафінові зрізи завтовшки 5 мкм монтували на неімуногенні предметні скельця SuperFrost®Plus (Germany). Морфометричні дослідження виконували з використанням програмного забезпечення «Інтеграл-

© О.С. Хухліна, О.Є. Мандрик, В.С. Гайдичук, А.А. Антонів, 2013