



О. В. ДЕМИДАС

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ

Клініко-неврологічні характеристики у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки в стадії загострення та ремісії

Мета — вивчити клініко-неврологічні характеристики при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки (ДПК) у стадії загострення та ремісії, ґрунтуючись на даних комплексного клініко-неврологічного, нейропсихологічного і параклінічного дослідження.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 84 пацієнтів з виразковою хворобою ДПК у стадії загострення та повторно під час ремісії захворювання. Вік пацієнтів становив від 25 до 60 років, середній вік — $(39,90 \pm 1,29)$ року. Обстежених розподілили на дві групи за наявністю загострення чи ремісії виразкової хвороби. Комплексне обстеження передбачало опитування з аналізом скарг, клініко-неврологічне обстеження з деталізацією стану вегетативної нервової системи, нейропсихологічне тестування, зокрема визначення рівня конституційної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера—Ханіна, депресії за шкалою Бека, оцінку самопочуття, активності та настрою за допомогою опитувальника САН, когнітивних порушень за допомогою шкали MMSE, швидкості переключення уваги та динаміки працездатності за допомогою таблиць Шульте, використання лабораторних та інструментальних методів.

Результати. Найчастіше обстежувані скаржилися на головний біль (74 (88,0%) у стадії загострення та 37 (44,0%) у стадії ремісії). Другою за частотою була скарга на біль у грудному відділі хребта (відповідно 69 (82,1%) та 35 (41,6%)). Часто фіксували скарги на запаморочення, болі в ділянці серця, відчуття серцебиття, «перебої» в роботі серця, парестезії. В 11 (12,4%) пацієнтів з виразковою хворобою ДПК у стадії загострення мали місце епізоди синкопального стану, тоді як у стадії ремісії вони були відсутні. Скаргами, які свідчили про наявність психоемоційних розладів, були тривожність, зниження пам'яті та уваги і порушення сну. У пацієнтів з виразковою хворобою ДПК виявлено ураження центрального та периферичного відділу нервової системи. Порушення з боку центральної нервової системи виявлялись у вигляді вестибуло-мозочкового синдрому (у 30 (35,7%) пацієнтів у стадії загострення та у 14 (16,6%) у стадії ремісії), екстрапірамідних розладів (відповідно у 10 (11,9%) і 4 (4,76%)) та ознаки пірамідної дисфункції (37 (44,0%) і 15 (17,8%)). При клініко-неврологічному дослідженні периферичної нервової системи у 68 (80,9%) пацієнтів з виразковою хворобою ДПК у стадії загострення та у 31 (36,9%) у стадії ремісії виявлено синдром полінейропатії різного ступеня. Ознаки полінейропатії супроводжувалися скаргами на порушення з боку периферичної нервової системи (відповідно 45 (53,5%) та 15 (17,8%) випадків). У 27,4% пацієнтів з виразковою хворобою ДПК у стадії загострення скарги були відсутні взагалі і лише ретельне неврологічне обстеження дало змогу виявити ознаки полінейропатії. У 56 (66,6%) хворих з виразковою хворобою у стадії загострення та 28 (33,3%) у стадії ремісії виявлено болючість паравертебральних точок у нижньогрудному відділі хребта.

Висновки. Більшість психосоматичних скарг і неврологічних виявів мали місце як у стадії загострення, так і в стадії ремісії захворювання. Всі виявлені клініко-неврологічні особливості статистично значуще частіше траплялися в стадії загострення виразкової хвороби ДПК.

Ключові слова: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, соматоневрологічні взаємозв'язки, клініко-неврологічні характеристики.

Стаття надійшла до редакції 23 вересня 2021 р.

Соматоневрологічні ураження є однією з актуальних медико-соціальних проблем через їхню поширеність і вплив на якість життя та працездатність пацієнтів [5, 7]. Типовим прикладом психосоматичної патології є виразкова хвороба (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) [7]. У структурі поширеності захворювань органів травлення в Україні на частку ВХ шлунка та ДПК припадає 13,29% [3]. Виразкова хвороба з локалізацією в ДПК трапляється в 4 рази частіше, ніж у шлунку. Нині спостерігається «омолодження» захворювання, найчастіше ВХ вперше діагностують у віці 25—40 років [5]. Рецидиви захворювання протягом 1—5 років спостерігаються у 20—25% хворих. Актуальною проблемою сьогодення залишається значне поширення ВХ ДПК серед осіб соціально активного віку, що супроводжується великими витратами на діагностику та лікування, зниженням якості життя і працездатності хворих [1]. Нерідко ВХ є причиною інвалідності, може давати ускладнення, які у деяких випадках призводять до летального наслідку [9, 11]. Виразкову хворобу ДПК розглядають як поліетіологічне, генетично та патогенетично неоднорідне захворювання [4, 6]. До патогенетично значущих чинників ВХ відносять соматоневрологічні взаємозв'язки. З огляду на зазначене, аналіз результатів дослідження клініко-неврологічних і нейропсихологічних характеристик у пацієнтів з ВХ ДПК у стадії загострення та ремісії є актуальним завданням як для вдосконалення діагностики, так і для оптимізації підходів до терапії з урахуванням участі нервової системи в патогенезі патологічного процесу.

Мета роботи — вивчити клініко-неврологічні характеристики при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки в стадії загострення та ремісії, ґрунтуючись на даних комплексного клініко-неврологічного, нейропсихологічного і параклінічного дослідження.

Матеріали і методи

Проведено комплексне обстеження 84 пацієнтів з ВХ ДПК у стадії загострення та повторно під час ремісії захворювання. Пацієнти проходили

обстеження та лікування у відділенні гастроентерології та центрі шлунково-кишкових кровотеч Київської міської клінічної лікарні № 12, яка є клінічною базою кафедри неврології № 2 Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. Вік пацієнтів становив від 25 до 60 років, середній вік — $(39,90 \pm 1,29)$ року. Переважали чоловіки (61 (72,6 %)).

Пацієнтів розподілили на дві групи за наявністю загострення чи ремісії ВХ. Усім пацієнтам проведено детальне опитування з використанням спеціально розробленого опитувальника, за результатами якого проаналізовано основні неврологічні та психосоматичні скарги. Клініко-неврологічне обстеження передбачало неврологічний огляд з визначенням і зіставленням основних неврологічних синдромів та виявів вегетативної дисфункції. Нейропсихологічне дослідження — оцінку стану когнітивних функцій за допомогою MMSE, швидкості переключення уваги та динаміки працездатності за допомогою таблиць Шульце, депресії за шкалою Бека, самопочуття, активності та настрою за допомогою опитувальника САН, використання опитувальника Вейна для визначення ознак вегетативних змін (для заповнення пацієнтом і лікарем), опитувальника Стілбергера — Ханіна для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Лабораторне дослідження — визначення рівня глюкози в крові, холестерину, загального білка, С-реактивного білка, наявності *Helicobacter pylori*. Проведено також інструментальні дослідження — імпедансометрію, електроенцефалографію, рентгенографію і магнітно-резонансну томографію грудного відділу хребта.

Результати та обговорення

Проаналізувавши дані опитування, визначили основні неврологічні та психосоматичні скарги у пацієнтів з ВХ ДПК у стадії загострення та ремісії (рис. 1).

Установлено, що всі зазначені скарги, за винятком синкопальних станів, турбували пацієнтів як у стадії загострення, так і в стадії ремісії, частіше — в стадії загострення ВХ ДПК.

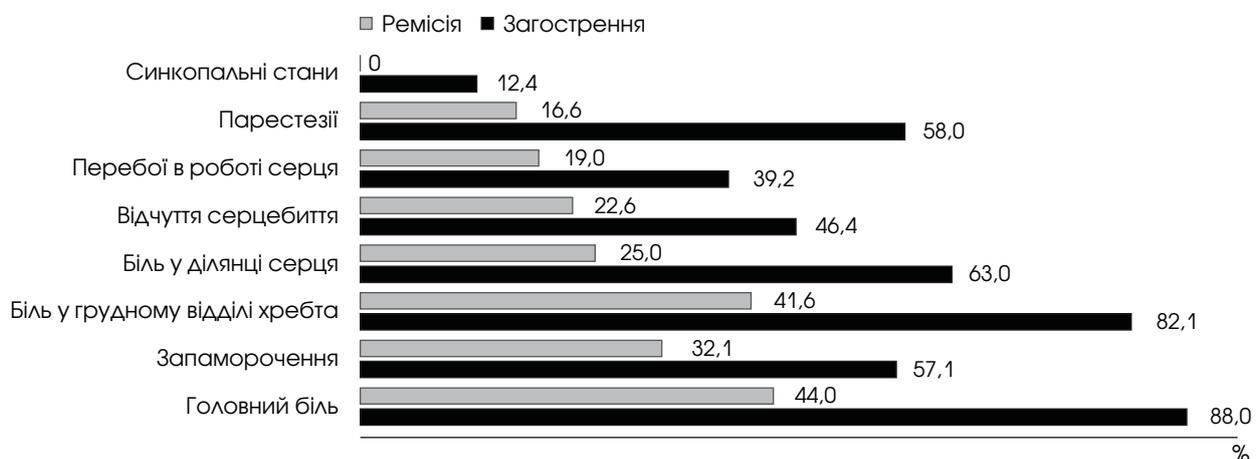


Рис. 1. Основні неврологічні та психосоматичні скарги у пацієнтів з ВХ ДПК у стадії загострення та ремісії

Найчастіше обстежувані скаржилися на головний біль (74 (88,0%) у стадії загострення та 37 (44,0%) у стадії ремісії). Другою за частотою була скарга на біль у грудному відділі хребта (відповідно 69 (82,1%) та 35 (41,6%)). Часто фіксували скарги на запаморочення, болі в ділянці серця, відчуття серцебиття, «перебої» в роботі серця, парестезії (див. рис. 1). Привертало увагу те, що суб'єктивні сенсорні феномени, які виявлялися парестезіями і больовими відчуттями різної інтенсивності та характеру, посилювалися при загостренні больового синдрому, психоемоційному навантаженні та зміні метеоумов. Також при опитуванні встановлено, що в 11 (12,4%) пацієнтів з ВХ ДПК у стадії загострення мали місце епізоди синкопального стану, тоді як у стадії ремісії вони були відсутні.

Скаргами, які свідчили про наявність психоемоційних розладів, були тривожність, зниження пам'яті та уваги і порушення сну (рис. 2).

При детальному обстеженні неврологічного статусу у пацієнтів з ВХ ДПК виявлено ураження центрального та периферичного відділу нервової системи. Порушення з боку центральної нервової системи виявлялись у вигляді вестибуло-мозочкового синдрому (у 30 (35,7%) пацієнтів у стадії загострення та у 14 (16,6%) у стадії ремісії), екстрапірамідних розладів (відповідно у 10 (11,9%) і 4 (4,76%)) та ознаки пірамідної дисфункції (37 (44,0%) і 15 (17,8%)). Серед ознак, які свідчили про вестибуло-мозочкову дисфункцію, в обстежених з ВХ ДПК у різній комбінації та з різною частотою траплялися такі: похитування різного ступеня виразності в позі Ромберга (у 20 (23,8%) пацієнтів у стадії загострення і 10 (11,9%) у стадії ремісії), інтенційний тремор при виконанні пальце-носової та п'ятково-колінної проб (відповідно у 17 (20,2%) і 9 (10,7%)). Також зафіксовано ністагм у 10 (11,9%) хворих у стадії загострення та у 8 (9,5%) у стадії ремісії. Пірамідна недостатність у пацієнтів виявлялася у вигляді таких клінічних ознак: підвищення або зниження сухожильних рефлексів у 11 (13,0%) пацієнтів у стадії загострення та у 6 (7,14%) у стадії ремісії, зниження або відсутності черевних рефлексів (відповідно у 41 (48,8%) та

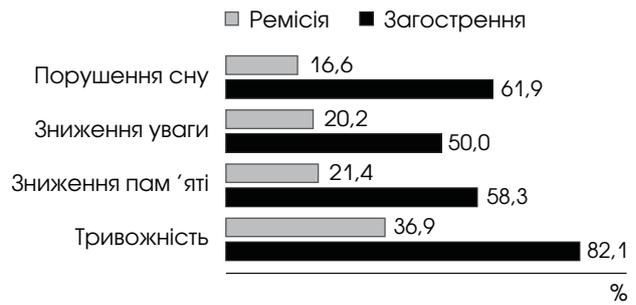


Рис. 2. Скарги, які відображали наявність психоемоційних розладів у пацієнтів з ВХ ДПК у стадії загострення та ремісії

24 (28,5%)), наявності патологічних стопних рефлексів (у 17 (20,2%) і 4 (4,7%)). На підставі аналізу скарг та неврологічного статусу у хворих з ВХ ДПК зареєстровано такі неврологічні синдроми: астеновегетативний (у 79 (94%) хворих у стадії загострення та у 49 (58,3%) у стадії ремісії), астено-депресивний (відповідно у 37 (44,0%) і 21 (25,0%)) та когнітивних порушень (у 47 (55,9%) і 32 (38%)).

При клініко-неврологічному дослідженні периферичної нервової системи у 68 (80,9%) пацієнтів з ВХ ДПК у стадії загострення та у 31 (36,9%) у стадії ремісії виявлено синдром полінейропатії різного ступеня. Ознаки полінейропатії супроводжувалися скаргами на порушення з боку периферичної нервової системи (відповідно 45 (53,5%) та 15 (17,8%) випадків). У 27,4% пацієнтів з ВХ ДПК у стадії загострення скарги були відсутні взагалі, і лише ретельне неврологічне обстеження дало змогу виявити ознаки полінейропатії. Синдром полінейропатії верифікували за порушенням больової чутливості в дистальних відділах кінцівок у вигляді гіперестезії або гіпестезії за периферичним типом, вегетосенсорними порушеннями (зміною температури шкіри в дистальних відділах кінцівок, порушенням потовиділення, трофіки шкіри та її придатків), зниженням м'язово-суглобового та вібраційного відчуття. У 56 (66,6%) пацієнтів у стадії загострення та у 27 (32,1%) у стадії ремісії полінейропатія

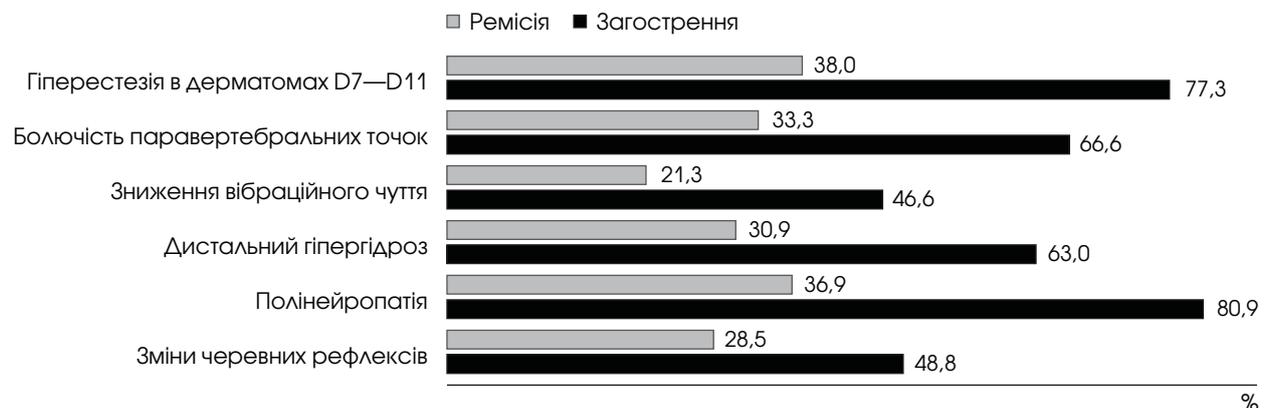


Рис. 3. Характеристики неврологічного статусу у пацієнтів з ВХ ДПК у стадіях загострення та ремісії

виявлялася об'єктивно порушенням поверхневої чутливості у вигляді гіперестезії (у 31 (36,9%) у стадії загострення та 10 (11,9%) у стадії ремісії), гіпестезії (відповідно у 21 (25,0%) і 8 (9,5%)), порушенням м'язово-суглобового відчуття (у 11 (13%) та 4 (4,7%)) і зниженням вібраційного відчуття (у 41 (48,8%) та 18 (21,4%)). Усі симптоми були дещо виразнішими у верхніх кінцівках. Рухового дефіциту в жодного з досліджуваних не виявлено. Зареєстровано випадки дистального гіпергідрозу (рис. 3). Для більшості пацієнтів з ВХ ДПК як у стадії загострення, так і в стадії ремісії характерною була наявність гіперестезії в дерматомах D7 — D11, що може свідчити про різке підвищення рефлекторної збудливості вегетативного (насамперед симпатичного) сегментарного апарату. У 56 (66,6%) хворих з ВХ у стадії загострення та 28 (33,3%) у стадії ремісії виявлено болючість паравертебральних точок у нижньогрудному відділі хребта (див. рис. 3). Потребує додаткового дослідження той факт, що

Конфлікту інтересів немає.

болючість паравертебральних точок у нижньогрудному відділі хребта та зниження або відсутність черевних рефлексів не були поодинокими випадками у пацієнтів з ВХ ДПК у стадії ремісії.

Висновки

Аналіз даних опитування та характеристик неврологічного статусу у пацієнтів з ВХ ДПК у стадії загострення та ремісії показав, що більшість психосоматичних скарг і неврологічних виявів мали місце як у стадії загострення, так і в стадії ремісії захворювання. Всі виявлені клініко-неврологічні особливості статистично значущо частіше траплялися в стадії загострення ВХ ДПК.

Досліджені нами клінічні характеристики можуть бути використані для уточнення патогенетичного значення соматоневрологічних взаємозв'язків при ВХ ДПК та для вдосконалення діагностичних підходів у пацієнтів з ВХ ДПК з урахуванням участі нервової системи в патогенезі патологічного процесу.

Література

1. Бабак О.Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способ их коррекции // Сучасна гастроентерол. — 2003. — № 1. — С. 6—8.
2. Вейн А.М. Неврозы в практике невролога // Междунар. мед. журн. — 2000. — № 4. — С. 31—35.
3. Ивашкина В.Т., Лапиной Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Краткое издание. — М : Гэотар-Медиа. — 2015. — 480 с.
4. Передерий В.Г. Стресс и его последствия // Новости медицины и фармации. — 2003. — № 10 (138). — С. 11—12.
5. Нервові хвороби / За ред. С.М. Вінчука, Є.Г. Дубенка. — К: Здоров'я, 2001. — 696 с.
6. Степанов Ю.М. Психосоматичні стани у хворих гастроентерологічного профілю та їх медикаментозна корекція: Методичні рекомендації. — 2003. — 28 с.
7. Ткаченко О.В., Варенюк В.В. Окремі клінічні особливості соматоневрологічних взаємодій при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки в стадії загострення та в стадії ремісії // 36. наук. пр. співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. — 2011. — Вип. 20. — С. 376—380.
8. Axon A. Helicobacter pylori and public health // Helicobacter. — 2014. — Vol. 19, suppl. 1. — P. 68—73.
9. Di Mario F. Gastric acid secretion: changes during a century // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2014. — Vol. 28. — P. 953—965. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2014.10.006>.
10. Lanas A. Peptic ulcer disease // Lancet. — 2017. — Vol. 390. — P. 613—624. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32404-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32404-7).
11. Kim B. W. Diagnosis and treatment of peptic ulcer disease: present and future perspective // Korean J. Gastroenterol. — 2016. — Vol. 67, N 6. — P. 318—320.
12. Rosenstock S. Risk factors for peptic ulcer disease: a population based prospective cohort study comprising 2416 Danish adults // Gut. — 2003. — Vol. 52, N 2. — P. 186—193.
13. Walker A. E. Many chronic diseases and quality of life: Models that come from a large national sample // Canberra: Australian National University, 2007. — 31 p. doi: 10.1177/1742395307081504.

Е. В. ДЕМИДАС

Национальный университет охраны здоровья Украины имени П. Л. Шупика, Киев

Клинико-неврологические характеристики у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии обострения и ремиссии

Цель — изучить клинико-неврологические характеристики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) в стадии обострения и ремиссии, основываясь на данных комплексного клинико-неврологического, нейропсихологического и параклинического исследования.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 84 пациентов с язвенной болезнью ДПК в стадии обострения и повторно во время ремиссии заболевания. Возраст пациентов составлял от 25 до 60 лет, средний возраст — $(39,90 \pm 1,29)$ года. Обследованных разделили на две группы по наличию обострения или ремиссии язвенной болезни. Комплексное обследование предусматривало опрос с анализом жалоб, клинико-неврологическое обследование с детализацией состояния вегетативной нервной системы, нейропсихологическое тестирование, в частности определение уровня конституционной и реактивной тревожности по шкале Спилбергер-Ханина, депрессии по шкале Бека, оценку самочувствия, активности и настроения с помощью опросника САН, когнитивных нарушений с помощью шкалы MMSE, скорости переключения внимания и динамики работоспособности с помощью таблиц Шульце, использование лабораторных и инструментальных методов.

Результаты. Чаще всего обследуемые жаловались на головную боль (74 (88,0%) в стадии обострения и 37 (44,0%) в стадии ремиссии). Второй по частоте была жалоба на боль в грудном отделе позвоночника (соответственно 69 (82,1%) и 35 (41,6%)). Часто фиксировали жалобы на головокружение, боли в области сердца, сердцебиение, «перебои» в работе сердца, парестезии. У 11 (12,4%) пациентов с язвенной болезнью ДПК в стадии обострения имели место эпизоды синкопального состояния, тогда как в стадии ремиссии они отсутствовали. Жалобами, которые свидетельствовали о наличии психоэмоциональных расстройств, были тревожность, снижение памяти и внимания и нарушения сна. У пациентов с язвенной болезнью ДПК выявлено поражение центрального и периферического отдела нервной системы. Нарушения со стороны центральной нервной системы выявлялись в виде вестибуло-мозжечкового синдрома (у 30 (35,7%) пациентов в стадии обострения и у 14 (16,6%) в стадии ремиссии), экстрапирамидных расстройств (соответственно у 10 (11,9%) и 4 (4,76%)) и признака пирамидной дисфункции (37 (44,0%) и 15 (17,8%)). При клинко-неврологическом исследовании периферической нервной системы у 68 (80,9%) пациентов с язвенной болезнью ДПК в стадии обострения и у 31 (36,9%) в стадии ремиссии выявлен синдром полинейропатии разной степени. Признаки полинейропатии сопровождалась жалобами на нарушения со стороны периферической нервной системы (соответственно 45 (53,5%) и 15 (17,8%) случаев). У 27,4% пациентов с язвенной болезнью ДПК в стадии обострения жалобы отсутствовали вообще, и только тщательное неврологическое обследование позволило выявить признаки полинейропатии. У 56 (66,6%) больных с язвенной болезнью в стадии обострения и 28 (33,3%) в стадии ремиссии выявлена болезненность паравerteбральных точек в нижнегрудном отделе позвоночника.

Выводы. Большинство психосоматических жалоб и неврологических проявлений имели место как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии заболевания. Все выявленные клинко-неврологические особенности статистически чаще встречались в стадии обострения язвенной болезни ДПК.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, соматоневрологические взаимосвязи, клинко-неврологические характеристики.

O. V. DEMYDAS

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

Clinical neurological manifestations in patients suffering from peptic ulcer disease in the acute phase and in remission

Objective — to analyze clinical neurological manifestations in patients suffering from peptic ulcer disease in the acute phase and in remission, based on the findings of a comprehensive clinical neurological, neuropsychological and paraclinical study.

Methods and subjects. 84 patients suffering from PUD were comprehensively examined while in the acute phase of the disease and then all 84 were reexamined while in remission. The age range of the patients was from 25 to 60 years. The average age of the patient was 39.90 ± 1.29 years. The examined individuals were distributed into two groups based on whether they presented symptoms of an acute phase or remission of the peptic ulcer disease. The comprehensive examination included: interview and complaint analysis, neurological examination focused on the state of the autonomic nervous system, study of the neuropsychological differences (the trait and state anxiety levels monitoring based on the Spielberg-Khanin scale, depressive state evaluation using Beck Depression Inventory, self-perceived health assessment, mood and activity monitoring using the SAN questionnaire, cognitive impairment evaluation using the MMSE scale, assessment of the refocusing speeds and performance distribution using Schulte tables), as well as lab tests and procedures.

Results. Most often, subjects complained of headache (74 (88.0%) in the acute stage and 37 (44.0%) in remission). The second most common was a complaint of pain in the thoracic spine (69 (82.1%) and 35 (41.6%), respectively). Complaints of dizziness, pain in the heart, palpitations, «interruptions» in the heart, paresthesia were often recorded. In 11 (12.4%) patients with duodenal ulcer in the acute stage experienced episodes of syncopal state, while in the remission stage they were absent. Complaints that indicated the presence of psychoemotional disorders were anxiety, decreased memory and attention, and sleep disturbances. In patients with duodenal ulcer disease we revealed lesions of the central and peripheral nervous system. Central nervous system disorders were manifested in the form of vestibulo-cerebellar syndrome (in 30 (35.7%) patients in the acute stage and in 14 (16.6%) in the remission stage), extrapyramidal disorders (respectively in 10 (11.9%) and 4 (4.76%)) and signs of pyramidal dysfunction (37 (44.0%) and 15 (17.8%)). Clinical and neurological examination of the peripheral nervous system in 68 (80.9%) patients with peptic ulcer in the acute stage and in 31 (36.9%) in the remission stage revealed polyneuropathy syndrome of varying degrees. Signs of polyneuropathy were accompanied by complaints of disorders of the peripheral nervous system (45 (53.5%) and 15 (17.8%) cases, respectively). In 27.4% of patients with peptic ulcer disease in the acute stage of the complaint were absent at all, and only a thorough neurological examination revealed signs of polyneuropathy. In 56 (66.6%) patients with peptic ulcer disease in the acute stage and 28 (33.3%) in the remission stage, the morbidity of paravertebral points in the lower thoracic spine was revealed.

Conclusions. Having analyzed the data obtained through the interviews, as well as the neurological characteristics of patients with peptic ulcer disease of the duodenum in the acute phase and in remission it was concluded that most of the somatic complaints and neurological manifestations were common in both the acute phase and the remission of the disease. However, all of the identified neurological differences were significantly more common in the acute phase of the disease.

Key words: peptic ulcer disease of the duodenum, somatic neurological interrelations, clinical neurological manifestations.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

Демидас О. В. Клініко-неврологічні характеристики у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки в стадії загострення та ремісії // Український неврологічний журнал. — 2021. — № 3—4. — С. 49—53. <http://doi.org/10.30978/UNJ2021-3-49>.

Demydas O.V. Clinical neurological manifestations in patients suffering from peptic ulcer disease in the acute phase and in remission (in Ukrainian). Ukrainian Neurological Journal. 2021;3—4:49-53. <http://doi.org/10.30978/UNJ2021-3-49>.