

АМІЛАЗНА НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ПСИХІЧНИЙ СТАН ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОГО КАНАЛУ. МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ЗАМІСНОЇ ФЕРМЕНТНОЇ ТЕРАПІЇ

І.Г. Палій, С.В. Заїка, Н.М. Миршук

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Ключові слова: амілазна недостатність, психосоматичні розлади, хвороби органів травлення, опитування, «Панзинорм форте-Н».

Психосоматичні стани, що спостерігаються у гастроентерологічній клініці, є актуальною проблемою сьогодення [1, 10]. При хворобах органів травлення вторинних психопатологічних виявів не буває лише у 10,3% хворих. Окремі фрагментарні астеничні порушення засвідчено у 22,1% хворих, а у 67,3% — складніші психопатологічні стани [7, 8, 10]. Наприклад, різноманітні порушення в психічній сфері реєструють у 54—100% хворих на виразкову хворобу [2]. Значно виявлені психосоматичні порушення при хронічному панкреатиті [4, 6]. Клінічна картина у таких хворих характеризується, крім особливостей гастроентерологічної симптоматики, схильністю до багаторічного, торпідного перебігу з тенденцією до залучення у патологічний процес всієї травної системи та значного зниження працездатності пацієнтів.

Відомо, що, крім поведінкових механізмів, які пояснюють вплив, наприклад, депресії на соматичне захворювання, мають значення і метаболічні порушення. Це дало змогу М. Georgi запропонувати сироватковий холестеринний тест для діагностики ендогенної депресії за наявності гіперхолестеринемії. Нині встановлено також, що у депресивних хворих виявляють прокоагуляційні тенденції, діабетоподібні реакції, підвищення рівня чинників неспецифічного запалення [11—13]. Є повідомлення про те, що майже у 80% пацієнтів з депресією виявляють низьку активність амілази підшлункової залози [9].

Тому метою нашої роботи стало вивчення можливого зв'язку амілазної недостатності із самопочуттям, активністю, настроєм, тривогою і депресією та з наявністю вегетативних порушень у хворих з гастроентерологічною патологією.

Мета роботи: вивчити вплив замісної терапії «Панзинормом форте-Н» на самопочуття, активність, настрої, тривогу, депресію та вегетативні порушення у хворих з амілазною недостатністю.

Матеріали та методи дослідження

У клініко-діагностичній гастроентерологічній лабораторії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за допомогою дихального ¹³C-амілазного тесту обстежено 108 хворих з гастроентерологічною патологією.

Основними симптомами, за якими хворих скеровували для визначення амілазної недостатності, були такі: метеоризм, відчуття переливання та бурчання в животі, діарейні розлади та закрепи, дефіцит маси тіла та ожиріння, біль під час пальпації ділянок товстої кишки.

Дихальний ¹³C-амілазний тест виконували на інфрачервоному аналізаторі IRIS виробництва фірми Wagner (Німеччина) згідно з методикою, рекомендованою для визначення амілазної недостатності [14].

Пацієнти, яким призначали дихальний ¹³C-амілазний тест, приходили в клініко-діагностичну лабораторію о 9:00 натще. Останній прийом їжі був не раніше, ніж за 12 год до обстеження.

У базальних умовах хворий видихав повітря в спеціальний мішок об'ємом 0,5 л. Надалі він отримував стандартний сніданок, який складався із 100 г кукурудзяних пластівців та 200 мл столової води без газу. Сніданок тривав 5—10 хв.

Після завершення сніданку хворий продовжував кожні 30 хв протягом 4 год надувати спеціальні мішки з відповідним маркуванням об'ємом 0,5 л. Протягом зазначеного часу не дозволяли їсти, пити та курити.

Після завершення дослідження мішки з повітрям досліджували на інфрачервоному аналізаторі IRIS. Сумарно оцінювали результати. Якщо отримували 10% і більше, то це свідчило про відсутність амілазної недостатності. Якщо ж результат сягав < 10%, це означало, що у хворого амілазна недостатність [14].

Також проводили опитування хворих з метою вивчення їхнього самопочуття, активності, настрою, виявлення рівня тривоги та депресії і вегетативних порушень. Опитування відбувалося шляхом заповнення пацієнтами трьох анкет із запитаннями.

Опитувальник «САН» використовували для оцінки самопочуття, активності та настрою хворих. Суть оцінки полягала в тому, що пацієнт визначав свій стан за низкою ознак за допомогою багаторівневої шкали. Шкала складалася з індексів (3 2 1 0 1 2 3) та була розташована між тридцятьма парами слів з протилежним значенням, що визначали рухливість, швидкість та темп виконання функцій (активність); силу, здоров'я, втому (самопочуття), а також ознаки

емоційного стану (настрій). Пацієнт мав обрати та відмітити цифру, яка найточніше відповідала його стану на момент обстеження. Для обробки результатів проводили перекодування помічених хворими цифр і визначали середнє арифметичне (в балах) за активністю, самопочуттям та настроєм. Стан оцінювали як позитивний, якщо кількість балів була від 5 до 7, як негативний — від 1 до 3, якщо хворий обирав 0, то отримував 4 бали. Що вищий бал, то ліпшими були самопочуття, активність та настрої пацієнта. Перевагою цієї методики є можливість її повторного використання з метою оцінки ефективності фармакотерапії [5].

Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін (тест А.М. Вейна) складався з 11 запитань, на які хворі давали відповіді (в балах) шляхом підкреслювання показників. Якщо сума балів була менша за 15, вважали, що у пацієнта немає ознак вегетативних змін. Цю методику також можна використовувати для повторного тестування з метою оцінювання динаміки лікування [3].

Шкала під назвою «Госпітальна шкала тривоги та депресії» призначена для первинного виявлення тривоги та депресії у хворих соматичного стаціонару. Опитувальник складається з 14 запитань: 7 з них визначають рівень тривоги, ще 7 — рівень депресії. Помітки хворих переводили в бальну шкалу. Результати оцінювали так: від 0 до 7 балів включно вважалися за норму, від 8 до 10 балів вказували на субклінічні вияви тривоги і депресії, 11 балів і вище — на клінічно виражену тривогу та депресію [15].

Дослідження виконували у два етапи.

На першому етапі залежно від наявності або відсутності амілазної недостатності хворих розділили на дві групи.

Групу з амілазною недостатністю склали 56 хворих (29 чоловіків та 27 жінок). Середній вік становив $(46,3 \pm 1,6)$ року. Структура гастроентерологічної патології у хворих основної групи була такою: синдром подразненої товстої кишки (СПК) — 20 (35,7%) хворих, хронічний панкреатит (ХП) — 17 (30,4%), пептична виразка дванадцятипалої кишки (ПВДПК) — 3 (5,4%), гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — 6 (10,6%), патологія гепато-біліарної системи — 3 (5,4%), функціональна шлункова диспепсія (ФШД) — 7 (12,5%) хворих (рис. 1).

Групу хворих без амілазної недостатності склали 52 хворі (23 чоловіки та 29 жінок). Середній вік групи становив $(44,1 \pm 1,7)$ року. В структурі гастроентерологічної патології СПК діагностовано у 16 (30,8%)

хворих, ХП — у 16 (30,8%), ПВДПК — у 6 (11,5%), ГЕРХ — у 6 (11,5%), патологію гепато-біліарної системи — у 2 (3,9%), ФШД — у 6 (11,5%) хворих (рис. 2).

Різниця між групами за віком, статтю та нозологією була не вірогідною ($P > 0,05$).

За допомогою t-критерію Стьюдента проведено порівняльний аналіз рівнів самопочуття, активності, настрою, тривоги і депресії та вегетативних порушень між групами. Використовуючи χ^2 , вивчено можливість зв'язку амілазної недостатності з появою у хворих згаданих вище станів.

На другому етапі дослідження вивчали вплив замісної ферментної терапії «Панзинормом форте-Н» на клінічний перебіг хвороб, а також на самопочуття, активність, настрої, виразність тривоги і депресії та наявність вегетативних порушень у хворих з діагностованою амілазною недостатністю.

З цією метою 30 пацієнтам (16 чоловіків та 14 жінок, середній вік $44,2$ року $\pm 3,1$ року) з амілазною недостатністю та психосоматичними порушеннями призначено «Панзинорм форте-Н» у дозі 1 таблетка після їди. Курс лікування становив 1 міс.

З метою виключення безпосереднього впливу «Панзинорму форте-Н» на результати контрольного дослідження стану амілазної недостатності проводили дихальний ^{13}C -амілазний тест та анкетування хворих не раніше ніж через 2 тиж після завершення фармакотерапії «Панзинормом форте-Н».

Контрольні результати дихального ^{13}C -амілазного тесту, а також результати опитування хворих порівнювали із результатами цих пацієнтів до початку фармакотерапії «Панзинормом форте-Н» за t-критерієм Стьюдента.

Результати та їхнє обговорення

Встановлено, що в групі хворих з амілазною недостатністю вірогідно нижчим ($P < 0,05$), ніж у пацієнтів без амілазної недостатності, був бал оцінки активності $(4,3 \pm 0,1)$ проти $(4,7 \pm 0,1)$. За самопочуттям та настроєм групи не відрізнялися одна від одної ($P > 0,05$). Так, в групі з амілазною недостатністю хворі оцінили своє самопочуття в $(4,2 \pm 0,1)$ бала, а настрої — у $4,3 \pm 0,1$, тоді як хворі без амілазної недостатності дали оцінку $(4,5 \pm 0,2)$ і $(4,5 \pm 0,2)$ бала відповідно (рис. 3).

Порівняльна оцінка результатів рівня вегетативних порушень продемонструвала, що у пацієнтів з амілазною недостатністю був вірогідно вищий бал оцінки цих порушень ($P < 0,05$), ніж у пацієнтів без амілазної недостатності $(30,8 \pm 0,8)$ проти $(27,1 \pm 1,3)$.

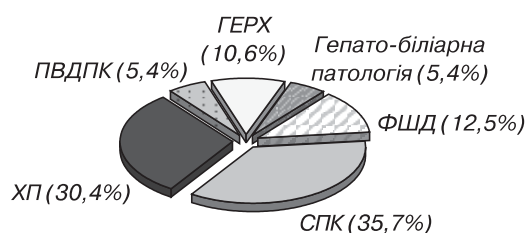


Рис. 1. Структура хворих з патологією травного каналу, у яких діагностовано амілазну недостатність ($n = 56$)

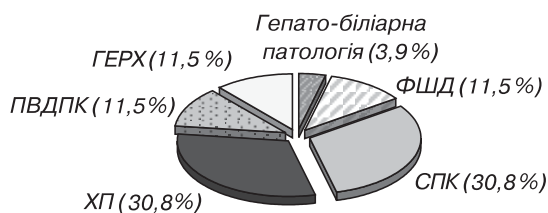


Рис. 2. Структура хворих з патологією травного каналу без ознак амілазної недостатності ($n = 52$)

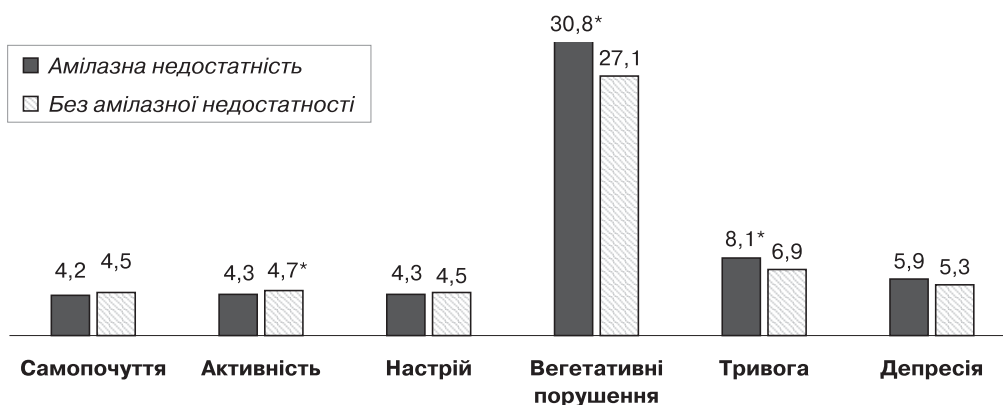


Рис. 3. Результати оцінки самопочуття, активності, настрою, вегетативних порушень, тривоги та депресії у хворих з амілазною недостатністю та без неї, бали

* $P < 0,05$

За результатами аналізу відповідей пацієнтів на запитання опитувальника «Госпітальна шкала тривоги та депресії» виявлено, що ознаки тривоги були вірогідно виразніші у хворих з амілазною недостатністю ($P < 0,05$), ніж у групі пацієнтів без амілазної недостатності, і становили $(8,1 \pm 0,2)$ проти $(6,9 \pm 0,5)$ бала відповідно. Водночас нами не виявлено різниці між групами хворих за ознаками депресії ($P > 0,05$). Середній бал для хворих з амілазною недостатністю становив $5,9 \pm 0,4$, а для хворих без амілазної недостатності — $5,3 \pm 0,3$.

Наступним етапом проаналізовано можливий зв'язок амілазної недостатності з активністю, настроєм і самопочуттям пацієнтів, появою в них тривоги і депресії, а також з виникненням вегетативних порушень шляхом визначення χ^2 .

Було встановлено, що амілазна недостатність у хворих помітно впливає на активність пацієнтів і вегетативні порушення ($P < 0,01$). Для активності χ^2 становив 7,2, для вегетативних порушень — 6,68.

Водночас не виявлено зв'язку амілазної недостатності із самопочуттям, настроєм, тривогою та депресією у хворих (χ^2 становить 2,5; 4,3; 1,9; 0,19 відповідно).

Під час другого етапу дослідження 30 хворим з ознаками амілазної недостатності призначено курс лікування «Панзинормом форте-Н». Аналізуючи результати замісної терапії, встановили, що у хворих, які ввійшли в дослідження, спостерігалася виражена позитивна динаміка з боку клінічних виявів хвороби. Так, якщо до початку лікування здуття живота спостерігалася у 30 (100%) хворих, відчуття переливання та бурчання в животі після їди — у 24 (80%), діарейні розлади — у 28 (93,3%), біль під час пальпації ділянок товстої кишки — у 30 (100%) пацієнтів, то після замісної ферментної терапії «Панзинормом форте-Н» (рис. 4) зауважено зменшення виявів цих симптомів ($P < 0,01$). Так, здуття живота зберігалася тільки у 5 (16,7%) хворих, відчуття переливання та бурчання в животі після їди — у 7 (23,3%), біль під час пальпації ділянок товстої кишки — у 1 (3,3%) пацієнта, а діарейних розладів узагалі не помічено. Крім того, у пацієнтів з амілазною недостатністю без порушення частоти та консистенції випорожнень до початку лікування замісна ферментна терапія «Панзинормом форте-Н» не призводила до закрепю.

За результатами контрольного дихального ^{13}C -амілазного тесту (через 2 тиж після замісної ферментної терапії «Панзинормом форте-Н») ми встановили вірогідне збільшення вмісту $^{13}\text{CO}_2$ у видихнутому повітрі ($P < 0,001$). Так, якщо до початку замісної терапії рівень $^{13}\text{CO}_2$ становив $(5,1 \pm 0,5) \%$, то після її завершення він зріс до $(10,5 \pm 0,9) \%$.

Загалом під час повторного ^{13}C -амілазного тесту констатовано, що через 2 тиж після завершення замісної ферментної терапії нормалізувалися показники концентрації $^{13}\text{CO}_2$ у видихнутому повітрі у 14 (46,7%) хворих, а ще у 6 (20%) пацієнтів вони наблизилися до норми.

Крім нормалізації клінічних виявів захворювання та відновлення амілазної активності травного каналу після завершення замісної ферментної терапії «Панзинормом форте-Н» спостерігалася позитивна динаміка з боку самопочуття, активності, настрою, виявів тривоги і депресії та вегетативних порушень (рис. 5).

Зокрема, якщо оцінка рівнів самопочуття, активності і настрою до початку прийому «Панзинорму форте-Н» становила $(3,9 \pm 0,2)$, $(4,0 \pm 0,3)$ та $(4,1 \pm 0,3)$ бала, то після його завершення пацієнти

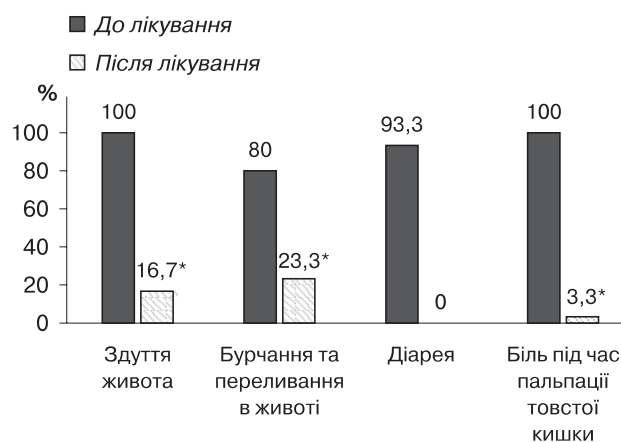


Рис. 4. Динаміка клінічних виявів у хворих з амілазною недостатністю після замісної фармако-терапії «Панзинормом форте-Н» ($n = 30$)

* $P < 0,05$

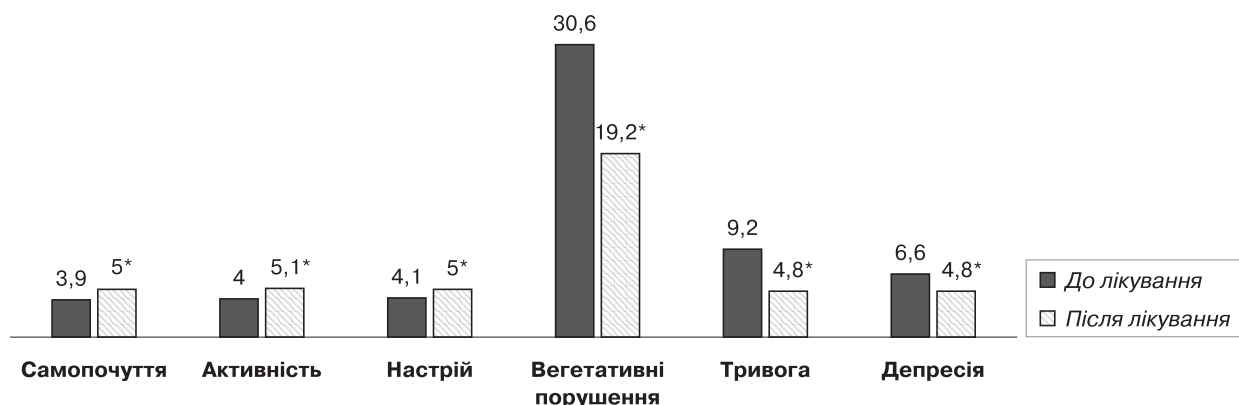


Рис. 5. Динаміка самопочуття, активності, настрою, вегетативних порушень, тривоги та депресії у хворих з амілазною недостатністю після замісної фармакотерапії «Панзинормом форте-Н» ($n = 30$), бали
* $P < 0,05$

збільшили ($P < 0,001$) оцінку свого самопочуття, активності і настрою до ($5,0 \pm 0,2$), ($5,1 \pm 0,2$) та ($5,0 \pm 0,1$) бала відповідно (див. рис. 5).

Крім того, після завершення замісної ферментної терапії «Панзинормом форте-Н» спостерігалось вірогідне зменшення рівнів тривоги та депресії ($P < 0,001$). Так, якщо до початку прийому «Панзинорму форте-Н» становив ($9,2 \pm 0,8$) і ($6,6 \pm 0,6$) бала, то по завершенні лікування його оцінка була зменшена хворими до ($4,8 \pm 0,5$) та ($4,8 \pm 0,5$) бала відповідно (див. рис. 5).

Після завершення лікування «Панзинормом форте-Н» у хворих з амілазною недостатністю спостерігалась позитивна динаміка з боку вегетативних порушень ($P < 0,001$). Якщо до початку замісної терапії «Панзинормом форте-Н» рівень вегетативних порушень, за тестом Вейна, становив ($30,6 \pm 3,3$) бала, то по завершенні лікування оцінка пацієнтами свого стану зменшилася до ($19,2 \pm 2,8$) бала (див. рис. 5).

Таким чином, хворі з амілазною недостатністю скаржаться не тільки на розлади з боку травного каналу, а й на порушення самопочуття, активності, настрою, помічено вияви тривоги і депресії, вегетативні порушення.

Крім того, встановлено зв'язок амілазної недостатності з рівнем активності хворих і наявністю вегетативних порушень.

Замісна ферментна терапія препаратом «Панзинорм форте-Н» позитивно впливає як на клінічний перебіг хвороби, так і на психічний стан хворих з амілазною недостатністю.

Окремо слід сказати про помічений нами «феномен відновлення» амілазної активності травного каналу після місячного курсу замісної терапії «Панзинормом форте-Н».

Висновки

У групі хворих з амілазною недостатністю порівняно із хворими без неї були значно нижчими бали оцінки активності ($P < 0,05$) і вірогідно вищими бали оцінки рівня вегетативних порушень та тривоги ($P < 0,05$).

Встановлено можливість зв'язку амілазної недостатності з активністю пацієнтів ($\chi^2 = 7,2$) та вегетативними порушеннями ($\chi^2 = 6,68$).

Прийом «Панзинорму форте-Н» протягом 1 міс сприяє повному відновленню амілазної активності у 46,7% хворих з амілазною недостатністю.

Нормалізація амілазної активності за допомогою «Панзинорм форте-Н» сприяє не тільки поліпшенню клінічного перебігу хвороби, а й вірогідно підвищує психічний статус хворих ($P < 0,001$).

«Панзинорм форте-Н» можна використовувати як препарат вибору для замісної фармакотерапії при амілазній недостатності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях // Психiatr. и психофармакотерап.— 2002.— № 4 (1).— С. 16—22.
2. Бабак О.Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способ их коррекции // Сучасна гастроентерол.— 2003.— № 2.— С. 65—67.
3. Вейн А.М. и др. Вегетативные расстройства, клиника, диагностика, лечение.— М.: Медицина, 1998.— 240 с.
4. Губергриц Н.Б., Титиевский С.В., Дрид Наим. Коррекция психосоматических нарушений при хроническом панкреатите // Сучасна гастроентерол.— 2003.— № 3 (13).— С. 87—92.
5. Карелин А.А. Психологические тесты.— М.: Владос, 2003.— Т. 1.— 312 с.
6. Кендзерская Т.Б., Христинич Т.М. Психосоматические аспекты течения заболеваний желудочно-кишечного тракта // Сучасна гастроентерол.— 2007.— № 2 (34).— С. 44—50.

7. Палій І.Г., Півторак Н.А. Возможности коррекции вегетативной дисфункции у хворих із синдромом роз'ятраженого кишечника // Вісн. ВДМУ.— 2003.— № 2 (2).— С. 731—732.

8. Пилягина Г.Я. Психические расстройства в общетерапевтической практике // Doctor.— 2002.— № 6.— С. 17—21.

9. Швець Н.І., Мельник І.І., Бенца Т.М. Соматизовані та соматичні депресії в практиці лікаря-інтерніста // Мистецтво лікування.— 2006.— № 6.— С. 67—73.

10. Щербиніна М.Б., Будзак І.Я., Мамчур О.Й., Шустерман Т.Й. Діагностика та лікування маскованої депресії в практиці гастроентеролога // Сучасна гастроентерол.— 2004.— № 5 (19).— С. 10—14.

11. Carney R.M., Blumenthal J.A., Stein P.K. et al. Depression, heart rate variability and acute myocardial infarction // Circulation.— 2001.— N 104.— P. 2024—2028.

12. Lesperance F., Frasure Smith N., Juneau M., Theroux P. Depression and 1-Year Prognosis in Unstable Angina // Arch. Intern. Med.— 2000.— N 160.— P. 1354—1360.

13. *Musselman D.L., Tomer A., Manatunga A.K.* Exaggerated platelet reactivity in major depression // *Am. J. Psych.*— 1996.— N 153.— P. 1313—1317.

14. *Wetzel K., Fischer H.* ¹³C-Breath Tests in Medical Research

and Clinical Diagnosis // *Fischer ANalysen Instrumente GmbH (FAN).*— Leipzig, 2001.— P. 51.

15. *Zigmound A.S., Snaith R.P.* The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.*— 1983.— N 67.— P. 361—370.

АМИЛАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА. ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ С ПОМОЩЬЮ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ

И.Г. Палий, С.В. Заика, Н.М. Миршук

Проанализированы результаты определения влияния амилазной недостаточности на психическое состояние больных с патологией пищеварительного канала. Наблюдали за больными с разнообразной патологией пищеварительного канала, используя три опросника. Полученные результаты демонстрируют, что амилазная недостаточность может приводить к изменениям активности, вегетативным нарушениям и тревоге. Прием «Панзинорма форте-Н» на протяжении 1 мес способствует полному восстановлению амилазной активности у 46,7% больных с амилазной недостаточностью. Нормализация амилазной активности сопровождается улучшением не только клинического течения болезни, а и психическим статусом больных.

AMYLASE INSUFFICIENCY AND THE MENTAL STATUS OF PATIENTS WITH DIGESTIVE TRACT PATHOLOGY. POSSIBILITIES OF CORRECTION WITH SUBSTITUTIVE ENZYME THERAPY

I.G. Paliy, S.V. Zaika, N.M. Myrshuk

The analysis has been made for the effects of amylase insufficiency on the mental status of patients with digestive tract pathologies. The observations were held on subjected with different digestive tract pathologies with the use of 3 questionnaires. The result obtained show that amylase insufficiency can result in the changes in patients' activity, vegetative disturbances and symptoms of anxiety. The administration of Panzinorm forte-H for over one promoted the complete restoration of amylase activity in 46.7% of patients with amylase insufficiency. The normalization of amylase activity was accompanied by the improvement of not only the disease clinical course, but also mental status of patients.