

АДАПТОЛ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ У СПОЛУЧЕННІ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

Л.М. Іванова, О.І. Арбузова, О.В. Пілієва, М.В. Височин,
А.С. Ліпатнікова, К.М. Компанієць, Ю.В. Сидоренко
ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

В сучасних умовах в клініці внутрішніх хвороб часто зустрічається поєднана патологія, яка є однією з найбільш складних проблем сучасної медицини [2,7]. Синдром подразненого кишечника (СПК) – це одне з найпоширеніших на сьогодні гастроентерологічних захворювань, частота якого досягає 28,0% [1, 8, 12, 13]. Вважають, що механізми формування СПК пов'язані з порушеннями з боку нервової та гуморальної регуляції моторної функції кишечника [3, 4, 9], але психоемоційні фактори при цьому відіграють вирішальну роль [5, 13]. При цьому, за даними клініко-епідеміологічних досліджень встановлено, що в умовах великих промислових регіонів, зокрема Донбасі, в 20-25% випадків у хворих з патологією органів травлення, спостерігаються хронічні ураження бронхолегеневої системи, в тому числі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) [10, 11], внаслідок наявності спільних ланок патогенезу, зокрема психоемоційних порушень [6].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» та є фрагментом НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини «Клініко-патогенетичні механізми у хворих з ХОЗЛ у сполученні з СПК» (№ держреєстрації 0106U010961).

Матеріали та методи дослідження

Під диспансерним спостереженням після проведення основного курсу лікування знаходилось 86 осіб у віці від 25 до 55 років, в яких коморбідна патологія спостерігалася на протязі від 1 до 12 років. Серед обстежених хворих переважували жінки (60,0%). Верифі-

кацію діагнозів здійснювали згідно з критеріями Римського консенсусу III (2006), Наказом МОЗ України № 271 (2005) для СПК та Наказом МОЗ України № 128 (2007) – для ХОЗЛ. У хворих на СПК у сполученні з ХОЗЛ було діагностовано I стадію (легкий ступінь) ХОЗЛ при $ОФВ_1 \leq 80\%$; $ОФВ_1/ФЖЄЛ < 70\%$ та клінічно при наявності, в більшості випадків, хронічного кашлю, виділення невеликої кількості слизуватого харкотиння. На основі Римських критеріїв III з урахуванням результатів оцінки форми випорожнень за Бристольською шкалою, у хворих була діагностована форма СПК із закрепамми; за результатами анкетування з використанням опитувальника – визначали ступінь тяжкості (С.У. Francis et al., 1997).

Якість життя (ЯЖ) хворих із коморбідною патологією визначалась за допомогою опитувальника «MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey» (SF-36) и «Gastrointestinal Symptom Rating Scale» (GSRS Крім того, усі хворі з СПК у сполученні з ХОЗЛ заповнювали опитувальники «Gastrointestinal Symptom Rating Scale» (GSRS), які дозволяють виявити вираженість основних гастроентерологічних синдромів: синдрому абдомінального болю (AP), діарейного синдрому (DS), синдрому закрепку (CS), диспептичного (IS) та рефлюксного (RS) синдромів.

Психодіагностичні методики включали: тест для виявлення ознак соматизації (The Patient Health Questionnaire, PHQ-15); шкалу депресії Зунга; опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера - Ханіна, яка дозволяє визначати рівень тривоги в даний час (реактивна тривога як стан) і особистої тривожності (як стабільної характеристики людини); опитувальник відношення до хвороби (внутрішня картина хвороби); шкалу госпітальної тривожності та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); наявність та виразність депресії оцінювали за шкалою Бека.

Хворих методом випадкової вибірки було поділено на 2 групи – I (47 осіб), яка в періоді медичної реабілітації отримувала адаптол по 500 мг двічі на добу впродовж місяця та II (39 осіб), які вживали лише загальноприйнятні засоби. Вибір адаптолу був продиктований його особливою якістю, що відрізняє його від бензодіазепінових анксиолітиків, а саме - відсутністю «поведінкової токсичності», тобто сонливості в денні години, міорелаксації, порушень уваги і координації рухів, відсутності залежності та обмеження фізичної та психічної активності.

Статистичну обробку результатів здійснювали на базі обчислювального центру Східно-Українського Національного університету

ім. В. Даля за допомогою багатofакторного дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 97, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica.

Отримані результати та їх обговорення

У хворих із коморбідною патологією у вигляді ХОЗЛ у поєднанні з СПК спостерігалися ознаки іпохондричного та тривожно-іпохондричного синдромів, вегетативна дисфункція.

У динаміці моніторингу клінічних показників хворих встановлено, що включення до медичної реабілітації адаптолу сприяло зменшенню тривалості проявів іпохондричного та тривожно-іпохондричного синдромів, а також скарг астено-невротичного та астено-вегетативного характеру

Так, під впливом застосування адаптолу частота скарг астено-невротичного характеру була вірогідно меншою, ніж до проведення реабілітаційних заходів. В I групі скорочувалась тривалість розумової та фізичної стомлюваності в середньому на $3,7 \pm 0,15$ доби ($p < 0,01$), дратівливості та тривожності – на $3,9 \pm 0,2$ доби ($p < 0,01$), серцебиття – на $3,8 \pm 0,4$ доби ($p < 0,05$); нормалізація сну із покращенням засинання відбувалась на $4,2 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) доби, ліквідація емоційної лабільності – на $8,5 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) доби раніше в порівнянні з хворими II групи. Призначення адаптолу також сприяло більш тривалій клінічній ремісії у хворих I групи.

Після проведення медичної реабілітації в I групі хворих скарги на тривожність, немотивований сум зберігалися лише у 8 осіб (17%), тоді як в II групі – у 61,5% (24 пацієнта) ($p < 0,01$); порушення нічного сну – у 5 (10,6%) та 19 пацієнтів (48,7%) відповідно ($p < 0,01$); стомлюваність – у 14 (29,8%) та у 22 осіб (56,4%) відповідно ($p < 0,05$). У 36 пацієнтів I групи, які додатково отримували адаптол, на серцебиття та відчуття жару або холоду (76,6%), тоді як в II групі хворих цей відсоток був суттєво менше (17 осіб – 43,6%) ($p < 0,05$).

Після завершення медичної реабілітації з призначенням адаптолу в I групі у 39 хворих (83,0%) з ХОЗЛ у сполученні з СПК була ліквідована симптоматика іпохондричного або тривожно-іпохондричного реєстру, в той час як в II групі – лише у 11 хворих (28,2%).

Так, в обстежених хворих I групи після медичної реабілітації рівень тривоги за госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS становив у середньому $6,2 \pm 1,8$ балів, рівень депресії – $7,1 \pm 0,4$ балів, що відповідало відсутності тривоги та депресії (40 осіб – 85,1%). В

II групі відсутність тривоги та депресії була встановлена лише у 14 хворих (35,9%), середній бал за госпітальною шкалою становив $11,4 \pm 2,0$ балів та $8,7 \pm 1,4$ балів відповідно ($p < 0,05$).

Згідно опитуванню за шкалою Спілбергера-Ханіна після проведення медичної реабілітації у 42 хворих I групи (89,4%) був зареєстрований низький рівень тривожності, у 5 пацієнтів (10,6%) – помірний, в той же час високий рівень тривоги не був зареєстрований в жодного хворого. У хворих II групи інтенсивність проявів іпохондричного або тривожно-іпохондричного синдромів знижувалась більш повільно або залишалася незмінною: низький рівень тривожності був зареєстрований лише у 8 хворих (20,5%), помірний – у 25 пацієнтів (64,1%) та високий рівень – у 6 осіб (15,4%).

Водночас після проведення реабілітаційних заходів у всіх пацієнтів I групи за даними анкетування за шкалою Зунга в цей період обстеження депресивна симптоматика була відсутня. Депресивна симптоматика в II групі залишилась у 11 хворих (29,0%), при цьому у 3 пацієнтів (8,4%) спостерігалася депресія помірного ступеню.

Наприкінці медичної реабілітації в I групі хворих, яка додатково отримувала адаптол, спостерігалось зростання відсотка пацієнтів з гармонічною, тверезою оцінкою свого стану згідно опитувальнику відношення до хвороби (з 32,9% до 75,1% – 35 осіб), тоді як в II групі хворих позитивна динаміка була більш повільною (з 33,2% до 47,5% – 19 осіб) ($p < 0,05$).

Таким чином, при аналізі характеристик психосоматичного статусу в I групі після проведення медичної реабілітації із застосуванням адаптолу реєструвалося більш швидке покращення психологічного стану пацієнтів з ХОЗЛ у сполученні з СПК, ніж у II групі, хворі якої отримували тільки загальноприйняті методи.

Після медичної реабілітації були отримані дані про достовірне підвищення ЯЖ у хворих I групи по усім шкалам опитувальника SF-36. Так, дані сумарного вимірювання опитувальника («Фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH)» та «Психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MH)») складали $50,4 \pm 1,3$ (норма – $53,7 \pm 1,2$) та $46,5 \pm 1,4$ (норма – $47,6 \pm 1,6$) відповідно, в той час як в II групі лише $41,8 \pm 1,2$ та $39,7 \pm 1,5$ ($p < 0,05$).

Висновки

1. Психокорегуюча дія адаптолу у хворих з ХОЗЛ у сполученні з СПК в порівнянні з групою, в якій адаптол не призначався, вияв-

лялася достовірним зниженням кількості тривожно-невротичних скарг, поліпшенням фону настрою, нормалізацією сну, а також ліквідацією депресивної симптоматики, підвищенням толерантності до фізичного навантаження та покращенням ЯЖ пацієнтів.

2. В подальшому ми плануємо вивчити патогенетичні взаємозв'язки між прооксидантними та антиоксидантними властивостями крові та наявністю проявів тривоги у хворих з поєднаною патологією.

Література

1. Дзяк Г.В. Функційні захворювання кишечника / Г.В. Дзяк, В.І. Залевський, Ю.М. Степанов. - Дніпропетровськ: Ліра ЛТД, 2004. - 200 с.
2. Жуков Н.А. Современные представления о патогенезе синдрома раздраженного кишечника / Н.А. Жуков // *Клин. мед.* - 2003. - № 12. - С. 7-12.
3. Маев И.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III / И.В. Маев, С.В. Чермушкин // *Consilium medicum*. - 2007. - Т. 9, № 1 (Приложение «Гастроэнтерология»). - С. 11.
4. Осадчук А.М. Синдром раздраженного кишечника: клинико-морфологические типы / А.М. Осадчук // *Клин. медицина*. - 2007. - № 3. - С.46-50.
5. Парфёнов А.И. Синдром раздраженного кишечника: стандарты диагностики и лечения / А.И. Парфёнов // *Consilium medicum*. - 2002. - Т. 4, № 7.
6. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под ред. проф. О.Я. Бабака, Н.В. Харченко // *Справочник «VADEMECUM Доктор Гастроэнтеролог»*. - Киев: Здоров'я України, 2005. - 320 с.
7. Феценко Ю. Хронические обструктивные заболевания легких: классификация, диагностика, лечение / Ю. Феценко, В. Гаврисюк // *Ліки України*. - 2004. - № 7-8. - С. 22-25.
8. Харченко Н.В. Синдром раздраженного кишечника: от диагностики к лечению / Н.В. Харченко // *Ліки України*. - 2005. - № 3 (92). - С. 41-45.
9. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология: избранные разделы / Я.С. Циммерман. - М.: Гэотар-медиа, 2009. - 416 с.
10. Ячник А.И. Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, діагностика, клініка, лікування / А.И. Ячник // *Журнал практичного лікаря*. - 2004. - № 4. - С. 21-26.
11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (COLD). Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention: NHLBI / WHO Updated 2007. - 98 p.
12. Lembo A.J. Contemporary diagnosis and management of irritable bowel syndrome / A.J. Lembo, D.A. Drossman. - 2002. - 124 p.
13. Longstrth J.F. Functional bowel disorders / J.F. Longstrth // *Gastroenterology*. - 2006. - Vol. 130. - P. 1480-1491.

Резюме

Іванова Л.М., Арбузова О.І., Пілієва О.В., Височин М.В., Ліпатнікова А.С., Компанієць К.М., Сидоренко Ю.В. *Адаптол у медичній реабілітації хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень у сполученні з синдромом подразненого кишечника.*

Застосування у хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень у сполученні з синдромом подразненого кишечника адаптолу сприяло зменшенню або ліквідації тривожно-невротичних скарг, депресивної симптоматики та покращенню якості життя.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, синдром подразненого кишечника, медична реабілітація, адаптол.

Резюме

Іванова Л.Н., Арбузова О.И., Пилиева Е.В., Височин М.В., Липатникова А.С., Компанієць К.Н., Сидоренко Ю.В. *Адаптол в медицинской реабилитации больных с хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с синдромом раздраженного кишечника.*

Применение у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с синдромом раздраженного кишечника адаптола способствовало уменьшению или ликвидации тревожно-невротических жалоб, депрессивной симптоматики и улучшению качества жизни.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, синдром раздраженного кишечника, медицинская реабилитация, адаптол.

Summary

Ivanova L.N., Arbuzova O.I., Pilieva E.V., Vysochin M.V., Lipatnikova A.S., Kompaniets K.N., Sidorenko Y.V. *Adaptol in the medical rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with irritable bowel syndrome.*

Use in patients with chronic obstructive pulmonary disease in conjunction with irritable bowel syndrome adaptol helped to reduce or eliminate anxiety and neurotic complaints, depressive symptoms and quality of life.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, irritable bowel syndrome, medical rehabilitation, adaptol.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г. Бурмак