

T.P. Garnik, Ya.A. Sotskaya, V.M. Frolov, O.V. Krnglova,
K.V. Garnik, A.P. Moschich

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF MODERN ENTEROSORBENT AEROSIL («WHITE COAL») AND PHYTOPREPARATION FROM CYNARA SCOLYMUS L. HEPAR-POS AT PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS C WITH LOW DEGREE ACTIVITY COMBINED WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AT MEDICAL REHABILITATION PERIOD

Keywords: chronic viral hepatitis C, chronic uncalculosis cholecystitis, lipoperoxidation, antioxidant system, aerosil («White

coal»), hepar-POS, medical rehabilitation

The efficiency of the modern silicon enterosorbent aerosil («White coal») and phytopreparation from artochoke hepar-POS at medical rehabilitation of patients with chronic viral hepatitis C (CVHC) with the low degree activity (LDA) combined with chronic uncalculosis cholecystitis (CUC) was studied. It was set that inclusion of this combination of preparations in the complex of medical rehabilitation of patients with CVHC with LDA combined with CUC promoted the improvement of clinical symptoms and laboratory indexes which characterized the functional state of the liver and, thus, stipulated the achievement of a clinical and biochemical remission of liver and gallbladder combined chronic pathology and the normalization of indexes of lipoperoxidation and the antioxidant system.

УДК :616.33/.34-008.6-085.243/.246:615.874.2

• О.М Герасименко, асп. каф. гастроентерол., дістол. і ендоскоп.

• *Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ*

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Необхідність вивчення функціональних розладів шлунково-кишкового тракту (ФРШКТ) обумовлені їх високою поширеністю серед населення розвинених країн світу та в Україні. ФРШКТ складають 60-65% випадків у хворих, які звертаються за медичною допомогою з приводу болю або дискомфорту в животі [7,8,11]. ФРШКТ характеризуються тривалим перебігом, переважним ураженням осіб молодого та середнього віку, значними порушеннями психоемоційного стану та якості життя пацієнтів, зниженням працездатності та низькою ефективністю існуючих методів лікування [7,11].

Відомо, що між органами травної системи існує тісний нейрогуморальний та функціональний взаємозв'язок, обумовлений послідовністю процесів травлення, починаючи зі шлунка та закінчуючи товстою кишкою. Часто ФД може поєднуватись із дисфункцією жовчного міхура і функціональними кишковими розладами, тобто нерідко у хворих має місце поєднана функціональна патологія, так званий overlap-syndrom [10]. Його розповсюдженість за деякими даними становить близько 27% [7,10]. Питання особливостей перебігу, психоемоційного стану та лікування хворих при поєднаній функціональній патології органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у доступній літературі висвітлені недостатньо.

Не розроблене дієтичне та медикаментозне лікування хворих із наявністю поєднаних ФРШКТ [10]. Традиційне використання гастроентерологічних середників не дає стійкого ефекту: антисекреторні препарати, прокінетики, спазмолітики, ферментні препарати, пробіотики тільки на певний час зменшують клінічну симптоматику та не впливають на психоемоційний стан хворих [3,4,5]. Через короткий час після відміни вказаних препаратів клінічні

ознаки відновлюються. Відсутність вираженого лікувального ефекту від традиційного лікування у ще більшій мірі поглиблює порушення психоемоційного стану пацієнтів та призводить до розвитку депресії. За даними ВООЗ, близько 30% пацієнтів із соматичними захворюваннями страждають на депресію, з них 15-42% складають хворі гастроентерологічного профілю, серед яких переважають пацієнти із ФРШКТ [4,5].

Для лікування психосоматичних розладів при ФРШКТ використовують в основному антидепресанти, нейролептики та анксиолітики. Зазначені середники мають ряд побічних впливів, серед яких найбільша кількість припадає на органи травлення, що обмежує їх широке застосування при ФРШКТ [4,9]. В останні роки доведений позитивний вплив на психоемоційний стан людини окремих нутрієнтів, а саме, амінокислоти глутаміну, тирозину, s-аденілметіоніну, гліцину, магнію, вітаміну B6, PP, омега-3 жирних кислот [6]. Проте, до цього часу не розроблене лікування хворих із поєднаною функціональною патологією органів травлення та методи безпечної корекції психоемоційного стану хворих.

Метою дослідження було вивчити особливості перебігу та підвищити ефективність лікування хворих на поєднані ФРШКТ шляхом призначення диференційованого дієтичного харчування, корекції психоемоційного стану та порушень щитоподібної залози.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань було обстежено 1000 пацієнтів гастроентеролога у поліклініках Оболонського та Деснянського районів м. Києва, з яких відібрано 165 хворих з ФРШКТ: 28 (17%) хворих з ФД, 54

(32,7%) - з СПК, 36 (21,8%) - з ФД у поєднанні з СПК (ФД+СПК) і 47 (28,5%) - з ФД у поєднанні з СПК та ДЖМ (ФД+СПК+ДЖМ). Для верифікації діагнозу і виключення органічної патології застосовували загальноприйняті критерії діагностики, які включали клінічний огляд, антропометричні дані, оцінку психоемоційного стану по шкалі Цунга, аналіз харчування по результатах опитувальника, загально клінічні крові, сечі, аналіз калу на глисти та простіші, скриту кров, мікробіоценоз. Вивчали біохімічні показники функцій печінки, активність амілази, концентрацію гормонів у плазмі крові - тиреотропного гормону (ТТГ), трийодтироніну (Т3), загального тироксину (Т4) та антитіл до тиреоїдної пероксидази (АТ-ТПО), проводили езофагогастрофібродуоденоскопію, визначення Н.pylori, інтрагастральну рН-метрію, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, динамічну ехосонаграфію, дуоденальне зондування із мікроскопічним дослідженням центрифугату. За показаннями проводили рентгенологічне дослідження товстої кишки та колоноскопію.

У залежності від призначеного лікування хворих було поділено на дві групи: основну 85 хворих (14 хворих з ФД; 28 - з СПК; 18 - з ФД+СПК; 25 - з ФД+СПК+ДЖМ) та групу зіставлення 80 хворих (14 хворих з ФД; 27 - з СПК; 18 - з ФД+СПК; 22 - з ФД+СПК+ДЖМ). Хворі основної групи отримували: диференційовану індивідуальну дієту з врахуванням ідеальної маси тіла, фізичної активності, віку хворих. Енергетичну цінність дієти вираховували з потреб на основний обмін (1 ккал на 1 кг ідеальної маси на годину, помножену на 24 години та на коефіцієнт фізичної активності). При цьому хворим із зниженою масою тіла рекомендували збільшити енергетичну цінність раціону в середньому на 400-500 ккал, а хворим із надмірною масою тіла зменшити енергетичну цінність харчування на 400-500 ккал на добу. Енергетична цінність харчування збільшувалась за рахунок підвищення у харчуванні квоти білку, зменшувалась за рахунок вуглеводів та жиру. Обов'язково з раціону виключали нестерпні продукти, для чого пацієнтам рекомендовано було вести харчовий щоденник. Додатково пацієнтам призначались: вітамінно-мінеральний комплекс мультитабс класичний по 1 таблетці на день, антисекреторні препарати (терапія за вимогою), прокінетик мотиліум у дозі по 10 мг 3 рази на день 4 тижні за показами, дуспаталін за показами, біфіформ комплекс; для нормалізації психоемоційного стану рекомендували наступну схему: гептрал по 400 мг 2 рази на день, лецитин по 1200 мг 3 рази на день, препарат амінокислоти гліцину - гліцисед по 200 мг 3 рази на день під язик, а також магне-В6 по 1 таблетці 2 рази на день, віта-тирозин по 1 капсулі вранці натще. Курс лікування становив 3 місяці. Хворі групи зіставлення отримували дієти за Певзнером: 1 при ФД, ФД+СПК, 4в - при СПК із діареєю, дієту 3 - при закрепах, дієту 5 при ФД+СПК+ДЖМ, антисекреторні препарати (терапія за вимогою), прокінетик мотиліум у дозі по 10 мг 3 рази на день 4 тижні за показами, дуспаталін за показами, біфіформ комплекс. Курс лікування становив також 3 місяці.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед хворих, які мали різні ФРШКТ переважали жінки - 140 (84,8%), чоловіків було 25 (15,1%) осіб. Аналіз розподілу хворих за віком показав, що найвища кількість осіб молодого віку серед хворих на ФД. Для поєднаних ФРШКТ характерним є зсув віку в бік збільшення, кількість хворих з ФД+СПК+ДЖМ найвища у віці від 41 до 50 років - 48,9%. 50,3% хворих мали поєднані ФРШКТ.

При зверненні хворих за медичною допомогою загальний стан пацієнтів був задовільний. Хворі скаржились на різноманітні порушення з боку ШКТ. При ФД+СПК клінічні прояви характеризувались різноманітними шлункових та кишкових скарг і до лікування в основній та групі зіставлення не відрізнялись. При аналізі скарг 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 у другу половину дня відмічало 41,7% хворих. Наступними симптомами були порушення стільця, серед яких найчастіше зустрічався закреп - 47,2%, нестійкий стілець - 27,8%, діарея в 25% випадків. Психоемоційні розлади відмічало 63,9% хворих. Ще більш різноманітною була клінічна симптоматика у хворих із ФД+СПК+ДЖМ. Крім суто шлункових та кишкових розладів хворі даної групи скаржились на періодичну гіркоту в ротовій порожнині - 40,4%, тяжкість та болі у правому підребер'ї - 89,4%, метеоризм - 95,7% випадків; порушення стільця у вигляді діареї відмічало 27,7%, нестійкий стілець - 34,2%, закрепи - 38,1% хворих. На психоемоційні порушення скаржилось - 57,4% хворих.

Після призначеного лікування частота клінічних проявів істотно відрізнялась в основній групі порівняно з групою зіставлення. Так, в основній групі хворих з ФД+СПК важкість в епігастральній ділянці та почуття раннього насичення спостерігались відповідно тільки у 22,2% та 11,1%, тоді як у групі зіставлення ці показники були - 55,7% та 50,0%.

Відчуття метеоризму в епігастральній зоні у хворих на ФД+СПК в основній групі хворих після лікування був 16,7%, а у хворих групи зіставлення 55,7% випадків. Біль навколо пупка після лікування в основній групі зменшився до 5,6%, а в групі зіставлення - до 22,2% випадків.

У хворих основної групи загальний метеоризм та метеоризм у другій половині дня зменшився до 11,1% випадків, діарея була відсутня в усіх хворих, нестійкий стілець мав місце тільки у 5,6% випадків, закрепи у 5,6%. Відсоток хворих із кишковими проявами у хворих групи зіставлення після лікування вищий: метеоризм виявлений у 50,0%, метеоризм у другій половині дня - у 27,8%, діарея - у 13,6%, закрепи - у 33,3%, нестійкий стілець - у 22,2% випадків.

При аналізі скарг у хворих на ФД+СПК+ДЖМ після проведеного лікування виявлено зменшення частоти клінічних проявів захворювання та їх інтенсивності. Так, відсоток хворих на ФД+СПК+ДЖМ після лікування в основній групі, які скаржились на важкість в епігастральній ділянці зменшився до 8%, почуття раннього насичення - до

8%, метеоризм в епігастральній зоні після лікування відсутній, нудота та схильність до блювання - до 4% випадків; у хворих групи зіставлення результати були менш значущі відповідно - 68,2%, 36,4%, 22,7% випадків. Відсоток хворих на ФД+СПК+ДЖМ в основній групі після лікування, які скаржились на біль по ходу товстої кишки зменшився до 8%, на метеоризм - до 12%, у хворих групи зіставлення кількість хворих із вказаними симптомами після лікування зменшилась меншою мірою: до 54,5% та до 72,7%.

В результаті проведеного лікування частота порушень стільця у хворих на ФД+СПК+ДЖМ в основній групі значно зменшилась: діарея була відсутня, відсоток хворих із нестійким стільцем зменшився до 8%, а із закрепамми - до 4%. Динаміка порушень стільця у хворих у групі зіставлення була менш суттєвою: відсоток хворих із діареєю зменшився до 13,6%, нестійким стільцем - 22,7%, закрепамми - до 27,3%.

У хворих на ФД+СПК+ДЖМ після лікування в основній групі: на гіркий присмак скаржилось - 12% хворих; відчуття важкості у правому підребер'ї було присутнє у 8% хворих; у групі зіставлення відсоток хворих із вказаними симптомами залишався вищий - 27,3% та 30,3%.

Аналіз психоемоційного стану хворих на поєднанні ФРШКТ згідно шкали Цунга показав, що серед обстеже-

них пацієнтів переважають особи із депресивним синдромом, який був різної виразності. У 40 (24,2%) хворих на ФРШКТ ознаки депресії були мінімальними та проявлялися лише підвищеною уразливістю, нечіткою пригніченістю, зниженням активності, денною сонливістю, порушеннями апетиту. Подібні психоемоційні зміни характерні для хворих із різноманітними соматичними захворюваннями, а також у практично здорових осіб при фізичних та психоемоційних перевантаженнях і при оцінці депресивних станів оцінюються як норма.

Найчастіше серед обстежених нами хворих зустрічалась легка депресія - у 103 (62,4%) хворих, яка характеризувалась слабкістю, зниженням працездатності, супроводжувалась підвищеною нервозністю, психоемоційною подразливістю, схильністю до плачу, безсонням, частими головними болями. Помірна депресія, що супроводжувалась пригніченням, почуттям жалю до себе, канцерофобією, сумним настроєм, невпевненістю у лікуванні, невизначеністю, невірою у майбутнє, прагнення до спокою мала місце у 22 (13,3%) хворих на ФРШКТ.

Оцінка психоемоційного стану хворих на поєднанні ФРШКТ після лікування показала (табл. 1), що у хворих основної групи симптоми депресії значно зменшились.

Таблиця 1

Показники шкали Цунга в обстежених хворих до та після лікування

Групи	Основна група (бали)		Група зіставлення (бали)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
ФД+СПК	60,4±1,7	50,6±1,6*	59,5±1,7	57,6±1,3
Фд+спк+дасм	53,3±1,7	44,6±1,4*	54,6±1,3	50,6±1,2

Примітка. Основна група n: ФД+СПК=18; ФД+СПК+ДЖМ=25

Група зіставлення n: ФД+СПК=18; ФД+СПК+ДЖМ=22

*- порівняно із даними до лікування

Таблиця 2

Показники індексу маси тіла в обстежених хворих

ТМТ	Перша група	Друга група	Третя група
ФД+СПК			
Основна група (n=18)			
- до лікування	17,2±0,4	21,9±0,6	30,2±0,6
- після лікування	20,8±0,6*	23,5±0,7	26,1±0,5*
Група зіставлення (n=18)			
- до лікування	16,8±0,6	22,5±0,5	28,8±0,7
- після лікування	17,3±0,3	22,8±0,4	28,5±0,6
ФД+СПК+ДЖМ			
Основна група (n=25)			
- до лікування	16,3±0,5	22,5±0,4	31,5±0,9
- після лікування	22,1±0,6*	24,2±0,7	26,9±0,5*
Група зіставлення (n=22)			
- до лікування	17,8±0,4	22,9±0,5	29,5±0,5
- після лікування	18,6±0,5	23,2±0,5	28,8±0,6

Примітка: *вірогідно порівняно із даними до лікування

Так, якщо до лікування показник балів шкали Цунга у хворих на ФД+СПК основної групи становив 60,4±1,7 бали, то після лікування він в 1,2 рази нижчий і становив 50,6±1,6 бали (P < 0,05), а у хворих на ФД+СПК+ДЖМ - із 53,3±1,7 до 44,6±1,4 бали (P < 0,05 в обох групах). Тоді як у групі зіставлення після лікування психоемоційний стан

змінився незначно і показник балів статистично вірогідно не відрізнявся від показника, який був до лікування.

Важливим фактором позитивної дії розробленого нами лікувального комплексу була нормалізація маси тіла, особливо у хворих із дефіцитом маси тіла. (табл. 2)

Так, у хворих ФРШКТ основної групи, які до лікуван-

ня мали дефіцит маси, після лікування мало місце статистично вірогідне збільшення ІМТ: у хворих на ФД+СПК - в 1,2 рази, на ФД+СПК+ДЖМ - в 1,4 рази ($p < 0,05$ у всіх випадках). Визначення ІМТ у хворих на ФРШКТ через 3 місяці від початку лікування показало, що у хворих основної групи, що мали надмірну масу тіла спостерігалось зниження ІМТ: у хворих на ФД+СПК - в 1,3 рази, на ФД+СПК+ДЖМ - в 1,4 рази ($p < 0,05$ у всіх випадках). У хворих на поєднані ФРШКТ групи зіставлення, які до лікування мали знижену масу тіла, після лікування виявлено незначне підвищення ІМТ, проте дані статистично невірогідні в усіх групах. У хворих із нормальною масою тіла

після лікування виявлені незначні коливання ІМТ, які були статистично невірогідними.

Висновок

Таким чином, при застосуванні розробленого нами лікувального комплексу був виявлений більш виражений лікувальний ефект, що сприяло зменшенню, а в багатьох випадках навіть зникненню гастроентерологічних проявів, нормалізації маси тіла та психоемоційного стану при поєднаних ФРШКТ порівняно з традиційним лікуванням.

Література

1. Вахрушев Я.М. Оценка функционального состояния гепатобилиарной системы у больных с дискинезиями желчевыводящих путей /Я.М. Вахрушев, И.А. Пенкина // *Терапевт. арх.-М, 2007. - Том 79, N2. - С. 41-44.*
2. Диагностика и возможности коррекции функциональной патологии билиарного тракта/Е.К. Баранская, Е.Ю. Юрьева, Т.Л. Лемина, В.Т. Ивашкин // *Клин. перспект. гастроэнтерол., гепатол. - 2007. - N2. - С. 7-11.*
3. Злоказова М.В. Особенности психологического статуса больных с гастроэнтерологической патологией/ М.В. Злоказова, А.К. Мартусевич, А.Н. Кошкин // *Клин. перспект. гастроэнтерол., гепатол. - 2006. - N2. - С. 18-21.*
4. Степанов Ю.М. Психологичні аспекти синдрому подразненої кишки/ Ю.М. Степанов, Т.Ю. Спіріна // *Мед. перспективи: Наук. журн./Голов. ред. Г.В. Дзяк. - Дніпропетровськ, 2004. - Том 9, N3. - С. 96-100.*
5. Махов В. Психосоматический аспект дисфункциональных расстройств органов пищеварения/ В. Махов, Л. Ромасенко, Т. Турко // *Врач. - 2008. - N10. - С. 37-41*
6. Мазур И.А. Метаболитронные препараты /И.А. Мазур,

И.С. Чекман, И. Ф. Беленичев [и др.] - Запорожье, 2007. - 304 с.

7. Парфенов А.И. Развитие учения о функциональных расстройствах кишечника в XXI веке/А.И. Парфенов // *Терапевт. арх.-М, 2009. - Том 81 N2. - С. 5-10*

8. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей. / Пособие. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. - Витебск: Издательство ВГМУ, 2006. - 160 с.

9. Щербиніна М.Б. Розподіл біліарної патології в поєднанні з іншими захворюваннями органів травлення за статтю та віком пацієнтів/М. Б. Щербиніна, В. М. Гладун, А. М. Буренко // *Сімейна мед. - К., 2010. - N2. - С. 102-106.*

10. Харченко Н.В. Гастроентерологія /Н.В. Харченко, О.Я. Бабак - Київ-2007.-720с.

11. Bengmark S. Ecological control of the gastrointestinal tract. The role of probiotic flora / S. Bengmark // *Gut. - 1998. - № 42. -P .2-7.*

12. Csef H. Psychosomatik in der gastroenterologie / H. Csef, M.R. Kraus -Munche: Urban & Fischer, 2000. - 280p.

Надійшла до редакції 27.10.2011

УДК :616.33/.34-008.6-085.243/.246:615.874.2

О. М. Герасименко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Ключові слова: функціональна диспепсія, синдром подразненого кишечника, дисфункція жовчного міхура, шкала Цунга, маса тіла, індивідуальна дієта

В статті описані особливості перебігу поєднаних функціональних розладів ШКТ та позитивний вплив розробленого комплексу лікування на клініку, психоемоційний стан та динаміку маси тіла.

О. Н. Герасименко

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ключевые слова: функциональная диспепсия, синдром раз-

драженного кишечника, дисфункция желчного пузыря, шкала Цунга, масса тела, индивидуальная диета, метаболические препараты.

В статье описаны особенности течения сочетанных функциональных расстройств ЖКТ и положительное влияние разработанного комплекса лечения на клинику, психоэмоциональное состояние и динамику массы тела.

O.N. Gerasymenko

FEATURES OF THE FLOW AND DIFFERENTIAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CONCOMITANT FUNCTIONAL DISORDERS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Keywords: functional dyspepsia, irritable bowel syndrome, gallbladder dysfunction, Zung scale, body weight, individual diet, metabolic drugs.

This article describes the features of the course of combined functional disorders of the gastrointestinal tract and a positive impact of a defined set of treatment on the clinic, psycho-emotional state and the dynamics of the body weight.