

Summary

ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND OBESITY: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT
Kieth Z.M.

Key words: hypertension, arginine, nitric oxide, hyperlipidemia, ursodeoxycholic acid.

Long-term impact of such risk factors as hypertension and dyslipidemia suppresses the vasodilating ability of the endothelium, increases vascular permeability by lipids, contributes to the development of atherosclerosis. Endothelial dysfunction occurs as a result of some other causes, among which age, obesity, diabetes, smoking, hyperhomocysteinemia, oxidative stress are leading ones. However, the impact of obesity on endothelial dysfunction are poorly understood, and pathogenetic treatment has not been developed, so the aim of this study is to examine the effectiveness of the treatment of hypertension in patients with obesity and metabolic syndrome by administering standard antihypertensive drugs and lipid-lowering agents. Hypertension along with obesity leads to increased imbalance between insufficient vasodilators and excessive production of vasoconstrictors in the amplification of atherogenic changes in the lipid spectrum of the blood, which confirms the need for measures to reduce the body weight of patients, and the administration of integrated drug therapy including statins and ursodeoxycholic acid for reducing the risk of cardiovascular complications.

УДК 616.329-002-07-036.2-042

Корнієнко Д. О.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З
СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків

Сьогодні гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба та ожиріння набули значної поширеності серед осіб молодого віку, що значно впливає на якість життя хворих, це робить вивчення цього питання однією з найактуальніших проблем в клініці внутрішніх хвороб. Мета дослідження - вивчення особливостей клінічного перебігу та особливостей якості життя хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу в осіб молодого віку із супутнім ожирінням. Матеріали та методи дослідження. Під час обстеження з 50 хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, в залежності від присутності супутнього ожиріння, було сформовано 2 групи. До першої групи увійшли хворі з супутнім ожирінням, до другої - без супутньої патології. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. У хворих визначали виразність скарг, вплив хвороби на якість життя за допомогою оцінки скарг та опитувальників GERDQ та SF-36. Одержані результати та висновки. У дослідженні було встановлено, що у хворих першої групи були значно виражені скарги на типові прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (відрижка, регургітація, дисфагія), при цьому в показниках виразності печії в обох групах хворих не було виявлено достовірної різниці ($p > 0,05$). У хворих із супутнім ожирінням достовірно більше виражений вплив хвороби на повсякденне життя згідно опитувальника GERDQ ($p < 0,05$) та відмічається значне зниження показників якості життя, що виявилось більш вираженим по показникам фізичного функціонування, впливу емоційного стану на ролеве функціонування та соціального функціонування.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ожиріння, супутня патологія, клінічні прояви, якість життя

Дослідження виконано згідно з тематикою наукових досліджень в рамках науково-дослідної роботи «Механізми формування ГЕРХ з супутньою патологією та розробка методів її патогенетичної корекції у студентів» (держреєстрація № 0110U002441), яка виконана на кафедрі терапії, ревматології та клінічної фармакології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Вступ

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) залишається актуальною проблемою клінічної медицини та зберігає за собою статус хвороби XXI століття, оскільки спостерігається все більш широка поширеність і швидке зростання кількості хворих на ГЕРХ як з стравохідними, так і з позастравохідними проявами захворювання, з подальшим розвитком ускладнень у вигляді метаболічної слизової стравоходу і його аденокарциноми. Соціальна роль ГЕРХ визначається в першу чергу особливо значним її поширенням серед осіб молодого віку [1, 4].

Одночасно з цим зростає кількість хворих

ГЕРХ із коморбідною патологією, в тому рахунку з ожирінням [3, 9, 10]. Останнім часом надмірна маса тіла і ожиріння також стають все більш поширеною проблемою серед осіб молодого віку, чому значною мірою сприяє формування згубних харчових звичок і зменшення фізичної активності ще в дитячому віці [2, 3, 6]. Можна зазначити, що багато досліджень показали, що існує прямий кореляційний зв'язок між підвищеною масою тіла і наявністю ГЕРХ, таким чином ожиріння виступає одним з головних чинників, що сприяє формуванню ГЕРХ [3].

Тривалий час вважалося, що патогенетичні механізми, що пояснюють зв'язок між надлишко-

вою масою тіла та GERX, полягають в механічному впливі тиску, який чинить надлишкова маса вісцеральної адіпозної тканини на шлунок, що призводить до підвищення внутрішньошлункового тиску і послаблення тиску стравохідного сфінктера [9, 10]. Але останнім часом все частіше висловлюються припущення, що GERX є багатофакторним захворюванням, і в цьому процесі вивільнення гормональних чинників при абдомінальному ожирінні є більш важливим у розвитку GERX, ніж механічні фактори [3, 10]. Надлишкова маса тіла також провокує розвиток несприятливих наслідків для фізичного і психосоціального здоров'я, посилюючи психоемоційні порушення, які мають місце при GERX [2, 6, 7].

На сьогоднішній день вивчення особливостей перебігу GERX із супутнім ожирінням та визначення впливу коморбідної патології на якість життя хворих на GERX є однією з важливих проблем в клініці внутрішніх хвороб. Досконале вивчення цієї проблеми має також велике соціально-економічне значення та сприятиме розробці методів своєчасної діагностики та комплексних підходів до лікування GERX із супутнім ожирінням.

Мета дослідження

Вивчення особливостей клінічного перебігу та особливостей якості життя хворих на GERX в осіб молодого віку із супутнім ожирінням.

Матеріали та методи дослідження

Підчас дослідження було виконано обстеження хворих на GERX молодого віку. Діагноз GERX встановлювався згідно МКБ-10 та з урахуванням рекомендацій клініки Мейо і Монреальського всесвітнього консенсусу 2006 року, на підставі докладного опитування, виявленні скарг на печію, що докучає хворому один і більше разів на тиждень протягом останніх 6 місяців, анамнезу захворювання і життя хворого також з урахуванням даних ендоскопічного дослідження, рентгенологічного та рН-метричного методів [8]. Також враховувалися результати опитувальника GERDQ (Міжнародний опитувальник для діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби). Для виявлення впливу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби на повсякденне життя хворих розраховувалися бали за "питання впливу" опитувальника GERDQ за стандартними методами.

Анкетування хворих проводили на добровільному принципі. У дослідження не включалися пацієнти з наявністю супутньої патології, окрім ожиріння. Також критеріями виключення з дослідження були: захворювання щитоподібної залози, ендокринні форми ожиріння, вагітність та до дослідження не включали пацієнтів, які не дали інформованої згоди на участь в дослідженні.

Наявність ожиріння і його ступеня діагностувалося з застосуванням визначення індексу маси тіла (ІМТ), який розраховується як відношен-

ня маси тіла в кілограмах до росту в сантиметрах в квадраті. Нормальний ІМТ вважався 21-24,9, надлишковою масою тіла вважалася при ІМТ 25-29,9, ожиріння - при значеннях ІМТ 30 і вище (згідно рекомендацій ВООЗ).

Для оцінки виразності скарг використовувалася шкала Лайкерта, де оцінка прояву GERX в 1 бал відповідає відсутності прояву, в 2 бали - незначній виразності прояву, в 3 бали - помірній виразності прояву, в 4 бали - значній виразності та в 5 балів - надзвичайно сильній виразності прояву GERX.

Для визначення показників якості життя використовувалися неспецифічний опитувальник SF-36, з подальшим розрахуванням показників якості життя за стандартними методиками.

Статистична обробка результатів проводилася з використанням Microsoft Office Excel 2007 та системи статистичної обробки даних Statistica 6.0. При нормальному розподілі використовувалася t-критерій Стюдента, у разі відхилення від нормального розподілу застосовувалися непараметричні критерії. Достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$. Отримані результати були представлені у вигляді $M \pm m$, де M - це медіана, а m - стандартне відхилення.

Результати досліджень та їх обговорення

Було проведено комплексне обстеження 50 хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу. В залежності від присутності супутнього ожиріння було сформовано 2 рівні за кількістю пацієнтів та однорідні по віку та статі групи. Перша група включала в себе пацієнтів, хворих на GERX із супутнім ожирінням, середній вік яких склав $22 \pm 1,96$ років. У другу групу увійшли пацієнти, хворі на GERX без супутньої патології, середній вік яких склав $21 \pm 0,56$ років. Анамнез GERX становив від 1 року до 4 років. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (9 чоловіків і 11 жінок) віком від 18 до 24 років.

В ході проведеного дослідження було встановлено, що серед скарг найбільшого переважали скарги на печію, які були виражені серед пацієнтів обох груп хворих на GERX ($3,83 \pm 0,87$ балів за шкалою Лайкерта визначалося у групі хворих на GERX із супутнім ожирінням, та $3,68 \pm 0,86$ балів - у групі хворих на GERX без супутньої патології).

Серед хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу із супутнім ожирінням більш вираженими, у порівнянні з хворими на GERX без супутньої патології, виявилися скарги на відрижку повітрям ($4,35 \pm 0,58$ балів визначалося у групі хворих на GERX із супутнім ожирінням та $3,78 \pm 0,8$ балів - у групі хворих на GERX без супутньої патології), дисфагію ($3,8 \pm 0,52$ балів - у групі хворих на GERX із супутнім ожирінням та $3,45 \pm 0,71$ балів - у групі хворих на GERX без супутньої патології) та регургітацію ($3,88 \pm 0,33$ балів - у групі хворих на GERX із супутнім ожирінням та відповідно $3,5 \pm 0,72$ балів - у групі хворих

на ГЕРХ без супутньої патології).

Також можна зазначити, що під час визначення ступеню виразності скарг на печію, не вдало-

ся визначити достовірної різниці між групою хворих на ГЕРХ без супутньої патології та групою хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням (Таб. 1).

Таблиця. 1
Ступінь виразності проявів ГЕРХ при оцінці за шкалою Лайкерта

Клінічні прояви ГЕРХ	Хворі на ГЕРХ із супутнім ожирінням	Хворі на ГЕРХ без супутньої патології
Печія (бали)	3,83±0,87	3,68±0,86
Відрижка (бали)	4,35±0,58*	3,78±0,8
Регургітація (бали)	3,8±0,52*	3,45±0,71
Дисфагія (бали)	3,88±0,33*	3,5±0,72

* - $p < 0,05$

Ступінь виразності типових показників ГЕРХ за опитувальником GERDQ для першої групи склала 12,9±1,72 балів, для групи хворих на ГЕРХ без супутньої патології - 12,05±1,2 балів. При підрахунку балів за питання "впливу" ГЕРХ на повсякденне життя хворих за опитувальником GERDQ (ураховування нічних симптомів, що зава-

жають режиму сну, необхідність регулярного прийому антацидних препаратів) бали у групі хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням (4,3±0,36 балів) виявилися достовірно більшими ніж в групі хворих без супутньої патології (3,1±0,81 балів) ($p < 0,05$) (Таб. 2).

Таблиця. 2
Виразність проявів ГЕРХ та оцінка впливу симптомів ГЕРХ на повсякденне життя за шкалою GERDQ

Показники опитувальника GERDQ, (бали)	Хворі на ГЕРХ із супутнім ожирінням	Хворі на ГЕРХ без супутньої патології
Загальна кількість балів за шкалою GERDQ	12,9±1,72	12,05±1,2
Кількість балів за "питання впливу" за опитувальником GERDQ	4,3±0,36*	3,1±0,81

* - $p < 0,05$

За допомогою аналізу показників якості життя згідно опитувальника SF-36 було показано, що у хворих на ГЕРХ в обох групах в період загострення захворювання відмічалася зниження показників за всіма шкалами опитувальника (Рис.1). Найбільш низькі показники відмічалися по шкалах впливу фізичного стану на ролеве функціонування (RP) та життєспроможності (VT) у хворих на гастроезофагеальну рефлюксну

хворобу в обох групах, таким чином не було виявлено достовірної різниці в показниках у хворих на ГЕРХ в обох групах. У той же час показники якості життя по шкалах фізичного функціонування (PF), впливу емоційного стану на ролеве функціонування (RE) та соціального функціонування (SF) були достовірно нижчі в групі хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням ($p < 0,05$).

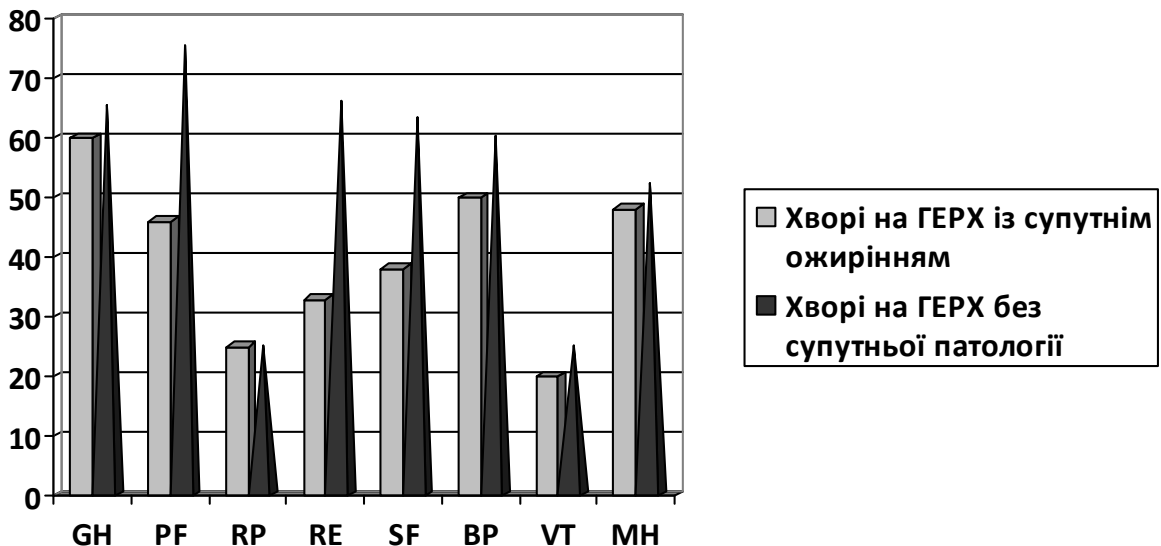


Рис. 1. Особливості якості життя хворих на ГЕРХ з супутнім ожирінням у порівнянні з хворими на ГЕРХ без супутньої патології за опитувальником SF-36

(GH - шкала загального здоров'я, PF - фізичного функціонування, RP - впливу фізичного стану на ролеве функціонування, RE -- впливу емоційного стану на ролеве функціонування, SF - соціального функціонування, BP - інтенсивності болю, VT - життєспроможності, MH - самооцінки психічного здоров'я)

Підсумковий індекс фізичного здоров'я хворих на ГЕРХ з супутнім ожирінням згідно опитувальника SF-36 склав $45,26 \pm 1,78$ балів, психічного здоров'я - $34,75 \pm 1,86$ балів. У групі хворих на ГЕРХ без супутньої патології підсумковий індекс фізичного здоров'я хворих склав $56,25 \pm 2,06$ балів, психічного здоров'я - $51,5 \pm 2,14$ балів. Слід зазначити, що згідно підсумкових індексів шкал опитувальника SF-36 рівень фізичного та психічного здоров'я був достовірно нижчий в групі хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням ($p < 0,05$).

Таким чином, порушення психоемоційного стану при ГЕРХ із супутнім ожирінням, наявність нічних симптомів, які сприяють порушенню сну, все це відіграє роль у зниженні якості життя у цій групі пацієнтів, що значно впливає на зниження психічного здоров'я хворих. Виявлені особливості зниження якості життя хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням слід враховувати для розробки методів своєчасної діагностики та комплексного лікування хворих.

Висновки

1. Встановлено, що у хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням були більше виражені типові симптоми ГЕРХ, такі як скарги на відрижку та регургітацію, у порівнянні з групою хворих на ГЕРХ без супутньої патології ($p < 0,05$), при цьому в показниках виразності печії у обох групах хворих на ГЕРХ не було виявлено достовірної різниці ($p > 0,05$).

2. Було показано, що у хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням достовірно більше виражений вплив ГЕРХ на повсякденне життя хворих згідно опитувальника GERDQ (урахування нічних симптомів, що заважають режиму сну, необхідність прийому антацидних препаратів) ($p < 0,05$).

3. Було встановлено, що у хворих на ГЕРХ відмічається значне зниження показників якості життя, що виявилися більше вираженими в групі хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням. Найбільш низькі показники відмічалися по шкалах впливу фізичного стану на ролеве функціонування та життєспроможності у хворих в обох групах, показники якості життя по шкалах фізичного функціонування, впливу емоційного стану на ролеве функціонування та соціального функціонування були достовірно нижчі в групі хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням ($p < 0,05$).

Література

1. Boeckxstaens G. Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future / G. Boeckxstaens, H.B. El-Serag, A. Smout [et al.] // *BMJ* - 2014. - №63(7). - P.1185-1193.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Корниенко Д.А.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ожирение, сопутствующая патология, клинические проявления, качество жизни

Сегодня гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ожирение получили значительное распространение среди лиц молодого возраста, что влияет на качество жизни больных, это делает изучение данного вопроса одной из самых актуальных проблем в клинике внутренних болезней. Цель исследо-

2. Dixon J.B. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss / J.B. Dixon, M.E. Dixon, P.E. O'Brien // *Arch Intern Med* - 2003. - V.163. - P.2058-2065.
3. Friedenberg F.K. The association between gastroesophageal reflux disease and obesity / F.K. Friedenberg, M. Xanthopoulos, G.D. Foster [et al.] // *Am J Gastroenterol.* - 2008. - V.103. - P.2111-2122.
4. Kahrilas P.J. Impact of regurgitation on health-related quality of life in gastro-oesophageal reflux disease before and after short-term potent acid suppression therapy / P.J. Kahrilas, A. Jonsson, H. Denison [et al.] // *Gut.* - 2014. - V.63. - P.720-726.
5. Marcowitz S. Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment / S. Marcowitz, M. Friedman, S. Arent // *Clin Psychol Sci Pract.* - 2008. - V.15. - P.1-20.
6. Marques-Lopes I. Lifestyle factors associated with BMI in a Spanish graduate population: The SUN Study / I. Marques-Lopes, M.A. Albcera, M. Fajo-Pascual [et al.] // *Obesity Facts.* — 2008. — Vol. 1, № 2. — P.80-87.
7. Metlakunta A. S. Neuronal suppressor of cytokine signaling-3 deficiency enhances hypothalamic leptin-dependent phosphatidylinositol 3-kinase signaling / A. S. Metlakunta // *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* - 2011. - V.18. - P.1185-1193.
8. Vakil N. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vakil, S.V. van Zanten, P. Kahrilas [et al.] // *Am J Gastroenterol.* - 2006. - P.1900-1920.
9. Wu J. Obesity is associated with increased transient lower esophageal sphincter relaxation / J. Wu, I. Mui, C. Cheung // *Gastroenterol.* — 2007. — V.132. — P.883-889.
10. Wu Y.W. Association of Esophageal Inflammation, Obesity and Gastroesophageal Reflux Disease: From FDG PET/CT Perspective / Y.W. Wu, P.H. Tseng, Y.Ch. Lee al. [et al.] // *PLoS One* - 2014. - V. 9, №3. - P. 147-165.

References

1. Boeckxstaens G. Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future / G. Boeckxstaens, H.B. El-Serag, A. Smout [et al.] // *BMJ* 2014. №63(7). R.1185-1193.
2. Dixon J.B. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss / J.B. Dixon, M.E. Dixon, P.E. O'Brien // *Arch Intern Med* 2003. V.163. P.2058-2065.
3. Friedenberg F.K. The association between gastroesophageal reflux disease and obesity / F.K. Friedenberg, M. Xanthopoulos, G.D. Foster [et al.] // *Am J Gastroenterol.* 2008. V.103. P.2111-2122.
4. Kahrilas P.J. Impact of regurgitation on health-related quality of life in gastro-oesophageal reflux disease before and after short-term potent acid suppression therapy / P.J. Kahrilas, A. Jonsson, H. Denison [et al.] // *Gut.* 2014. V.63. P.720-726.
5. Marcowitz S. Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment / S. Marcowitz, M. Friedman, S. Arent // *Clin Psychol Sci Pract.* 2008. V.15. P.1-20.
6. Marques-Lopes I. Lifestyle factors associated with BMI in a Spanish graduate population: The SUN Study / I. Marques-Lopes, M.A. Albcera, M. Fajo-Pascual [et al.] // *Obesity Facts.* — 2008. — Vol. 1, № 2. — P.80-87.
7. Metlakunta A. S. Neuronal suppressor of cytokine signaling-3 deficiency enhances hypothalamic leptin-dependent phosphatidylinositol 3-kinase signaling / A. S. Metlakunta // *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2011. V.18. P.1185-1193.
8. Vakil N. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vakil, S.V. van Zanten, P. Kahrilas [et al.] // *Am J Gastroenterol.* 2006. P.1900-1920.
9. Wu J. Obesity is associated with increased transient lower esophageal sphincter relaxation / J. Wu, I. Mui, C. Cheung // *Gastroenterol.* — 2007. — V.132. — P.883-889.
10. Wu Y.W. Association of Esophageal Inflammation, Obesity and Gastroesophageal Reflux Disease: From FDG PET/CT Perspective / Y.W. Wu, P.H. Tseng, Y.Ch. Lee al. [et al.] // *PLoS One* 2014. V. 9, №3. P. 147-165.

вания - изучение особенностей клинического течения и особенностей качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью лиц молодого возраста с сопутствующим ожирением. Материалы и методы исследования. Во время обследования из 50 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, в зависимости от присутствия сопутствующего ожирения, было сформировано 2 группы. В первую группу вошли больные с сопутствующим ожирением, во вторую - без сопутствующей патологии. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. У больных определяли выраженность жалоб, влияние болезни на качество жизни с помощью оценки жалоб и опросников GERDQ и SF-36. Полученные результаты и выводы. Было установлено, что у больных первой группы были значительно выражены типичные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (отрыжка, регургитация, дисфагия), в показателях выраженности изжоги в обеих группах не было выявлено достоверной разницы ($p > 0,05$). У больных с сопутствующим ожирением было достоверно больше выражено влияние болезни на повседневную жизнь (согласно опросника GERDQ) ($p < 0,05$) и отмечалось значительное снижение показателей качества жизни, более выраженное по показателям физического, социального функционирования и влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование.

Summary

CLINICAL COURSE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN YOUNG PATIENTS WITH CONCOMITANT OBESITY

Kornienko D.A.

Key words: gastroesophageal reflux disease, obesity, comorbidities, clinical symptoms, quality of life.

Today, gastroesophageal reflux disease and obesity are widely spread among young adults, affecting their quality of life therefore the study of this issue seems to be one of the most pressing problems in the internal medicine. The purpose of the research was study of the clinical course and characteristics of the quality of life of young patients with gastroesophageal reflux disease and concomitant obesity. Materials and methods. 50 patients with gastroesophageal reflux disease, depending on the presence of concomitant obesity, the patients of the 2nd group had no concomitant pathology. The control group was made up of 20 healthy individuals. Patients were interviewed about the severity of their complaints, the impact of the disease on their quality of life with the help of questionnaires GERDQ and the SF-36. Results and conclusions. It was found that the patients of the first group demonstrated significantly expressed typical symptoms of gastroesophageal reflux disease (belching, regurgitation, dysphagia), in terms of the severity of heartburn both groups showed no significant difference ($p > 0,05$). The patients with concomitant obesity demonstrated significantly more pronounced effect of the disease on their daily life (according to the questionnaire GERDQ) ($p < 0,05$) and a significant decline in their quality of life, more pronounced in terms of physical, social activity and emotional state influencing on the role functioning.

УДК 616.839-001-0096:577.11

Коршняк В. О., Донник Т. А.

ВПЛИВ ПРОГРАМОВАНОЇ СЕНСОРНОЇ ДЕПРИВАЦІЇ НА ДИНАМІКУ МЕЛАТОНІНУ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСТОНІЇ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків
Харківська міська клінічна багатопрофільна лікарня № 25.

В статті вивчено динаміку мелатоніну у хворих з наслідками закритої черепно-мозкової травми до та після програмованої сенсорної депривації. Виявлено, що на відміну від літературних даних, де вказується на зниження показника мелатоніну, нами одержані дані його підвищення. Скоріше за все, це є компенсаторною реакцією на ті дизрегуляторні порушення, що мають місце у даній групі хворих в період декомпенсації. Програмована сенсорна депривація нормалізує у більшості випадків ці порушення та призводить до покращення суб'єктивного стану пацієнтів.

Ключові слова: програмована сенсорна депривація, наслідки легкої черепно-мозкової травми, мелатонін.

Вступ

Частота закритих черепно-мозкових травм (ЗЧМТ) з кожним роком зростає. Відповідно збільшується і кількість хворих з віддаленими наслідками ЗЧМТ. В середньому у 2 хворих із 3, що перенесли ЗЧМТ, мають місце віддалені наслідки [1].

У виникненні віддалених наслідків ЗЧМТ має

значення те, що при церебральній травмі пошкоджуються структури гіпоталамусу, ретикулярної формації мозкового стовбуру, дуже часто – лобно- та скронево-медіобазальні відділи. Порушення функції неспецифічних структур згаданих відділів мозку посилюються ще й фактором стресу, який нерідко має місце під час травми та після неї з виникненням біохімічних нейрогуморальних, нейроендокринних зрушень.