



Г. Д. Фадееенко, О. В. Чирва

ГУ «Национальный институт терапии
имени Л. Т. Малой НАМН Украины», Харьков

Особенности сочетания функциональных заболеваний органов пищеварения и нейроциркуляторной дистонии у лиц молодого возраста

Цель — изучить частоту функциональных заболеваний органов пищеварения (ФЗОП) на фоне нейроциркуляторной дистонии (НЦД) среди лиц организованной студенческой популяции, установить наиболее распространенные варианты сочетания исследуемых нозологий, оценить роль основных триггерных факторов и особенности клинических проявлений.

Материалы и методы. Обследовано 139 лиц (52 мужчины, 87 женщин). Средний возраст — $(21,2 \pm 0,3)$ года. Пациентов распределили на две группы: I (основная группа) — лица с установленной НЦД, кардиальная форма, II (группа контроля) — практически здоровые лица. В зависимости от наличия у больных НЦД ФЗОП сформированы подгруппы: 1-я — пациенты с установленной функциональной диспепсией (НЦД + ФД), 2-я — с синдромом раздраженной кишки (НЦД + СРК), 3-я — с дискинезией желчевыводящих путей (НЦД + ДЖВП), 4-я — с «синдромом перекрещивания» (overlap syndrome), 5-я — студенты с НЦД без сопутствующей функциональной патологии органов пищеварения (группа сравнения).

Результаты. Группу НЦД + ФД составили 16,6% обследованных, НЦД + СРК — 5,8%, НЦД + ДЖВП — 2,9%, НЦД + «синдром перекрещивания» — 7,9%, НЦД без ФЗОП — 29,5%, группу контроля — 37,4%. 60,0% респондентов основными причинами своего заболевания считали нерациональное питание, около четверти (26,7%) опрошенных указывали на хронический психоэмоциональный стресс. Установлена достоверная взаимосвязь между развитием НЦД и триггерными факторами: недостаточная физическая нагрузка (41,5%; $p = 0,005$), психоэмоциональный стресс (61,0%; $p = 0,002$), недосыпание (19,5%; $p = 0,015$). Основными триггерными факторами развития ФЗОП у лиц с НЦД были: употребление алкогольных напитков (67,4%; $p < 0,001$), длительные интервалы между приемами еды (47,8%; $p = 0,028$), недостаточное употребление чистой питьевой воды (78,3%; $p < 0,001$), перенесенные пищевые токсикоинфекции (47,8%; $p = 0,005$), наличие пищевой аллергии (34,8%; $p = 0,015$) в анамнезе, употребление лекарственных препаратов (47,8%; $p = 0,003$).

Выводы. Более 60% обследованных лиц организованной студенческой популяции имели признаки НЦД. У более чем половины больных НЦД выявлены сопутствующие ФЗОП. Чаще всего наблюдали сочетание НЦД + ФД. Основными триггерными факторами развития ФЗОП у лиц с НЦД являются: употребление алкогольных напитков, большие интервалы между приемами еды, недостаточное употребление чистой питьевой воды, перенесенные пищевые токсикоинфекции, наличие пищевой аллергии в анамнезе, употребление лекарственных препаратов (преимущественно нестероидных противовоспалительных средств).

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

Проблемы здоровья лиц молодого возраста в значительной степени недооцениваются, поскольку данная возрастная категория воспри-

нимается как здоровая. Однако вопросы профилактики заболеваний в этой возрастной группе являются одними из актуальных [14]. Согласно современным представлениям, к основным направлениям превентивной медицины относят-

ся: установление факторов риска хронических неинфекционных социально значимых заболеваний, изучение конституционально-типологических особенностей разных популяций (соматотипов), оценка функционально-адаптационных резервов организма неинвазивными методами и своевременная коррекция выявленных донозологических отклонений. Установлено, что уровень здоровья человека только на 10–15 % зависит от предоставления своевременной медицинской помощи, на 35–40 % — от социальных условий, в которых он проживает, и на 45–55 % — от образа жизни [9, 10].

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) является одним из наиболее распространенных заболеваний. По данным многочисленных эпидемиологических исследований, вегетативные нарушения в популяции имеют место у 25–80 % лиц [5]. В общей структуре патологии сердечно-сосудистой системы доля НЦД составляет 32–50 %, у лиц молодого возраста — до 75 %. В большинстве случаев симптомы заболевания появляются в молодом или зрелом возрасте (15–40 лет) [2, 6], чаще — у женщин. НЦД встречается у 20–25 % студентов высших учебных заведений, что обусловлено влиянием таких стрессовых ситуаций, как дезадаптация к новым по сравнению со школой условиям обучения, дефицит времени, оторванность от привычных домашних условий, нервно-эмоциональное перенапряжение при сдаче зачетов и экзаменов [8].

К числу часто встречающихся патологий также относятся функциональные заболевания органов пищеварения (ФЗОП), что подтверждается большим количеством больных, в том числе молодого и трудоспособного возраста. Приблизительно 20–40 % населения имеет те или иные проявления функциональных расстройств органов пищеварения. По данным популяционных исследований в Северной Америке, Европе и Австралии, общая частота встречаемости функциональной диспепсии (ФД) среди населения составляет от 7 до 41 % [20]. Синдром раздраженного кишечника (СРК) регистрируют у 5–10 % взрослого населения развитых стран, он занимает третье место по частоте в структуре гастроэнтерологической патологии [11]. По другим данным, СРК встречается более чем у 60,0 % населения, при этом 2/3 пациентов не обращаются за медицинской помощью [4]. Обращаемость за медицинской помощью по поводу симптомов функциональных заболеваний органов пищеварения преимущественно определяется социальным положением больных. Во многих случаях заболевание остается недиагностированным, вследствие

этого такие лица занимаются либо самолечением, либо вообще не лечатся.

Актуальной проблемой в гастроэнтерологической практике является так называемый синдром перекреста функциональных нарушений органов пищеварения (overlap syndrome), то есть наличие у больного одновременно двух и более функциональных расстройств. По данным обзора Международной гастроэнтерологической ассоциации, ФД отмечается у 42–87 % пациентов с СРК [15], что объясняется с позиции общих патофизиологических аспектов. Н. Suzuki и Т. Hibi (2011), проанализировав частоту встречаемости «синдрома перекреста» в разных популяциях, обнаружили, что частота сочетания ФД с СРК составляет от 11 до 27 %, причем ФД-СРК overlap ассоциируется с более тяжелыми клиническими проявлениями [19]. При сочетании ФД и СРК у больных часто отмечается дискинетический вариант ФД и обстипационный вариант СРК. При дальнейшем развитии патологии среди клинических проявлений могут преобладать то симптомы ФД, то СРК.

Особый интерес вызывает высокая частота встречаемости сочетания НЦД и функциональной патологии органов пищеварения. Это объясняется не только распространенностью данных заболеваний, но и общими патогенетическими аспектами. Так, в сложном патофизиологическом механизме развития ФЗОП важное место принадлежит функциональному состоянию вегетативной регуляции. Генетические, средовые и психосоциальные факторы могут нарушать функционирование центральной и вегетативной нервной системы, что приводит к развитию висцеральной гиперчувствительности и нарушению моторики желудочно-кишечного тракта. Более половины пациентов с ФЗОП отмечают такие внекишечные проявления, как головная боль по типу «стягивающего обруча», неудовлетворенность выдохом, ощущение кома в горле, колющая боль в области сердца, боль в поясничной области, учащенное мочеиспускание, что свидетельствует о дисрегуляции вегетативной нервной системы. У трети больных могут возникать различные психоневрологические расстройства (депрессия, тревожный синдром, фобии, истерия) [12].

В ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малої НАМН України» проведено открытое контролируемое клиническое исследование.

Цель исследования — изучить частоту встречаемости ФЗОП на фоне НЦД среди лиц организованной студенческой популяции, установить наиболее распространенные варианты сочетания исследуемых нозологий, оценить роль

основных триггерных факторов и особенности клинических проявлений.

Материалы и методы

В исследование было включено 139 лиц (52 мужчины, 87 женщин) в возрасте от 19 до 30 лет, средний возраст — $(21,2 \pm 0,3)$ года. С целью оценки состояния вегетативной нервной системы все обследованные заполняли опросник Вейна. Проводили сбор жалоб и анамнеза (в том числе с использованием анкеты образа жизни), объективное обследование. Применяли стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования. При наборе клинического материала руководствовались следующими критериями исключения из исследования: наличие установленной органической патологии органов пищеварения, почек и печеночной недостаточности, патологии соединительной ткани (системная красная волчанка, дерматомиозит, системная склеродермия), патологии клапанного аппарата сердца, эндокринных нарушений (гипо-или гиперфункция щитовидной железы), нервно-мышечной патологии (мышечная дистрофия, миотония, опухоли центральной нервной системы), инфекции *Helicobacter pylori*, оперативного вмешательства в анамнезе жизни.

Диагноз «нейроциркуляторная дистония» устанавливали согласно стандартному протоколу (приказ МЗ Украины № 436 от 03.07.2006 г.). Диагностика «функциональной диспепсии» и «синдрома раздраженного кишечника» проведена согласно стандартному протоколу (приказ МЗ Украины № 271 от 13.06.2005 г.) в соответствии с Римскими критериями III (2006) и ре-

комендациями Всемирной гастроэнтерологической организации (2009) после получения информированного согласия.

На основании результатов анкетирования и обследования студентов разделили на две группы: I (основная) — лица с установленной НЦД, кардиальная форма, II (контрольная) — практически здоровые лица без признаков НЦД. В зависимости от наличия у больных НЦД функциональной патологии органов пищеварения мы разделили обследуемых на несколько подгрупп: 1-ю составили пациенты с установленной ФД (НЦД + ФД), 2-ю — больные с СРК (НЦД + СРК), 3-ю — пациенты с дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП) (НЦД + ДЖВП), 4-ю — лица с установленным «синдромом перекреста», 5-ю (группу сравнения) — студенты с НЦД без сопутствующей функциональной патологии органов пищеварения (рис. 1).

Результаты и обсуждение

Большинство больных (69,1 %) были в возрасте от 19 до 22 лет, 23,7 % — от 22 до 26 лет, 7,2 % — от 26 до 30 лет.

Большинство обследованных были студентами начальных курсов вузов. Именно в этот период происходит изменение образа жизни, связанное с новыми условиями обучения, и могут проявляться начальные функциональные нарушения как в нейровегетативной сфере, так и со стороны желудочно-кишечного тракта. У студентов старшей возрастной категории чаще наблюдали более выраженную степень патологического процесса, что ассоциировалось преиму-

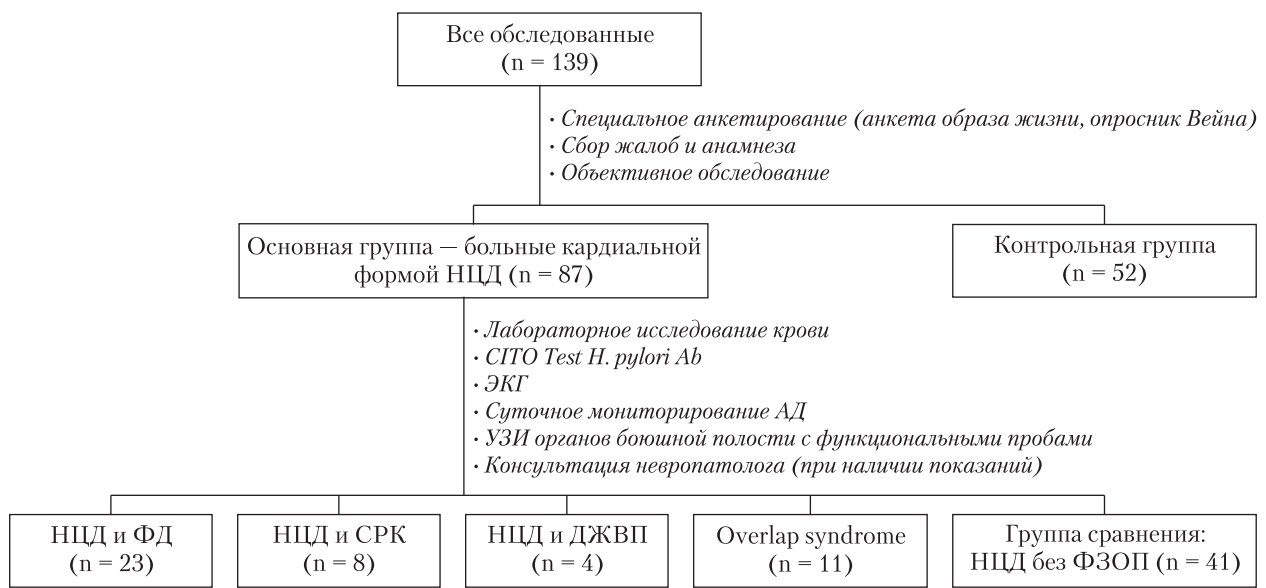


Рис. 1. Схема распределения обследованных лиц на группы

щественно с органическими нарушениями (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастродуоденит, язвенная болезнь и др.).

Группу контроля составили 52 человека, которые не имели никаких жалоб и клинически значимых отклонений в состоянии здоровья. Эта категория составляла 37,4% обследованных, то есть примерно 1/3 лиц молодого возраста оказались практически здоровыми. Остальные обследованные имели признаки НЦД, кардиальная форма. Среди них преобладали женщины — 72,4% (63 человека). Такое распределение больных по полу, с нашей точки зрения, является неслучайным. Известно, что женщины чаще страдают НЦД. Это прежде всего связано с выраженной эмоциональной лабильностью, что повышает риск дезинтеграции нейрогормональной и метаболической регуляции сердечно-сосудистой и других систем на уровне коры головного мозга, гипоталамуса и лимбической зоны [8].

Все пациенты с установленной НЦД имели жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы: 90,8% жаловались на ощущение дискомфорта в области сердца, возникающее на фоне психоэмоционального, умственного перенапряжения, уменьшающееся при смене деятельности и умеренной физической нагрузке; 72,4% больных отмечали усиленное сердцебиение (частота сердечных сокращений более 90 уд./мин) при психоэмоциональных и физических нагрузках, перемене положения тела из горизонтального в вертикальное. Напротив, 7 (8,1%) человек указывали на брадикардальный синдром (частота сердечных сокращений менее 60 уд./мин), что в большинстве случаев сопровождалось похолоданием ладоней и стоп, избыточной потливостью, склонностью к головокружениям и объяснялось снижением автоматизма синоатриального узла вследствие значительного повышения тонуса блуждающего нерва [7]. Аритмический синдром отмечен у 62,1% больных НЦД, во всех случаях он был представлен функциональной экстрасистолией. Эпизоды экстрасистол описывались больными как ощущение внезапного «толчка» с последующим «замиранием» в области сердца. Также часто встречающимися жалобами у больных НЦД были: раздражительность (35,6%), неустойчивость настроения (41,4%), снижение работоспособности (70,1%), повышенная потливость (39,1%), склонность к похолоданию рук и стоп, мраморный рисунок и цианотичный оттенок кожи кистей рук (63,2%), ощущение затруднения при дыхании (32,2%), головные боли и головокружения (59,8%), обмороки (9,2%). У больных НЦД наблюдалась

склонность к умеренному преваляированию симпатической нервной системы над парасимпатической, в то время как в контрольной группе чаще встречалась эйтония (среднее значение индекса Кердо в основной группе $12,1 \pm 1,5$, в контрольной — $6,6 \pm 1,8$ ($p < 0,05$)).

У 46 (52,9%) пациентов, страдающих кардиальной формой НЦД, выявлены признаки функциональных заболеваний органов пищеварения. На фоне дисфункции вегетативной нервной системы 29,9% лиц имели жалобы на боли в эпигастриальной области, не уменьшающиеся после дефекации, 19,5% — указывали на боли по ходу кишечника, ассоциированные с изменениями частоты и формы стула и уменьшающиеся после дефекации. Жалобы на неприятное ощущение жжения в эпигастриальной области предъявляли 27,6% больных НЦД, столько же пациентов отмечали постпрандиальное переполнение (неприятное ощущение долговременного нахождения пищи в полости желудка). Быстрое пренасыщение, то есть чувство переполнения желудка непосредственно после еды, которое не соответствует количеству съеденного и не позволяет доесть пищу до конца, отмечали 26,4% обследованных. Тошнота и изжога встречались с одинаковой частотой — 5,8%. Жалобы на метеоризм и урчание в животе предъявляли 16,1% больных НЦД. 19,5% обследованных основной группы имели жалобы на нарушение стула: запоры — в 8,1% случаев, преобладание диареи — в 4,6% и чередование запоров с диареей — в 6,9%. Только 7 (8,1%) пациентов с проявлениями НЦД предъявляли жалобы на боли в правом подреберье, усиливающиеся после погрешностей в диете и в большинстве случаев сопровождающиеся горечью во рту.

В результате обследования пациентов с проявлениями кардиальной формы НЦД в зависимости от установленной функциональной патологии органов пищеварения распределили на подгруппы. Так, характерная для ФД картина выявлена у 33 (23,7%) больных. В подгруппу НЦД + ФД было включено 23 больных ФД, остальные одновременно имели проявления СРК и поэтому были включены в подгруппу Overlap syndrome (7,2% всех обследованных). Подгруппу НЦД + СРК составили 8 (5,8%) больных. Общее количество больных с СРК (с учетом пациентов подгруппы Overlap syndrome) составило 17. Среди больных НЦД клиническую картину СРК имели 12,2%. ДЖВП диагностирована у 7 (5,0% всех обследованных) лиц, 4 из них составили подгруппу НЦД + ДЖВП, а остальные имели сопутствующие ФД и СРК и поэтому были включены в подгруппу Overlap syndrome (рис. 2).

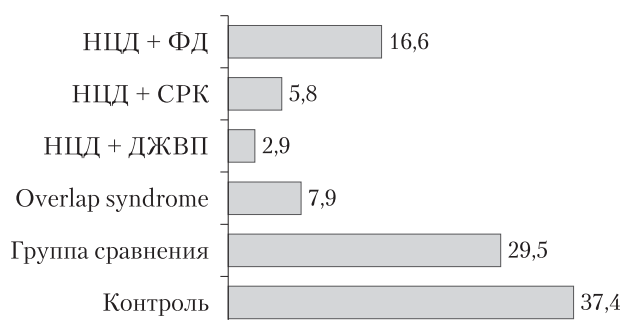


Рис. 2. Розподілення обстежених осіб на групи (n = 139)

Продовжителю жалоб со стороны органов пищеварения у больных ФЗОП составляла от 3 мес до 4 лет. Результаты самооценки причин развития функциональной патологии органов пищеварения у проанкетированных лиц во всех подгруппах были сходны: 60,0% респондентов основными причинами своего заболевания считали нерациональное питание, около 1/3 (26,7%) опрошенных указывали на хронический психо-

эмоциональный стресс. Интересные данные были получены при сравнении результатов анкетирования мужчин и женщин. Последние чаще испытывали психоэмоциональные стрессы по сравнению с мужчинами (соответственно 57,5 и 34,6%; $p = 0,009$). Продолжительность сна была больше у мужчин ($(7,7 \pm 0,2)$ и $(7,0 \pm 0,1)$ ч/сут; $p = 0,002$). Курящих мужчин было достоверно больше, чем курящих женщин (34,6 и 14,9%; $p = 0,007$). Среднее количество приемов пищи в течение дня у мужчин составило $(3,0 \pm 0,1)$ раза, у женщин — $(2,7 \pm 0,1)$ раза ($p = 0,043$). Достоверно большее количество мужчин регулярно употребляли сладкие газированные напитки (57,7%) и выпивали больше чистой питьевой воды в течение суток (4,5 стакана) по сравнению с женщинами (20,7%; $p < 0,001$ и $(3,3 \pm 0,3)$ стакана; $p = 0,016$). Согласно результатам анкетирования большее количество женщин принимали лекарственные препараты по различным причинам по сравнению с мужчинами (32,2 и 13,5%; $p = 0,014$).

В таблице представлены результаты обработки анкет образа жизни в группах.

Таблица. Результаты анкетирования обстежених осіб, %

Показатель	Основная группа (НЦД + ФЗОП; n = 46)	Група порівняння (НЦД; n = 41)	Контроль (n = 52)
Курение	30,4*	24,4	13,5
Недостаточная физическая нагрузка	37,0*	41,5*	15,4
Стресс	60,9*	61,0*	28,8
Алкоголь	67,4*	24,4	61,5
Сон менее 6 ч/сут	28,3*	19,5*	11,6
Последний прием пищи позднее 22:00	19,6	17,1	30,8
Несоблюдение режима питания	69,6	53,7	53,8
Большие промежутки между приемами пищи (прием пищи менее 3 раз/сут)	47,8**	31,7	36,5
Регулярное употребление сладких газированных напитков	28,3	31,7	42,3
Fast food	45,7	31,7	48,1
Количество употребляемой питьевой воды менее 3 стаканов в сутки	78,3**	41,5	55,8
Отказ от свежих овощей и фруктов	28,3	12,2	26,9
Пищевые токсикоинфекции в анамнезе	47,8**	29,3*	7,7
Употребление на момент опроса лекарственных препаратов по разным причинам	47,8**	17,1	11,5
Пищевые аллергии в анамнезе	34,8**	12,2	13,5

Примечание. * Различия относительно группы контроля статистически значимы ($p < 0,05$).

** Различия относительно группы сравнения статистически значимы ($p < 0,05$).

Установлено, что в группе больных НЦД + ФЗОП большее количество лиц употребляли алкогольные напитки по сравнению с пациентами с НЦД без патологии органов пищеварения. Определенную роль в риске развития ФЗОП, видимо, играют большие промежутки между приемами пищи (прием пищи менее 3 раз в сутки), на что указывает достоверность различий данных в группе больных ФЗОП и в группе сравнения ($p = 0,028$). Недостаточное употребление чистой питьевой воды достоверно более характерно для лиц с НЦД и сопутствующей патологией органов пищеварения ($p < 0,001$). 82,4% больных с СРК выпивали менее 3 стаканов чистой воды в сутки (при средней норме 8 стаканов в сутки, то есть 2,0 л), 1/3 проанкетированных (29,4%) данной группы вообще не употребляли свежих овощей и фруктов. Этим можно объяснить превалирование таких клинических форм, как СРК с констипационным синдромом и СПК с преобладанием болевого синдрома и метеоризма в подгруппе НЦД + СРК. Пищевые волокна — это неферментирующиеся полисахариды (пектин, камедь, метилцеллюлоза, гемицеллюлоза, лигнин, хитин и др.). Известно, что благодаря абсорбирующей способности они могут регулировать осмотичность, консистенцию и массу стула, ускорить кишечную перистальтику. Пищевые волокна являются субстратом для питания эндогенной анаэробной микрофлоры, что приводит к увеличению ее численности. Эндогенная микрофлора в свою очередь обеспечивает продукцию короткоцепочечных жирных кислот (КЖК), активацию местного иммунитета, антибактериальный эффект, энергообеспечение и регуляцию дифференцировки эпителия, поддержания ионного состава и газообмена [13].

Для группы больных ФЗОП характерна высокая доля лиц, перенесших пищевую токсикоинфекцию в течение последних 2 лет. В настоящее время клиницисты выделяют такие варианты ФЗОП, этиологически связанные с перенесенной пищевой токсикоинфекцией, как постинфекционная ФД и постинфекционный СРК. Так, G. Sarnelli и соавт. обследовали 150 больных с острым инфекционным гастроэнтеритом в анамнезе и показали, что постинфекционная ФД возникает у 20% пациентов [18]. Считают, что патогенез данного варианта ФД связан с дисфункцией NO-зависимых нейронов, что приводит к нарушениям аккомодации фундального отдела желудка и замедлению эвакуации из желудка [3]. По данным метаанализа, проведенного M. Thabane и соавт. (2007), вероятность

развития постинфекционного СРК увеличивается в 6 раз после острых желудочно-кишечных инфекций при наличии следующих факторов риска: молодой возраст, женский пол, диарея продолжительностью более 7 дней, наличие крови в кале, боль в животе, потеря массы тела по крайней мере 4,5 кг, тревожное или депрессивное расстройство, ипохондрия, предшествующие неблагоприятные жизненные события [21].

Достоверно чаще у обследованных лиц с ФЗОП в анамнезе встречалось указание на наличие пищевой аллергии ($p = 0,015$). Полученные нами результаты подтверждаются данными других исследователей. Так, M. M. Walker и соавт. (2010) указывают на более высокую частоту встречаемости ФД у пациентов, склонных к аллергическим заболеваниям (бронхиальная астма, аллергический ринит), что, возможно, связано с участием эозинофилии и активации тучных клеток в механизмах нарушения висцеральной чувствительности и развитии диспепсических симптомов [22]. Также неоднозначны взаимоотношения пищевой аллергии и СРК. Тучные клетки несут на своей поверхности высокоаффинные рецепторы к IgE [17], а их дегрануляция может обуславливать симптоматику СРК. При этом препараты, стабилизирующие мембраны тучных клеток, например, хромогликат натрия, положительно влияют на симптоматику при СРК [16]. В исследовании G. Mekkel и соавт. было показано, что частота IgE-опосредованных реакций при СРК составляет около 34,5%. Вместе с тем при СРК достаточно часто обнаруживают реакции непереносимости различных нутриентов, не опосредованные IgE [1].

На момент анкетирования 47,8% больных ФЗОП принимали лекарственные препараты, большинство из них — препараты, содержащие нестероидные противовоспалительные средства («Анальгин», «Цитрамон», «Фервекс», «Нурофен», «Тамипул» и др.). В группах сравнения и контроля наблюдали достоверно меньшее количество лиц, указывающих на наличие медикаментозной терапии (17,1%; $p = 0,003$ и 11,5%; $p < 0,001$ соответственно).

В группе практически здоровых лиц также выявлена высокая частота изучаемых неблагоприятных факторов образа жизни (стрессы, нерациональное питание, употребление алкогольных и сладких газированных напитков, fast food, недостаточное употребление питьевой воды, свежих овощей и фруктов). Полученные данные вызывают настороженность и требуют дальнейшего поиска путей решения данной проблемы.

Выводы

Более 60 % обследованных лиц организованной студенческой популяции имели признаки НЦД. Наиболее частыми жалобами у данной категории больных были кардиалгии, усиленное сердцебиение, проявления аритмического синдрома и снижение работоспособности, что ассоциировалось со склонностью к умеренной симпатикотонии. Установлена достоверная взаимосвязь развития НЦД со следующими триггерными факторами: недостаточная физическая нагрузка, психоэмоциональный стресс и недосыпание. Доля женщин с проявлениями НЦД значительно превышала долю мужчин (72,4 и 27,6 % соответственно).

Более чем у половины больных НЦД выявлены сопутствующие ФЗОП. Наибольшую подгруппу составили пациенты с сочетанием НЦД и ФД. 30,3 % больных ФД имели сопутствующие проявления СРК или ДЖВП, с другой стороны, 53,0 % больных с СРК имели характерные клинические проявления ФД, что расценивали как наличие «синдрома перекреста» функциональной патологии органов пищеварения.

Согласно результатам проведенного исследования, основными триггерными факторами развития ФЗОП у лиц с НЦД являются употребление алкогольных напитков, длительные проме-

жутки между приемами пищи, недостаточное употребление чистой питьевой воды, перенесенные пищевые токсикоинфекции и наличие пищевой аллергии в анамнезе, прием лекарственных препаратов (преимущественно нестероидных противовоспалительных средств).

Лишь треть обследованных лиц организованной студенческой популяции не имели никаких жалоб и клинически значимых отклонений в состоянии здоровья и были признаны практически здоровыми.

Перспективы дальнейших исследований. Проблема высокой частоты встречаемости наиболее значимых факторов риска развития функциональной патологии в молодом возрасте не утратила актуальность. Достаточно высоким остается количество больных ФЗОП и НЦД, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения данного вопроса и разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и улучшения качества жизни лиц молодого возраста. Характерный для таких больных феномен взаимного отягощения сопутствующей патологии требует более детального и широкого понимания этиопатогенеза и оптимизации методов коррекции коморбидной патологии.

Список литературы

1. Бельмер С. В., Коваленко А. А., Гасилина Т. В. и др. Синдром раздраженного кишечника: новые горизонты медикаментозной терапии // *Лечащий врач*. — 2012. — № 2.
2. Гирина О. Н., Козловский В. А., Кутняк В. П. Нейроциркуляторная дистония. — К., 2006. — 42 с.
3. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Лапина Т. Л. и др. Диагностика и лечение функциональной диспепсии: Метод рекомендации для врачей. — М.: РГА, 2011. — 28 с.
4. Маев И. В., Черемухин С. В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III // *Гастроэнтерология. Приложение к Consilium medicum*. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 11.
5. Маколкин В. И. Нейроциркуляторная дистония: миф или реальность? // *Кардиология*. — 2008. — № 4. — С. 62—65.
6. Несукай Е. Г., Коваленко В. Н. Нейроциркуляторная дистония // *Руководство по кардиологии / Под ред. В. Н. Коваленко*. — К.: Морион, 2008. — С. 908—913.
7. Окорочков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов // Т. 7. Диагностика болезней сердца и сосудов. — М.: Мед. лит-ра, 2003. — С. 368.
8. Окорочков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов // Т. 7. Диагностика болезней сердца и сосудов. — М.: Мед. лит-ра, 2003. — С. 358.
9. Олейчук Д. В., Олейчук Е. Д. Здоровый образ жизни — путь к счастливому долголетию // *Профилактическая медицина*. — 2013. — Т. 16, № 2. — С. 98.
10. Таранцова А. В. Донозологическая диагностика в практике врача-терапевта // *Профилактическая медицина*. — 2013. — Т. 16, № 2. — С. 132—133.
11. Ткач С. М. Синдром раздраженной кишки: естественное течение и возможности противорецидивной терапии // *Гастроэнтерология*. — 2012. — № 2 (279). — С. 5—8.
12. Царалунга В. Н., Прокопчук С. Н., Семенюк А. С. Памятка для пациента с синдромом раздраженного кишечника // *Therapia. Укр. мед. вісн.* — 2013. — № 1 (76). — С. 58—60.
13. Christel R., Xavier T., Agathe G. Lactobacillus acidophilus эффективны при абдоминальной боли // *Nature Medicine*. — 2007. — Vol. 13. — P. 35—37.
14. Gore F. M., Bloem P. J., Patton G. C. Global burden of disease in young people aged 10—24 years: a systematic analysis // *Lancet*. — 2011. — Vol. 18. — P. 377.
15. Kazutoshi H., Takayuki M., Hiroto M. Analysis of the gastrointestinal symptoms of uninvestigated dyspepsia and irritable bowel syndrome // *Gut and Liver*. — 2009. — Vol. 3, N 3. — P. 192—196.
16. Klooker T. K., Braak B., Koopman K. E. et al. The mast cell stabiliser ketotifen decreases visceral hypersensitivity and improves intestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome // *Gut*. — 2010. — Vol. 59. — P. 1213—1221.
17. Ohman L., Simren M. Pathogenesis of IBS: role of inflammation, immunity and neuroimmune interactions // *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* — 2010. — Vol. 7. — P. 163—173.
18. Sarnelli G., De Giorgi F., Atteio E. et al. Frequency, symptom evolution and pathophysiological correlates in prospectively identified patients with postinfectious dyspepsia // *DDW — New Orleans, 2010.* — Abstract M 2010.
19. Suzuki H., Jennifer C. Functional Dyspepsia in Review: Pathophysiology and Challenges in the Diagnosis and Management due to Coexisting Gastroesophageal Reflux Disease and Irritable Bowel Syndrome // *Gastroenterol. Res. Pract.* — 2013. — Art. ID 351086.
20. Tack J., Talley N. J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130. — P. 1466—1479.

21. Thabane M., Kottachchi D.T., Marshall J.K. Systematic review and meta-analysis: The incidence and prognosis of post-infectious irritable bowel syndrome // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2007. — Vol. 15. 26 (4). — P. 535–544.
22. Walker M.M., Salenian S.S., Murray C.E. et al. Implications of eosinophilia in the normal duodenal biopsy — an association with allergy and functional dyspepsia // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2010. — Vol. 11(31). — P. 1229–1236.

Г. Д. Фадеєнко, О. В. Чирва

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», Харків

Особливості поєднання функціональних захворювань органів травлення та нейроциркуляторної дистонії в осіб молодого віку

Мета — вивчити частоту функціональних захворювань органів травлення (ФЗОТ) на тлі нейроциркуляторної дистонії (НЦД) серед осіб організованої студентської популяції, встановити найбільш поширені варіанти поєднання досліджуваних нозологій, оцінити роль основних тригерних чинників та особливості клінічних виявів.

Матеріали та методи. Обстежено 139 осіб (52 чоловіки, 87 жінок). Середній вік — $(21,2 \pm 0,3)$ року. Пацієнтів розділено на дві групи: I (основна група) — особи зі встановленою НЦД, кардіальна форма, II (група контролю) — практично здорові особи. Залежно від наявності у хворих на НЦД ФЗОТ сформовано підгрупи: 1-ша — пацієнти зі встановленою функціональною диспепсією (НЦД + ФД), 2-га — із синдромом подразненої кишки (НЦД + СПК), 3-тя — з дискінезією жовчовивідних шляхів (НЦД + ДЖВШ), 4-та — із «синдромом перехресту» (overlap syndrome), 5-та — студенти з НЦД без супутньої функціональної патології органів травлення (група порівняння).

Результати. Групу НЦД + ФД склали 16,6% обстежених, НЦД + СПК — 5,8%, НЦД + ДЖВШ — 2,9%, НЦД + «синдром перехресту» — 7,9%, НЦД без ФЗОТ — 29,5%, групу контролю — 37,4%. 60,0% респондентів основними причинами свого захворювання вважали нераціональне харчування, близько чверті (26,7%) опитаних указували на хронічний психоемоційний стрес. Установлено достовірний взаємозв'язок між розвитком НЦД і тригерними чинниками: недостатнє фізичне навантаження (41,5%; $p=0,005$), психоемоційний стрес (61,0%; $p=0,002$), недосипання (19,5%; $p=0,015$). Основними тригерними чинниками розвитку ФЗОТ в осіб з НЦД були: вживання алкогольних напоїв (67,4%; $p < 0,001$), тривалі інтервали між прийомами їжі (47,8%; $p=0,028$), недостатнє вживання чистої питної води (78,3%; $p < 0,001$), перенесені харчові токсикоінфекції (47,8%; $p=0,005$), наявність харчової алергії (34,8%; $p=0,015$) в анамнезі, вживання лікарських препаратів (47,8%; $p=0,003$).

Висновки. Понад 60% обстежених осіб організованої студентської популяції мали ознаки НЦД. У більше ніж половини хворих на НЦД виявлено супутні ФЗОТ. Найчастіше траплялося поєднання НЦД + ФД. Основними тригерними чинниками розвитку ФЗОТ в осіб з НЦД є вживання алкогольних напоїв, великі інтервали між прийомами їжі, недостатнє вживання чистої питної води, перенесені харчові токсикоінфекції, наявність харчової алергії в анамнезі, вживання лікарських препаратів (переважно нестероїдних протизапальних засобів).

Ключові слова: функціональні захворювання органів травлення, нейроциркуляторна дистонія, частота, тригерні чинники.

G. D. Fadiieenko, O. V. Chyrva

GI «L. T. Mala National Therapy Institute of the NAMS of Ukraine», Kharkiv

The features of functional disorders of the digestive system combining with neurocirculatory dystonia in young persons

Objective — to study the frequency of occurrence of functional disorders of the digestive system (FDDS) against the background of the neurocirculatory dystonia (NCD) among organized students' population, to establish the most prevalent variants of combination of these pathologies and to assess the role of the main trigger factors and clinical manifestations.

Materials and methods. The investigations involved 139 subjects (52 males, 87 females), the mean age was (21.2±0.3) years. All patients were divided into two groups: the first (main group) included persons with NCD cardiac form, the second group (control) involved healthy subjects (control group). Depending on the presence of FDDS the following subgroups were formed: the 1st consisted of patients with established functional dyspepsia (FD) (NCD + FD), the 2nd involved patients with the irritable bowel syndrome (NCD + IBS), the 3rd included subject with biliary dyskinesia (NCD + biliary dyskinesia), the 4th with «overlap syndrome» (NCD + overlap syndrome), the 5th involved students with NCD without FDDS (comparison group).

Results. The group (NCD + PD) consisted of 16.6% of examined persons, the (NCD + IBS) group included 5.8%, (NCD + biliary dyskinesia) — 2.9%, (NCD + Overlap syndrome) — 7.9% (NCD without FDDS) — 29.5% and control group — 37.4%. 60.0% of the patients considered that the underlying cause of their disease is irrational food and 26.7% — chronic psycho-emotional stress. The significant correlation has been established for the development of NCD and the following trigger factors: lack of physical activity (41.5%; $p=0.005$), psycho-emotional stress (61.0%; $p=0.002$) and lack of sleep (19.5%; $p=0.015$). The main trigger factors of FDDS in patients with NCD were drinking alcohol (67.4%; $p<0.001$), long intervals between meals (47.8%; $p=0.028$), lack of use of clean drinking water (78.3%; $p<0.001$), toxic infections (47.8%; $p=0.005$), the presence of food allergy (34.8%; $p=0.015$), taking of drugs (47.8%; $p=0.003$).

Conclusions. More than 60% of the surveyed persons from organized student population had NCD signs. The FDDS were diagnosed in more than half of the patients with NCD. The main trigger factors of FDDS in patients with NCD were the use of alcoholic beverage, long intervals between meals, lack of use of clean drinking water, toxic infection and the presence of food allergy in anamnesis vitae, use of drugs (especially NSAIDs).

Key words: functional disorders of the digestive system, neurocirculatory dystonia, the frequency of occurrence, trigger factors.

Контактна інформація

Фадєєнко Галина Дмитрівна, д. мед. н., проф., директор ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»
61039, м. Харків, вул. Постишева, 2а
Тел. (57) 373-90-32. E-mail: info@therapy.gov.ua

Стаття надійшла до редакції 2 жовтня 2013 р.