

and placebo /L.Krupp, P.Coyle, C.Doscher [et al.] //Neurology. - 1995. - Vol.45. - P. 1956-1961.  
Krupp L. Fatigue in multiple sclerosis: definition, pathophysiology and treatment /L.Krupp //CNS Drugs. - 2003. - Vol.17 (4). - P. 225-234.  
Vercoulen J.H. The measurement of fatigue in patients with multiple sclerosis. A multidimensional comparison with

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 02.11.2012р.

© 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 холестаазом); дисмоторний; поширений (без чіткої локалізації). На думку Н.Б.Губергриц і Т.М.Христинч [Губергриц, Христинч, 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-

Таблиця 1. Локалізація болю в хворих на ХП.

Група	Характер підгрупи	К-ть хворих	Локалізація болю				
			праве підребер'я (%)	в епігастрії (%)	ліве підребер'я (%)	оперізуючий (%)	без чіткої локалізації (%)
Основна	Гіперацидність виражена	21	28,57	42,86	14,29	9,52	4,76
	Гіперацидність помірна	62	29,03	41,94	16,13	9,68	3,22
Порівняльна	Нормоацидність	41	31,71	34,15	17,07	12,20	4,87
	Гіпоацидність помірна	52	34,62	38,46	17,31	7,69	1,92
	Гіпоацидність виражена	60	33,33	36,67	16,67	10,00	3,33
Уся вибірка		236	31,78±0,43	38,56±0,47	16,53±0,28	9,75±0,18	3,38±0,07

логічній лабораторії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова. Система обстеження містила в собі як загальноклінічні, так і спеціальні методи обстеження.

Усі пацієнти, відібрані для дослідження, перебували в стадії загострення хронічного панкреатиту. В дослідження включались хворі з наступними супутніми захворюваннями: біліарні дискінезії, хронічні холециститу, постхолецистектомічний синдром, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, функціональна шлункова диспепсія, хронічний гастродуоденіт, пептична ерозія, пептична виразка шлунка та/або дванадцятипалої кишки.

Всіх хворих розподілили на дві групи: основна та порівняльна. До основної групи відносили хворих на ХП у випадку виявлення гіперацидності в шлунку за методикою комп'ютерної внутрішньошлункової експрес рН-метрії (четвертий та п'ятий функціональні інтервали (ФІ) рН за Чернобровим [Чернобровый, 1991]). Групу розділили на дві підгрупи: перша підгрупа - гіперацидність виражена при рН 0,86 - 1,29 (ФІ рН5); друга підгрупа - гіперацидність помірна при рН 1,3 - 1,59 (ФІ рН4). До порівняльної групи відносили хворих на ХП у випадку виявлення нормоацидності або гіпоацидності в шлунку за методикою комп'ютерної експрес-гастро-рН-метрії. Групу розділили на три підгрупи: перша підгрупа - нормоацидність при рН 1,6 - 2,29 (ФІ рН3); друга підгрупа - гіпоацидність помірна при рН 2,3 - 3,59 (ФІ рН2); третя підгрупа - гіпоацидність виражена при рН 3,6 - 6,99 (ФІ рН1).

Дослідження больового синдрому в хворих на ХП у період загострення. Згідно з планом обстеження всім досліджуваним хворим на ХП в період загострення до початку лікування проводили якісну та кількісну оцінку больового синдрому за міжнародною бально-ранговою шкалою, яка ранжувалась за 10 балами [Fosnochtetal., 2003]. Дослідження інтенсивності больового синдрому на першому етапі проводили за умов відсутності прийому пацієнтом будь-яких лікарських засобів, в тому числі знеболюючих.

### Результати. Обговорення

Встановили, що при ХП больовий синдром мав класичний характер (біль, переважно, з'являвся через 30-

40 хв. після вживання жирної, смаженої, гострої, кислої, копченої або надмірного споживання їжі, спостерігались болючість у зоні Шофара, у зоні Губергріца-Скульського, у точці Мейо-Робсона, гіперчутливість у відповідній зоні Захар'їна-Геда). При ХП біль був постійним, ниючим або нападаподібним. Характерними були скарги на біль у правому підребер'ї, біль у лівому підребер'ї, оперізуючий біль, ірадіація болю в ліву половину грудної клітки (табл. 1). Частота нападів болю за добу в середньому становила (3,08±0,91) рази.

Для переважної більшості хворих на ХП характерним був біль різного характеру у верхньому відділі живота. Більшість хворих пред'являли скарги на біль в епігастральній зоні, біль у правому під ребер'ї. Рідше хворі скаржились на біль в лівому підребер'ї (16,53% випадків). Біль в епігастрії часто супроводжувався ірадіацією у спину, рідше біль віддавав у ліву половину грудної клітки. У 69,78% хворих мали місце відчуття тиску та важкості в епігастральній зоні. Оперізуючий біль - класичний для панкреатиту виявлявся лише в 9,75% випадків. Зустрічався також біль без чіткої локалізації (3,38%). В основній групі найбільш характерною була локалізація болю в епігастрії (42,4%) та правому підребер'ї (28,8%). Така ж локалізація болю була характерна й для порівняльної групи, проте частота локалізації болю в епігастрії в цій групі (36,42±0,44) була нижчою (p<0,05), ніж в основній групі, а частота локалізації в правому підребер'ї (33,22±0,44%) дещо вища (p>0,05).

Вираженість больового синдрому в період загострення ХП до початку лікування в основній групі хворих складала за бально-ранговою шкалою 8,28±0,63 бала. У порівняльній групі інтенсивність больового синдрому становила 5,57±0,64 бала.

Слід відмітити, що різниця між показниками інтенсивності болю в основній та порівняльній групах була достовірною (p<0,05). Достовірних відмінностей між підгрупами хворих не встановлено (табл. 2).

Враховуючи мінливість кислотності протягом доби, нами проаналізований в основній групі взаємозв'язок між інтенсивністю больового синдрому та тривалістю перебування значень внутрішньо шлункового рН у кислих функціональних інтервалах (ФІ 5 і 4 в діапазоні рН=0,86-1,59).

**Таблиця 2.** Якісна та кількісна оцінка больового синдрому в хворих на ХП.

Група	Характер підгрупи	К-ть хворих	Характеристика болю			
			інтенсивність (у балах)	постійний (%)	нападоподібний (%)	частота нападів за добу (к-ть)
Основна	Гіперацидність виражена	21	8,71±0,64*	23,81*	76,19*	4,71±0,54*
	Гіперацидність помірною	62	8,13±0,56*	27,42*	72,58*	4,26±0,45*
Порівняльна	Нормоацидність	41	5,39±0,55	58,54	41,46	2,22±0,49
	Гіпоацидність помірною	52	5,65±0,62	63,46	36,54	2,37±0,46
	Гіпоацидність виражена	60	5,62±0,63	63,33	36,67	2,52±0,50
Уся вибірка		236	6,52±0,68	49,58±0,50	50,42±0,50	3,08±0,91

**Примітка.** \* - достовірність відмінностей з порівняльною групою на рівні <0,05.

**Таблиця 3.** Характеристика інтенсивності болю протягом нічного часу доби.

Група	Характер підгрупи	К-ть хворих	Інтенсивність болю	
			1 половина ночі (бали)	2 половина ночі (бали)
Основна	Гіперацидність виражена	21	4,29±0,41	7,76±0,60*
	Гіперацидність помірною	62	4,18±0,50	7,15±0,58*
Порівняльна	Нормоацидність	41	2,98±0,10	4,32±0,53
	Гіпоацидність помірною	52	3,10±0,24	4,48±0,54
	Гіпоацидність виражена	60	3,10±0,21	4,50±0,52
Уся вибірка		236	3,47±0,62	5,45±1,31

**Примітка.** \* - достовірність відмінностей з 1 половиною ночі на рівні  $p < 0,05$ .

На основі кореляційного аналізу нами встановлено прямий позитивний зв'язок середньої сили між величиною інтенсивності больового синдрому та тривалістю перебування внутрішньо шлункового рН в ФІ 5 і 4 в діапазоні  $rH = 0,86 - 1,59$  ( $r = 0,45$ ).

За характером болю 49,58 % хворих усієї вибірки мали постійний біль, а 50,42 % хворих скаржились на нападоподібний біль. Разом з тим, спостерігались суттєві відмінності ( $p < 0,05$ ) за характером болю між основною та порівняльною групами (табл. 2).

Як виявилось, 73,49% хворих основної групи характеризували біль у вигляді нападів і лише невелика частина хворих основної групи (26,51%) відчували постійний біль. Дещо більша частина хворих порівняльної групи (37,91%) скаржились на біль, що нагадує напади, а 62,09% відчували постійний характер болю.

Характерно, що частота нападів теж мала суттєву

різницю ( $p < 0,001$ ) між основною та порівняльною групами (табл. 2). Так, в основній групі частота нападів була більшою в 1,8±0,2 рази, ніж в порівняльній, та складала 4,37±0,53 рази за добу. Хворі порівняльної групи відчували напади в середньому 2,39±0,51 рази за добу.

Характер та інтенсивність болю змінювався протягом доби. У всіх хворих інтенсивність болю зростала в другій половині дня та пов'язана з прийомом їжі. На період ночі в основній та порівняльній групах відмічалось у першій половині ночі зниження інтенсивності болю до 4,20±0,48 балів в основній та до 3,07±0,18 балів у порівняльній, проте в другу половину ночі знову достовірно зростала інтенсивність болю в основній групі до 7,30±0,66 балів при незначному підвищенні в порівняльній групі (табл.3).

Аналіз інтенсивності болю хворих кожної підгрупи хворих на ХП протягом нічного часу доби показав тенденцію до зростання інтенсивності болю у всіх підгрупах без винятку.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. У хворих на ХП у період загострення інтенсивність, характер і частота болю у значній мірі залежить від кислотопродукуючої функції шлунка.

2. Для хворих на ХП з гіперацидним синдромом характерний нападоподібний 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.

3. Зростання інтенсивності болю у хворих на ХП з вираженою та помірною шлунковою гіперацидністю в нічний час обумовлене недостатнім нічним залуженням шлунка та ДПК.

Перспективно вивчити в подальшому зв'язок болю з зовнішньо-секреторною панкреатичною недостатністю.

### Список літератури

Губергриц Н.Б. Клиническая панкреатология /Н.Б.Губергриц, Т.Н.Христич. - Донецк: ООО "Лебедь", 2000. - 416 с.

Кугаев М.И. Взаимосвязь патоморфологических изменений в головке поджелудочной железы с интенсивностью болевого синдрома и качеством жизни /М.И.Кугаев, А.Т.Щастный, И.В.Самсонова //Новости хирургии. - 2011. - Т.19, №2. - С. 31-36.

Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит как кислотозависимое заболевание /Ю.А.Кучерявый //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - №9. - С. 107-115.

Строкова О.А. Хронический панкреатит: классификация, диагностика и лечение /О.А.Строкова, Е.Ю.Еремина //МедиАль. - 2012. - №1 (4). - С. 37-42.

Чернобровый В.Н. Клиническое применение индикатора кислотности желудка: метод, рекомендации / В.Н.Чернобровый. - Винница, 1991. - 19 с.

Demir I.E. Pain mechanisms in chronic pancreatitis: of a master and his fire /

I.E.Demir, E.Tieftrunk, M.Maak, [et al.] //Langenbecks Arch. Surg. - 2011. Vol.396(2). - P. 151-60.

Di Mola F.F. Pain and pain generation in pancreatic diseases /F.F.Di Mola, P.Di Sebastiano //Am. J. Surg. - 2007. - Vol.194. - P. 65-70.

Fosnocht D.E. Measuring Pain Intensity in the Emergency Department: Correlation of a Numeric Rating Scale with a Visual Analog Scale / D.E.Fosnocht, J.M.Dahle, E.R.Swanson //Acad. Emerg. Med. - 2003. - Vol.10, №5. - P. 484.

**Феджага И.В.**

### ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ

**Резюме.** В статье освещена качественная и количественная характеристика болевого синдрома у больных хроническим панкреатитом в зависимости от кислотопродуцирующей функции желудка. Определено, что для больных хроническим панкреатитом с гиперацидным синдромом характерна приступообразная боль с преимущественной локализацией в эпигастрии и правом подреберье, высокая интенсивность боли, уменьшение интенсивности боли в первую половину ночи и увеличение во вторую половину ночи. Рост интенсивности боли у больных хроническим панкреатитом с выраженной и умеренной желудочной гиперацидностью в ночное время обусловлено недостаточным ночным ощелачиванием желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, болевой синдром, внутрижелудочная pH-метрия.

**Fedzhaga I. V.**

### CHARACTERISTICS OF PAIN IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS DURING EXACERBATION

**Summary.** The qualitative and quantitative description of pain in patients with chronic pancreatitis, depending on the acid-function of the stomach is covered in the article. Determined that patients with chronic pancreatitis with hyperacid syndrome are characterized by paroxysmal pain localized preferentially in the right upper quadrant and epigastric pain, high pain intensity, decrease in pain intensity in the first half of night and the increase in the second half of night. Increase in the intensity of pain in chronic pancreatitis patients with severe and moderate gastric hyperacidity at night is determined by the lack of night alkalization of stomach and duodenum.

**Key words:** chronic pancreatitis, pain, intragastric pH-metry.

Стаття надійшла до редакції 29.11.2012р.

© Шлапак І.П., Міщук І.І., Бевз Г.В., Титаренко Н.В.

УДК: 616.981.551-08

**Шлапак І.П., Міщук І.І., Бевз Г.В., Титаренко Н.В.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра анестезіології та інтенсивної терапії (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112), Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №1 з курсом анестезіології та інтенсивної терапії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

### ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ХВОРИХ НА ПРАВЕЦЬ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ

**Резюме.** Проаналізовані історії хвороби 157 хворих на правець важкого ступеня за 1980-2010 рр. Продемонстровано, що найбільш клінічно значущими ускладненнями захворювання є госпітальна пневмонія (55,4%), котра є основною безпосередньою причиною смерті цих хворих в пізніх термінах захворювання. Уточнена значущість основних факторів ризику розвитку пневмонії у хворих з важким правцем.

**Ключові слова:** правець, госпітальна пневмонія, наслідки лікування, фактори ризику.

#### Вступ

В Україні, як і в усьому світі, правець залишається серйозною проблемою громадської охорони здоров'я, і це пов'язано, насамперед, з високим коефіцієнтом летальності від 6% до 72% [Otero-Maldonado et al., 2011; Marulappa et al., 2012]. У країнах, що розвиваються, і у яких обмежені можливості до проведення пролонгованої тривалої інтенсивної терапії та штучної вентиляції легень (ШВЛ), смертність від тяжких форм правця перевищує 50%, при цьому раптова зупинка серця, дихальна недостатність та інфекційні легеневі ускладнення є головними причинами смерті [Younas et al., 2009; Bankole et al., 2012].

Госпітальна пневмонія, в тому числі вентилятор-асоційована пневмонія (ВАП), займає 2-е місце в структурі госпітальних інфекційних ускладнень [Bassetti et al.,

2012]. Так, згідно даних багаточислового дослідження EPIC (European Prevalence of Infection in Intensive Care, 1992 р., 17 країн Європи, 1417 ВАІТ, 9565 пацієнтів): 46,9% всіх інфекційних ускладнень склали пневмонії [Vincent, 2000]. В. Barsic та співавт. (1999) повідомляють, що ВАП частіше спостерігалася у пацієнтів з правцем (55,1%), ніж у пацієнтів з іншими неврологічними інфекціями (26,6%) [Barsic et al., 1999]. Тривале перебування хворого в стаціонарі, використання ШВЛ, а також проведення багатьох інвазивних медичних процедур (катетеризації вен, трахеостомія і т. ін.) часто супроводжується бактеріємією, аспірацією вмісту ротоглотки, появою додаткових шляхів інфікування дихальних шляхів (рівень доказовості І).

Розвиток пневмонії суттєво пролонгує ШВЛ [Ashraf,