

15. Тутелян В.А., Попова Т.С. *Новые стратегии в лечебном питании*. М.: Медицина, 2002. – 141 с.

16. Цыганенко А.Я., Жуков В.И., Мясовдов В.В., Загородний И.В. *Клиническая биохимия*. – Москва, Триада-Х. 2002. – 491 с.

17. Чарльз В. Ван Вэй, Карол Айертон-Джонс. *Секреты питания*. – СПб: Диалект, – 2006. – 288с.

18. Ялкуп С.И. *Особенности питания при пищевой непереносимости и аллергии // Оздоровительное и диетическое питание*. – К.: Логос, 2001. – С.218-251.

19. Erhard T., Ziegler and L.J.Filer, Jr. *Editors / Present Knowledge in Nutrition*. – Washington: DC Hlsl Press, 1996. – 684 p.

Надійшла до редакції 23.01.2009

УДК: 616.248-06+612.766.1+613.2

А. М. Пилецький

СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Ключевые слова: питание, бронхиальная астма, синдром хронической усталости, белковый дисбаланс, жирные кислоты, углеводы.

В статье приведены данные о состоянии питания у больных бронхиальной астмой в сочетании с синдромом хронической усталости. Установлен алиментарный дисбаланс у больных с дефицитом массы тела, нормальной и избыточной массой тела.

A.M. Piletskyi

STATE OF NUTRITION OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA, COMBINET WITH CHRONIC FATIGUE SYNDROME

Key words: nutrition, bronchial asthma, chronic fatigue syndrome, protein disbalance, fatty acids, carbo-hydrates.

The article gives the data concerning a state of nutrition of patients with bronchial asthma, combined with chronic fatigue syndrome. The alimentary disbalance in patients with deficient, normal and excessive body weight is stated.

УДК 616.33-008-02+616.34-008-02

■ Н.В. Харченко, д. мед. н., проф., зав. каф. гастроентерол., дієтол. та ендоскопії
О.М. Кисла, аспірант гастроентерол., дієтол. та ендоскопії.

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

СОЦІАЛЬНІ, ПСИХОЕМОЦІЙНІ ФАКТОРИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, такі як функціональна диспепсія, дисфункція жовчовивідних шляхів та синдром подразненого кишечника відносяться до поширених хвороб у людей різних вікових категорій, особливо молодого та середнього, тобто найбільш соціально активного віку [4]. При цьому у хворих відзначається висока психоемоційна зафарбованість скарг, невіра у ефективність лікування, намагання частого обстеження у різних спеціалістів, випробування різноманітних методів лікування, соціальна та сімейна дезадаптація. Психоемоційні розлади різного ступеня вираженості досліджуються при більшості функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту [2]. В останні роки спостерігається невпинне зростання депресивних станів. За даними ВООЗ близько 30 % пацієнтів страждають на депресію. Від 65 до 90 % хворих на

депресію спочатку звертаються до лікарів різних спеціальностей, із цієї кількості за різними даними 16-42 % складають хворі із різноманітними гастроентерологічними скаргами [1]. Згідно прогнозів частота депресивних станів при збереженні темпів зростання призведе до того, що депресія вийде на 2-ге місце після хвороб серцево-судинної системи за смертністю та інвалідизацією населення [2, 7].

Висока частота соматоформних розладів при хворобах органів травлення обумовлена особливостями регуляції внутрішніх органів та їх залежності від емоцій. Емоція – коркова функція, проте від’ємні або дуже сильні емоції реалізуються також через вегетативну нервову систему [3, 6]. Встановлено, що майже всі впливи з боку нейронів кори опосередковані через гіпоталамус та ретикулярну формулю середнього мозку. Гіпоталамус здійснює регуляцію багатьох функцій органів травлен-

ня, серцево-судинної, дихальної, сечовивідної системи. При хронізації несприятливих ситуацій вісь кора-гіпоталамус-орган відбувається формування та закріплення вегетативних дисфункцій. Серед факторів, що мають вплив на психоемоційний стан та функціональний стан шлунково-кишкового тракту, важливе місце мають макро- та мікросоціальні конфлікти, техногенні, інформаційні перевантаження, шкідливі звички, характер харчування [5].

Метою даного дослідження було вивчення соціальних та психоемоційних впливів та особливостей харчування хворих на функціональні розлади шлунково-кишкового тракту.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 165 хворих на функціональні розлади органів травлення, серед яких у 28 (17 %) хворих було діагностовано функціональну диспепсію (ФД), у 54 (32,7 %) – синдром подразненого кишечника (СПК), у 36 (21,8 %) – функціональну диспепсію поєднану із синдромом подразненого кишечника (ФД+СПК), у 47 (28,5 %) – функціональну диспепсію поєднану із синдромом подразненого кишечника та дисфункцією жовчного міхура (ФД+СПК+ДЖМ). Використовували загальноклінічні методи обстеження: опитування, фізичне обстеження, клінічні, лабораторні, біохімічні, інструментальні, рентгенологічні, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, метод динамічної ехосонографії, проводили модифіковане багатомоментне дуоденальне зондування, мікроскопічне дослідження центрифугату, інтраезофагеальну та інтрагастральну рН-метрію, поетапне рентгенологічне дослідження шлунка, тонкої кишки, використовували фракційне дослідження та двоетапну фракційну ентерографію, іригоскопію, колоноскопію за показаннями, визначення Н.рулогі, бактеріологічне дослідження калу. Психоемоційний стан хворих оцінювали за шкалою Цунга.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед обстежених хворих переважали жінки – 140 (84,8 %), чоловіків було 25 (15,1 %) осіб, співвідношення між кількістю чоловіків та жінок складало 1:5,6. Серед обстежених пацієнтів переважали особи молодого та середнього віку. Найвища кількість осіб молодого віку спостерігалась серед хворих на ФД. Так, вік жінок у яких було діагностовано ФД, у 53,6 % випадків не перевищував 30 років, у віці від 31 до 40 років було 21,4 %, а у віці від 41 до 50 років – 7,2 %, старше 50 років – 3,6 % хворих. Для поєднаної функціональної патології характерним є зсув віку в бік збільшення. Так, кількість хворих з поєднанням ФД із СПК та ДЖМ найвища у віці від 41 до 50 років – 48,9 %.

Загальний стан пацієнтів був задовільний, особливих змін з боку аналізів крові, сечі, калу не було виявлено. Хворі скаржились на різноманітні порушення з боку шлунково-кишкового тракту. Клінічні прояви при ФД стосувались ураження шлунка та проявлялись такими симптомами як важкість в епігастральній ділянці після їди – в 100 %; швидке насичення в 75 %; метеоризм у верхній половині живота – в 53,6 % випадках, 39,3 % пацієнтів на ФД скаржились на періодичну печію, у 57,1 % хворих відмічали схильність до нудоти та блювання. За частотою клінічних проявів у обстежених хворих із СПК переважав метеоризм – у 94,4 % випадків, при цьому здуття переважно верхньої половини живота відмічало 44,4 %, а на підсилення метеоризму в другу половину дня скаржились 72,2 % хворих, схильність до діареї відмічало 35,2 %, нестійке випорожнення – 37 %, запори – 27,8 % хворих. У частини хворих були скарги на почуття неповного випорожнення кишечника – 20,4 % випадків, та підсилений гастроректальний рефлекс, який проявлявся покликами на дефекацію після їди – 46,3 % випадків. Найчастішими виявились важкість та біль в епігастрії після їди (88,9 %), метеоризм (88,9 %) з переважною локалізацією у верхній половині живота (91,7 %), підсилення метеоризму в другу половину дня відмічали 41,7 % хворих. Наступними симптомами були порушення випорожнення, серед яких найчастіше зустрічався нестійке випорожнення – у 44,4 %, запори – у 30,5 %, діарея – у 25 % випадків. Ще більш різноманітною була клінічна симптоматика у хворих із поєднанням ФД, СПК та ДЖМ. Крім суто шлункових та кишкових розладів хворі даної групи скаржились на періодичну гіркоту в ротовій порожнині – 40,4 %, тяжкість та болі в правому підребер'ї – 89,4 %, метеоризм – 95,7 % випадків; порушення випорожнення у вигляді діареї відмічало 27,7 % хворих, нестійке випорожнення – 53,2 %, запори – 19,1 % хворих. В усіх хворих відмічались психоемоційні порушення.

Серед порушень психоемоційного стану за шкалою Цунга в обстежених хворих найбільш поширеною була загальна слабкість та зниження працездатності. На втому без видимої причини скаржились 89,3 % хворих на ФД; 98,1 % пацієнтів із СПК; 97,2 % хворих при поєднанні ФД з СПК та 95,7 % – із ФД в поєднанні із СПК та ДЖМ. Виконувати легко звичну роботу могли 17,9 % хворих на ФД, 16,7 % – із СПК, 19,4 % – при поєднанні ФД та СПК та 17 % – на ФД поєднану із СПК та ДЖМ. Підвищена дратливість мала місце у 75 % хворих на ФД, у 83,3 % хворих – із СПК, у 77,8 % пацієнтів – при поєднанні ФД та СПК та у 65,9 % хворих – на ФД, поєднану із СПК та ДЖМ. Згідно даних шкали Цунга у обстежених хворих виявлені зміни психоемоційного стану, що свідчили про

наявність депресивного синдрому. Ознаки класичної меланхолічної депресії, такі як підвищена плаксивість виявлена у 32,7 % хворих на ДФ, у 26,9 % хворих – із СПК, у 27,8 % пацієнтів – при поєднанні ФД із СПК та у 17 % хворих – на ФД, поєднану із СПК та ДЖМ; неможливість отримати задоволення від діяльності, що була прийнятною до захворювання, спостерігалась у 67,9 % хворих на ДФ, у 72,2 % хворих – із СПК, у 75 % пацієнтів – при поєднанні ФД та СПК та у 76,6 % хворих – на ФД, поєднану із СПК та ДЖМ. Про наявність депресивного синдрому в обстежених хворих свідчив пригнічений настрій, який мав місце у 82,1 % хворих на ДФ, у 83,3 % – із СПК, у 86,1 % пацієнтів – при поєднанні ФД із СПК та у 63,8 % хворих – на ФД, поєднану із СПК та ДЖМ, зневіра у житті та її повноцінності. Порушення сну відмічало 67,9 % хворих на ДФ, 72,2 % – із

СПК, 77,8 % – при поєднанні ФД із СПК та 31,8 % хворих – на ФД, поєднану із СПК та ДЖМ. Непотрібність та періодичні думки суїцидального плану мали місце у 7,2 % хворих на ДФ, у 7,4 % – із СПК, у 8,3 % – при поєднанні ФД із СПК. Не дивлячись на молодий та середній вік, відсутність ознак органічного захворювання, більшість пацієнтів вважали себе тяжко хворими, часто відвідували лікарів, повторювали обстеження.

Серед факторів, що мають вплив на психоемоційний стан та функціональний стан шлунково-кишкового тракту, важливе місце мають макро- та мікросоціальні конфлікти, техногенні, інформаційні перевантаження, шкідливі звички, характер харчування (табл.).

Як видно із даних, наведених у таблиці, техногенні впливи мали місце у всіх хворих. Всі хворі були жителями м. Києва. Друге

Таблиця

Частота несприятливих впливів у обстежених хворих

Фактор	ДФ (n=28)	СПК (n=54)	ДФ+СПК (n=36)	ДФ+СПК+ДЖМ (n=47)
Техногенні впливи	28 (100 %)	54 (100 %)	36 (100 %)	47 (100 %)
Незадовільні соціально-побутові умови	5 (17,9 %)	7 (13 %)	9 (25 %)	14 (29,8 %)
Інформаційний пресинг	15 (53,6 %)	31 (57,4 %)	20 (55,6 %)	24 (51,1 %)
Нераціональне харчування	21 (75 %)	49 (90,7 %)	29 (80,6 %)	43 (91,5 %)
Шкідливі звички	13 (46,4 %)	17 (31,5 %)	12 (33,3 %)	11 (23,4 %)
Надлишок вільного часу	9 (32,1 %)	11 (20,4 %)	7 (19,4 %)	10 (21,3 %)
Гіподинамія	24 (85,7 %)	45 (83,3 %)	33 (91,7 %)	42 (89,4 %)

місце серед несприятливих факторів займає гіподинамія. Недостатня фізична активність відмічена у 85,7 % хворих на ФД, у 83,3 % – на СПК, у 91,7 % при поєднанні ФД з СПК, та у 89,4 % хворих із ФД, поєднаною із СПК та ДЖМ. Більше половини хворих на функціональні розлади шлунково-кишкового тракту відчували підвищений інформаційний пресинг, що було обумовлено їх професійною діяльністю або навчанням. Серед обстежених хворих більшість – це студенти, бухгалтери, користувачі комп'ютерів, офісні працівники, а також особи, що поєднували роботу із навчанням, або працювали за сумісництвом. Кількість хворих, які займалися фізичною працею, була меншою. Серед хворих на ФД два пацієнти (7,1 %) займалися фізичною працею, в групі хворих на СПК 5 хворих (9,3 %), в групі ФД+СПК – 3 хворих (8,3 %), серед хворих на ФД в поєднанні із СПК та ДЖМ – 6 (12,8 %). Якщо враховувати те, що серед обстежених хворих переважали особи молодого та середнього віку, дефіцит фізичної активності мав негативний вплив на психоемоційний стан хворих, особливо на фоні підвищеного інформаційного пресингу, який мав місце у 53,6 % хворих на ФД, у

57,4 % хворих на СПК, у 55,6 % хворих на ФД в поєднанні із СПК та у 51,1 % пацієнтів при поєднанні ФД із СПК та ДЖМ. Однією із особливостей сучасного соціуму є досить значна частка серед працездатного населення осіб, які не зайняті ніякою діяльністю. Надлишок вільного часу та нездатність заповнити його цікавими справами відмічали 32,1 % хворих на ФД, 20,4 % хворих на СПК, 19,4 % хворих на ФД+СПК та 21,3 % хворих на ФД+СПК+ДЖМ.

Практично майже всі хворі з функціональними розладами шлунково-кишкового тракту не дотримувались принципів раціонального харчування. Значні порушення раціонального харчування були відмічені у 75 % хворих на ФД, у 90,7 % хворих із СПК, у 80,9 % хворих із – на ФД + СПК та у 91,5 % хворих на ФД+СПК+ДЖМ. Серед порушень харчування можна відмітити недотримання режиму харчування та дисбаланс раціону: недостатня або надмірна енергетична цінність раціону. Переїдання хворі пов'язували із стресовими ситуаціями, пригніченим настроєм. Харчовий дисбаланс також проявлявся недостатнім вживанням продуктів високої біологічної цінності – м'яса, риби, яєць, свіжих овочів,

фруктів. Поширеним явищем серед обстежених хворих були періоди захоплення нетрадиційним харчуванням – голодуванням, вегетаріанством та ін.

Висновок

Серед обстежених хворих з функціональними порушеннями органів травлення має

місце високий відсоток психоемоційних порушень на фоні макро- та мікросоціальних конфліктів, несприятливих техногенних, інформаційних перевантажень, гіподинамії та нерационального харчування, що слід враховувати при призначенні лікування.

Література

1. Адаменко Р.Я. Лечение невротоподобных состояний // Журн. практ. лікаря. 2000. – № 2. – С.26-28.
 2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 1990. – 400 с.
 3. Дьячкова Н.Г., Гудкова Ю.В., Солдатовская Т.Д. и др. Использование сублингвального препарата Глицин для профилактики и лечения психоэмоциональных расстройств при стрессовых ситуациях. «Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». М. – 1996. – т.Ш. – С.263.
 4. Козак С.С., Прокопенко І.Г., Віленський А.Б. та ін. Корекція вегетативних порушень у дітей та підлітків

при хронічних урженнях шлунково-кишкового тракту // Здоров'я України. – 2005. – № 23-24(132-133). – С.1-4.
 5. Курпаш Л.П., Егоров В.В., Джемайло В.И. Лекарства и пища. – Москва. – 2002. – 183с.
 6. Курпатов В.И., Курпатова Н.П. Застосування антидепресантів у загальної медичній практиці // Terra Med. – 2000. – № 3. – С.23-25.
 7. Спектр гастроудоденальной патологии при диспепсии и рекомендуемые подходы к ее лечению в Украине // Сучасна гастроентерол. – 2007. – № 1. – С.55-60.

Надійшла до редакції 23.02.2009

УДК: 616.33-008-02+616.34-008-02

Н.В. Харченко, О.Н. Кисла

СОЦИАЛЬНЫЕ, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ключевые слова: социальные, психоэмоциональные факторы, заболевания желудочно-кишечного тракта

В статье представлены данные о высокой частоте неблагоприятных социальных, психоэмоциональных факторов и нарушении питания у больных функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

N.V. Kharchenko, O.N. Kisla

SOCIAL, PSYCHOEMOTIONAL FACTORS AND FEATURES OF NUTRITION IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DISTURBANCES OF GASTRO-INTESTINAL TRACT

Key words: social, psychoemotional factor, disturbances of gastrointestinal tract

The data of high frequency of unfavourable social, psychoemotional factors and nutritional disorder in patients with functional disturbances of gastrointestinal tract are presented in this article. □

УДК 678.048+616-036.8+582.542.1

- О.А. Макаренко, к. биол. н., с.н.с., зав. лаб. биохимии
- ГУ «Институт стоматологии АМН Украины», г. Одесса

АНТИОКСИДАНТНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОРОСТКОВ ЗЛАКОВЫХ

Продукция активных форм кислорода (АФК), таких как супероксидрадикал (O[•]₂), перекись водорода (H₂O₂), гидроксилрадикал (OH[•]), является неотъемлемой частью аэроб-

ных процессов метаболизма клетки. АФК принимают участие в нормальной жизнедеятельности организма: фагоцитозе, апоптозе, регуляции клеточного деления, синтезе АТФ