

УДК 616.33-002.44:616.61-002.3

© Н.В.КІЧА, С.В.ДАНИЛЮК, 2014

Н.В.Кіча, С.В.Данилюк

ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ В РОБОТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Інститут сімейної медицини НМАПО
імені П.Л. Шупика

Вступ. Скринінг факторів ризику (ФР) та впровадження моніторингових заходів дозволяє виявити близько половини осіб в популяції, у яких в подальшому виникне захворювання, проте, погіршення здоров'я населення та зростання смертності від серцево-судинних захворювань (ССЗ) з позицій лише дії традиційних ФР пояснити неможливо.

Мета. Дослідити частоту окремих конституційно-біологічних, клініко-анамнестичних, поведінкових та соматопсихічних факторів у хворих на дисфункцію жовчного міхура при хронічному некалькульозному холециститі.

Результати. Визначена їх діагностична інформативність та прогностичне значення в оцінці ССР. В групі конституційно-біологічних (генеалогічних) факторів, найбільш інформативними індикаторами ризику є: індексний показник «талія/стегно» (75,5±3,6)% та зросто-ваговий індекс Кетле (11,2±2,6)%, пацієнтів, а також обтяжена спадковість по ССЗ (55,2±4,2)% та хронічним захворюванням шлунково-кишкового тракту (58,7±4,1)%, ($p < 0,001$). Найбільш інформативними в групі клініко-анамнестичних факторів виявилися скарги на часті порушення нічного сну (лише (12,6±2,8)% пацієнтів з підвищеним ССР (пССР) не відмічали його порушення, підвищену збудливість (86,7%) та пітливість (73,0%). Серед соціальних та поведінкових факторів при пССР найбільш інформативні - стаж (8,2в0,9) років та інтенсивність паління (8,4в1,4) шт., нерегулярне харчування (33,6±3,9)%, низька фізична активність (84,5±3,0)% та частота вживання алкоголю (83,9±3,1)% пацієнтів, відповідно. Ранговий розподіл психосоматичних факторів за наявності пССР: зниження настрою у (94,8±2,9)%, активності у (86,2±4,5)%, ейфоричності у (94,8±2,9)%, а також обмеження «сили та енергії» у (87,9±6,3)% при зростанні рівня нейротизму у (44,1±6,0)% пацієнтів, що свідчить на користь розвитку психосоматичних порушень.

Ключові слова: хронічний некалькульозний холецистит, дисфункція жовчного міхура, фактори серцево-судинного ризику, сімейна медицина.

ВСТУП

Незважаючи на суттєве поліпшення якості діагностики, лікування та профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ), вони залишаються основною причиною смерті та інвалідності серед населення економічно розвинених країн, а також і в Україні - вони є найвищими серед європейських країн [3, 11].

Багатофакторний вплив на організм людини сприяє формуванню проблеми нозологічної синтропії, особливо актуальну, насамперед, відносно поширених серцево-судинних та шлунково-кишкових захворювань, становлення і розвиток котрих відбувається в молодому віці [1].

Скринінг факторів ризику (ФР) та впровадження моніторингових заходів, з одного боку, дозволяє виявити близько половини осіб в популяції, у яких в подальшому виникне захворювання, проте, з іншого боку, погіршення здоров'я населення та зростання смертності від ССЗ з позицій лише дії традиційних ФР пояснити неможливо.

Хвороби жовчного міхура (ЖМ) за частотою поступаються хіба що атеросклерозу. Відмічено, що тільки за останні 10 років в Україні на 35% збільшилась захворюваність на так звану «функціональну патологію» біліарного тракту [10]. При цьому, на відміну від добре відомої ролі біліарного тракту в процесах ліпідного обміну, як фактору серцево-судинного ризику (ССР), функціональному стану біліарного тракту приділялася недостатня увага, хоча і відомо, що сучасною особливістю патології ЖМ є зростаюча частота її поєднаних клінічних варіантів із ССЗ і, при цьому, майже 1/3 таких пацієнтів відноситься до групи підвищеного ССР, а у майже 22% з них реєструється коронарна патологія [7].

Тому дослідження присвячене актуальному напрямку загальної практики/сімейної медицини, а саме – удосконаленню діагностичної тактики сімейного лікаря по виявленню ССР у хворих на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ).

Мета дослідження - встановити прогностичне значення факторів серцево-судинного ризику, особливості психосоматичного статусу хворих та фактори розвитку ССЗ при ХНХ та дисфункції жовчного міхура (ДЖМ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Досліджено 349 пацієнтів: 95 хворих на ХНХ в стадії ремісії (чоловіків – 47 (середній вік $(28,8 \pm 1,1)$ років), жінок – 48 (середній вік – $(33,2 \pm 1,2)$ років) та 254 особи молодого віку з ДЖМ (чоловіків – 90 (середній вік $(24,2 \pm 1,3)$ років), жінок – 164 (середній вік – $(23,6 \pm 1,8)$ років). При постановці клінічного діагнозу застосовано уніфіковану клініко-статистичну класифікацію (Київ, 2004), згідно якої до клінічних груп включені пацієнти з ДЖМ та ХНХ (код. 82.8, 81 по МКХ-10); ХНХ та ДЖМ класифікували згідно рекомендацій та клінічних протоколів [6].

За кількістю наявних у пацієнтів ФР, групи були розподілені на підгрупи: з ДЖМ – перша ($1n_2=143$) з підвищеним ССР (пССР), друга ($2n_2=111$) з низьким ССР (нССР); на ХНХ – перша ($1n_3=58$) з пССР, друга ($2n_3=37$) з нССР. Контрольна група пацієнтів ($n_1=106$): без соматичних захворювань і, за результатами комплексних медичних оглядів, віднесена до I-II груп здоров'я.

Під час дослідження використовували комплекс клініко-анамнестичних (опитування, аналіз скарг та анамнезу, об'єктивне обстеження); клініко-психологічних (методи оцінки психосоматичного статусу пацієнтів: тест

диференційної самооцінки функціонального стану, збудований на принципі полярних профілів Ч. Осгуда - СДФ (САН: самопочуття-активність-настрій), шкалу особистісної та реактивної тривожності С.Д. Spielberger (в модифікації Ханіна), рівень нейротизму, екстра- та інтроверсії вивчали за допомогою опитувальника Н.І. Eysenck, вивчення особливостей реагування пацієнтів на хворобу, застосовано особистісний опитувальник Санкт-Петербурзького психоневрологічного інституту імені В.М. Бехтерева – ЛОБІ та спеціальний опитувальник для вивчення психотравмуючого впливу захворювання) та статистичних методів [1, 4, 5, 8].

За даними скринінгового аналізу визначені спільні фактори ризику ССЗ та ДЖМ серед здорових (контроль) та у пацієнтів з ДЖМ; проведена багатфакторна оцінка ССР серед пацієнтів з ДЖМ та системно визначені основні характеристики конституційно-біологічних (генеалогічних), клініко-анамнестичних та поведінкових ФР: їх частота, діагностичне та прогностичне значення. При клініко-психологічному дослідженні в репрезентативних групах хворих на ХНХ досліджено особливості психосоматичного стану з урахуванням особистісно-психологічних факторів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз ФР виявив, що в групі конституційно-біологічних (генеалогічних) факторів, найбільш інформативними індикаторами ризику є: індексний показник «талія/стегно» та зросто-ваговий індекс Кетле (ІК), а також обтяжена спадковість по ССЗ та хронічним захворюванням шлунково-кишкового тракту (ХЗШКТ).

Серед конституційно-біологічних факторів ССР також досліджено конституційний тип пацієнта, наявність аномалій соматотипу, а також обхват талії та стегон (рис. 1). Зокрема, вивчення прогностичного значення ІК показало, що серед пацієнтів з ДЖМ та з пССР достовірно менше ($p < 0,001$) було осіб з $IK < 25$ (відповідно $(36,4 \pm 4,0)\%$ та $(71,2 \pm 4,3)\%$), тоді як осіб з підвищеними значеннями ІК більше було саме серед пацієнтів з пССР (відповідно $(11,2 \pm 2,6)\%$ та $(2,7 \pm 1,5)\%$, ($p < 0,01$). При вивченні прогностичного значення показника «обхват талії» визначено, що його зростання (у чоловіків більше 102,0 см, у жінок більше 88,0 см) достовірно частіше мало місце у пацієнтів з ДЖМ при пССР (відповідно $(39,2 \pm 4,1)\%$ та $(23,4 \pm 4,0)\%$). З метою пошуку більш інформативних критеріїв, виконано розрахунки стандартизованого охватного показника «талія/стегно» (у нормі цей показник у чоловіків не перевищує 0,95, у жінок – 0,8) та виявлено, що у $(75,5 \pm 3,6)\%$ пацієнтів з пССР мало місце перевищення цих значень, а при нССР – лише у $(26,1 \pm 4,2)\%$, ($p < 0,001$).

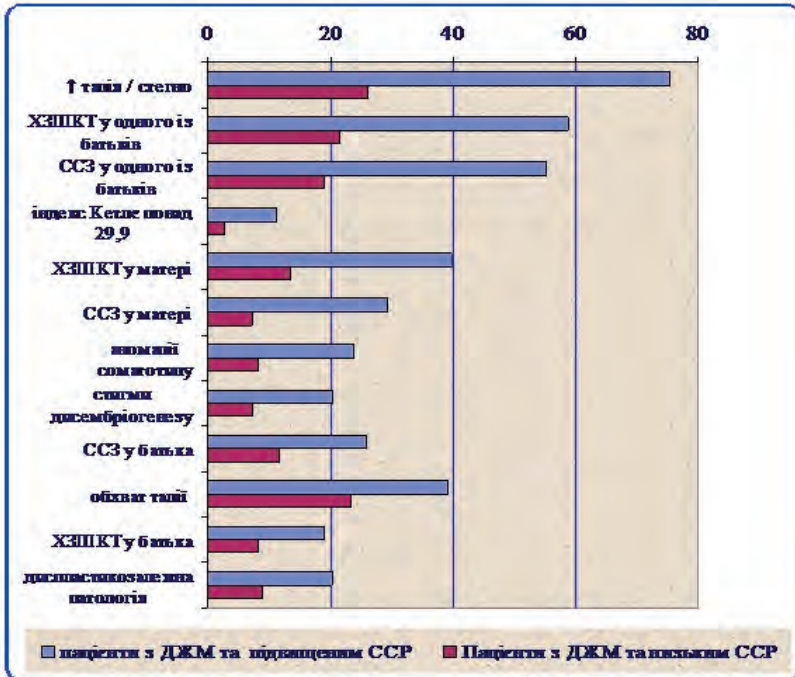


Рис. 1. Частота конституційно - біологічних індикаторів серцево - судинного ризику при дисфункції жовчного міхура

При дослідженні впливу особливостей конституційного типу пацієнтів на відносний ССР з'ясовано, що рівень ССР у пацієнтів з ДЖМ не залежить від типу статури ($p=0,303$), а питома вага різних конституційних типів в порівнюваних групах – однакова: гіперстенічний (перша група – $(46,9 \pm 4,2)\%$, друга група – $(46,8 \pm 4,7)\%$), нормостенічний, відповідно $(19,6 \pm 3,3)\%$ та $(23,4 \pm 4,0)\%$, та астеничний – $(33,6 \pm 3,9)\%$ та $(29,7 \pm 4,3)\%$, відповідно. Слід зазначити, що на відміну від конституційного типу, достовірним фактором ССР при ДЖМ виявлена наявність аномалій соматотипу. Так частота цього фактора в першій групі склала $(23,8 \pm 3,6)\%$, в другій – $(8,1 \pm 2,6)$. Виявлено, що у пацієнтів з підвищеним ССР мало місце більша частота ($p=0,003$) таких стигм дизембріогенезу, як аномалії вушних раковин (у першій групі їх частота склала $(20,3 \pm 3,4)\%$, у другій – $(7,2 \pm 2,5)\%$), що потребує урахування в системі прогнозування ССР.

Наявність ССЗ в сім'ї є достовірним фактором ($p < 0,001$) впливу на рівень ССР: у пацієнтів з пССР частота обтяженої спадковості по ССЗ становила $(55,2 \pm 4,2)\%$, тоді як при нССР – у $(18,9 \pm 3,7)\%$. Частота ХЗШКТ у одного з батьків є також достовірним фактором ($p < 0,001$): при пССР частота обтяженої спадковості по ХЗШКТ становила $(58,7 \pm 4,1)\%$, тоді як при нССР – $(21,6 \pm 3,9)\%$.

Найбільш інформативними в групі клініко-анамнестичних факторів виявилися скарги астено-невротичного реєстру: часті порушення нічного сну (лише (12,6±2,8)% пацієнтів з пССР не відмічали порушення сну; в групі контролю - (48,2±4,7)% пацієнтів), підвищена збудливість (пССР - 86,7%), пітливість (відповідно - 73,0%) та прояви незадовільного загального самопочуття.

За результатами опитувальника САН, в групі пацієнтів з пССР виявлено достовірне зниження рівня активності - у (66,4±3,9)%, тоді як в групі контролю - у (20,7±3,8)%, ($p<0,001$). До клініко-психологічних особливостей пацієнтів з ДЖМ слід також віднести зниження настрою. Так, у разі наявності пССР ці прояви зареєстровано у (83,2±3,1)%, тоді як в контролі – у (47,7±4,7)% хворих, ($p<0,001$). Оцінка самопочуття за шкалою САН, також є інформативною клінічною ознакою психологічних особливостей хворих з ДЖМ. Виявлено, що у цієї категорії хворих достовірно більше скарг на незадовільне самопочуття (при пССР - у (51,0±4,2)%, нССР - у (33,3±4,5)% пацієнтів), ($p<0,001$). Перелічене свідчить на користь більш тяжкого психосоматичного стану пацієнтів з пССР, що повинно враховуватися в системі клінічного моніторингу пацієнтів з ДЖМ (шляхом застосування опитувальника САН), (рис. 2).

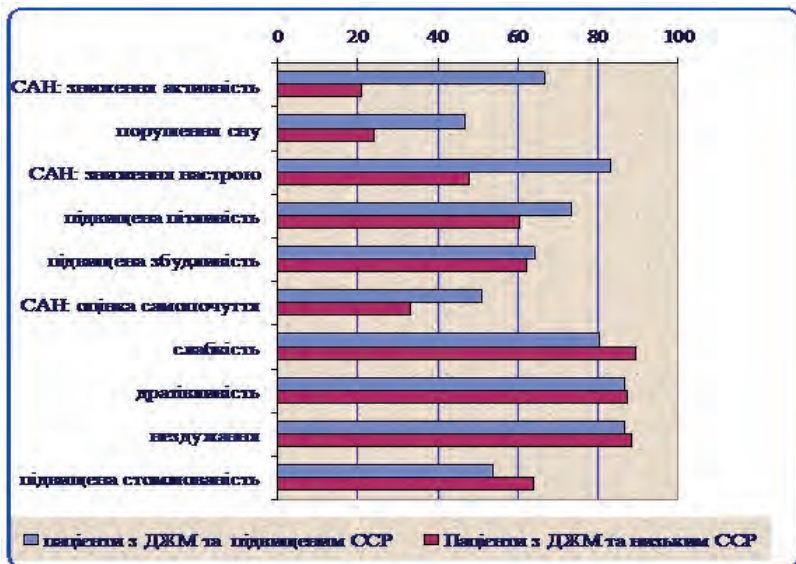


Рис. 2. Частота скарг астено - невротичного реєстру у хворих з дисфункцією жовчного міхура залежно від рівня серцево - судинного ризику

Водночас, пССР практично не змінював частоту скарг диспепсичного характеру. За наявності пССР достовірно рідше реєструвалися скарги на нудоту, і частіше – скарги на буркотіння (у (18,9±3,3)% з пССР, з нССР – у (9,9±2,8)% хворих, ($p<0,05$)). Прояви больового синдрому не відрізнялись в залежності від рівня ССР.

У хворих на ДЖМ з пССР відмічено характерне поєднання кількох синдромів у різних варіаціях, що вимагає виконання діагностики не лише на ретельно зібраному анамнезі, а й на встановленні специфічного симптомокомплексу, як відображення загальних закономірностей патологічного процесу. Перебіг ДЖМ з пССР та з наявністю різних синдромів, зумовлений дискоординацією нервових і гормональних механізмів регуляції функцій біліарної системи, а саме: моторно-тонічними у поєднанні з психосоматичними порушеннями. Ендогенними тригерами клінічного перебігу цих порушень можуть виступати соціально-поведінкові фактори, зокрема, наявність паління цигарок.

Тому, серед інформативних соціальних та поведінкових факторів найбільш інформативними виявилися: стаж та інтенсивність паління, нерегулярне харчування, низька фізична активність та частота вживання алкоголю. Розрахований нами індекс курця для груп порівняння виявився практично в два рази вищим у хворих на ХНХ і ДЖМ з пССР.

Пацієнти з пССР мають достовірно більший стаж паління, ніж з нССР (8,2в0,9)р. та (5,6в1,4)р., відповідно ($p<0,05$), та в середньому випалюють достовірно більшу кількість цигарок на добу - (8,4в1,4) та (5,1в1,3) шт., відповідно. Виявлено достовірно більшу частку пацієнтів саме серед осіб з пССР, ніж у групі контролю (відповідно (84,5±3,0)% та (58,6±4,7)%), що мають фізичну активність менше 10 годин на тиждень, ($p<0,001$). Серед пацієнтів з пССР достовірно більше осіб, які помірно вживають алкогольні напої - (83,9±3,1)%, на відміну від групи контролю - (65,8±4,5)% осіб, ($p<0,001$). Не дивлячись на наявність ДЖМ, пацієнти з пССР достовірно відрізняються від групи контролю за показником «кратність харчування», ($p<0,001$). Так, переважно двократний прийом їжі мають (33,6±3,9)% пацієнтів з пССР та (23,4±4,0)% пацієнтів - контрольної групи. При цьому, режим триразового харчування практично половиною пацієнтами з пССР не виконується. Наведене, поряд з більшою частотою та інтенсивністю паління, а також помірним вживанням алкоголю, свідчить на користь незадовільної профілактичної активності хворих з ДЖМ.

За результатами порівняльного аналізу психосоматичних особливостей пацієнтів з ХНХ з'ясовано, що пацієнти обох досліджених груп не відрізнялись за показниками самопочуття (відповідно (98,3±1,7)% та 100,0 % мали низькі її рівні). Буденна активність знижена на 12,2 %, у порівнянні з референтними показниками, була достовірно ($p<0,001$) вищою при нССР. Виявлено, що хворі на ХНХ обох груп мали високі рівні особистісної та реактивної тривожності, однак за умов пССР особистісна тривожність була достовірно ($p<0,001$) вищою, що є підґрунтям формування соматогенного астеничного симптомокомплексу.

Аналіз характерологічних особливостей хворих на ХНХ із ДЖМ і, зокрема, показників екстра/інтроверсії та рівня нейротизму виявив, що (24,2±4,4)% пацієнтів мають виразний, а (28,4±4,6)% - високий рівень нейротизму, що характеризує неурівноваженість нервово-психічних, лабільність вегетативних

процесів та емоційну нестійкість. Залежно від рівня ССР виявлені достовірні ($p < 0,05$) відмінності: при пССР близько 80,0 % осіб мали високий та дуже високий рівень нейротизму (відповідно – (37,9±6,4)% та (34,5±6,2)%) та мала місце відмінність у характерологічних рисах особистості на тлі зростання рівня емоційної напруженості пацієнтів. Це, з одного боку, свідчить про достовірне ($p < 0,05$) зростання рівня нейротизму, з іншого - про зростання (у разі пССР) питомої ваги інтравертів (за рахунок зменшення питомої ваги екстравертів - перша група – (3,4±2,4)%, друга – (35,1±7,8)% пацієнтів).

Застосування діагностичного інструментарію для оцінки особистісних властивостей пацієнтів з ХНХ дозволило охарактеризувати вплив ССР на психосоматичний стан пацієнтів. При нССР гармонійність взаємовідношень пацієнтів з оточуючими достовірно менша та характеризується достовірно ($p < 0,05$) більшою питомою вагою осіб зі зниженням цього показника (перша група – (73,9±5,3)%; друга – (94,6±3,7)% пацієнтів); з'ясовано, що (85,3±3,6)% хворих на ХНХ з ДЖМ є психологічно дисгармонійними особами. Наведене свідчить про порушення гармонійності особистості при пССР на тлі зростання соматогенно обумовленого рівня тривожності: при нССР у хворих на ХНХ з ДЖМ висока тривожність зареєстрована у (10,8±5,1)%, а при пССР - достовірно ($p < 0,001$) частіше - у (44,8±6,5)% пацієнтів.

Отримані дані дозволяють дійти висновку, що в разі пССР у хворих на ХНХ із ДЖМ має місце більша частота та виразність проявів іпохондричності (відповідно у (13,8±4,5)% та (5,4±3,7)%); виявлено «розшарування» пацієнтів залежно від рівня ССР за показником ейфоричності (високий її рівень діагностовано у (5,2±2,9)% пацієнтів з пССР, тоді як при нССР - у (21,6±6,8)%), що може свідчити на користь різних психофізіологічних механізмів реагування на хворобу та недооцінку пацієнтами наслідків існуючого у них пССР, а також є індикатором потреби цих хворих, принаймні, у психогігієнічних заходах на амбулаторному рівні.

Ранговий розподіл особистісних факторів хворих на ХНХ і ДЖМ залежно від рівня ССР виявив, що перші п'ять рангів мають: зниження настрою – у (94,8±2,9)% пацієнтів, зниження рівня буденної активності – (86,2±4,5)% та рівня ейфоричності – (94,8±2,9)%, а також обмеження сили та енергії – у (87,9±6,3)% на тлі зростання рівня нейротизму – у (44,1±6,0)% пацієнтів. Наведене свідчить на користь більш глибоких психосоматичних розладів у разі наявності пССР і, відповідно, клінічну трансформацію первинних реакцій дезадаптації у клініку та перебіг ХНХ і ДЖМ.

Для раннього виявлення ФР розвитку серцево-судинної патології визначена діагностична інформативність досліджених факторів, їх прогностичне значення та сила впливу на формування ССР у пацієнтів з ДЖМ при ХНХ (табл. 1, 2, 3).

Таблиця 1

**Найбільш інформативні конституційно - біологічні фактори
серцево-судинного ризику у хворих на ДЖМ при ХНХ**

Індикатори серцево-судинного ризику		Прогностичні коефіцієнти	
		критерій	ПК
1.	підвищений індекс талія / стегно (ч>0,95; ж>0,8)	так	+4,6
		ні	-4,8
2.	паління сигарок	так	+5,3
		ні	-7,0
3.	наявність ХЗ ШКТ у одного із батьків	так	+4,3
		ні	-2,8
4.	наявність ССЗ у одного із батьків	так	+4,6
		ні	-2,6
5.	підвищений індекс Кетле	так	-2,9
		ні	+3,0

Таблиця 2

**Найбільш інформативні клініко - анамнестичні та поведінкові
фактори серцево-судинного ризику у хворих на ДЖМ при ХНХ**

Індикатори серцево-судинного ризику		Прогностичні коефіцієнти	
		критерій	ПК
1.	Зниження буденної активності	так	+5,0
		ні	-3,7
2.	Наявність та стаж паління	не пал.	-7,0
		до року	-3,0
		1÷5 р.	+1,6
		5÷10 р.	+6,7
3.	Порушення нічного сну	не поруш	-5,8
		інколи	+1,6
		часто	+2,9
4.	Самооцінка: зниження настрою	так	+2,4
		ні	-4,9
5.	Регулярність харчування (3 та більше добу)	так	-2,1
		ні	+1,5
6.	Низька фізична активність (менше 10 год /тиж.)	так	+1,6
		ні	-4,3
7.	Алкоголь: частота вживання	інколи	-5,3
		помірно	+1,0
		зловживає	0,0

Таблиця 3

**Найбільш інформативні особистісно - психологічні фактори
серцево-судинного ризику у хворих на ДЖМ при ХНХ**

Клінічне значення ознак оцінки серцево-судинного ризику	Прогностичні коефіцієнти	
	так	ні
Високий рівень егоцентричності	+3,4	-5,8
Зменшення відчуття сили та енергії	+4,8	-3,7
Високий рівень тривожності	+6,2	-2,0
Погіршення стосунків у сім'ї	+7,6	-0,6
Відсутність обмежень у вільному часі	+3,7	-1,4

ВИСНОВКИ

1. Визначена діагностична інформативність досліджених факторів, їх прогностичне значення та сила впливу на формування ССР у пацієнтів з ДЖМ при ХНХ.

2. Найбільш впливовими конституційно-біологічними індикаторами ризику є: індексний показник «талія/стегно» та зросто-ваговий індекс Кетле, а серед генеалогічних - обтяжена спадковість по ССЗ та ХЗШКТ.

3. Найбільш впливовими з клініко-анамнестичних та поведінкових факторів формування ССР у пацієнтів з ДЖМ при ХНХ виявилися (подані у ранговій послідовності): зниження буденної активності (оцінюється за методикою САН), стаж та інтенсивність паління цигарок, порушення нічного сну, зниження настрою, нерегулярне харчування, низька фізична активність та вживання алкоголю.

4. У хворих на хронічний некалькульозний холецистит за наявності пССР формується психосоматичний стан, який характеризується підвищеними рівнями особистісної та реактивної тривожності, зростанням емоційної напруженості та неврівноваженістю нервово-психічних процесів, лабільністю вегетативної нервової системи та її збудливості. У ранговому розподілі факторів за наявності пССР має місце зниження настрою, активності, ейфоричності, а також обмеження «сили та енергії» при зростанні рівня нейротизму.

5. У підсумку, наведені результати дослідження дозволяють стратифікувати хворих за рівнем ССР з використанням найбільш інформативних індикаторів ризику та використовувати фактори в системі скринінгової діагностики ССР у хворих на ХНХ.

Необхідною передумовою для виявлення факторів ризику розвитку ССЗ є верифікація цих факторів. Отже, прогнозування ризику можливе за рахунок використання діагностичної інформативності факторів ССР у пацієнтів на ДЖМ при ХНХ, що і лягає в подальшу перспективу розвитку наукового дослідження.

Література

1. Боброннікова Л. Р. Спільні фактори формування та особливості метаболічних розладів у хворих з поєднаним перебігом хронічного холециститу та

гіпертонічної хвороби / Л. Р. Боброннікова // Український медичний альманах. – 2010. – Т. 13, № 3. – С. 26 – 28.

2. Доскин В. А. Психологический тест «САН» применительно к исследованиям в области физиологии труда / В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, О. М. Стронгина // Гигиена труда и проф. заболевания. – 1975. – № 5. – С. 28 – 32.

3. Коваленко В. М. Інноваційні наукові технології і пріоритети в кардіології / В. М. Коваленко // Журнал НАМН України. – 2011. – Т. 17, № 1. – С. 7 – 10.

4. Личко А. Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ): методы психол. диагностики и коррекции в клинике / А. Е. Личко. – Л.: Медицина, 1983. – С. 102 – 115.

5. Лищук В. А. Информатизация клинической медицине / В. А. Лищук // Клин. информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7 – 13.

6. Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» // Офіційний сайт МОЗ України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.moz.gov.ua.

7. Пластун М. Ю. Діагностика і корекція кардіальних ускладнень у хворих хронічним калькульозним холециститом і метаболічним синдромом в перед- і післяопераційному періодах: автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.11 / М. Ю. Пластун. – Сімферополь, 2011. – 20 с.

8. Сердюк А. И. Новая методика самооценки больными влияния заболевания на их социальный статус / А. И. Сердюк // На грани нормы и патологии: материалы обл. науч. - практ. конф. – Стрелечье. - 1994. – С. 173 – 174.

9. Харченко Н. В. Підходи до лікування хворих з дисфункцією сфінктера Одді / Н. В. Харченко, Г. А. Дорогавцева // Сучас. гастроентерологія. – 2009. – № 3. – С. 75 – 80.

10. Brookes L. Preview of the Fourth European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice / L. Brookes // Medscape Cardiology. – 2007. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medscape.com>.

Н.В.Кича, С.В.Данилюк

Выявление факторов сердечно-сосудистого риска у больных хроническим некалькулезным холециститом в работе семейного врача

Институт семейной медицины НМАПО имени П.Л. Шупика

Введение. Скрининг факторов риска (ФР) и внедрение мониторинговых мероприятий позволяет выявить около половины лиц в популяции у которых в дальнейшем возникнет заболевание, однако, ухудшение здоровья населения и рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с позиций только действия традиционных ФР объяснить невозможно.

Цель. Исследовать частоту отдельных конституционно-биологических, клинико-анамнестических, поведенческих и соматопсихических факторов у больных с дисфункцией желчного пузыря при хроническом некалькулезном холецистите.

Результаты. Определена их диагностическая информативность и прогностическое значение в оценке ССР. В группе конституционно-биологических (генеалогических) факторов наиболее информативными индикаторами риска являются: индексный показатель «талия/бедро» (75,5±3,6)% и ростовой индекс Кетле (11,2±2,6) %, пациентов, а также наследственность по ССЗ (55,2±4,2)% и хроническим заболеванием желудочно-кишечного тракта (58,7±4,1)%, ($p < 0,001$). Наиболее информативными в группе клинико-anamnestических факторов оказались жалобы на частые нарушения ночного сна (только (12,6±2,8)% пациентов с повышенным ССР (пССР) не отмечали его нарушения), повышенную возбудимость (86,7%), потливость (73,0%). Среди социальных и поведенческих факторов при пССР наиболее информативные - стаж (8,2±0,9) лет и интенсивность курения (8,4±1,4) шт., нерегулярное питание (33,6±3,9)%, низкая физическая активность (84,5±3,0)% и частота употребления алкоголя (83,9±3,1)% пациентов, соответственно. Ранговое распределение психосоматических факторов, при наличии пССР, установило: имеет место снижение настроения у (94,8±2,9)%, активности у (86,2±4,5)%, эйфоричности у (94,8±2,9)%, а также ограничение «силы и энергии» у (87,9±6,3)% при росте уровня нейротизма у (44,1±6,0)% пациентов, что свидетельствует в пользу развития психосоматических нарушений.

Ключевые слова: хронический некалькулезный холецистит, дисфункция желчного пузыря, факторы сердечно-сосудистого риска, семейная медицина.

N. Kicha, S. Danyliuk

Identifying cardiovascular risk factors in patients with chronic non calculous cholecystitis in the work of a family doctor

Institute for Family Medicine

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Screening for risk factors (RF) and the introduction of monitoring activities reveals about half of persons in the population who are susceptible to the disease. However, the deterioration of public health and increased mortality from cardiovascular disease (CVD) cannot be explained by traditional RF activity.

Aim. To evaluate the predictive value of cardiovascular risk factors, the characteristics of psychosomatic status of patients and factors causing cardiovascular diseases in patients with gallbladder dysfunction and chronic non-calculous cholecystitis.

Results. There were used a complex of clinical and anamnestic, clinical and psychological methods. It was investigated the frequency of certain constitutional biological, clinical and anamnestic, behavioral and somatopsychic factors in patients with gallbladder dysfunction and chronic non-calculous cholecystitis. There has been defined diagnostic informativity and prognostic value of such methods in the evaluation of CVR. Among constitutional biological (genealogical) factors, the most informative risk factors are: the "waist-hip» ratio (75,5±3,6)%, and body mass index Kettle (11,2±2,6)% of the patients and CVD heredity (55,2±4,2)% and chronic disease of the gastrointestinal tract (58,7±4,1)% ($p < 0,001$). The most

informative clinical and anamnestic factors were frequent sleep disturbance at night (only (12,6±2,8)% of patients with elevated CVR (eCVR) did not report the disturbance), irritability (86.7%), sweating (73.0%). Among the social and behavioral factors in case of eCVR the most informative are work experience (8,2±0,9) years and smoking intensity (8,4±1,4), irregular meals (33,6±3,9)%, low physical activity (84,5±3,0)% and the amount of alcohol consumption (83,9±3,1)% of patients, respectively. The rank distribution of psychosomatic factors in case of eCVR: spirits lowering (94,8±2,9)%, decreased activity (86,2±4,5)%, euphoric state (94,8±2,9)%, as well as "strength and energy" limiting at (87,9±6,3)% of cases, with neuroticism level elevating in (44,1±6,0)% cases. This can indicate the possible development of psychosomatic disorders.

Key words: chronic non calculous cholecystitis, gallbladder dysfunction, cardiovascular risk factors, family medicine.

Відомості про авторів:

Кіча Наталя Василівна – асистент кафедри сімейної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Данилюк Світлана Володимирівна – к. мед. н., доцент кафедри сімейної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК 616.379.008.64+616.36-68:515.2

© К.О. ЛИТВИНЕНКО, 2014

К.О. Литвиненко

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ДИСБІОТИЧНИХ
ПОРУШЕНЬ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ
ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА НЕАЛКОГОЛЬНОЮ
ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця**

Вступ. Незважаючи на успіхи в діагностиці та лікуванні цукрового діабету 2 типу (ЦД 2) та неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), залишається цілий ряд невирішених питань, що сприяє інтенсифікації наукового пошуку, спрямованого на удосконалення існуючих методів лікування.

Мета. Провести оцінку змін показників мікробіоценозу кишечника у хворих ЦД 2 та НАЖХП в динаміці проведеного лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 64 хворих ЦД 2 та НАЖХП, котрі отримували базову цукрознижуючу терапію; в залежності від застосованого лікування вони було розподілені на дві групи: 30 хворих для лікування яких додатково застосовували гепатопротектор Глутаргін (група А) та 30 хворих для лікування яких додатково застосовували гепатопротектор Глутаргін та мультипробіотик Симбітер (група Б). Контрольну групу склали 25 здорових людей.