

3. Бабак О.Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способ их коррекции / О.Я. Бабак //Сучасна гастроентерологія. - 2003. - №2. – С.65-67.
4. Волков В.С. Соматопсиховегетативные нарушения при язвенной болезни / В.С. Волков, И.Ю. Колесникова // Клінічна медицина. - 2001- № 10. – С. 30 – 32.
5. Опарин А.А. Течение и принципы терапии язвы двенадцатиперстной кишки у студентов с возбудимым типом личности / А.А. Опарин //Сучасна гастроентерологія. – 2006. - №3. -С.16-18.
6. Передерий В.Г. От Маастрихта 1 – 1996 до Маастрихта 3 – 2005: десятилетний путь революционных преобразований в лечении желудочно-кишечных заболеваний / В.Г. Передерий, С.М. Ткач, Б.Н. Марусанич //Сучасна гастроентерологія. – 2005. – №6. – С. 4-8.
7. Собчик Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности : метод. руководство / Л.Н. Собчик. – Москва, 1990.
8. Фадеенко Г.Д. Антихеликобактерная терапия: кому и как ее проводить? / Г.Д. Фадеенко // Терапия. – 2006. – № 5(5). – С. 5-8.
9. Циммерман Я.С. Концепция взаимоотношений организма человека и Helicobacter pylori / Я.С. Циммерман, И.И. Телянер //Клінічна медицина. - 1999. - №2. – С. 52 – 56.
10. Goh K.-L. Management strategies for treatment failures / K.-L. Goh // Helicobacter pylori resistance and management strategies. – World Congress of Gastroenterology. – Montreal, 2005.
11. Malferttheiner P., Megraud F., O’Morain C. Guidelines for the Management of Helicobacter pylori Infection. European Gastroenterology Review 2005.

Реферат

**ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ
ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ И
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ПСИХОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ**

**Настрога Т.В., Казаков Ю.М., Настрога В.С.,
Петров Є.Є., Никитина И.В.**

В статье показаны основные особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Предложен индивидуализированный подход к терапии этой категории пациентов с применением средств, влияющих на состояние центральной нервной системы в комплексе с антихеликобактерной терапией.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, психосоматические соотношения, психотропная терапия

Стаття надійшла 1.04.10

**PECULIARITIES OF THE DUODENAL ULCER
MANIFESTATION DEPENDING ON
PSYCHOSOMATIC CORRELATIONS AND
EFFECTIVENESS OF DIFFERENTIAL
PSYCHOTROPIC THERAPY**

**Nastroga T.V., Kazakov Yu.M., Nastroga V. S., Petrov
Ye.Ye., Nikitina I.V.**

In the article there were shown the main peculiarities of duodenal peptic ulcer. There was proved of individualized approach to the therapy of this category of patients with the application of the agents, influencing on the condition of central nervous system, in the complex with antihelicobacter therapy.

Key words: duodenal peptic ulcer, psychosomatic correlations, psychotropic therapy

УДК 616.33/.342-002.44:616.379-008.64-07

**ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОВОЮ
ХВОРОБОЮ ШЛУНКА ТА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

О.Ю. Олійник, О.І. Федів, І.О. Виногра
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри внутрішньої медицини та ендокринології: «Шляхи оптимізації діагностики та лікування патології органів травлення, поєднаної із захворюваннями інших внутрішніх органів (0107U004051)».

У роботі проведено аналіз якості життя пацієнтів з ВХ, поєднаною з ЦД, та пацієнтів з ізольованою ВХ, порівняно з практично здоровими особами за допомогою опитувальника SF-36, та виявлено, що ЦД обтяжує перебіг ВХ за показниками фізичного та психічного компонентів здоров'я.

Ключові слова: виразкова хвороба, цукровий діабет.

Оцінка якості життя (ЯЖ) як інтегрального показника фізичного, соціального, емоційного та психологічного функціонування хворого стала невід'ємним елементом сучасних комплексних рандомізованих досліджень у різних галузях медицини [1]. Отже, ЯЖ визнана невід'ємною частиною

комплексного аналізу нових методів діагностики, лікування, профілактики, якості лікування та надання медичної допомоги [8]. Важливою є оцінка ЯЖ у пацієнтів з різними нозологіями, проте найбільш соціально значимі захворювання, які призводять до ранньої інвалідизації та смертності, потребують особливої уваги.

ЦД – захворювання, яке називають «неінфекційною пандемією». На нього хворіє 2,8% жителів планети, а в 2030 році очікується приріст цього показника до 4,4%. Розрахунки експертів ВООЗ показують, що до 2025 р. кількість хворих на ЦД досягне 300 млн. чоловік [4].

Такий епідемічний характер зростання захворюваності та розповсюженості ЦД обумовлено, насамперед, змінами у способі життя та характері харчування у сучасному суспільстві [6]. В 75% випадків ЦД супроводжується ураженням органів системи травлення [5]. Залишаються малодослідженими патогенез, особливості клініки в умовах поєднання ЦД та гастродуоденальних виразок, немає чітко відпрацьованої тактики консервативного та хірургічного лікування [7].

В теперішній час практично відсутні роботи, в яких було проаналізовано перебіг ВХ при ЦД з урахуванням типів ЦД, збільшення тривалості життя хворих [7]. Так само відсутні роботи щодо ЯЖ у хворих з поєднаним перебігом цих поширених захворювань. Важливість цього аналізу доводить і те, що саме покращення стану здоров'я пацієнтів, регрес клінічних проявів захворювання, підвищення функціональних показників, максимальне наближення ЯЖ хворого до рівня здорової людини є основними завданнями в процесі лікування будь-якої патології.

Метою роботи було вивчення ЯЖ у хворих на виразкову хворобу (ВХ) шлунка (антрального відділу) та дванадцятипалої кишки (ДПК), залежно від наявності ЦД.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 60 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласному ендокринологічному диспансері та гастроентерологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Чернівці. I-а група складалась з 30 хворих на ВХ шлунка та ДПК. До II-ї групи увійшли 30 хворих на ВХ шлунка та ДПК, поєднану з ЦД. Контрольна група складалась з 20 практично здорових осіб (ПЗО) (без клінічно, біохімічно та інструментально підтверджених діагнозів ВХ та ЦД). Оцінка ЯЖ проводилась за допомогою української версії опитувальника Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS-36), який хворі заповнювали власноруч. Опитувальник SF-36 [3] складається з 36 питань, розподілених на 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (РЕ) та психічне здоров'я (ПЗ). Результати отримують у вигляді оцінок у балах по 8 шкалам та двом категоріям (фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) та психічний (ПКЗ)). Показники кожної шкали варіюють від 1 до 100, де 100 представляє повне здоров'я [2]. Статистичний аналіз отриманих даних проводився з використанням програми Statistica 6,0 та підрахунком наступних параметрів: середнє, стандартна помилка середнього, довірчий інтервал та показник достовірності різниці р. Дані оцінок за шкалою SF-36 представлені згідно методичних вказівок до підрахунку даного опитувальника.

Результати дослідження та їх обговорення. Виявлено, що ФФ у хворих на ВХ шлунка та ДПК складає $83,33 \pm 1$ бал [81,29-85,37], що статистично вище ($p < 0,05$), ніж у хворих основної групи, у яких ВХ перебігала на тлі ЦД $48,67 \pm 2,46$ балів [43,64-53,69] та достовірно нижче ($p < 0,05$), ніж у групі практично здорових осіб $96 \pm 1,12$ балів [93,65-98,35]. Зниження показника ФФ відбувається за рахунок зниження фізичної сили та активності у обстежених пацієнтів.

РФ, тобто повсякденна життєдіяльність також страждала у групах обстежених пацієнтів і складала $45 \pm 4,55$ балів [35,7-54,3] та $13,33 \pm 3,54$ балів [6,09-20,58] у групах I та II відповідно на протизагу показникам у практично здорових осіб $90 \pm 3,8$ балів [82,04-97,96] ($p < 0,05$), тобто ВХ викликає утруднення виконання повсякденних справ, проте не так виражено, як така, що поєднується з ЦД. Показник ІБ становив $50,63 \pm 3,73$ балів [43,01-58,26] у групі II та $51,6 \pm 1,87$ балів [47,77-55,43] у групі I. Це свідчить про те, що біль спричиняв більший дискомфорт у групі хворих з ВХ, ніж з ВХ та ЦД. Поясненням цьому явищу може слугувати часто асимптомний перебіг ВХ на тлі ЦД без вираженого больового синдрому, проте різниця щодо цього показника між групами була недостовірною.

Загальний стан свого здоров'я хворі I групи оцінили значно нижче ($p < 0,05$), а саме на $26,83 \pm 1,08$ балів [24,61-29,05], ніж хворі групи II - $43 \pm 1,16$ балів [41,57-46,3] та практично здорові особи - $86,1 \pm 2,6$ балів [80,61-91,58]. ЖА, зрозуміло, була знижена в обох групах $22,67 \pm 2,1$ балів [18,37-26,96] та $41,67 \pm 1,85$ балів [37,89-45,44] у основній та контрольній відповідно і відрізнялась ($p < 0,05$) від такої у практично здорових осіб $68,5 \pm 1,54$ балів [65,27-71,73]. Цей показник відображає

суб'єктивні відчуття опитуваного щодо енергійності та жвавості упродовж останніх 4-ох тижнів. СФ, тобто те, наскільки захворювання обмежило соціальну активність хворого – його можливості зустрічей з рідними, друзями, складає $49,58 \pm 3,14$ балів [43,16-56] у групі I, $84,16 \pm 1,98$ балів [80,11-88,22] у групі II та $98,75 \pm 0,86$ балів [96,95-100,55] у групі ПЗО ($p < 0,05$). Отже ВХ, поєднана з ЦД, істотніше обмежує соціальну активність людини, ніж ізольована ВХ, що можна пояснити більш вираженим впливом на фізичний та моральний стан хворого. РЕ відобразив вплив емоційної сфери на життєдіяльність хворих за останні 4 тижні і був $32,21 \pm 4,07$ балів [23,88-40,54] у основній групі, $46,67 \pm 5,9$ балів [34,6-58,72] у групі контролю та $76,67 \pm 5,97$ балів [64,17-89,17] у групі здорових ($p < 0,05$). Відповідно до отриманих показників робимо висновок, що емоційна сфера відіграє важливу роль у житті людини і впливає на виконання нею повсякденних справ. В обох групах РЕ нижче показника у ПЗО, проте найнижчий у групі, де спостерігалось поєднання захворювань.

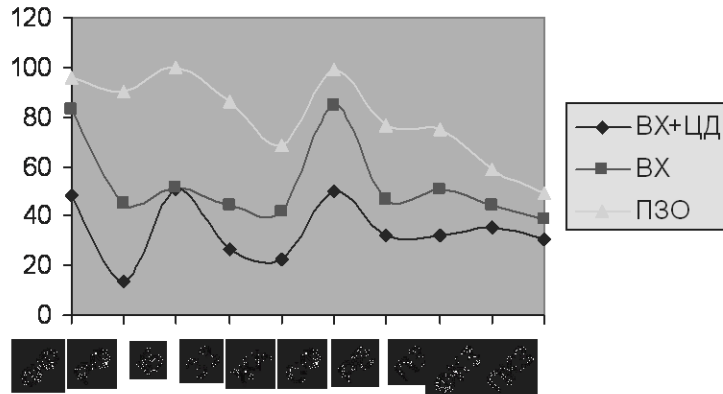


Рис.1. Показники ЯЖ у обстежених осіб за результатами опитувальника SF-36.

Схожі цифри ПЗ ми спостерігали у всіх обстежених групах $32 \pm 2,16$ балів [27,58-36,42] – група I, $50,67 \pm 1,62$ балів [47,35-53,98] – група II та $74,8 \pm 1,3$ балів [72,08-77,52] – ПЗО. Такі низькі бали свідчать про наявність депресивної схильності, тривоги, хвилювання у хворих на ВХ та ЦД. Інтегральні показники ФКЗ та ПКЗ статистично достовірно ($p < 0,05$) різнилися у всіх трьох групах обстежених та свідчили про найгірший стан фізичного та психічного компоненту здоров'я у групі з поєднаним перебігом захворювань.

Висновки

1. ЦД обтяжує перебіг ВХ, що відображається у низьких балах всіх показників за опитувальником SF-36.
2. Рекомендовано застосовувати опитувальник SF-36 у загальній практиці обстеження хворих на ВХ та ВХ, поєднану з ЦД, оскільки він є легким до застосування та обробки результатів, а також достовірно відображає стан фізичного та психічного здоров'я людини, а отже слугуватиме орієнтиром у корекції базисної терапії.

Перспективою подальших розробок у даному напрямку є вивчення впливу медикаментозної терапії на зміну усіх показників за даним опитувальником.

Література

1. Clarke P. Quality of life following stroke: negotiating disability, identity and resources / Clarke P, Black SE. // J of Applied Gerontology. – 2005. -24/4. P. 319-336.
2. De Haan RJ. Measuring quality of life after stroke using the SF-36. Stroke. 2002;33:1176.
3. Wilson D, Parsons J, Tucker G. The SF-36 summary scales: problems and solutions. Soz Praventiv Med. 2000; 45: 239–246.
4. Зиннатулін М.Р. Сахарный диабет и язвенная болезнь / М.Р.Зиннатулин, Я.С.Циммерман, В.В.Трусов // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. - 2003. - №5. - С. 17-24
5. Колесникова Е.В. Эндокринные заболевания и патология органов пищеварения / Е.В.Колесникова // Мистецтво лікування. – 2006. - №8. – С.71-75
6. Маньковський Б.М. Вчасна діагностика цукрового діабету: результати дослідження Діа Скрин / Б.М. Маньковський, О.С. Ларін// Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2007. - №1(18).- С.42-48
7. Федорченко Ю.Л. Хронические гастродуоденальные язвы у больных сахарным диабетом / Федорченко Ю.Л. // Пробл. эндокринол. - 2003. - Т.49, №1. - С.7-12.
8. Ягенський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / Ягенський А.В., Січкарук І.М. // Внутренняя медицина. – 2007. - 3(3) С.21-24.

Реферати

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Олиник О.Ю., Федив О.И., Белоокая И.О.

В работе проведено анализ качества жизни пациентов с ЯБ, сочетанной с СД, и пациентов с изолированной ЯБ, сравнительно с практически здоровыми особами с помощью опросника SF-36, и выявлено, что СД отягощает течение ЯБ по показателям физического и психического компонентов здоровья.

Ключевые слова: язвенная болезнь, сахарный диабет.

Стаття надійшла 19.04.10

THE INFLUENCE OF THE DIABETES MELLITUS ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENAL PEPTIC ULCERS

Olinyk O.J., Fediv O.I., Bilooka I.O.

The paper analyzes the quality of the life in patients with peptic ulcer, combined with diabetes mellitus, and patients with an isolated peptic ulcer, compared with healthy persons using questionnaire SF-36. It was established that the diabetes mellitus complicates the course of the peptic ulcer according to the indicators of the physical and mental health components.

Key words: diabetes mellitus, peptic ulcer.

УДК 616.333-008.6-036.23

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У СТУДЕНТОВ

А.Г. Опариш, А.А. Опариш, О.А. Любушев, О.В. Игалева-Лова
Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Работа является фрагментом НИР кафедры терапии, ревматологии и клинической фармакологии ХМАПО «Центральные механизмы реализации ulcerогенных факторов и их патогенетическая коррекция у студентов с дуоденальной язвой». Номер государственной регистрации 0105U002866.

У роботі вивчені особливості перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби із супутньою залізодефіцитною анемією у студентів. Вивчено обмін ендотеліну-1 та оксиду азоту, а також стан регіонарного кровообігу при даній поєднаній патології. Розкрито роль ендотеліальної дисфункції у формуванні залізодефіцитної анемії при ГЕРХ.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, залізодефіцитна анемія, ендотеліальна дисфункція, ендотелін-1, оксид азоту

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) на сегодняшний день является одним из наиболее распространенных, быстро растущих заболеваний [4, 5, 8]. Особую актуальность ей придает рост среди лиц молодого трудоспособного возраста [3, 5], количество осложнений, а также формирование при ней многочисленных экстрапищеводных симптомов и заболеваний [1, 6, 7]. Среди последних видное место принадлежит железодефицитной анемии (ЖДА), но если факт ее наличия при ГЭРБ не вызывает сомнений, то сам механизм ее формирования остается практически неизученным [2, 6].

Целью работы было изучение механизмов формирования ЖДА при ГЭРБ у студентов.

Материалы и методы исследования. Для исследования были взяты две группы больных. Первую составили 26 студентов (17 девушек, 9 юношей) в возрасте от 18 до 25 лет, больных ГЭРБ без сопутствующей патологии. Вторую группу составили 24 студента (18 юношей и 6 девушек) в возрасте от 17 до 25 лет, страдающих ГЭРБ с сопутствующей железодефицитной анемией I степени в возрасте от 17 до 26 лет. Эндотелин – 1 (ЭТ-1) определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом при помощи стандартного набора реактивов Endotelin -1 Elisa system фирмы American Pharmacia biotech (производство Великобритания).

Уровень оксида азота определяли в сыворотке крови спектро-фотометрическим методом Грисса-Илосвая с сульфаниловой кислотой и 1-нафтиламином. О состоянии регионарного кровотока судили по диаметру и скорости кровотока в чревном стволе, определяемых методом эхограммы в режиме эхолокации и спектра потока крови, с помощью имперсно – волновой доплерографии с цветным картированием, выполненной на аппаратах ALOKA – SSD – 650 (производство Япония) и