

**Бекеева Салтанат Куанышбаевна**

студентка

**Суханова Марина Александровна**

студентка

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный  
медицинский университет» Минздрава России  
г. Челябинск, Челябинская область

## **ВЛИЯНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

***Аннотация:** целью исследования являлось изучение влияния головной боли и функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта на качество жизни студентов медицинского университета.*

***Ключевые слова:** мигрень, головная боль напряжения, функциональные расстройства, желудочно-кишечный тракт, качество жизни.*

***Материалы и методы:** Изучены наличие и клинические особенности цефалгии и желудочно-кишечных нарушений у 252 обучающихся IV курса. Качество жизни студентов оценивали с помощью опросника SF36.*

***Результаты:** Частота встречаемости первичных цефалгий составила 79%, функциональной гастроинтестинальной патологии – 32,5%. Качество жизни значительно ухудшалось у обучающихся с сочетанной патологией относительно тех, кто имел только головную боль и случаев отсутствия каких-либо симптомов.*

***Выводы:** Таким образом, как цефалгии, так и симптомы функциональной гастроинтестинальных расстройств, широко распространены среди студентов, с тенденцией к нарастанию встречаемости симптомов отдельных нозологических форм. Мультидисциплинарный подход к выявлению, адекватной тера-*

*нии первичных цефалгий и имеющихся желудочно-кишечных расстройств, может способствовать улучшению качества лечения людей с сочетанной патологией.*

Актуальность: в соответствии с новыми Римскими критериями (2016), функциональные желудочно-кишечные расстройства (ФЖКР) получили второе название – расстройства взаимодействия между головным мозгом (ГМ) и желудочно-кишечным трактом (ЖКТ) (disorders of gut-brain interaction) [10]. Ряд исследований показывают, что помимо влияния мозга на работу пищеварительной системы, микробиота кишечника может влиять через ось «кишка-мозг» на функцию ГМ, болевое поведение с помощью биологически активных веществ [11]. Общность патогенеза ФЖКР и первичных головных болей (ГБ) и высокая частота в популяции [2] обуславливает повышенный интерес к данным заболеваниям, однако научных работ, оценивающих ассоциации данных заболеваний, имеется небольшое количество [1; 6–8].

Цель исследования: изучить частоту симптомов первичных ГБ и ФЖКР, а также оценить их влияние на качество жизни (КЖ) студентов медицинского университета.

Материалы и методы: после заполнения информированного согласия проведено анкетирование 252 студентов IV курса ЮУГМУ для изучения частоты фенотипов первичных ГБ и ФЖКР. Вопросы формировались на основе Римских критериев IV консенсуса [10], также выяснялось, проходил ли студент фиброгастроуденоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и фиброколоноскопию. О прохождении инструментальных исследований сообщили 26% студентов. Диагноз цефалгии устанавливался на основе критериев The International Classification of Headache Disorders, 3rd version (beta version). Сформированная среди обучающихся, группа контроля (ГК), 40 человек (15,9%), отрицали наличие симптомов со стороны ЖКТ и ГБ. Оценку КЖ студентов с фенотипами первичных ГБ, ФЖКР, их сочетанием, а также ГК, проводили с при-

менением опросника SF36. Анализ данных проводился с использованием лицензионного пакета SPSS Statistics, version 17 [4,5]. Для оценки различий показателей между группами судили по критерию Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение: медиана возраста студентов составила 21 год, доля женщин преобладала (73,6%, n=128). Частота цефалгии и симптомов патологии ЖКТ среди опрошенных представлена на рисунке 1.

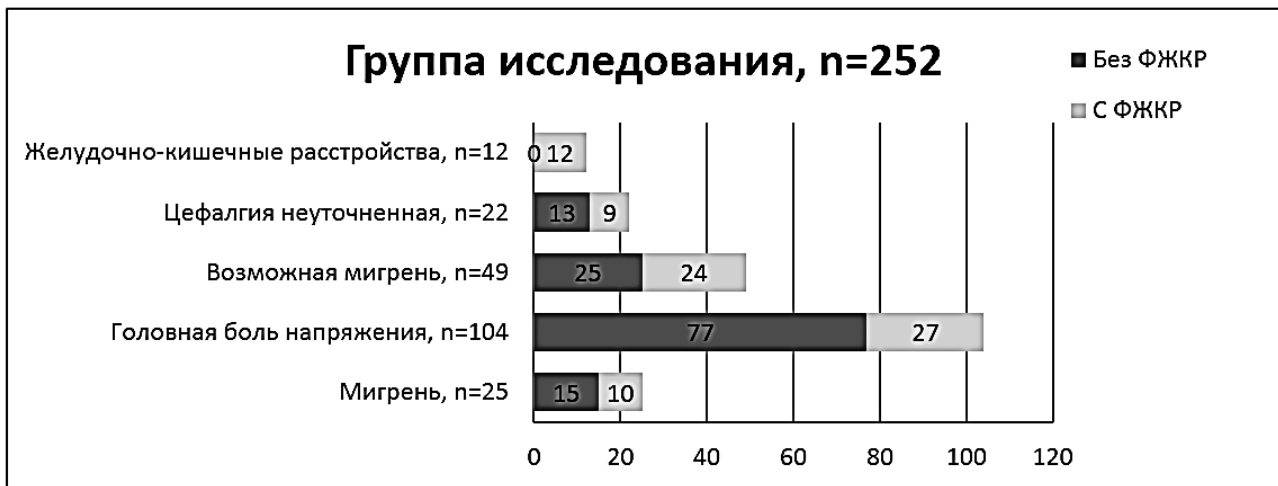


Рис. 1. Цефалгии и симптомы патологии желудочно-кишечного тракта среди студентов 4 курса

Наиболее часто встречались симптомы функциональной диспепсии – 20% (n = 50), синдрома хронической тошноты и рвоты – 8% (n = 19), функционального расстройства жёлчного пузыря – 5% (n = 12) и синдрома раздраженного кишечника – 3 студентов (1%). Хронический гастрит сообщен 26% (n = 66) студентов. Из них Нр-инфекция – у 13 (5%) человек. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь верифицирована в 3 случаях (1%). Язвенная болезнь и желчнокаменная болезнь встречались с одинаковой частотой по 0,8%.

На втором этапе исследования с помощью 36 пунктов опросника SF-36 мы сгруппировали показатели КЖ студентов в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Сравнительный анализ КЖ студентов в зависимости от наличия ГБ и симптомов ФЖКР приведен в таблице 1.

Таблица 1

Качество жизни студентов в зависимости от наличия головной боли и функциональной гастроинтестинальной патологией

Показатель	Группа контроля, n = 20	Первичная ГБ без ФЖКР, n = 37	Первичная ГБ и ФЖКР, n = 25
Ролевая деятельность, баллы	100 (100; 100)	100 (87,5; 100) P2 = 0,010	75 (25; 100) P1 = 0,001
Общее состояние здоровья, баллы	84,5 (62; 91,5)	72 (57; 88,5) P2 = 0,013	60 (47; 74,5) P1 = 0,005
Жизненная активность, баллы	65,0 (56,3; 75)	70 (47,5; 75) P2 = 0,015	45 (30; 70) P1 = 0,027
Социальное функционирование, баллы	100 (87,5; 100)	87,5 (75; 100)	75 (56,3; 100) P1 = 0,010
Эмоциональное состояние, баллы	100 (66,7; 100)	66,7 (33,3; 100) P2 = 0,015	33,3 (16,7; 66,7) P1 = 0,001
Психическое здоровье, баллы	76 (68; 84)	76 (62; 82) P2 = 0,036	64 (40; 74) P1 = 0,006
Душевное благополучие, баллы	51,5 (43,4; 55,6)	46,7 (37,2; 53,6) P2 = 0,007	41,1 (29,8; 45) P1 = 0,001

Примечание (здесь и в таблице 2): для характеристики выборки приведены последовательно медиана, 25 и 75 квартили. Для таблицы 1: P1 – достоверность различий между показателями в группах с первичной цефалгией и ФЖКР и контролем, P2 – достоверность различий между показателями в группах первичных цефалгий без ФЖКР и с ФЖКР.

Студенты с сочетанной патологией характеризовались значимо более низкими показателями ролевой деятельности, общего состояния здоровья, жизненной активности, эмоционального и психического здоровья по сравнению с группой с ГБ без ФЖКР и ГК. Последние еще имели больший результат по шкале «Социальное функционирование».

Сравнительный анализ показателем КЖ в зависимости от вида первичной ГБ и наличия ФЖКР представлен в таблице 2.

Таблица 2

Качество жизни у студентов с первичными цефалгиями и наличием симптомов функциональных желудочно-кишечных расстройств

Показатель	ГК, n = 20	ГБН без ФЖКР, n = 29	М без ФЖКР, n = 8	ГБН с ФЖКР, n = 20	М с ФЖКР, n = 5
Физическое функционирование	98 (95; 100)	95 (85; 100) P4 = 0,002	95 (95; 100) P5 = 0,036	95 (95; 100)	100 (70; 95) P2 = 0,008
Ролевая деятельность	100 (100;100) P1 = 0,001	100 (87,5; 100) P3 = 0,011	100 (81; 100)	75 (50; 100)	100 (0;100) P2 = 0,026 P6 = 0,017
Общее состояние здоровья	84,5 (62; 91,5) P1 = 0,020	75 (50; 100) P3 = 0,049 P4 = 0,016	69 (53; 95)	63 (47; 81)	47 (25;66) P2 = 0,011
Жизненная активность	65 (56; 75)	70 (50; 75) P4 = 0,010	65 (41; 79) P5 = 0,047	53 (36; 74)	30 (13; 55) P2 = 0,015
Эмоциональное состояние	100 (67; 100) P1 = 0,001	67 (33; 100) P3 = 0,022	67 (33; 100)	33 (8; 67)	67 (17; 67) P2 = 0,023
Психическое здоровье	76 (68; 84) P1 = 0,024	76 (62; 82) P4 = 0,018	72 (55; 82)	64 (53; 79)	32 (20; 68) P2 = 0,011
Душевное благополучие	52 (43; 56) P1 = 0,002	47 (37; 54) P3 = 0,029	46 (35; 54)	41 (31; 45)	34 (21; 48) P2 = 0,025

Примечание: P1 – достоверность различий между показателями в группах с ГБН и ФЖКР и контролем, P2 – достоверность различий между показателями в группах с М и ФЖКР и контролем, P3 – достоверность различий между показателями в группах ГБН с ФЖКР и без ФЖКР, P4 – достоверность различий между показателями в группах с ГБН без ФЖКР и М с ФЖКР, P5 – достоверность различий между показателями в группах М без ФЖКР и с ФЖКР, P6 – достоверность различий между показателями в группах с М с ФЖКР и ГБН с ФЖКР.

Сравниваемые показатели КЖ у студентов с М и ФЖКР оказались значимо ниже, чем у ГК, что, возможно, объясняется ухудшением физического и эмоционального состояния во время приступов и постприступный период [8; 9]. Более высокие значения «Физического функционирования» и «Жизненной активности» отмечались у больных М без ФЖКР в отличие от группы с ФЖКР, они чаще последних чувствовали себя полными сил, энергии, их физическая деятельность не ограничивалась состоянием здоровья. Разница оказалась статистически не значимой между группами ГБН без ФЖКР и М без ФЖКР, а КЖ у студентов с ассоциациями «ГБН + ФЖКР» и «М + ФЖКР» отличалось по одному показателю «Физическое функционирование».

Заклучение и выводы: Таким образом, как цефалгии, так и симптомы ФЖКР, широко распространены среди студентов, с тенденцией к нарастанию встречаемости симптомов отдельных нозологических форм гастроинтестинальных расстройств среди студентов с симптомами первичных цефалгий. Выявлено критически значимое ухудшение профессиональной и социально-бытовой адаптации студентов, имеющих фенотипы первичных цефалгии в сравнении с ГК, при этом значимых различий между различными фенотипами ГБ получено не было. Качество жизни значимо ухудшалось у обучающихся с сочетанием первичных цефалгии и ФЖКР относительно тех, кто имел только первичные ГБ, и случаев ГК. Мультидисциплинарный подход к выявлению, адекватной терапии первичных ГБ и имеющих желудочно-кишечных расстройств, может способствовать улучшению качества лечения людей с сочетанной патологией [2; 3].

### *Список литературы*

1. Долгушина А.И. Особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных мигренью / А.И. Долгушина, М.И. Карпова, О.В. Сероусова, Е.Р. Олевская, А.В. Васильев, О.В. Науменко // Доказательная гастроэнтерология. – 2015. – Т. 4. – №3–4. – С. 15–20.
2. Карпова М.И. Роль иммунной системы в прогрессировании головной боли напряжения и мигрени: Автореф. дис. докт. мед. наук. – Челябинск, 2011. – 46 с.
3. Карпова М.И. Факторы хронизации первичных головных болей / М.И. Карпова, Ю.С. Шамуров, А.В. Зуева // Бюллетень сибирской медицины. – 2010. – №9 (4). – С. 111–116.
4. Маркина Н.В. Учебное пособие по статистической обработке медико-биологических данных: Учебное пособие / Н.В. Маркина, О.А. Степнова, Т.Н. Шамаева. – Челябинск, 2015. – 106 с.
5. Наследов А.Д. SPSS 15: профессиональный статистический анализ данных / А.Д. Наследов. – СПб.: Питер, 2008. – 416 с.
6. Сероусова О.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта у больных мигренью / О.В. Сероусова, А.И. Долгушина, М.И. Карпова //

Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Приложение. – 2016. – Т. 26. №5, S48. – С. 109.

7. Сероусова О.В. Клиническое значение тошноты при мигрени / О.В. Сероусова, М.И. Карпова, А.И. Долгушина, А.Ф. Василенко, В.В. Маркова, Д.Ш. Альтман // Журнал неврологии и психиатрии. – 2017. – №1 (2). – С. 43–47.

8. Сероусова О.В. Некоторые функции лимбической системы у больных эпизодической и хронической мигренью / О.В. Сероусова, М.И. Карпова, В.В. Маркова, А.В. Садырин, А.И. Долгушина // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №3 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.science-education.ru/123-19759](http://www.science-education.ru/123-19759) (дата обращения: 22.03.2017).

9. Сероусова О.В. Копинг-стратегии, стресс и алекситимия у больных мигренью / О.В. Сероусова, М.И. Карпова, А.И. Долгушина, В.В. Маркова, А.В. Садырин, Д.Ш. Альтман // Уральский медицинский журнал. – 2015. – №2 – С. 57–61.

10. Drossman D.A. Rome IV – Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction / D.A.Drossman, W.L.Hasler // Gastroenterology. – 2016. – №150 (6). – P. 1257–1261.

11. Mayer E.A. Gut/brain axis and the microbiota / E.A. Mayer, K. Tillisch, A. Gupta // J Clin Invest. – 2015. – №125 (3). – P. 926–938.