

УДК 616.342-002.44:615.851

## ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВІВ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПСИХОСОМАТИЧНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ І ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ПСИХОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ

Т.В.Масстрога, Ю.М.Ханіна, Б.С.Масстрога, С.Є.Дегров, І.В.Шквітня,  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

У статті показані основні особливості виразки дванадцятипалої кишки. Запропонований індивідуалізований підхід до терапії цієї категорії пацієнтів із застосуванням засобів, що впливають на стан центральної нервової системи в комплексі з антихелікобактерною терапією.

**Ключові слова:** виразка дванадцятипалої кишки, психосоматичні співвідношення, психотропна терапія.

Впровадження антисекреторних препаратів і ерадикаційної терапії *H.pylori* зумовило основним методом її лікування консервативний [8,10,11]. Незважаючи на успіхи, досягнуті у лікуванні виразки дванадцятипалої кишки, розповсюдженість цього захворювання продовжує збільшуватись. Рівень захворюваності на виразкову хворобу за останнє десятиріччя зріс в Україні на 12% [2,5]. Противиразкова терапія у хворих на дуоденальну виразку (ДВ) часто не досягає бажаного результату. До того ж, проблему лікування ускладнює антибіотикорезистентність, що постійно зростає [2,6], а такі її ускладнення як кровотечі, стенозування, перфорація, пенетрація вимагають ургентного оперативного втручання. За даними багатьох дослідників [3,4,5], пептичну виразку можна розглядати як типовий приклад психосоматичного захворювання, при якому психоемоційні і психосоціальні фактори відіграють суттєву роль, сприяючи утворенню виразкового дефекту в шлунку або дванадцятипалій кишці. Захворювання шлунково-кишкового тракту в більшості випадків поєднується з пограничною психічною патологією – психовегетативним, астенічним, тривожним, депресивним і іпохондричним синдромами [9]. Тому досить актуальною є своєчасна комплексна терапія хворих на НР-позитивну ДВ з урахуванням психофізіологічного стану.

**Метою** роботи була розробка комплексної проти-виразкової терапії у хворих на Нр-позитивну ДВ з урахуванням психофізіологічного стану.

**Матеріал та методи дослідження.** Обстежено 56 хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДК) асоційовану з *Helicobacter pylori* (НР): (основна група) та 30 практично здорових осіб (група співставлення), близьких за віком і статтю. Всім хворим проведено загальноприйнятні клінічні, лабораторні та інструментальні методи обстеження. Психофізіологічний стан хворих оцінювали за допомогою методик Ч.Д.Спілбергера – Ю.М.Ханіна, Айзенка та тесту Міні – Мульт [1,7]. Отримані в процесі обстеження пацієнтів числові дані кількісного типу обробляли за допомогою методів математичної статистики з розрахунком середніх вибірових значень (М), дисперсії ( $\sigma$ ), помилок середніх значень (m) відповідних показників у групах обстежених осіб. Обчислення проводили на персональному комп'ютері IBM PC Pentium III із використанням програм “Statistica for Windows. Release 5.0”

**Результати дослідження та їх обговорення.** До початку лікування абдомінально-больовий синдром констатовано у 73% хворих, диспепсичні розлади: печія - 66%; нудота – 87,5% блювота – у 33,9 %; запори – 41%. Крім того, астено-вегетативний синдром виявлено у 72 % хворих. Нами було проведено обстеження психологічного стану хворих на ВХДК. Середній рівень реактивної (РТ) і особистісної (ОТ) тривожності у хворих на ВХ був значно вищим, порівняно з практично здоровими. Результати наведено на рис.1. При обстеженні хворих і практично здорових осіб за допомогою тесту Міні-Мульт отримані наступні показники, що наведено у таблиці 1.

Максимально виражені були розбіжності за шкалою соматизації тривоги (іпохондрії – Нs), депресії (Д), істерії (Нy), що відповідає більш вираженому невротичному профілю особистості у хворих на ВХДК. У хворих з високими показниками по шкалі іпохондрії (70Т балів і вище) відмічено занепокоєння за стан свого здоров'я, відчуття слабкості, швидкої втоми. Найбільш частими ознаками депресивного синдрому були знижений настрій, відчуття втоми. До соматичних проявів депресії відносились зниження апетиту, схуднення. Хворим із високими показниками по шкалі істерії властиві підвищена дратівливість, сльозливість, емоційна нестійкість. Серед хворих на ДВ, порівняно з групою практично здорових, мала місце значна перевага меланхоліків і холериків, що свідчить про присутність у хворих емоційної нестабільності та підтверджує значну схильність до підвищеного рівня нейротизму. Останній, як відомо, проявляється в депресивних реакціях,

розсіяності уваги, схильності до швидкої зміни настрою, поганій адаптації, стурбованості. Розподіл за типами темпераменту хворих основної групи і практично здорових осіб відображено на рис.2 і 3. Таким чином, при обстеженні відмічена суттєва невротизація хворих на ВХДК, яка проявлялася у вигляді підвищеної емоційності, імпульсивності, нерівності в стосунках із людьми, мінливості інтересів, невпевненості у собі, схильності до драгівливості.

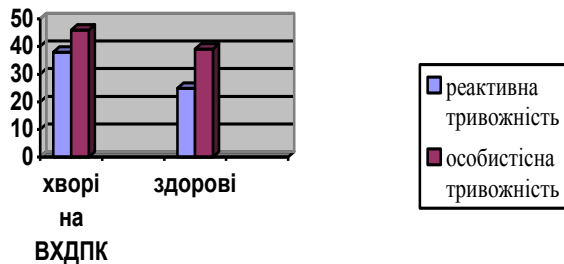
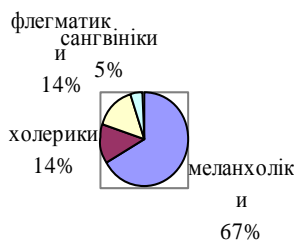


Рис.1. Стан реактивної і особистісної тривожності у хворих на ВХДК та практично здорових осіб

Таблиця 1  
Показники шкал тесту Міні-Мульт у хворих на ВХДК і практично здорових осіб (в балах)

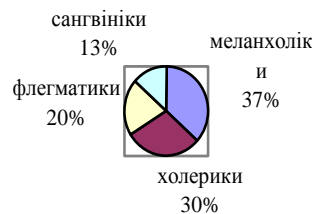
Шкали тесту Міні-Мульт	Хворі на ВХДПК	Практично здорові
L	52,09±1,37	50,65±1,55
F	53,78±1,32	45,61±1,57*
K	51,63±1,17	50,07±1,3
1Hs	57,7±1,33	51,07±1,65*
2D	52,58±1,3	48,03±1,9*
3Hy	55,45±1,55	49,65±2,35*
4Pd	48,40±1,3	45,38±2,22
6Pa	53,94±1,55	48,5±2,22*
7Pt	49,83±1,09	46,57±2,18
8Se	51,34±1,14	45,46±2,35*
9Ma	47,65±2,09	45,23±1,93

Примітки: \* – розбіжності достовірні між хворими на ВХДК і практично здоровими (p<0,05).



■ меланхоліки ■ холеріки □ флегматики □ сангвініки

Рис. 2. Розподіл за типами темпераменту хворих на ВХДК.



■ меланхоліки ■ холеріки  
□ флегматики □ сангвініки

Рис. 3. Розподіл за типами темпераменту практично здорових

З отриманих результатів свідчить, що діагностика хворих на ВХДК, повинна включати комплексне обстеження, насамперед, огляд, опитування, психологічне тестування, дані пальпації, перкусії, аускультатії, а також лабораторно-інструментальних методів дослідження. Встановлено позитивні кореляційні зв'язки між інтенсивністю больового синдрому, термінами перебування хворого в стаціонарі і рівнем реактивної тривожності. Отже, особливості клінічного перебігу захворювання в значній мірі пов'язані із психоемоційним станом. На основі визначення зв'язків між особливостями особистості і клінічного перебігу захворювання ми розподілили хворих на ВХДПК на більш однорідні групи, залежно від рівня РТ і розробили диференційований підхід до терапії. Це дозволило нам рекомендувати впровадження в комплексну терапію хворих на ДВ, поряд з антигелікобактерною терапією засобів, які впливають на функціональний стан центральної нервової системи.

При оцінці ефективності терапії враховувалась динаміка клінічної картини, оцінювались строки зникнення проявів трьох основних клінічних синдромів: абдомінально-больового, диспепсичного і астено-вегетативного, показники елімінації НР і ПОЛ - АОЗ. Додаткова терапія призначалась індивідуалізовано, залежно від спрямованості виявлених порушень. Хворим з високим і помірним рівнями реактивної тривожності, в яких одночасно виявлялися високі показники за однією із шкал невротичної триади тесту Міні-Мульт, поряд із антигелікобактерною терапією призначали амітриптилін по 0,025 г на ніч і вітамін Е. Хворим із високим рівнем реактивної тривожності та одночасним виявленням порушень за двома і більше шкалами невротичної триади тесту Міні-Мульт призначали транквілізатори – феназепам по 0,0005 г на ніч і вітамін Е. Хворим із помірним рівнем реактивної тривожності поряд з антигелікобактерною терапією призначали рослинні препарати седативної дії (екстракт валеріани 0,02 по 2 табл. 2 рази за добу або Ново-Пасит по 1 ч. л. на ніч і вітамін Е). Хворим із низьким рівнем реактивної тривожності призначали поряд з антигелікобактерною терапією тільки вітамін Е по 50 мг 2 рази за добу. Одночасно в кожній із підгруп були виділені хворі (контрольна група), які отримували тільки антигелікобактерну терапію. Ефективність лікування оцінювали по результатам клінічного обстеження. Комплексна терапія з включенням засобів, які впливають на стан центральної нервової системи в поєднанні з антиоксидантом вітаміном Е, сприяла покращанню клінічного перебігу захворювання, підвищенню стану АОЗ, нормалізації психологічних зсувів, про що свідчать більш короткі терміни усунення больового, диспепсичного, астено-вегетативного синдромів, зниження рівню реактивної тривожності.

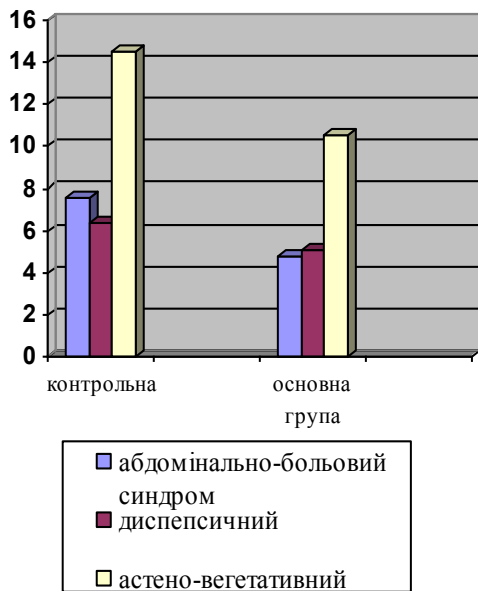


Рис.4. Середні строки усунення основних клінічних синдромів у хворих на ВХДК з високим рівнем РТ.

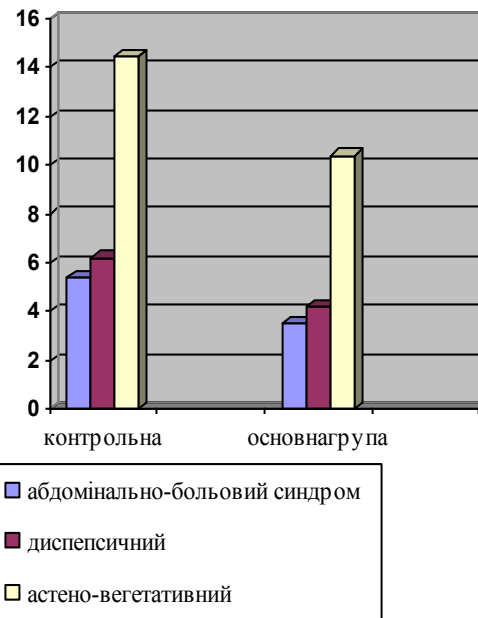


Рис.5. Середні строки усунення основних клінічних синдромів у хворих на ВХДК з помірним рівнем РТ.

Ерадикація НР у хворих на ПВДПК, які отримували запропоновану нами диференційовану комплексну терапію, становила 89%, а рецидиви захворювання на протязі року не спостерігались, тоді як у хворих, що отримували лише базисну терапію ерадикація НР становила 85,7%, а рецидиви захворювання відмічено через один рік у 9%. Відмічено, що при повторних рецидивах захворювання у хворих, які отримували засоби, що впливають на стан центральної нервової системи, розміри виразкових дефектів були в середньому менше 0,5 см.

#### Висновок

Таким чином, застосування в комплексі з антигелікобактерною терапією препаратів, що впливають на стан центральної нервової системи в поєднанні з вітаміном Е, дозволило покращити якість життя хворих, запобігти рецидивам захворювання.

#### Література

1. Ахмеджанов Э. Р. Психологические тесты / Э. Р. Ахмеджанов. - Москва: Лист, 1996. - 320 с.
2. Бабак О.Я. Стандартная антигелікобактерная терапия (Maastricht 2-2000 Consensus): насколько она актуальна сегодня? / О.Я. Бабак // Сучасна. гастроентерологія. - 2005. - N 2.-С. 4-7.

3. Бабак О.Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способ их коррекции / О.Я. Бабак //Сучасна гастроентерологія. - 2003. - №2. – С.65-67.
4. Волков В.С. Соматопсиховегетативные нарушения при язвенной болезни / В.С. Волков, И.Ю. Колесникова // Клінічна медицина. - 2001- № 10. – С. 30 – 32.
5. Опарин А.А. Течение и принципы терапии язвы двенадцатиперстной кишки у студентов с возбудимым типом личности / А.А. Опарин //Сучасна гастроентерологія. – 2006. - №3. -С.16-18.
6. Передерий В.Г. От Маастрихта 1 – 1996 до Маастрихта 3 – 2005: десятилетний путь революционных преобразований в лечении желудочно-кишечных заболеваний / В.Г. Передерий, С.М. Ткач, Б.Н. Марусанич //Сучасна гастроентерологія. – 2005. – №6. – С. 4-8.
7. Собчик Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности : метод. руководство / Л.Н. Собчик. – Москва, 1990.
8. Фадеенко Г.Д. Антихеликобактерная терапия: кому и как ее проводить? / Г.Д. Фадеенко // Терапия. – 2006. – № 5(5). – С. 5-8.
9. Циммерман Я.С. Концепция взаимоотношений организма человека и Helicobacter pylori / Я.С. Циммерман, И.И. Телянер //Клінічна медицина. - 1999. - №2. – С. 52 – 56.
10. Goh K.-L. Management strategies for treatment failures / K.-L. Goh // Helicobacter pylori resistance and management strategies. – World Congress of Gastroenterology. – Montreal, 2005.
11. Malfertheiner P., Megraud F., O’Morain C. Guidelines for the Management of Helicobacter pylori Infection. European Gastroenterology Review 2005.

**Реферат**

**ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ  
ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ И  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ  
ПСИХОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ**

**Настрога Т.В., Казаков Ю.М., Настрога В.С.,  
Петров Є.Є., Никитина И.В.**

В статье показаны основные особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Предложен индивидуализированный подход к терапии этой категории пациентов с применением средств, влияющих на состояние центральной нервной системы в комплексе с антихеликобактерной терапией.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, психосоматические соотношения, психотропная терапия

Стаття надійшла 1.04.10

**PECULIARITIES OF THE DUODENAL ULCER  
MANIFESTATION DEPENDING ON  
PSYCHOSOMATIC CORRELATIONS AND  
EFFECTIVENESS OF DIFFERENTIAL  
PSYCHOTROPIC THERAPY**

**Nastroga T.V., Kazakov Yu.M., Nastroga V. S., Petrov  
Ye.Ye., Nikitina I.V.**

In the article there were shown the main peculiarities of duodenal peptic ulcer. There was proved of individualized approach to the therapy of this category of patients with the application of the agents, influencing on the condition of central nervous system, in the complex with antihelicobacter therapy.

**Key words:** duodenal peptic ulcer, psychosomatic correlations, psychotropic therapy

УДК 616.33/.342-002.44:616.379-008.64-07

**ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОВОЮ  
ХВОРОБОЮ ШЛУНКА ТА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

**О.Ю. Олійник, О.І. Федів, І.О. Виногра**  
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

*Робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри внутрішньої медицини та ендокринології: «Шляхи оптимізації діагностики та лікування патології органів травлення, поєднаної із захворюваннями інших внутрішніх органів (0107U004051)».*

У роботі проведено аналіз якості життя пацієнтів з ВХ, поєднаною з ЦД, та пацієнтів з ізольованою ВХ, порівняно з практично здоровими особами за допомогою опитувальника SF-36, та виявлено, що ЦД обтяжує перебіг ВХ за показниками фізичного та психічного компонентів здоров'я.

**Ключові слова:** виразкова хвороба, цукровий діабет.

Оцінка якості життя (ЯЖ) як інтегрального показника фізичного, соціального, емоційного та психологічного функціонування хворого стала невід'ємним елементом сучасних комплексних рандомізованих досліджень у різних галузях медицини [1]. Отже, ЯЖ визнана невід'ємною частиною