

ЧАСТОТА ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 С ОЖИРЕНИЕМ

А. С. Ефимов, Л. М. Михальчук (Киев)

Проведены исследования уровня витамина D у больных сахарным диабетом типа 2 с ожирением. Выявлена связь дефицита витамина D с уровнем гликозилированного гемоглобина и более эффективное снижение HbA1c у больных, получавших заместительную терапию препаратами витамина D.

Ключевые слова: сахарный диабет типа 2, ожирение, витамин D, 25(OH)D, HbA1c.

FREQUENCY OF VITAMIN D DEFICIENCY IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS
PATIENTS WITH OBESITY

A. S. Efimov, L. M. Mykhalchuk (Kiev, Ukraine)

Institute of Endocrinology and Metabolism Academy of Medical Sciences of the Ukraine

The research has been carried out concerning the level of Vitamin D for patients suffering from Diabetes mellitus type 2 having obesity. The connection is revealed between Vitamin D deficit with the level of glycosylated hemoglobin and more effective decrease HbA1c for the patients who were given compensative treatment.

Key words: type 2 diabetes mellitus, obesity, vitamin D, 25(OH)D, HbA1c.

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЕВІ

УДК 616.345–008.615–092+616.89–008–02

Надійшла 21.03.2013

А. С. СВИНЦІЦЬКИЙ¹, Г. А. СОЛОВЙОВА^{1,2}, С. О. МАЛЯРОВ², С. А. НАГІЄВА¹ (Київ)**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ
ВАРІАНТАМИ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ**¹Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця;²Універсальна клініка «Оберіг» <nagieva_s@icloud.com>

При дослідженні психологічного статусу хворих з різними клінічними варіантами перебігу синдрому подразненої кишки (СПК) виявлено, що тривожність спостерігається при кожному варіанті. Тривога характерна для СПК з діареєю, депресія при СПК із запором, на відміну від решти варіантів СПК (неспецифічний та змішаний).

Ключові слова: синдром подразненої кишки, запор, діарея, психологічний статус, тривога, тривожність, депресія.

Синдром подразненої кишки (СПК) – функціональне захворювання, етіологія якого до кінця нез'ясована, а його лікування і нині є складним. СПК об'єднує такі клінічні стани, як біль та/або дискомфорт у животі, що послаблюються після дефекації і пов'язані із зміною частоти дефекації і/або формою випорожнення [20].

Поширення СПК у більшості країн світу становить в середньому 20 %, варіюючи від 9 до 48 % в різних популяціях. При цьому показник обертаності населення з приводу даного захворювання визначає його соціальний і культурний рівень. СПК частіше зустрічається у жінок (64–69 %) [14, 17]. Головним чином СПК виявляють в осіб молодого віку і нерідко це захворювання поєднується з іншою функціональною патологією.

СПК належить до найбільш поширених форм психосоматичних розладів [2–5, 7, 17]. Відомо, що СПК розглядають як еталон психосоматичного розладу і в МКХ-10 як психічний розлад віднесено до категорії соматоформних вегетативних дисфункцій соматизованих розладів [20]. Результати численних досліджень свідчать про високу частоту (54–100 %) та значний психопатологічний поліморфізм у хворих із СПК [12, 16, 19, 20, 24]. Оцінка коморбідних зв'язків психічних розладів і функціональних порушень дистальних відділів травного каналу (ТК) неоднозначна. На думку одних дослідників, симптоми СПК – наслідок клінічної маніфестації тривожних і депресивних розладів. Інші автори, навпаки, інтерпретують психопатологічні симптоми як вторинні щодо дисфункцій товстої кишки або заперечують клінічно значущі зв'язки між СПК і психічними розладами [4, 8–12, 17], ствержуючи, що не завжди можна визначити пусковий механізм, що призвів до порушення функції кишки. У розвитку захворювання велике значення має конституційний та особистісний тип хворого. Вважають, що за характером вираженості нервово-психічних реакцій хворі із СПК є граничною групою між нормою і психопатологією [18]. Разом з тим психічні детермінанти є лише кофакторами, що мають причинне значення тільки при їх поєднанні з конституціональними, генетичними, імунними та іншими факторами, які інеціюють розвиток хвороби [4].

Мета дослідження – виявлення взаємозв'язку між клінічними варіантами СПК і психологічним статусом хворого.

Матеріали і методи. Обстежено 107 пацієнтів, розподілених на чотири групи: I – 36 (33,6 %) хворих із СПК і запором, серед них 7 чоловіків та 29 жінок; II – 35 (32,7 %) осіб із СПК та діареєю, 9 чоловіків та 26 жінок; III – 22 (20,7 %) пацієнти із СПК з неспецифічним варіантом, 10 чоловіків, 12 жінок, IV – 12 (13 %) хворих із СПК із змішаним варіантом, 3 чоловіки, 9 жінок.

Середній вік пацієнтів із I групи становив ($43,50 \pm 12,75$) року, II – (46 ± 12) років, у III – (38 ± 10) років, у IV – ($42,0 \pm 8,5$) року. Переважну більшість серед 107 пацієнтів становили жінки – 78 осіб (72,8 %), чоловіків було 29 (27,2 %).

Усіх хворих відібрано згідно з Римськими критеріями III, вони пройшли клінічне обстеження за спеціально розробленими опитувальниками, за допомогою яких оцінювали такі показники: наявність болю або дискомфорту у животі, локалізація болю (ліва чи права здухвинна ділянка, нижні відділи живота, навколо пупкової ділянки, по всьому животу), характер болю (переймоподібний, пекучий, ниючий, ріжучий), його зв'язок з вживанням їжі або з актом дефекації; після чого біль проходить (акт дефекації, вживання їжі, самостійно, прийом спазмолітиків, регуляторів моторики) або посилюється (до вживання їжі, перед актом дефекації, емоційного, фізичного навантаження). Також проводили об'єктивне обстеження хворих шляхом поверхневої (орієнтовної) та глибокої методичної пальпації черевної порожнини за методом Образцова – Стражеска. Крім того, пацієнтам проводили перкусію та аускультацию органів черевної порожнини. Всім виконували лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, загальний аналіз калу, аналіз калу на приховану кров, копрограму, тест на лактазну недостатність, а також інструментальні дослідження: УЗД органів черевної порожнини, електрокардіографію, ЕГДС. Для оцінки психологічного статусу всіх пацієнтів досліджували за опитувальниками: шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера [6], госпітальною шкалою тривоги та депресії.

Критеріями включення в дослідження була відсутність: немотивованої втрати маси тіла; нічної симптоматики; постійного інтенсивного болю в животі як єдиного головного симптому ураження ТК; початок захворювання у старечому віці; раку товстої кишки у родичів; лихоманки; змін у статусі (гепато- і спленомегалія); крові у калі; лейкоцитозу; анемії; збільшення ШОЕ; змін у біохімічному аналізі крові.

Достовірність отриманих даних визначали за критерієм Стьюдента. Достовірною вважали різницю, ступінь достовірності (P) якої був $<0,05$ [1, 7].

Результати та їх обговорення. Встановлено, що серед пацієнтів із СПК та діареєю (35 осіб) у 31 (88,5 %) рівень тривожності був в межах 31–44 бали, що відповідає помірній тривожності, у 4 (11,5 %) – до 30 балів – низький рівень тривожності. У 28 (80 %) хворих рівень тривоги знаходився в межах 11–19 балів, що відповідає клінічно вираженій тривозі, у 7 (20 %) виявлено субклінічно виражену депресію, про що свідчить рівень депресії в межах від 8 до 10 балів. У хворих I групи отримано такі результати: серед 36 пацієнтів тривожність виявлена у 27 (75 %), рівень тривожності був у межах 31–44 бали, у 9 (25 %) – до 30 балів, що свідчить про низький рівень тривожності. Субклінічно виражена тривога спостерігалась у 13 (36 %) осіб, її рівень становив 8–10 балів згідно з госпітальною шкалою тривоги та депресії, у 23 (64 %) була клінічно виражена депресія, кількість балів – 11–20.

Серед 22 пацієнтів III групи рівень тривожності згідно з шкалою Спілбергера становив 31–44 бали, що відповідає помірній тривожності, рівень депресії та тривоги був в межах до 7 балів – відсутність достовірно виражених симптомів.

У IV групі (12 осіб) отримано дані, що свідчили про помірно виражену тривожність, рівень депресії та тривоги був у межах до 7 балів, а це вказує на відсутність достовірно виражених симптомів (таблиця).

Оцінка тривожності за шкалою Спілбергера, абс. од.

Тривожність	Група								P
	I (n = 36)		II (n = 35)		III (n = 22)		IV (n = 12)		
	n	кількість балів	n	кількість балів	n	кількість балів	n	кількість балів	
<i>Шкала Спілбергера</i>									
Низький рівень	9 (25)	До 30	4 (11,5)	До 30	–	–	–	–	> 0,01
Помірно виражена	27 (75)	31–44	31 (88,5)	31–44	22 (100)	31–44	12 (100)	31–44	> 0,05
Більш виражена	–	–	–	–	–	–	–	–	> 0,05
<i>Госпітальна шкала тривоги та депресії, абс. од.</i>									
Відсутність достовірно виражених симптомів тривоги	–	–	–	–	22 (100)	До 7	12 (100)	До 7	> 0,05
Субклінічно виражена	13 (36)	8–10	–	–	–	–	–	–	> 0,05
Клінічно виражена	–	–	28 (80)	11–19	–	–	–	–	< 0,05
<i>Госпітальна шкала депресії, абс. од.</i>									
Відсутність достовірно виражених симптомів депресії	–	–	–	–	22 (100)	До 7 балів	12 (100)	До 7	> 0,05
Субклінічно виражена	–	–	7 (20)	8–10	–	–	–	–	> 0,05
Клінічно виражена	23 (64)	11–20	–	–	–	–	–	–	< 0,05

Висновки. 1. За рівнем тривожності статистично достовірної різниці між досліджуваними групами не виявлено ($P > 0,05$). 2. Тривога достовірно частіше зустрічалась у хворих СПК з діареєю ($P < 0,05$), ніж при інших клінічних варіантах (запор, неспецифічний, змішаний). 3. Депресія достовірно частіше ($P < 0,05$) була характерна для хворих з СПК із запором, на відміну від інших груп, в яких статистично достовірних даних не отримано. Враховуючи дані власного дослідження, плануємо провести оцінку динаміки психологічного стану пацієнтів на фоні проведеного лікування.

Список літератури

1. Боровиков В. П., Боровиков И. П. Statistica: Статистический анализ и обработка данных в среде Windows. – М.: Информ.-изд. дом «Филинь», 1998. – 608 с.
2. Вейн А. М. Идеи нервизма в гастроэнтерологии // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – Т. VII, № 3. – С. 76–79.
3. Елисеев Ю. Ю. Психосоматические заболевания: Справочник. – М., 2003. – 280 с.
4. Есаулов В. И., Четверикова Н. Ю., Шаховская А. К. Комплексная терапия синдрома раздражённой толстой кишки (СРТК) с учётом психоэмоционального статуса больных // Новое в гастроэнтерологии. Сб. ст. – М., 1996. – Т. 1. – С. 108–109.
5. Златкина А. Р. Синдром раздражённого кишечника (клиника, диагностика, лечение) // Терапевт. арх. – 1997. – Т. 69, № 2. – С. 68–71.
6. Комаров Ф. И., Рапопорт С. И., Иванов С. В. и др. Лечение сульпиридом больных с синдромом раздражённой толстой кишки // Клин. медицина. – 2000. – Т. 78, № 7. – С. 22–26.
7. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2005. – С. 58–62.
8. Минцер О. П. Методы обработки медицинской информации. – К.: Выща шк., 1991. – 271 с.
9. Павленко А. Ф. Синдром раздражённого кишечника: клинко-патогенетические параллели и дифференцированная терапия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 17 с.
10. Пальцев А. И., Виноградова Е. В., Непомнящих Д. Л. Психосоматические аспекты и принципы лечения синдрома раздражённого кишечника // Сиб. журн. гастроэнтерологии и гепатологии. – 2000. – № 10. – С. 57–59.
11. Парфёнов А. И. Синдром раздражённого кишечника // Моск. мед. журн. – 1999. – № 6. – С. 12–15.
12. Ромасенко Л. В., Махов В. М., Гатаулина О. В. Особенности комплексного подхода при терапии больных с СРК // Психиатрия и психофармакология. – 1999. – Т. 4, № 1. – С. 14.
13. Симаненков В. И., Гриневич В. Б., Потапова И. В. Функциональные и психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта. – СПб: ООО «ЛСП», 1999. – 164 с.
14. Смуглевич А. Б. Депрессии в общей медицине // Мед. информатизация. – М.: Медицина, 2001. – 254 с.
15. Agreus L., Talley N. J., Svarsdudd K. et al. Identifying dyspepsia and irritable bowel syndrome: The value of pain or discomfort, and bowel habit descriptors // Scand. J. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 35. – P. 142–151.
16. Celebi S., Acik Y., Deveci S. E. et al. Epidemiological features of irritable bowel syndrome in a Turkish urban society // J. of gastroenterology and hepatology. – 2004. – Vol. 19, N 7. – P. 738–743.
17. Clouse R. E., Lustman P. J. Use of psychopharmacological agents for functional gastrointestinal disorders // Gut. – 2005. – Vol. 54, N 9. – P. 1332–1341.
18. Dalton C. B., Drossman D. A., Hathaway M. D., Bangdiwala S. I. Perceptions of physicians and patients with organic and functional gastroenterological diagnoses // J. of Clin. Gastroenterology and Hepatology. – 2004. – Vol. 2, N 2. – P. 121–126.
19. Delvaux M. M. Stress and visceral perception // Can. J. Gastroenterol. – 1999. – Vol. 13 (Suppl. A). – P. 32A–36A.
20. Gershon M. D. Nerves, reflexes, and the enteric nervous system: pathogenesis of the irritable bowel syndrome // J. Clin. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 39, N 5 (Suppl). – P. 184–193.
21. Guaiiana G., Barbui C., Hotopt M. Amitriptyline versus other types of pharmacotherapy for depression // Cochrane Datalase Syst. Rev. – 2003. – Vol. 2. – CD 004186.
22. Thompson W. G., Longstreth G. F., Drossman D. A. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain // Gut. – 1999. – Vol. 45 (Suppl 2). – P. 43–47.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ

А. С. Свиницкий, Г. А. Соловьева, С. А. Маляров, С. А. Нагиева (Киев)

При изучении психологического статуса больных с разными клиническими вариантами синдрома раздражённой кишки установлено, что тревожность наблюдается при каждом варианте, однако тревога характерна только для СРК с диареей, депрессия – для СРК с запором, в отличие от остальных вариантов СРК (неспецифический, смешанный).

Ключевые слова: синдром раздражённого кишечника, запор, диарея, психологический статус, депрессия, тревога, тревожность.

PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH DIFFERENT CLINICAL VARIANTS OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME

A. Svintsitskiy¹, G. Solovyova^{1,2}, S. Malarov², S. Nagieva¹ (Kiev, Ukraine)

National Medical University, «Oberig» clinic

In the study of psychological status of patients with different clinical variants of irritable bowel syndrome we found each variant to be characterized by worry, but the anxiety is typical only of IBS with diarrhea, while depression is typical of IBS with constipation in contrast to other IBS variants (nonspecific IBS and mixed IBS ones).

Key word: Irritable bowel syndrome, constipation, diarrhea, psychological status, depression, anxiety, worry.

УДК 615.243+616.33–008.1+616.248

Надійшла 04.02.2013

I. P. ПОПАДИНЕЦЬ

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОМЕПРАЗОЛУ ТА ПАНТОПРАЗОЛУ В ЛІКУВАННІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Кафедра внутрішньої медицини 1, клінічної імунології та алергології ім. акад. Є. М. Нейка (зав. – проф. Р. І. Яцишин)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» <iresja88@gmail.com>

Поєднання бронхіальної астми (БА) з патологією травного каналу – одне з найчастіших, клінічно різноманітних і тяжких, яке ускладнює її перебіг. Поширення гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) серед хворих на БА становить 33–90 %. Загострення ГЕРХ розглядають як один з тригерів приступів БА. Основою терапії ГЕРХ є кислотоосупресія. Вибір інгібіторів протонної помпи (ІПП) як основного засобу терапії пов'язаний з їх антисекреторною дією. Серед ІПП можна виділити пантопразол, який володіє високою біодоступністю, має мінімальну лікарську взаємодію з іншими препаратами та безпечний. У хворих, які приймали пантопразол, показники рН-метрії наближались до норми, частка часу з рН < 4 зменшилась від 2 год 31 хв до 52 хв. На фоні лікування пантопразолом показники функції зовнішнього дихання (ФЗД) були кращими та достовірно вищими, ніж у групі, яка отримувала омепразол. Хворим з поєднаною патологією показано обов'язкове лікування супутньої ГЕРХ, що покращить перебіг БА та допоможе досягти контролю.

Ключові слова: бронхіальна астма, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, інгібітори протонної помпи, пантопразол.

Бронхіальна астма (БА) – одне із найпоширеніших хронічних захворювань, яке розглядають у суспільстві не лише як актуальну медичну, але й як соціальну проблему [8]. Ця патологія посідає одне з перших місць у структурі захворювань органів дихання. Протягом останнього десятиліття кількість хворих на БА збільшилась. За результатами популяційних епідеміологічних досліджень, поширення БА в більшості країн світу коливається від 2 до 11 %. Тільки згідно з офіційною статистикою, понад 300 млн осіб у світі хворіють на БА і понад 200 тис помирають щороку від її загострення [1, 3]. Значне поширення БА (при цьому захворюваність дітей превалює над такою у дорослих), нерідко прогресуючий та інвалідизуючий перебіг хвороби зумовлюють актуальність питання профілактики, ефективного лікування й підвищення якості життя таких хворих для більшості країн світу, в тому числі й для України [7].

Одним з найважливіших завдань сучасної пульмонології є забезпечення контролю за перебігом БА, що особливо актуально при тяжкому перебігу захворювання [4]. Необхідний не тільки етіологічний та патогенетичний підхід до терапії,