

нения. Устав (Конституции) Всемирной организации здравоохранения. 2006.

1. www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf
2. Шухатович В. Р. Здоровый образ жизни// Энциклопедия социологии. — Мн.: Книжный Дом, 2003
3. Аллан Пиз. Язык телодвижений. Как читать мысли. — ЭКСМО, 2009, 448с.
4. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния/ Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б.// Вопросы психологии. 1973, № 6, с.141-145.

Резюме

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ ФІТНЕСОМ

Тодосюк С.В., Горша О.В.

У ході дослідження були встановлені показники самопочуття, активності і настрою у 32 жінок з різним стажем занять фітнесом.

Показано, що психоемоційний стан тих, хто займається з більш тривалим стажем відвідування занять характеризується високою оцінкою, а у випробову-

ваних з мінімальним стажем переважає середня оцінка, що пов'язано з адаптацією організму до фізичних навантажень.

Ключові слова: самопочуття, активність, настрій, фітнес.

Summary

PSYCHOEMOTIONAL CONDITION IN TIME OF FITNESS WORKOUTS

Todosiuk S.V., Gorsha O.V.

Indexes of general state, activity and mood of 32 women with different fitness experience were determined in the course of this research.

It was shown, that psychoemotional state of women which have more experience in the field of fitness workouts is characterized by higher assessment, and other tested women with minimal fitness experience have prevailing average assessment which is connected with organism adaptation to physical loads.

Key words: general state, activity, mood, fitness.

Впервые поступила в редакцию 16.05.2013 г.

Рекомендована к печати на заседании

редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.24+616.34

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Гоженко А.И.¹, Ковалевская Л.А.², Кучер О.В.³, Ковалевская Е.С.²

1 Украинский НИИ медицины транспорта,

2 Одесский национальный медицинский университет,

3 Военный медицинский клинический центр Южного Региона

При обследовании пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) II и III степени практически у всех были выявлены поражения слизистой гастродуоденальной зоны при практически бессимптомном их клиническом протекании. Были выявлены хронический гастрит (39,5%), ГСОД (4,7%), ГЭРБ (2,3%), эрозивные поражения (32,6%), язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (11,6%), атрофический гастрит (16,3%). Эти поражения ассоциируются с индексом курильщика, наличия поражения ЖКТ в анамнезе, приемом ГКС. Чем больше стаж курения, чем тяжелее течение ХОЗЛ, чем дольше в лечении используются системные глюкокортикоиды, тем чаще были обнаружены эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка и ДПК.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, гастродуоде

На сегодняшний день проблема хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) является чрезвычайно актуальной. Это связано с тем, что ХОЗЛ занимает одно из лидирующих мест по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и 4-е место среди причин смерти. По данным 2011 года 20 % всех случаев нетрудоспособности связано с ХОЗЛ, а лица, страдающие этим заболеванием, в среднем, уходят на пенсию в возрасте 54 лет, что на 11 лет раньше, чем типичный возраст ухода на пенсию в большинстве стран Европы. На лечение ХОЗЛ и его осложнений идут также большие экономические затраты. Таким образом, ХОЗЛ представляет огромный медицинский, социальный и экономический ущерб для всего мирового сообщества [3, 4, 5].

В последние годы все шире обсуждаются экстрапульмональные проявления ХОЗЛ, включающие поражение костно-мышечной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, пищеварительной систем [1, 5, 10].

Расстройство пищеварительной системы - один из наиболее частых и тяжелых видов внелегочной висцеральной патологии, сочетающийся с ХОЗЛ и осложняющий ее течение. Больные ХОЗЛ с заболеваниями пищеварительной системы составляют 53 % от общего числа. Заболевания пищеварительной системы при ХОЗЛ наиболее характерны для мужчин, больных старше 60 лет, с длительностью заболевания легких больше 10 лет, средне-тяжелого и тяжелого течения, с гормонозависимостью. Сочетание патологии бронхов и пищеварительной системы способствует формированию в той или иной степени выраженного синдрома взаимного отягощения. Это создает условия для более тяжелого течения ХОЗЛ и для более затяжного и тяжелого течения патологии пищеварительной системы [2, 9].

К механизмам повреждения слизистой оболочки гастроудоденальной зоны

на фоне ХОЗЛ относят тканевую гипоксию, гиперкапнию, нарушения микроциркуляции, эндокринный дисбаланс [5, 6]. Важным фактором, влияющим на состояние слизистой оболочки желудка и ДПК, становится гормональная терапия обострений ХОЗЛ [3, 4].

Цель исследования — изучить особенности поражения желудочно-кишечного тракта у больных ХОЗЛ.

Материал и методы

Обследованы 43 пациента с ХОЗЛ II — III степени тяжести, находящихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии по поводу обострения заболевания. Все обследованные — мужчины старше 50 лет, со стажем курения в среднем больше 30 пачко-лет. Выраженных признаков легочной недостаточности не выявлено. Пациенты имели такие сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (16 чел.), гипертоническая болезнь (11 чел), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) (2 чел.), гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) (1 чел), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (5 чел), хронический гастрит (4 чел.), хронический панкреатит (2 чел), хронический пиелонефрит (2 чел), сахарный диабет (1 чел), острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (4 чел), дисциркуляторная энцефалопатия (2 чел). Всем пациентам проводились клиничко-инструментальные методы исследования (спирометрия, ЭхоКС, рентген органов грудной клетки); лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, печеночные, почечные пробы). Наряду со стандартным комплексом клиничко-лабораторных и инструментальных тестов при ХОЗЛ обследование включало эзофагофиброгастроудоденоскопию (ЭФГДС).

Критерии исключения:

- тяжелые соматические заболевания,
- опухоли различной локализации,
- ХОЗЛ крайне тяжелого течения (IV ст),

- отказ больного от обследования.

Большинство пациентов на догоспитальном этапе получали базисную терапию: ингаляционные бронхолитические препараты (беродуал, спирива), 25 % больных сочетала их прием с ингаляционными кортикостероидами (симбикорт, серетид). В отделении больные получали базисное лечение: антибактериальные препараты при наличии показаний, системные глюкокортикостероиды, муколитики, при обнаружении воспалительных и эрозивно-язвенных изменений со стороны гастродуоденальной зоны назначались ингибиторы протонной помпы (омез, пантосан, нольпаза). Математическую обработку получения результатов проводили с помощью статистического пакета программ MS Excel.

Результаты и обсуждения

При проведении ЭФГДС выявлены следующие поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки: хронический гастрит (39,5 %), эрозии желудка и ДПК — 32,6 %, острые язвы желудка и ДПК — 9,3 %, постязвенные деформации — у 4,7 % случаев, атрофический гастрит — 9,3 %, гастро-эзофагально-рефлюксная болезнь — 2,3 %.

Таким образом, частота выявления сопутствующей патологии ЖКТ у больных ХОЗЛ II и III степени практически не отличалась ($p > 0,05$). В то же время были выявлены определенные закономерности зависимости поражения ЖКТ от дополнительных факторов риска. Установлено, что атрофические изменения слизистой желудка выявлялись чаще у пациентов преклонного возраста (74,1 %), со значительным стажем курения, соответствующим индексу курящего — более 34 пачко-лет.

Эрозивные изменения гастродуоденальной зоны одинаково часто выявлялись у обеих групп (у пациентов с ХОЗЛ II-III степени тяжести), однако, язвенные поражения этой зоны несколько чаще выявлялись у пациентов с III-й степенью ХОЗЛ, и более высоким индексом куря-

щего — не меньше 40 пачко-лет.

Проводился анализ состояния слизистой оболочки желудка и ДПК в зависимости от базисной терапии ХОЗЛ. На фоне применения системных глюкокортикоидов чаще (78,6 %), чем при изолированном назначении бронхолитических препаратов (21,4 %), диагностировались эрозивно-язвенные поражения желудка и ДПК.

Характерной особенностью течения язвенной болезни при ХОБЛ является отсутствие выраженных клинических проявлений, отсутствие болевого синдрома, что согласуется с литературными данными [7, 8]. Сравнительно редко регистрировались у части больных ХОЗЛ (2,3 %) симптомы поражения желудка и двенадцатиперстной кишки — боли в эпигастрии, тошнота, отрыжка, изжога, снижение аппетита. Указанные симптомы достоверно чаще обнаруживались при эрозивно-язвенных изменениях желудка и ДПК, чем при гастрите ($p < 0,05$).

Таким образом, выраженность эрозивно-язвенных поражений и атрофических изменений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны ассоциирована с индексом курящего, тяжестью течения ХОБЛ.

Без сомнений, требуется дальнейшее уточнение вопроса о роли *Helicobacter pylori* в развитии изменений гастродуоденальной зоны при ХОЗЛ [5].

Трудности эндоскопического исследования у пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью определяют необходимость разработки неинвазивных методов диагностики, позволяющих выявить группу пациентов с ХОЗЛ, имеющих высокий риск развития острых эрозий и пептических язв [10].

Выводы

1. У больных с ХОЗЛ поражения гастродуоденальной зоны клинически протекают бессимптомно.
2. Хронический гастрит у больных с ХОЗЛ II и III степени ассоциируется со стажем курения, наличием пора-

Таблица 1
Сопутствующая патология ЖКТ у больных с ХОЗЛ

Нозоформа	ХОЗЛ II степени		ХОЗЛ III степени		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Хронический гастрит	9	20,9	8	18,6	17	39,5
ГЭРБ	1	2,3	-	-	1	2,3
ГПОД	2	4,7	-	-	2	4,7
Атрофический гастрит	2	4,7	5	11,6	7	16,3
Эрозии желудка и ДПК	8	18,6	6	14,0	14	32,6
Язвенная болезнь желудка и ДПК	3	7,0	2	4,7	5	11,6

- жения желудочно-кишечного тракта в анамнезе.
- Язвенные поражения гастродуоденальной зоны чаще выявлялись у пациентов с ХОЗЛ III степени и более высоким индексом курящего — не менее 40 пачко-лет.
 - На фоне применения системных глюкокортикостероидов чаще (78,6 %), чем при изолированном назначении бронхолитических препаратов (21,4 %), диагностировались эрозивно-язвенные поражения слизистой желудка и ДПК.

Литература

- Клестер Е. Б. Хроническая обструктивная болезнь легких в ассоциации с сопутствующими болезнями системы кровообращения, органов пищеварения, мочеполовой системы. Особенности клиники, течения, оптимизация комплексного лечения: диссертация докт.мед.наук / Е. Б. Клестер — Барнаул, 2009.- 469 с.
- Кириллов С. М. Патология пищеварительной системы у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких: сравнительный анализ. / С. М. Кириллов, М. М. Кириллов // Пульмонология — № 5-2010.с.85-89.
- Чучалин А.Г. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких: пер. с англ. / А. Г. Чуча-

- лин — М.: Атмосфера, 2005.- 96 с.
- Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. / Е.И. Шмелев М., 2003.- 112 с.
- Системная патология при хронической обструктивной болезни легких. / Н. Е. Черняховская, Т.А. Федорова, В.Г. Андреев, В.Г. Кириллов М.: Экономика и информатика, 2005. — 192 с.
- Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний. / Крылов А.А. // Клин.мед. — 2000.- Т.78, № 1.- С. 56-58.
- Бернаржевская Т.В. Система внешнего дыхания и патология желудочно-кишечного тракта у больных хроническим обструктивным бронхитом / Бернаржевская Т.В. // Материалы 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. — М., 1995. — 1302 с.
- Липатова Т. Е. Особенности поражения желудка при хроническом бронхите: клинико-биохимические и морфологические аспекты: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. / Т. Е. Липатова — Саратов, 1996. — 26 с.
- Козлова И. В. Поражения желудка и двенадцатиперстной кишки при хронической обструктивной болезни легких: механизмы развития, особенности клиники и диагностики. / И. В. Козлова, Е. П. Чумак // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- № 6 — С. 75-80.
- Чумак Е.П. Гастропатии при хронической обструктивной болезни легких: клинические и диагностические критерии: автореф. дис. канд. мед. наук. / Е.П. Чумак Саратов — 2007 — 146 с.

Резюме

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ
ОБОЛОНКИ ШЛУНКУ І
ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ
З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ
ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

*Гоженко А.І., Ковалевська Л.А.,
Кучер О.В., Ковалевська К.С.І*

При обстеженні пацієнтів з ХОЗЛ II та III ступеню практично у всіх були виявлені ураження слизової гастродуоденальної зони, і клінічно їх перебіг був практично безсимптомний. Були виявлені хронічний гастрит (39,5%), ГСОД (4,7%), ГЕРХ (2,3%), ерозивні ураження (32,6%), язви шлунку та ДПК (11,6%), атрофічний гастрит (16,3%). Ці ураження асоціюються з індексом курця, наявності ураження ШКТ в анамнезі, прийомом глюкокортикоидів. Чим більший стаж паління, чим важкіший перебіг ХОЗЛ, тривалий прийом системних глюкокортикоидів, тим частіше були виявлені ерозивно-язвенні зміни слизової оболонки шлунку і ДПК.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, гастродуоденальна патологія, куріння.

Summary

FEATURES OF GASTRIC AND DUODENAL
MUCOSA LESIONS IN PATIENTS WITH
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY
DISEASE

*Gozhenko A.I., Kovalevska L.A.,
Kucher O.V., Kovalevska K.S.*

During medical examination of patients with II and III COPD stage there were determined gastroduodenal zone lesions. Their clinical course was practically symptomless. There were determined chronic gastritis (39,5%), hiatal hernia (4,7%), GERD (2,3%), erosive lesions (32,6%), gastric and duodenal ulcers (11,6%), atrophic gastritis (16,3%). These disorders were associated with smoker's index, history of GIT disorders, glucocorticoids administration. The longer is smoking experience the more severe is COPD course, as well as long systemic glucocorticoids intake increases amount of stomach and duodenum mucous erosive-ulcerous changes.

Key words: chronic obstructive pulmonary diseases, gastroduodenal pathology, smoking.

Впервые поступила в редакцию 21.05.2013 г.

Рекомендована к печати на заседании

редакционной коллегии после рецензирования

УДК 617.53-009.7-053.2-08

**СИНДРОМ БОЛЮ У ШИЇ У ДІТЕЙ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО
ЛІКАРЯ**

Величко В.І., Савицький І.В., Стоєва Т.В., Свірський О.О.

Одеський національний медичний університет

У статті представлені сучасні погляди на проблему болю у шиї у дітей в практиці сімейного лікаря. Висвітлено дискусійні питання щодо етіологічних факторів. Запропонована диференціальна діагностика станів, які є провокуючими біль у шиї, також викладено принципи надання медичної допомоги вдома.

Ключові слова: біль у шиї, діти, сімейний лікар

Біль у шиї останнім часом у дітей дуже часта скарга, і першим, хто зустрічається із цією проблемою є сімейний лікар. Вона зустрічається в будь-якому віці. У певному окремо взятому моменті часу у кожного десятого дорослого бо-

лить шия. Так як дослідження в цій області продовжують розширюватися і стають все більш суперечливими, необхідно їх критично оцінити і проаналізувати. Досягнення епідеміології болю у дітей та підлітків все ще залишаються незначни-