

inflammation, imbalance of the neuroendocrine system. The paper also describes the differential diagnosis criteria of the pathology. The work highlights that the identification and elimination of the causative agent as well as restoring of the protective barrier of the skin play an essential role in patient management. It presents a modern approach to the dyshidrotic eczema treatment with application of topical steroids, calcineurin inhibitors and oral immunosuppressive agents.

Conclusion. In summary we want to emphasize that a differentiated approach to the choice of topical therapy of dyshidrotic eczema of palms and soles will improve the effectiveness of therapy in acute period, significantly reduce system pharmacological load, achieve sustainable long-term remission of the disease and, finally, significantly improve life quality of these patients.

Key words: dyshidrotic eczema of palms and soles, pathogenesis, differential diagnosis, management.

Відомості про авторів:

Возіанова Світлана Віталіїна - д.мед.н., доцент, професор кафедри дерматовенерології. Адреса: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Бойко Вікторія Вікторівна - заочний аспірант кафедри дерматовенерології. Адреса: ТМО «Дерматовенерологія», вул. Саксанського 72.

УДК: 616.366-003.7-06:616.379-008.65]-036.22-036-08+616.366-018

© Н.І. ДЯКІВ-КОРЕЙБА, 2016

Н.І. Дяків-Корейба

ЖОВЧЕКАМ'ЯНА ХВОРОБА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЇ ЖОВЧЕВОГО МІХУРА, КЛІНІКА ТА ЛІКУВАННЯ

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) на сьогодні є найбільш серйозною проблемою медичної науки. ЦД має поліорганний, системний характер ушкоджень. Жовчекам'яна хвороба (ЖКХ) також займає одне з центральних місць у патології органів травлення.

Мета. Висвітлити актуальність проблеми патології жовчного міхура у хворих на ЦД.

Матеріали та методи. Проаналізовано літературні повідомлення стосовно захворювань жовчного міхура у хворих на ЦД.

Результати і висновки. Наведені дані за поширеність ЦД та ЖКХ у світі. Розглянуті фактори ризику виникнення холелітіазу у хворих на ЦД. Представлені сучасні дані щодо механізмів розвитку біліарної патології у хворих на ЦД. Зокрема, наведені дані щодо об'єму, моторики жовчного міхура у пацієнтів з ЦД. Продемонстровано, що зниження скоротливої активності жовчного міхура, яке змінює ентерогепатичну циркуляцію жовчних кислот, здатне не лише посилювати морфологічні та функціональні порушення травного каналу і печінки у хворих на ЦД, але й приховувати небезпеку підвищеного ризику розвитку ЖКХ. Показано, що в багатьох випадках ЖКХ у хворих на ЦД перебігає безсимптомно, що створює певні складнощі в діагностиці. Представлені дані демонструють, що терапія ЖКХ у поєднанні з ЦД не визначена офіційними документами. Актуальним є і питання попередження розвитку ЖКХ у хворих на ЦД.

Ключові слова: цукровий діабет, жовчекам'яна хвороба.

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) є одним із найбільш розповсюджених ендокринних захворювань. Про актуальність проблеми ЦД свідчать прогностичні оцінки експертів ВООЗ, згідно з якими до 2025 р. кількість хворих із цією патологією у світі перевищить 330 млн., 85-90% з яких припадає на ЦД 2 типу. Кожні 12-15 років кількість хворих на ЦД подвоюється. Поширеність ЦД в Україні становить 8% і має тенденцію до невпинного зростання. Високий рівень смертності та інвалідизації при цій патології зумовлений розвитком та прогресуванням численних ускладнень: макро- та мікроангіопатій, нейропатій [1, 10, 15, 19].

За даними епідеміологічних досліджень, при ЦД значно частіше, чим у загальній популяції зустрічаються наступні захворювання: неалкогольний стеатоз печінки і стеатогепатит, цироз печінки, гепатоцелюлярна карцинома, вірусний гепатит С, гостра печінкова недостатність і жовчекам'яна хвороба (ЖКХ) [10].

ЦД є однією з найбільш серйозних проблем сучасної медичної науки, що визначається поліорганним характером ураження та незворотністю змін багатьох функціональних систем життєзабезпечення людини. Проте, дотепер недостатньо вивченим у хворих на ЦД залишається стан системи травлення. Відомо, що розвиткові ЦД передують ряд стадій порушення толерантності до глюкози [10]. ЦД супроводжується ураженням печінки ще на доклінічних стадіях. Із прогресуванням хвороби пошкодження збільшується й виявляється зміною функції гепатоцитів, печінкового кровообігу, структури органу. Печінка є центральним органом, що забезпечує нормальний перебіг метаболічних процесів в організмі. Діабетичні гепатопатії зустрічаються в 64-88% хворих [10, 11].

В основному декомпенсація і важкість стану хворих на ЦД збільшується при розвитку пізніх ускладнень зі сторони різних органів і систем, серед яких важливе місце займає ураження гепатобіліарної системи [10].

Остатнім часом ЦД розглядається в якості фактора, що провокує розвиток ЖКХ. У хворих на ЦД частота виявлення каменів у жовчному міхурі в 2 рази вища, чим у загальній популяції. При цьому холелітіаз частіше виявляється у хворих на ЦД 2 типу і асоціюється з такими факторами ризику, як похилий вік, високий індекс маси тіла, жіноча стать, генетична схильність, зловживання алкоголем, висока концентрація тригліцеридів і холестерину, ліпопротеїдів низької щільності в плазмі крові [4, 13, 14, 21].

ЦД асоціюється з широким спектром захворювань гепатобіліарної системи, які здатні ускладнювати його перебіг і погіршувати прогноз [1, 16, 23]. ЦД має поліорганний, системний характер ушкоджень. При ЦД нерідко виявляють діабетичні холецистопатії – ураження жовчного міхура та жовчовивідних шляхів [16, 18, 24]. Найбільшою мірою виражена гіпотонія жовчного міхура спостерігається у хворих з тривалим перебігом ЦД та тяжкими нефропатіями [3].

Ураження жовчовивідних шляхів у хворих на ЦД 1 і 2 типів інколи супроводжується не різко вираженим больовим синдромом, а частіше його не буває, що створює певні складнощі в діагностиці [3, 5, 16]. Моторика жовчного міхура у хворих на ЦД значно відрізняється від такої у пацієнтів без ЦД. Під час проспективних сонографічних досліджень у хворих на ЦД виявили значне поширення у них субклінічного безсимптомного хронічного

холециститу. Можливою причиною його поширеності у хворих на ЦД вважають інсулінорезистентність, порушення балансу інсуліну. Порушення глікемічного контролю зумовлює у хворих на ЦД ще більше порушення ліпідного балансу, що є вирішальним чинником для прогресування літогенних властивостей жовчі [3].

Прояви автономної полінейропатії мають універсальний характер, що знаходить відображення в її проєкціях на шлунково-кишковий тракт у вигляді гастропарезу. Прогноз перебігу великою мірою визначається не лише моторно-евакуаторною функцією шлунка та дванадцятипалої кишки, але й змінами слизової оболонки цих органів [11]. Зниження скоротливої активності жовчного міхура, яке змінює енте-рогепатичну циркуляцію жовчних кислот, здатне не лише посилювати морфологічні та функціональні порушення травного каналу і печінки у хворих на ЦД, але й приховувати небезпеку підвищеного ризику розвитку ЖКХ. Холестеролові конкременти утворюються у хворих на ЦД у 2-3 рази частіше, ніж у популяції. Однією з головних причин цього вважають діабетичну автономну нейропатію, при якій спостерігаються зменшення скоротливої активності жовчного міхура, холецистопарез, що призводить до застою жовчі, підвищеного формування на цьому тлі холестириолових кристалів, утворення та подальшого росту каменів [5, 13, 22].

Суперечливими є літературні повідомлення про концентрацію холецистокініну в сироватці крові при біліарній патології. Дані про взаємозв'язок секреції холецистокініну і моторики жовчного міхура і сфінктера Одді у пацієнтів з біліарною патологією мають неповний характер і певною мірою суперечать одні одному [7, 22]. За даними ультразвукової холецистографії, на початку спостереження у хворих виявляється збільшення об'єму жовчного міхура натще, зниження його скоротливої активності з істотним зменшенням інтенсивності його скорочення. Зменшення скоротливої активності жовчного міхура пов'язані з наявністю у хворих діабетичної автономної нейропатії [13, 16, 22].

На сьогодні діагностика ЖКХ базується на методі ультразвукового сканування, що не завжди є надійним з огляду на точність методу. Недостатньо вивчена гістологічна структура стінки жовчевого міхура у хворих на ЦД, що страждають на ЖКХ.

У початковій стадії ЦД у більшості осіб із вперше виявленим захворюванням спостерігається дискінезія жовчних шляхів гіперкінетично-гіпотонічної і гіпертонічно-гіперкінетичної форм. Розвиток гіпертонічно-гіперкінетичної дискінезії жовчних шляхів у хворих на ЦД 2 типу відбувається на тлі порушення функціонування автономної нервової системи. Більш ніж у третини хворих на ЦД 2 типу спостерігаються прояви діабетичної шлунково-кишкової автономної нейропатії у вигляді дисфункції жовчних шляхів та зниження тону жовчного міхура, що вказує на її ранній розвиток при ЦД [5, 23].

Ураження жовчних шляхів у хворих на ЦД 2 типу інколи супроводжується не різко вираженим больовим синдромом, але частіше його зовсім не буває, що створює певні складнощі в діагностиці [9]. Власне така особливість перебігу ЖКХ не тільки ускладнює своєчасну діагностику, а також значно погіршує перебіг ЦД. У той же час не вивчена залежність поширеності ЖКХ від важкості ЦД, виду лікування (інсулінозалежного чи інсулінонезалежного).

За даними клініки у хворих на ЖКХ частота маніфестного ЦД становить 22,7%, латентного – 32,3%. Про зв'язок порушень інсулярного апарату

з патологією гепатобіліарної системи свідчать результати численних експериментальних та клінічних досліджень. Виникнення інсулярної недостатності супроводжуються змінами біохімічних властивостей жовчі внаслідок порушення жовчоутворювальної та жовчовидільної функції печінки, розладу координації діяльності сфінктерного апарату загальної жовчної протоки, великого сосочка дванадцятипалої кишки та м'язів жовчного міхура [2, 5, 9].

Зміни функції центральної нервової системи, зумовлені нестачою інсуліну, також впливають на реактивність жовчного міхура, сфінктерного апарату, загальної жовчної протоки, великого сосочка дванадцятипалої кишки та м'язів жовчного міхура. Окрім цього, підвищується тонус адренергічної інервації, збільшується вироблення контрінсулярних гормонів, порушуються синтез інтерстиціальних гормонів, а також функції печінки в цілому (білковоутворювальна, ферментативна, дезінтоксикаційна). За умов порушення обміну речовин, властивого ЦД, значно пригнічуються репаративні процеси та опірність організму до гнійної інфекції, що свідчить за додатковий патогенетичний механізм ураження гепатобіліарної системи у хворих на ЖКХ з супутнім ЦД [9, 17, 20].

Відносно молодий вік пацієнтів при ЦД – 40-45 років (останнім часом це захворювання все частіше діагностується і в молодому віці) – є причиною ранньої втрати працездатності, а відповідно призводить до економічних наслідків для суспільства. Через це особливого значення набувають питання вчасної якісної ефективної та безпечної фармакотерапії ЦД 2-го типу із використанням сучасних схем лікування, сформованих на засадах доказової медицини. З цим нерозривно пов'язані й питання ранньої діагностики цього захворювання, а також постійний моніторинг ефективності терапії [15].

Розпочинаючи лікування ЦД 2 типу, для кожного окремого випадку необхідно визначити конкретні цілі, які ми прагнемо досягнути. При цьому хворий також має їх розуміти і виконувати все від нього залежне для їх досягнення. Серед цільових завдань можна визначити: досягнення рівня тривалості життя, що характерний для загальної популяції; попередження хронічних ускладнень ЦД 2 типу за допомогою відповідного лікування; забезпечення доброї якості життя [6, 15]. Однак у лікуванні хворих на ЦД практично не приділяється увага попередженню розвитку ЖКХ.

На базі регіональних реєстрових даних розкриті основні закономірності поширеності ускладнень серед 71230 хворих на ЦД 2 типу. Показано, що на обліку в медичних закладах перебувають хворі на ЦД 2 типу з переважно середньою та тяжкою формами захворювання, які обумовлюють частоту ускладнень в більше, ніж 80% випадків [8].

Структура ускладнень ЦД 2 типу при виражених формах перебігу в основному представлена серцево-судинними та цереброваскулярними захворюваннями (ішемічна хвороба серця – 61%; інфаркт міокарда – 5,5%; інсульт – 7,8%); хронічною нирковою недостатністю – 9,4%; ангіопатією (зниження чутливості ступні – 56,3%, відсутність пульсації на ступні – 10,7%, діабетична виразка – 7,4%, гангрена – 4%); невropатіями – 67,2%; офтальмологічною патологією (ретинопатія - 55,8%; сліпота – 7,3%; катаракта – 28,1%) [6, 8, 12]. Тому важливою проблемою діабетології на сьогодні є профілактика пізніх ускладнень.

Соціально-демографічна значимість проблем зростання захворюваності населення різних країн на ЦД, у першу чергу, обумовлена віддаленими несприятливими судинними ускладненнями, що впливають на працездатність та смертність хворих [8, 18].

Лише зовсім недавно ураження печінки стало розглядатися в якості одного із основних ускладнень ЦД. Принципова важливість даного положення пояснюється тим, що відносний ризик смерті від цирозу печінки є більшою, чим від кардіоваскулярних захворювань [10].

ЖКХ у хворих на ЦД має своєрідні клінічні ознаки. Однією з її особливостей є часте виникнення деструктивних форм запалення з його швидкою генералізацією, ураженням паренхіми печінки, підшлункової залози, що значно погіршує перебіг ЦД. Швидкому утворенню деструктивних форм ЖКХ сприяють не лише органічні зміни судин, але й зміни реологічних властивостей крові. Ураження судин та мікроциркуляції є не регіональним, а генералізованим [16, 17].

ЖКХ – займає одне з центральних місць в патології органів травлення [5, 9]. Захворюваність ЖКХ в останні роки різко продовжує зростати. Щорічно в світі проводиться більше 2,5 млн. операцій з цього приводу: у Росії – близько 100 000 холецистектомій в рік, у США – в 5-6 раз більше. В Україні на ЖКХ страждає більше 10% населення [2, 5, 9].

Холелітіаз – наявність при ЖКХ конкрементів не тільки в жовчній протоці, але й у вище розташованих відділах, всередині і поза печінкових жовчних протоках. Це зв'язано з тим, що конкременти, особливо малі, здатні до міграції як із внутрішньопечінкових протоків до поза печінкових, так і навпаки [5, 9, 18]. Процес каменеутворення може тривати роками, тому стадії морфологічних змін передреє стадія фізико-хімічна, коли жовч перенасичена холестерином. Як правило при цьому, діагностується густа, неоднорідна жовч, можуть бути явища біліарного складжу з візуалізацією мікролітів. Відповідно, покращення реологічної властивості жовчі є завданням, реалізація якого може запобігти розвитку стадії клінічних проявів захворювання. Цієї мети можна досягнути, окрім призначення дієти, зниженням маси тіла, обмеженням лікарських препаратів (що практично неможливо при ЦД). Саме ЖКХ стала першою нозологічною формою, при якій була підтверджена ефективність застосування препаратів урсодезоксихолевої кислоти [9].

У розвинутих країнах ЖКХ за частотою конкурує з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки [5]. У більшості хворих холелітіаз перебігає безсимптомно, проте медичне і соціальне значення цього захворювання важко переоцінити, кількість операцій з приводу холелітіазу посідає одне з перших місць в світі [4, 9, 10]. На думку багатьох науковців, є наступні основні фактори виникнення даного захворювання: генетичний – 15-20%, умови і спосіб життя – 50-55%, стан навколишнього середовища – 20-25%. Хрестоматійним фактором ризику є жіноча стать. У цілому світі жінки хворіють на ЖКХ в середньому в 2-4 рази частіше, ніж чоловіки. Проблема в тому, що більше ніж в 50-80% випадків ЖКХ протікає безсимптомно (!). Збільшення кількості факторів ризику (соціально-економічне становище, куріння, переїдання і т.д.) у конкретного хворого прискорює появу симптомів і ускладнень ЖКХ. Так, збільшення маси тіла у хворих на ЖКХ в 1,5-2 рази збільшує ризик розвитку ускладнень [4].

Таким чином, аналіз літератури, свідчить, що поширеність поєднання ЖКХ і ЦД 2 типу в світі вивчена недостатньо, а в Україні цій проблемі присвячені лише поодинокі публікації. Особливість перебігу ЖКХ, особливо на ранній її стадії через безсимптомність проявів до тепер ретельно не вивчена, через що діагностика її залишається не своєчасною. Якщо лікування ЦД проводиться за загальноновизнаними протоколами, то терапія ЖКХ у поєднанні з ЦД не визначена офіційними документами, за винятком макрокалькульозу, який лікується хірургічно.

Наведений аналіз літературних повідомлень дозволяє зробити наступні

ВИСНОВКИ:

1. В Україні відсутні дані про частоту, особливості клінічного перебігу жовчекам'яної хвороби у хворих на цукровий діабет 2 типу.

2. Не дослідженим лишається морфологія жовчевого міхура у хворих на цукровий діабет 2 типу.

3. Питання взаємозв'язку секреції холецистокініну і моторики жовчного міхура у пацієнтів з біліарною патологією і цукровим діабетом не вивчені.

4. Ефективні профілактика та лікування жовчекам'яної хвороби у хворих на цукровий діабет не розроблені.

Література

1. Вдовиченко В.І. Ураження травного каналу у хворих на цукровий діабет II типу / В.І. Вдовиченко, М.А. Бичков, А.В. Острогляд // Сімейна медицина. – 2014. – №6. – С. 92-95.

2. Галлингер Ю.И. Камни желчных протоков: клиника, диагностика, современные методы лечения / Ю.И. Галлингер, М.В. Хрусталева // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктологии. – 2006. – №5. – С. 50 -57.

3. Григоренко Н.В. Показники вуглеводного та ліпідного балансу у хворих на хронічний холецистит та цукровий діабет / Н.В. Григоренко // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – №4(24). – С. 54-57.

4. Григорьева И.Н. Основные факторы риска и качество жизни у больных желчнокаменной болезнью / И.Н. Григорьева, Т.И. Романова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.-2011.-№4.-С. 21-25.

5. Желчнокаменная болезнь. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей / Т.Э. Скворцова, С.И. Ситкин, В.Г. Радченко, П.В. Селиверстов, Е.И. Ткаченко. -М.: Форте принт, 2013. – 32 с.

6. Дедов И.И. Сахарный диабет – опаснейший вызов мировому обществу / И.И. Дедов // Вестник РАМН. – 2012. – № 1. – С. 7-13.

7. Немцов Л.М. Холецистокинин сыворотки крови и клинико-функциональная вариантность билиарной патологии / Л.М. Немцов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2014. – №12. – С. 24-29.

8. Тимченко А.М. Структура і частота розвитку супутньої патології у хворих на цукровий діабет 2-го типу (Дані регіональних реєстрів) / А.М. Тимченко // Международный эндокринологический журнал. – 2008. – №6(18). – С.86-89.

9. Фадеенко Г.Д. Желчнокаменная болезнь: механизмы развития, подходы к терапии / Г.Д. Фадеенко, В.М. Чернова // Сучасна гастроентерологія. – 2015. – № 5 (85). – С. 110-116.

10. Хворостинка В.Н. Заболевания гепатобилиарной системы, ассоциированные с сахарным диабетом / В.Н. Хворостинка, А.А. Янкевич, А.К.

Журавлева // Международный эндокринологический журнал. – 2008. – № 6(18). – С. 72-76.

11. Хворостінка В.М. Патогенетичні та терапевтичні аспекти хронічних захворювань гастродуоденальної системи у хворих на цукровий діабет / В.М. Хворостінка, О.М. Кривоносова // Проблеми ендокринної патології. – 2009. – №1. – С. 18-23.

12. Хижняк О.О. Формування хронічних ускладнень цукрового діабету 1 типу залежно від особливостей перебігу захворювання / О.О. Хижняк, Т.М. Тихонова, Н.Є. Барабаш // Проблеми ендокринної патології. – 2014. – №4. – С. 83-94.

13. Agunloye A.M. Ultrasound prevalence of gallstone disease in diabetic patients at Ibadan, Nigeria / A.M. Agunloye, A.M. Adebakin, J.O. Adeleye // Niger J. Clin. Pract. – 2013. – Vol. 16 (1). – P. 71-75.

14. Al-Bayati S. Gallstone in a group of Iraqi patients with type 2 diabetes mellitus / S. Al-Bayati, S. Kodayer // Saudi Med. J. – 2012. – Vol. 33 (4). – P. 412-417.

15. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2015 // Diabetes Care. – 2015. – Vol.38, Suppl.1. – P.S41-48.

16. Chen L. Epidemiology, management and economic evaluation of screening of gallstone disease among type 2 diabetics: a systematic review / L. Chen, Y.T. Peng, F.L. Chen // World J. Clin. Cases. – 2015. – Vol. 16 (3). – P. 599-606.

17. Chen L.Y. Metabolic syndrome and gallstone disease / L.Y. Chen, Q.H. Qiao, S.C. Zhang // World J. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 18 (31). – P. 4215-4220.

18. Davis T.M. Prevalence, incidence and prognosis of hepatobiliary disease in community-based patients with type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes study / T.M. Davis, K.E. Peters, D.G. Bruce // J.Clin.Endocrinol.Metab. – 2012. – Vol.97 (5). – P. 1581-1588.

19. Law D.W. The worldwide diabetes epidemic / D.W. Law, D. LeRoith // Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes. – 2012. – Vol. 19, №2. – P. 93-96.

20. Liu C.M. A population-based cohort study of symptomatic gallstone disease in diabetic patients / C.M. Liu, C.T. Hsu, C.Y. Li // World J. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 18 (14). – P. 1652-1659.

21. Sodhi J.S. Prevalence of gallstone disease in patients with type 2 diabetes and the risk factors in North Indian population: a case control study / J.S. Sodhi, S.A. Zargar, S. Khateeb // Indian J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 33 (6). – P. 507-511.

22. Zhang Z.H. Roles of sphincter of Oddi motility and serum vasoactive intestinal peptide, gastrin and cholecystokinin octapeptide / Z.H. Zhang, C.K. Qin, S.D. Wu // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20 (16). – P. 4730-4736.

23. Zhang Z. The analysis of expression of CCK and IP3 receptors in gallstones patients with type 2 diabetes mellitus / Z. Zhang, J. Tian, Q. Liao // Hepatogastroenterology. – 2014. – Vol. 61 (136). – P. 2173-2176.

24. Wang W. The association of gallstone disease and diabetes mellitus. A meta-analysis // W. Wang, N. Li // Saudi Med. J. – 2014. – Vol. 35 (9). – P. 1005-1012.

Н.И. Дякив-Корейба

Желчнокаменная болезнь у больных сахарным диабетом 2 типа: эпидемиология, особенности морфологии желчного пузыря, клиника и лечение

**Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, г. Львов**

Введение. Сахарный диабет (СД) на сегодня является наиболее серьезной проблемой медицинской науки. СД имеет полиорганный, системный характер повреждений. Желчекаменная болезнь (ЖКБ) также занимает одно из центральных мест в патологии органов пищеварения.

Цель. Осветить актуальность проблемы патологии желчного пузыря у больных СД.
Материалы и методы. Проанализированы литературные сообщения о заболеваниях желчного пузыря у больных СД.

Результаты и выводы. Приведены данные по распространенности СД и ЖКБ в мире. Рассмотрены факторы риска возникновения холелитиаза у больных СД. Представлены современные данные о механизмах развития билиарной патологии у больных СД. В частности, приведены данные по объему, моторике желчного пузыря у пациентов с СД. Продемонстрировано, что снижение сократительной активности желчного пузыря, которое меняет энтерогапатическую циркуляцию желчных кислот, способно не только усиливать морфологические и функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта и печени у больных СД, но и скрывать опасность повышенного риска развития ЖКБ. Показано, что во многих случаях ЖКБ у больных СД протекает бессимптомно, что создает определенные сложности в диагностике. Представленные данные показывают, что терапия ЖКБ в сочетании с СД не определена официальными документами. Актуальным является и вопрос предупреждения развития ЖКБ у больных СД.

Ключевые слова: сахарный диабет, желчекаменная болезнь.

N.I. Dyakiv-Koreyba

Gallstone disease in patients with type 2 diabetes: epidemiology, morphology of the gallbladder, clinic and treatment

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

Introduction. Diabetes mellitus (DM) is currently the most serious problem of medical science. Diabetes has multiple organ systemic nature of injuries. Gallstone disease also occupies a central place in the pathology of the digestive system.

Aim. To highlight the relevance of gallbladder pathology in patients with diabetes.

Materials and methods. There have been analyzed literature data on gallbladder disease in patients with diabetes.

Results and conclusions. There are presented data on the prevalence of diabetes and gallstone disease in the world. There are considered risk factors of gallstone disease in patients with diabetes. There are presented recent data on the mechanisms of biliary pathology in patients with diabetes, in particular, data on the volume, motility of the gallbladder. It was demonstrated that the decrease of the contractile activity of the gallbladder, which alters the enterohepatic circulation of bile acids, can not only enhance morphological and functional disorders of the digestive tract and liver in patients with diabetes, but also to hide the dangers of the increased risk of gallstone disease. It was shown that in many cases diabetic patients were asymptomatic, which

creates certain difficulties in diagnosis. The data show that treatment of gallstone disease in combination with diabetes is not defined by official documents. The issues of preventing the development of gallstone disease in patients with diabetes are relevant.

Key words: diabetes mellitus, gallstone disease.

Відомості про автора:

Дяків-Корейба Наталія Ігорівна - здобувач кафедри терапії № 1 та медичної діагностики ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

УДК 616.891+159.9.072.5

© А.Б. КАРАЧЕВСЬКИЙ, 2016

А.Б. Карачевський

АДАПТАЦІЯ ШКАЛ ТА ОПИТУВАЛЬНИКІВ УКРАЇНСЬКОЮ ТА РОСІЙСЬКОЮ МОВАМИ ЩОДО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика, м. Київ

Мета. Провести огляд опитувальників та шкал щодо посттравматичного стресового розладу (ПТСР), які рекомендовано використовувати сучасними протоколами ПТСР, порівняти зі шкалами і опитувальниками, переведеними на російську та українську мови і вже використовуються для обстеження пацієнтів, які перенесли важку травму, та визначити опитувальники і шкали, які бажано адаптувати в Україні для скринінгу і діагностики ПТСР.

Результати. Проведено огляд сучасних англомовних, а також переведених на російську та українську опитувальників і шкал, які використовуються при скринінгу і діагностиці ПТСР. За взірць взято шкали та опитувальники для обстеження пацієнтів, які перенесли важку травму рекомендовані Національним центром ПТСР. Надається переклад українською мовою LEC-5 та PCL-5.

Висновки. Для якісного виявлення та діагностики ПТСР в Україні бажано здійснити переклад SCID-5-RV і Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5), провести адаптацію україномовних Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5), PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) і Short Screening Scale for PTSD.

Ключові слова. ПТСР, психотравма, шкали, опитувальники, адаптація, PCL-5.

Вступ. З квітня 2014 року на Донбасі триває антитерористична операція. Майже 108 000 осіб брали або беруть участь в антитерористичній операції, понад 93 000 українських військовослужбовців є безпосередніми учасниками бойових дій [1].

Одним з наслідків участі у бойових діях можуть бути різноманітні порушення психічного здоров'я. Найбільш часто згадується посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). У засобах масової інформації України лунають спекулятивні заяви про 80% військовослужбовців, які страждають ПТСР [2], що видається малоімовірним.

Результати епідеміологічних досліджень, проведених після війни у В'єтнамі, виявили, що частка ветеранів з ПТСР досягає 30% [3]. Від 7 до 20% військовослужбовців, які служили в операції зі звільнення Іраку мали ПТСР [4].