**Коваленко Тетяна Юріївна. Клініко-біохімічне та морфо-функціональне обгрунтування діагностики синдрому подразненого кишечнику : дис... канд. мед. наук: 14.01.36 / Дніпропетровська держ. медична академія. — Д., 2006. — 177арк. : рис., табл. — Бібліогр.: арк. 150-177**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Коваленко Т.Ю. Клініко-біохімічне та морфо-функціональне обґрунтування діагностики синдрому подразненого кишечнику. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.36 – гастроентерологія. – Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України, Інститут гастроентерології АМН України, Дніпропетровськ, 2006.Дисертацію присвячено питанням удосконалення діагностики синдрому подразненого кишечнику. Проведено комплексне дослідження особливостей анамнезу, клінічного перебігу, стану моторної активності товстої кишки (за методом електроколографії), ендоскопічних і морфологічних змін слизової оболонки кишки, психоемоційного статусу пацієнтів (за методиками Спілбергера-Ханіна, “Міні-мульт”), вмісту серотоніну в сироватці крові при різних клінічних варіантах перебігу СПК (констипаційному, діарейному, больовому).До дослідження залучено 115 пацієнтів, з них 85 хворих на СПК і 30 осіб без функціональних і органічних захворювань кишечнику, що склали контрольну групу.Встановлені об’єктивні клініко-біохімічні, морфогістологічні і психологічні критерії різних варіантів СПК, що дало змогу визначити інформативні маркери захворювання і запропонувати удосконалений спосіб його діагностики. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. СПК характеризується певними клініко-анамнестичними особливостями, серед яких: дебют захворювання до 40 років; співвідношення жінок і чоловіків – 4:1 (р<0,001); середня тривалість симптомокомплексу – 7,3±0,8 років. При цьому провідними симптомами є метеоризм та абдомінальний біль (у 100 % хворих), скарги неврогенного характеру (у 98 %), порушення випорожнення (у 92 %).2. Основним порушенням функціонального стану товстої кишки при СПК є дисфункція моторики, що виявляється суттєвим (р<0,05) підвищенням її біоелектричної активності при виразності діарейного синдрому (у 70,8 % хворих), зниженням при переважанні констипаційного синдрому (у 88,5 % пацієнтів) і абдомінального болю (у 47,1 % хворих). При констипаційному варіанту перебігу СПК переважно виявляється гіпосекреторний стан слизової оболонки (у 65% хворих); при діарейному варіанті навпаки гіперсекреторний стан (у 100 %); при больовому варіанті – нормальний стан слизової оболонки сигмовидної кишки (у 66,7 %).3. Морфометричними ознаками СПК можна вважати вірогідні зміни обємної частки крипт, плазмоцитів та келихоподібних клітин в порівнянні з контролем (р<0,05), виразність яких залежить від клінічного варіанту СПК. При діарейному синдромі спостерігається суттєве збільшення (р<0,001) об’ємної частки крипт (з 35,5±0,6 % до 59,5±1,7 % порівняно з контрольною групою) і келихоподібних клітин (з 17,0±0,5 % до 23,0±0,4 %); при закріпному варіанті СПК – відповідне зниження (р<0,05) кишкових крипт і келихоподібних клітин (до 29,2±1,5 % і 12,3±1,1 % відповідно). Кількість плазмоцитів при цьому зростає незалежно від клінічного варіанту СПК (р<0,05).4. У хворих на СПК порушення функцій товстого кишечнику інтегруються з різними психоемоційними відхиленнями, зокрема високим рівнем особистісної тривоги, здебільшого вираженого при діареї (р<0,01), при частому сполученні з відхиленнями особистісного профілю (88,2 %). При констипаційному і больовому варіанті СПК пік особистісного профілю частіше знаходиться на шкалі депресії (70,6 і 63,2 % відповідно), при діарейному – переважають іпохондричні реакції (53,1 %).5. Рівень серотоніну в сироватці крові хворих на СПК прямо корелює з порушенням моторної (r=0,66) і секреторної функції кишечнику (r=0,62), підвищенням рівня особистісної тривоги (r=0,41), зворотно – з посиленням болю (r= -0,33). При гіперкинетичному типі моторної активності кишечнику вміст серотоніну підвищується вдвічі порівняно з нормальним станом рухової функції, досягаючи значень 200,1±11,5 Нг/мл (р<0,01) і в 2,6 рази – при гіпокінетичному типі моторики (156,9±20,4 Нг/мл, р<0,001), що, в свою чергу, пояснює звязок між вмістом серотоніну в сироватці крові і ведучим симптомом СПК (h= 0,51, р<0,001).6. Діагностично значущими ознаками діарейного варіанту СПК є гіперсекреція слизової оболонки (I= 8,3), посилення моторної функції кишечнику (I= 5,3), підвищення вмісту серотоніну (I= 3,5) і рівню тривоги (I= 2,9). Для констипаційного варіанту СПК більш характерні: гіпокінетичний тип моторної функції кишечнику (I= 7,1), гіпосекреторний стан слизової оболонки товстої кишки (I= 4,7), виразність депресивної складової особистісного профілю (I= 4,2), високий рівень тривожності (I= 2,1). При больовому варіанті СПК на перший план виступають зміни психоемоційного статусу (I= 6,3). |

 |