

Солейко Е.В.

**ВЛИЯНИЕ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА**

**Резюме.** Статья посвящена изучению влияния пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки на осложненное течение постинфарктного кардиосклероза. В исследование было включено 155 пациентов с хронической постинфарктной аневризмой сердца (средний возраст  $52,71 \pm 1,8$  лет) и 290 пациентов группы сравнения с постинфарктным кардиосклерозом после перенесенного Q-инфаркта миокарда, не осложненного хронической постинфарктной аневризмой сердца, аналогичной возрастной категории. Выявлены достоверные отличия в частоте сочетания хронической постинфарктной аневризмы сердца и пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от пола, возраста, типа двигательной активности аневризмы, соматотипа, которые могут быть патогенетической предпосылкой возникновения хронической постинфарктной аневризмы сердца дискинетического типа. Полученные данные позволяют прогнозировать хроническую постинфарктную аневризму сердца у пациентов с пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки и определять в дальнейшем дифференцированный подход к терапии данной категории больных.

**Ключевые слова:** постинфарктный кардиосклероз, осложнения, пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Стаття надійшла до редакції 14.11.2012 р.

© Старинець Н.Г.

УДК: 616.832-004.2:616.8-009.17

Старинець Н.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра нервових хвороб (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

**ВТОМА У ХВОРИХ НА МНОЖИННИЙ СКЛЕРОЗ**

**Резюме.** Одним із найбільш частих симптомів множинного склерозу (МС) є втома. Вона зустрічається у половини хворих та впливає на повсякденну життєву активність та якість життя. За результатами дослідження виявлений достовірний взаємозв'язок втоми із екзацербациями, ступенем неврологічної інвалідизації та депресією у хворих на множинний склероз. Не встановлено кореляції втоми зі статтю, віком пацієнтів та наявністю у них тривожних розладів.

**Ключові слова:** множинний склероз, втома, депресія, тривожність.

**Вступ**

Неврологічна клініка множинного склерозу (МС) характеризується симптомами ураження білої речовини головного або/та спинного мозку, які проявляються руховими, сенсорними, зоровими, координаторними, та зовнішніми, емоційними та когнітивними розладами. До клінічних проявів МС відносять синдром хронічної втоми, який виявляється у 76 - 92% хворих [Krupp et al., 1995; Шмидт и др., 2012]. Втому характеризують як суб'єктивне відчуття втрати фізичної та психічної енергії, значного виснаження, яке порушує повсякденну діяльність, негативно впливає на соціальну активність та якість життя у хворих на МС [Comi et al., 2001; Krupp, 2003]. Саме тому велика увага приділяється всебічному вивченню проявів втоми, її взаємозв'язку з іншими неврологічними симптомами захворювання [Kroenke et al., 2000; Віничук та ін., 2004; Копчак, 2005].

За даними літератури до сьогодні остаточно не з'ясований взаємозв'язок втоми з неврологічною інвалідизацією у хворих на МС. В окремих дослідженнях виявлена пряма кореляція між проявами втоми із вираженістю інвалідизації [Colosimo et al., 1995; Iriarte et al., 2000], в інших спостереженнях не встановлено такої залежності [Kroenke, 2000; Томпсон и др., 2001; Віничук та ін., 2004].

У літературі не існує єдиної точки зору щодо взаємозв'язку між тяжкістю втоми та депресією. За результатами клінічних досліджень не встановлена пряма кореляція між втомою та депресією у хворих на МС

[Vercoulen et al., 1996; Копчак, 2005], в той час як в окремих публікаціях підтверджений такий взаємозв'язок [Шмидт и др., 2012].

Метою дослідження є вивчити взаємозв'язок синдрому втоми зі статтю, віком, типом перебігу захворювання, ступенем інвалідизації, наявністю депресивних та тривожних розладів у хворих на МС.

**Матеріали та методи**

Обстежено 60 хворих на множинний склероз (МС): 24 чоловіки та 36 жінок віком від 28 до 56 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні Вінницької обласної психоневрологічної лікарні. Середній вік становив  $36,2 \pm 0,74$  роки, тривалість захворювання -  $9,46 \pm 0,54$  роки. Діагноз МС встановлювали згідно критеріїв McDonald, 2005. Ступінь інвалідизації хворих визначали за розширеною шкалою Куртцке (EDSS) та шкали уражень функціональних систем (FS). Оцінку ступеня вираженості втоми проводили з використанням шкали FSS (Fatigue Severity Scale) [Krupp et al., 1989]. На основі цієї шкали вираховується вірогідна класифікація втоми по ступеню тяжкості: 4 та більше балів відповідає вираженій втомі, менше 4 балів - втома помірна. Оцінку рівня депресії проводили за шкалою Бека [Beck, 1961]. При дослідженні тривожності застосовували шкалу Спілбергера - Ханіна, призначену для самооцінки тривоги [Белова, Щепетова, 2002]. Рівень депресії та тривоги визначали як легкий, помірний та виражений.

Вивчення зв'язків окремих факторів ризику з наявністю синдрому втоми проводили за тестом  $\chi^2$  Пірсона та метода максимальної правдоподібності для дискретних даних. Аналіз здійснено за допомогою аналітичної статистичної системи SAS 9.1 Level 1 M3 XP Home platform.

### Результати. Обговорення

Аналіз даних клініко-неврологічного обстеження засвідчив, що у 31 хворого (51,66%) з різним типом перебігу МС: ремітуючо-рецидивуючим в фазі екзацерації - 20, ремісії - 5, первинно-прогресуючим - 4, вторинно-прогресуючим - 2 пацієнтів, виявлений синдром втоми (бал втоми FSS $\geq$ 4): серед них чоловіків - 11 (35,49%), жінок - 20 (64,51%). У 8 хворих була легкий ступінь неврологічної інвалідації, у 23 - помірний.

Вивчення зв'язку статі як фактору ризику синдрому втоми показав:  $\chi^2$  (1)=0,545,  $p=0,460$ , що свідчить про відсутність даного зв'язку.

Проведений статистичний аналіз не виявив достовірного зв'язку втоми із віком пацієнтів:  $\chi^2$  (3)=4,821;  $p=0,185$ .

Ми дослідили зв'язок між вираженістю втоми з типом перебігу МС. Отримані результати, оброблені статистично, свідчать про пряму кореляцію втоми з фазою екзацерації при ремітуючо-рецидивуючому типу перебігу захворювання ( $\chi^2=10,17$ ,  $p<0,05$ ).

Кореляційний аналіз виявив статистично значущий зв'язок між синдромом втоми та ступенем інвалідації ( $\chi^2=5,384$ ,  $p<0,05$ ).

Депресивна симптоматика за BDI була виявлена у 24 (77,4%) хворих з синдромом вираженої втоми (табл. 1).

Статистичний аналіз виявив пряму кореляцію втоми з депресивною симптоматикою у хворих на МС ( $\chi^2=7,271$ ,  $p<0,05$ ).

Помірна та висока реактивна та особистісна тривожність виявлена у всіх хворих з вираженою втомою. Аналіз отриманих результатів з використанням критерію  $\chi^2$  не виявив кореляції між вираженою втомою та

**Таблиця 1.** Розподіл хворих на МС за шкалою депресії Бека в залежності від важкості синдрому втоми.

Ступінь депресії BDI (бали)	n - 60	n - 31 (б (бал FSS $\geq$ 4))	n - 29 (б (бал FSS $\leq$ 4))
до 15	2 23 (38,3%)	7 (22,6%)	1 16 (55,2%)
16 - 25	2 23 (38,3%)	1 16 (51,6%)	7 (24,1%)
26 та >	1 14 (23,4%)	1 8 (25,8%)	6 (20,7%)

тривожністю у хворих з балом FSS $\geq$ 4 ( $n - 31$ :  $\chi^2=2,517$ ,  $p>0,05$ ), так як і у хворих без вираженої втоми ( $n - 29$ :  $\chi^2=0,4001$ ,  $p>0,05$ ).

Отже, не дивлячись на те, що хворим на МС властива висока тривожність, вплив її на синдром втоми недостатній. Почуття втоми не залежить від такого емоційного синдрому як тривога, в той час як депресивна симптоматика тісно співіснує з втомою, що може кваліфікуватися як прояв адинамічної депресії, при якій переважає млість, загальна слабкість і почуття втоми в спокої.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Втома є досить розповсюдженим синдромом при МС, виражена втома виявляється у 52% хворих.

2. Синдром втоми не залежить від статі, віку хворих на МС.

3. Встановлена пряма кореляція синдрому втоми з фазою екзацерації при ремітуючо-рецидивуючому типу перебігу МС та ступенем неврологічної інвалідації.

4. Виявлений прямий статистично достовірний кореляційний зв'язок синдрому втоми з депресивною симптоматикою та водночас відсутність такої залежності з тривожними розладами у хворих на МС.

Таким чином, втома та депресія потребують диференційованого підходу до їх корекції у хворих на МС.

### Список літератури

- Белова И.А. Тесты и опросники в медицинской реабилитации /И.А.Белова, О.Н.Щепетова. - М.: Антидот, 2002. - 440 с.
- Віничук С.М. Втома у хворих на розсіяний склероз: до питання про взаємозв'язок її з неврологічною інвалідацією та депресією і сучасні методи корекції /С.М.Віничук, О.А.Мяловицька, О.О.Колендо //Укр. вісник психоневрології. - 2004. - Т.12, Вип. 3 (40). - С. 17-20.
- Копчак О.О. Механізми виникнення та прояви втоми у хворих на розсіяний склероз, методи діагностики та лікування: автореф. дис. на здобуття учен. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.15 /О.О.Копчак. - К., 2005. - 21 с.
- Томпсон А.Дж. Рассеянный склероз. Клинические аспекты и спорные вопросы: пер. с англ. /А.Дж.Томпсон, Л.Полман, Р.Холфельд. - СПб.: Политехника, 2001. - 421 с.
- Шмидт Т.Е. Синдром утомляемости при различных типах течения рассеянного склероза /Т.Е.Шмидт, И.А.Елагина, Н.Н.Яхно //Неврол. журнал. - 2012. - №3. - С. 12-19.
- Beck A. An inventory for measuring depression /A.Beck, C.Ward, M.Mendelson [et al.] //Arch. Gen. Psychiatry. - 1961. - Vol.4. - P. 561-571.
- Colosimo C. Fatigue in MS is associated with specific clinical features /C.Colosimo, E.Millefiorini, M.G.Grasso [et al.] //Acta Neurol. Scand. - 1995. - Vol.92, №5. - P. 353-355.
- Comi G. Physiopathology and treatment of fatigue in multiple sclerosis /G.Comi, L.Leocani, P.Rossi [et al.] //Neurology. - 2001. - Vol.248 (3). - P. 174-179.
- Iriarte J. Modalities of fatigue in multiple sclerosis: correlation with clinical and biological factors /J.Iriarte, M.L.Subira, De Castro P. //Multiple Sclerosis. - 200. - №6. - P. 124-130.
- Kroencke D.C. Fatigue in multiple sclerosis: relationship to depression, disability, and disease pattern /D.C.Kroencke, S.G.Lynch, D.R.Denney //Mult. Scler. - 2000. - Vol.6. - P. 131-136.
- Krupp L. The fatigue severity scale applied to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus /L.Krupp, N.C.La Rocca, J.Muir-Nash [et al.] //Arch. Neurol. - 1989. - Vol.46. - P. 1121-1123.
- Krupp L. Fatigue therapy in multiple sclerosis: results of a double-blind, randomized, parallel trial of amantadine, pemoline,

and placebo /L.Krupp, P.Coyle, C.Doscher [et al.] //Neurology. - 1995. - Vol.45. - P. 1956-1961. treatment /L.Krupp //CNS Drugs. - 2003. - Vol.17 (4). - P. 225-234. patients with chronic fatigue syndrome and healthy subjects /J.H.Vercoulen, O.R.Hommes, C.M.Swanink [et al.] /Arch. Neurol. - 1996. - Vol.53. - P. 642-649.

Старинец Н.Г.

#### УТОМЛЯЕМОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

**Резюме.** Один из наиболее частых симптомов рассеянного склероза (РС) - утомляемость. Она встречается у половины больных и оказывает влияние на повседневную жизненную активность и качество жизни. По результатам исследования выявлено достоверную взаимосвязь утомляемости с эксацербациями, степенью неврологической инвалидизации и депрессией у больных рассеянным склерозом. Не установлена корреляция утомляемости с полом, возрастом пациентов и наличием у них тревожных расстройств.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, утомляемость, депрессия, тревога.

Starinets N.G.

#### FATIGABILITY OF THE PATIENTS AT THE MULTIPLE SCLEROSIS

**Summary.** The fatigability is one of the most frequent symptom of multiple sclerosis (MS). It is detected in the half of the patients and it has a significant impact on the activities of daily living and the quality of life. A direct correlation of the fatigability with the exacerbation, severity of neurological disability and depression of the patients with MS was detected with the help of the result of the research. The fatigability does not depend on the sex, age, anxiety disorders of the patients with MS.

**Key words:** multiple sclerosis, fatigability, depression, anxiety.

Стаття надійшла до редакції 02.11.2012 р.

© Феджага І.В.

УДК: 616.37-002-071-08:616.33:616-08-039.57

Феджага І.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої та сімейної медицини (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ

**Резюме.** В статті висвітлена якісна та кількісна характеристика больового синдрому у хворих на хронічний панкреатит в залежності від кислотопродукуючої функції шлунка. Визначено, що для хворих на ХП з гіперацидним синдромом характерний нападодібний біль з переважною локалізацією в епігастрії та правому підребер'ї, висока інтенсивність болю, зменшення інтенсивності болю в першу половину ночі та збільшення в другу половину ночі. Зростання інтенсивності болю у хворих на хронічний панкреатит з вираженою та помірною шлунковою гіперацидністю в нічний час обумовлене недостатнім нічним залуженням шлунка та дванадцятипалої кишки.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, больовий синдром, внутрішньошлункова рН-метрія.

### Вступ

Основним проявом хронічного панкреатиту (ХП) є інтенсивний больовий синдром, що погано піддається консервативній терапії. В даний час існує декілька гіпотез виникнення больового синдрому при ХП. Походження болю у хворих на ХП не повністю зрозуміле та має під собою поліфакторну основу [DiMola, 2007]. Однією з концепцій є пошкодження нервової тканини внаслідок запального процесу, а також нейроімунної взаємодії [Кугаев, 2011]. Разом з тим досліджено, що інтенсивність больового синдрому й якість життя не залежать від ураження нервової тканини. Фактором нейроімунного запалення пояснюється генез болю у випадках ХП зі збільшенням голівки ПЖ на тлі ХП, що протікає часом без розширення головної панкреатичної протоки [Demir, 2011].

Відсутність чіткої специфічності больового абдомінального синдрому при ХП послужило підставою для виділення декількох найбільш типових його варіантів [Строчкова, 2012]: за типом лівосторонньої ниркової кольки;

синдром правого підребер'я (в 30-40% перебігає з холестазом); дисмоторний; поширений (без чіткої локалізації). На думку Н.Б.Губергриц і Т.М.Христин [Губергриц, Христин, 2000], доречно всі панкреатити з урахуванням рівня ферментемії підрозділяти на гіперферментемічні та гіпоферментемічні. В останні роки ХП віднесений до кислотозалежних захворювань через малу ефективність лікування цього захворювання без додаткового зниження кислотності в шлунку [Кучерявий, 2010]. Однак на сьогоднішній день в літературі немає даних про те, в якій мірі інтенсивність, характер і частота болю залежить від кислотопродукуючої функції шлунка.

**Мета дослідження:** порівняти якісну та кількісну характеристику больового синдрому у хворих на ХП в залежності від кислотопродукуючої функції шлунка.

### Матеріали та методи

Проведено комплексне обстеження 237 хворих на ХП в науковій клініко-діагностичній гастроентеро-