

Резюме

Кошукова Г.Н., Буглак Н.П., Пушкова Т.Н., Пижин Д.А., Фурсова В.А. *Изменение психоэмоционального состояния больных ревматоидным артритом в зависимости от степени активности воспалительного процесса и длительности течения заболевания.*

Статья посвящена изучению психоэмоционального состояния у больных ревматоидным артритом (РА). У 92,8% больных РА выявлены различного рода нарушения психоэмоциональной сферы. Легкая степень расстройства тревожности определялась у 1,7%, умеренная - у 19,8% и тяжелая - у 78,5% больных РА. Установлено преобладание личностной тревожности над реактивной. Выявлена четкая закономерность нарастания тревожности при увеличении активности воспаления. У больных РА также были выявлены нарушения эмоционального состояния, которые выражались в существенном снижении самочувствия, активности и настроения пациентов в сравнении со здоровыми лицами и зависели от длительности течения заболевания и степени активности воспалительного процесса.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, психоэмоциональное состояние, воспаление.

Резюме

Кошукова Г.М., Буглак М.П., Пушкова Т.М., Пижин Д.О., Фурсова В.О. *Зміна психоемоційного стану хворих на ревматоїдний артрит в залежності від ступеня активності запального процесу і тривалості перебігу захворювання.*

Стаття присвячена вивченню психоемоційного стану хворих на ревматоїдний артрит (РА). У 92,8% хворих на РА виявлені ознаки порушення психоемоційної сфери. Легкий ступінь розладу тривожності визначено у 1,7%, помірний - у 19,8% і важкий - у 78,5% хворих на РА. Встановлено переважання особистісної тривожності над реактивною. Встановлено чітка закономірність нарощування тривожності при збільшенні активності запалення. У хворих на РА також були виявлені порушення емоційного стану, які виражались у значному зниженні самопочуття, активності та настрою пацієнтів у порівнянні зі здоровими особами та залежали від тривалості перебігу захворювання та ступеня активності запального процесу.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, психоемоційний стан, запалення.

Summary

Koshukova G.N., Buglak N.P., Pushkova T.N., Pigin D.A., Fursova V.A. *Change of psychoemotional sphere in patients with rheumatoid arthritis depending on the duration of the disease and the degree of inflammatory activity.*

The article is devoted to the study of psychoemotional sphere in patients with rheumatoid arthritis (RA). In 92.8% of RA patients revealed signs of mental and emotional state. Light degree of anxiety disorders was determined at 1.7%, moderate - in 19.8% and heavy - in 78.5% of RA patients. The predominance of personal anxiety over reactive. Anxiety disorders are not dependent on the duration of the disease, but revealed a clear pattern of increase anxiety increases the activity of inflammation. RA patients were also found violations of the emotional state, which were expressed in a significantly reduced state of health, activity and mood in patients compared with healthy people and depended on the duration of the disease and the degree of inflammatory activity.

Key words: rheumatoid arthritis, psychoemotional sphere, inflammation.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.М. Колчин

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

К.Н. Лебедь

ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"

Введение

Сочетание гастроэнтерологических заболеваний с хроническими заболеваниями легких, в том числе хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), приобретает в последнее время все большее значение. При подобном сочетании определяются клинические особенности течения двух заболеваний, что может осложнить ситуацию, обеспечить торпидность к лечению, усугубить прогноз [1,2].

Частое сочетание ХОЗЛ и неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) вызвано наличием общих звеньев патогенеза, таких как: нарушения в системе оксиданты-антиоксиданты и протеазы-антипротеазы [7]. Важными факторами так же являются: негативное влияние на гепатобилиарную систему хронического системного воспаления, гипоксии вызванной недостаточностью функции внешнего дыхания, влияние медикаментов применяемых для лечения ХОЗЛ [5,6]. В свою очередь патология печени влияет на течение ХОЗЛ вследствие относительной недостаточности α_1 -антитрипсина (ААТ), который синтезируется почти полностью в эндоплазматическом ретикулуме гепатоцитов [3]. Функциональная недостаточность ААТ может быть вызвана ухудшением синтезирующей функции печени при НАСГ, что, в сочетании с усиленной дезактивацией ААТ в результате влияния табачного дыма, ведет к значительному дисбалансу в протеазно-антипротеазном равновесии [3,4].

Согласно рекомендациям Американского торакального общества и Европейского респираторного общества ХОЗЛ определяется как заболевание, характеризующееся не полностью

обратимой бронхиальной обструкцией. Из данного определения следует, что ХОЗЛ является в первую очередь функциональным диагнозом и наличие бронхиальной обструкции должно быть доказано исследованием функции внешнего дыхания (ФВД) с помощью спирометрического исследования [8].

Как показали многочисленные исследования как отечественных, так и зарубежных авторов, низкий ОФВ₁ ассоциируется с более частыми обострениями ХОЗЛ и наряду с темпом ежегодного снижения ОФВ₁ является важным фактором, влияющим на качество жизни и прогноз у данной группы пациентов [8,9].

Целью нашего исследования было изучение показателей функции внешнего дыхания у пациентов с ХОЗЛ в сочетании с НАСГ.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа проводилась в соответствии с основным планом научно-исследовательской работы (НИР) Луганского государственного медицинского университета и являлась фрагментом НИР кафедры внутренней медицины с профпатологией и ЛФК. "Клинико-патогенетические механизмы у больных с ХОЗЛ в сочетании с НАСГ" (№ госрегистрации 0106U010963).

Материалы и методы исследования

В рамках научной работы нами было проведено спирометрическое обследование 38 больных с ХОЗЛ I-III ст. (по классификации GOLD) в сочетании с НАСГ. Верификация диагнозов проводилась согласно приказа №128 МОЗ Украины для ХОЗЛ и №271 - для НАСГ. Все отобранные для анализа больные с I, II стадией ХОЗЛ принимали β_2 -агонисты короткого действия по требованию, с III стадией ХОЗЛ находились на терапии ингаляторными кортикостероидами в сочетании с β_2 -агонистами пролонгированного действия в фиксированной дозе, по требованию применялись скорпомощные препараты. Из анализа исключались пациенты, которые перенесли обострение ХОЗЛ в период 4 недель до проведения исследования. Спирометрические исследования проводились на спирометре "Masterscope" производства фирмы "Viasys", Германия. Все спирометрии с анализом кривой "поток-объем" форсированного выдоха (определение ОФВ₁, ЖЕЛ, ФЖЕЛ), пробы с бронхолитиком (400 мкг сальбутамола) проводились согласно требованиям американского торакального об-

щества (ATS). Каждому пациенту измерения функции внешнего дыхания проводили дважды в первый раз при первичном обращении, во второй раз через 12 месяцев \pm 2 недели. Во избежание погрешности, вызванной суточными колебаниями функции внешнего дыхания, все спирометрии проводились в утреннее время с 8:00 до 11:00, кроме того, пациенты предупреждались о необходимости воздержаться от приема короткодействующих бронходилататоров в течение 8 часов и бронходилататоров длительного действия в течение 12 часов до проведения спирометрии.

Полученные результаты и их обсуждение

У больных с ХОЗЛ, сочетанным с НАСГ, ежегодное уменьшение ОФВ₁ составило: до пробы с бронхолитиком - 40,3 (\pm 1,4) мл, после пробы с бронхолитиком - 45,1 (\pm 2,1) мл, ежегодное снижение ФЖЕЛ составило: до пробы с бронхолитиком - 48,7 (\pm 2,3) мл, после пробы с бронхолитиком - 63,1 (\pm 3,1) мл. В меньших пределах изменялась ЖЕЛ - 12,2 (\pm 0,9) мл. Из общего числа обследованных у 6 пациентов диагностирована I, у 15 - II, и у 17 - III стадия ХОЗЛ. Наибольшая скорость ежегодного снижения ФВД наблюдалась у пациентов с II стадией ХОЗЛ и составила для ОФВ₁ до пробы с бронхолитиком 57,3 (\pm 2,4) мл, после пробы с бронхолитиком 71,1 (\pm 4,2) мл, ФЖЕЛ до пробы с бронхолитиком - 72,2 (\pm 2,8) мл, после пробы с бронхолитиком 83,4 (\pm 3,9) мл. Несколько меньшей оказалась скорость снижения ФВД у пациентов с I стадией ХОЗЛ: ОФВ₁ до пробы с бронхолитиком 44,4 (\pm 1,9) мл, после пробы с бронхолитиком 53,2 (\pm 2,6) мл, снижение ФЖЕЛ составило: до пробы с бронхолитиком 64,6 (\pm 2,3) мл, после пробы с бронхолитиком 68,6 (\pm 2,9) мл. Наименьшей оказалась скорость снижения ФВД в группе пациентов с ХОЗЛ III: снижение ОФВ₁ составило до пробы с бронхолитиком 33,1 (\pm 1,1) мл, после пробы с бронхолитиком 40,5 (\pm 2,2) мл, ежегодное снижение ФЖЕЛ составило: до пробы с бронхолитиком 42,7 (\pm 1,9) мл, после пробы с бронхолитиком 54,2 (\pm 2,2) мл.

Скорость ухудшения ФВД так же коррелировала с количеством перенесенных обострений. В группе пациентов перенесших 2 и более среднетяжелых или тяжелых обострения за период наблюдения скорость снижения ФВД составила: ОФВ₁ 53,2 (\pm 2,4) мл и ФЖЕЛ 64,2 (\pm 2,9) мл, для остальных - ОФВ₁

45,8 ($\pm 1,9$) мл, ФЖЕЛ 57,3 ($\pm 2,3$) мл. Статистически достоверной связи между скоростью снижения ФВД и экспрессией ферментов печени (АлАт, АсАт, ГГТ) не выявлено. Полученные данные о том, что скорость снижения ФВД у пациентов с II стадией ХОЗЛ является наибольшей, свидетельствуют о необходимости более раннего назначения пациентам постоянной базисной терапии ингаляторами β_2 -агонистами, холинолитиками пролонгированного действия, топическими кортикостероидами. Такой подход позволит снизить скорость снижения показателей ФВД с большей эффективностью и, вероятно, снизить количество обострений легочной патологии у пациентов с ХОЗЛ в сочетании с НАСГ.

Выводы

1. У пациентов с ХОЗЛ в сочетании с НАСГ наиболее интенсивное ежегодное снижение ФВД наблюдалось в группе с II стадией ХОЗЛ.

2. Скорость снижения ФВД коррелировала с количеством перенесенных пациентами обострений ХОЗЛ.

3. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости более раннего назначения постоянной базисной терапии ингаляторами β_2 -агонистами, холинолитиками пролонгированного действия, топическими кортикостероидами.

Литература

1. Белоконь Т.М. Клинические особенности гастроудоденальной патологии, протекающей на фоне хронического бронхита / Т.М. Белоконь // Проблемы экологической та медицинской генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2005. - Вип. 3 (66). - С. 114-119.

2. Маев И.В. Состояние органов пищеварения при хроническом бронхите, бронхиальной астме и эмфиземе легких / И.В.Маев, Л.П.Воробьев, Г.А.Бугарова // Пульмонология. - 2002. - № 4. - С. 85-91.

3. Павленко О.Б. Стан перекисного окиснення ліпідів та протеїназ інгібіторної системи у хворих на хронічний бронхіт / О.Б.Павленко // Мед. перспект. - 2002. - Т. 7, № 2. - С. 58-61.

4. Шмелев Е. И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / Е. И. Шмелев // Пульмонология. - 2007. - № 2. - С. 5-9.

5. Трубников Г.В. Оксидантный и антиоксидантный статус больных хроническим бронхитом и пневмонией / Г.В.Трубников, Б.Я.Варшавский, Л.П.Галактионова // Пульмонология. - 2002. - № 4. - С. 37-40.

6. Чучалин А.Г. Система оксиданты антиоксиданты и пути медикаментозной коррекции / А.Г.Чучалин // Пульмонология. - 2004. - № 2. - С. 111-116.

7. Agusti A. G. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease / A. G.Agusti, A.Noguera, J.Sauleda // Eur. Respir. J. - 2003. - 21. - P. 347-360.

8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) / Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Update - 2008. (www.goldcopd.org).

9. Smith A. Functional tests in patients with COPD / A.Smith, D.Lins //Thorax. - 2002. - 3. - P. 17-24.

Резюме

Лебедь К.Н. Анализ показателей функции внешнего дыхания у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с неалкогольным стеатогепатитом.

У больных с ХОЗЛ в сочетании с НАСГ наибольшая скорость ежегодного снижения показателей ФВД наблюдалась в группе больных со II стадией ХОЗЛ. Скорость ежегодного снижения показателей ФВД коррелировала с количеством перенесенных обострений ХОЗЛ.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, функция внешнего дыхания, неалкогольный стеатогепатит.

Резюме

Лебедь К.М. Аналіз показників функції зовнішнього дихання у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень у сполученні з неалкогольним стеатогепатитом.

У хворих з ХОЗЛ у поєднанні з НАСГ найбільша швидкість щорічного зниження показників функції зовнішнього дихання спостерігалася в групі хворих з II стадією ХОЗЛ. Швидкість щорічного зниження показників функції зовнішнього дихання корелювала з кількістю перенесених загострень ХОЗЛ.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, неалкогольний стеатогепатит, функція зовнішнього дихання.

Summary

Lebed K.N. Analysis of indexes of function of the external breathing for patients with the chronic obstructive pulmonary disease in combination with unalcoholic steatohepatitis.

In patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in combination with nonalcoholic steatohepatitis the biggest speed of annual decline of indexes of external breathing function was observed in the group of patients with the II stage of COPD. Speed of annual decline of indexes of external breathing function correlated with the amount of the carried COPD exacerbations.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, unalcoholic steatohepatitis, function of the external breathing.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М.Иванова