

Влияние амилазной недостаточности на психическое состояние больных с патологией желудочно-кишечного тракта и возможность проведения коррекции с помощью заместительной ферментной терапии

И.Г. ПАЛИЙ, д. мед. н., профессор, С.В. ЗАЙКА, к. мед. н., Н.М. МИРШУК

/Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра поликлинической терапии и семейной медицины/

Ключевые слова: амилазная недостаточность, психосоматические расстройства, заболевания органов пищеварения, опрос, Панзинорм форте-Н

Введение

Психосоматические состояния, встречающиеся в гастроэнтерологической клинике, представляют в настоящее время актуальную проблему [1, 10]. При заболеваниях органов пищеварения вторичные психопатологические проявления отсутствуют лишь у 10,3% больных. Отдельные фрагментарные астенические нарушения отмечаются у 22,1% пациентов, а у 67,3% имеют место более сложные психопатологические состояния [7, 8, 10]. В частности, разнообразные нарушения в психической сфере регистрируются у 54–100% больных язвенной болезнью [2]. Значительная выраженность психосоматических нарушений отмечается при хроническом панкреатите [4, 6]. Клиническая картина у таких больных определяется, наряду с особенностями гастроэнтерологической симптоматики, склонностью к многолетнему, торпидному течению с тенденцией к вовлечению в патологический процесс всей пищеварительной системы и значительному снижению работоспособности пациентов.

В то же время, известно, что, кроме поведенческих механизмов, объясняющих влияние, например, депрессии на соматическое заболевание, имеют значение и метаболические нарушения. Это позволило М. Georgi предложить сывороточный холестеринотест для диагностики эндогенной депрессии при наличии гиперхолестеринемии. В настоящее время установлено также, что у депрессивных больных выявляются прокоагуляционные тенденции, диабетоподобные реакции, повышение уровня факторов неспецифического воспаления [11–13]. Существуют сообщения о том, что примерно у 80% пациентов, страдающих депрессией, обнаруживают низкую активность амилазы поджелудочной железы [9].

Поэтому основным заданием нашей работы было изучение возможного влияния амилазной недостаточности на самочувствие, активность, настроение, тревожность и депрессию, а также наличие вегетативных нарушений у больных с патологией органов пищеварения.

Цель работы – изучить влияние заместительной терапии **Панзинормом форте-Н** на самочувствие, активность, настроение, тревожность и депрессию, а также вегетативные нарушения у больных с амилазной недостаточностью.

Материалы и методы исследования

В клиничко-диагностической гастроэнтерологической лаборатории Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова с помощью дыхательного ¹³C-амилазного теста нами обследовано 108 больных с патологией органов пищеварения.

Основные симптомы, при наличии которых больные направлялись для выявления амилазной недостаточности, были следующими: метеоризм, ощущение переливания

и урчания в животе, диарейные расстройства и запоры, дефицит массы тела или ожирение, боль при пальпации участков толстой кишки.

Дыхательный ¹³C-амилазный тест проводили на инфракрасном анализаторе IRIS производства фирмы Wagner (Германия) по методике, рекомендуемой для определения амилазной недостаточности [14].

Проведена суммарная оценка полученных результатов. Если сумма составляла 10% и более, это свидетельствовало об отсутствии амилазной недостаточности. Суммарный результат < 10% означал наличие амилазной недостаточности у больного [14].

Также проводился опрос пациентов с целью изучения их самочувствия, активности, настроения, выявления уровня тревожности и депрессии, вегетативных нарушений. При этом больные отвечали на вопросы 3-х анкет.

Опросник «САН» использовался нами для оценки самочувствия, активности и настроения обследуемых больных. Суть заключалась в том, что пациент определял свое состояние по ряду признаков в многоуровневой шкале. Позитивные состояния оценивались в 5–7 баллов, негативные – в 1–3 балла; если больной избирал 0, то получал 4 балла. Чем выше балл, тем лучшими были самочувствие, активность и настроение пациента. Преимуществом этой методики является возможность ее повторного использования с целью оценки эффек-

тивности проведенной фармакотерапии [5].

Опросник для выявления признаков вегетативных изменений (тест А.М. Вейна) содержал 11 вопросов. Если сумма баллов была меньше 15, это оценивалось нами как отсутствие у пациента признаков вегетативных изменений. Данную методику также можно использовать для повторного проведения тестирования с целью оценки динамики лечения [3].

«Госпитальная шкала тревоги и депрессии» предназначена для первичного выявления уровня тревожности и депрессии у больных соматического стационара. Опросник состоит из 14 вопросов: 7 из них определяют уровень тревожности, остальные 7 отображают уровень депрессии. Отмеченные больным ответы переводились нами в балльную шкалу. Результаты оценивали следующим образом: показатели от 0 до 7 баллов включительно считались нормальными, оценка 8–10 баллов указывала на субклинические проявления тревоги и депрессии, 11 баллов и выше свидетельствовали о клинически выраженных тревожности и депрессии [15].

Исследование выполняли в два этапа. На первом этапе, в зависимости от наличия или отсутствия амилазной недостаточности, больные были разделены на две группы.

В группу с амилазной недостаточностью (основную) вошли 56 больных (29 мужчин и 27 женщин), средний возраст – 46,3±1,6 года. Структура гастроэнтерологической патологии у больных основной группы была следующей: синдром раздраженной толстой кишки (СРК) – 20 (35,7%) больных, хронический панкреатит (ХП) – 17 (30,4%), пептическая язва двенадцатиперстной кишки (ПЯДПК) – 3 (5,4%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – 6 (10,6%), патология гепато-билиарной системы – 3 (5,4%), функциональная желудочная диспепсия (ФЖД) – 7 (12,5%) больных (рис. 1).

Группу больных без амилазной недостаточности составили 52 пациента (23 мужчины и 29 женщин). Средний возраст обследуемых составлял 44,1±1,7 года. Среди них СРК диагностирован у 16 (30,8%) больных, ХП – у 16 (30,8%), ПЯДПК – у 6 (11,5%), ГЭРБ – у 6 (11,5%), патология гепато-билиарной системы – у 2 (3,9%), ФЖД – у 6 (11,5%) пациентов (рис. 2).

Разница между группами по возрасту, полу и нозологиям была недостоверной ($p > 0,05$).

С помощью t-критерия Стьюдента нами был проведен сравнительный анализ уровней самочувствия, активности, настроения, тревожности, депрессии и вегетативных нарушений в обследованных группах. С использованием критерия χ^2 изучена возможность влияния амилазной недостаточности на возникновение у больных упомянутых выше состояний.

На втором этапе исследования нами изучено влияние заместительной ферментной терапии **Панзинормом форте-Н** на клинический ход заболевания, а также на самочувствие, активность, настроение, выраженность тревоги и депрессии, наличие вегетативных нарушений у больных с диагностированной амилазной недостаточностью.

Для этого 30 пациентам (16 мужчин и 14 женщин, средний возраст 44,2±3,1 года) с амилазной недостаточностью и обнаруженными психосоматическими нарушениями назначили **Панзинорм форте-Н** – по 1 таблетке после каждого приема пищи. Курс лечения составил 1 месяц.

С целью исключения непосредственного влияния препарата на результаты контрольного исследования состояния амилазной недостаточности дыхательный ^{13}C -амилазный тест и анкетирование больных проводили не ранее чем через 2 недели после завершения фармакотерапии **Панзинормом форте-Н**.

Полученные результаты дыхательного ^{13}C -амилазного теста, а также результаты опроса больных сравнивали с соответствующими результатами до начала фармакотерапии **Панзинормом форте-Н** по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Анализируя результаты ответов на психологический тест «САН», мы установили, что в группе больных с амилазной недостаточностью достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у пациентов без таковой была оценка активности (4,3±0,1 против 4,7±0,1 балла). По самочувствию и настроению группы не отличались одна от другой ($p > 0,05$). Так, в группе с амилазной недостаточностью больные оценили свое самочувствие на 4,2±0,1 балла, а настроение – на 4,3±0,1 балла, тогда как больные без амилазной недостаточности дали оценку 4,5±0,2 и 4,5±0,2 балла соответственно (рис. 3).

Сравнительная оценка результатов определения уровня вегетативных нарушений продемонстрировала (см. рис. 3), что у пациентов с амилазной недостаточностью она была достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных без таковой (30,8±0,8 против 27,1±1,3 балла).

По результатам анализа ответов пациентов на вопросы опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» обнаружено, что признаки тревоги были достоверно более выражены у больных с амилазной недостаточностью (8,1±0,2 против 6,9±0,5 балла, $p < 0,05$). В то же время, не было обнаружено различий между группами больных по признакам депрессии ($p > 0,05$). Средний балл для больных с амилазной недостаточностью составил 5,9±0,4 против 5,3±0,4 (см. рис. 3).

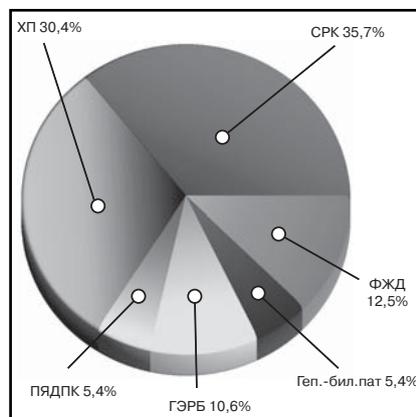


Рис. 1. Структура патологии желудочно-кишечного тракта среди больных с наличием амилазной недостаточности (n=56)

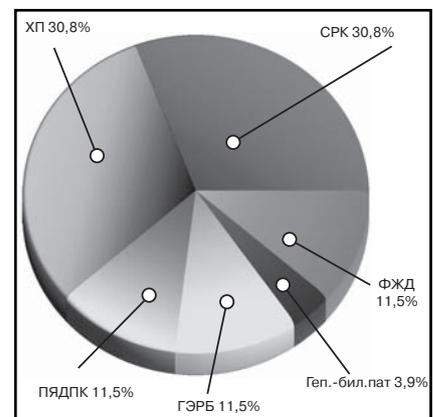


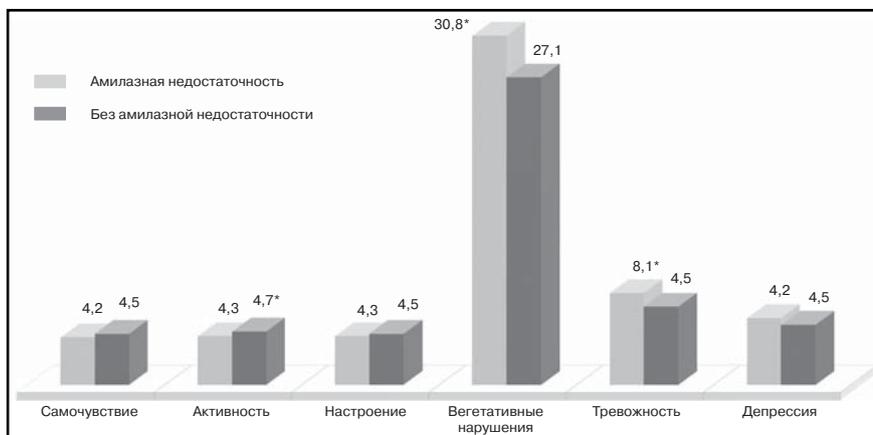
Рис. 2. Структура патологии желудочно-кишечного тракта среди больных без признаков амилазной недостаточности (n=52)

На следующем этапе был проведен анализ возможного влияния амилазной недостаточности на активность, настроение и самочувствие пациентов, возникновение у них проявлений тревоги и депрессии, а также вегетативных нарушений путем определения χ^2 .

Было установлено, что амилазная недостаточность у больных достоверно влияет на их активность, наличия вегетативных нарушений ($p < 0,01$). Для активности χ^2 составил 7,2, для вегетативных нарушений – 6,68.

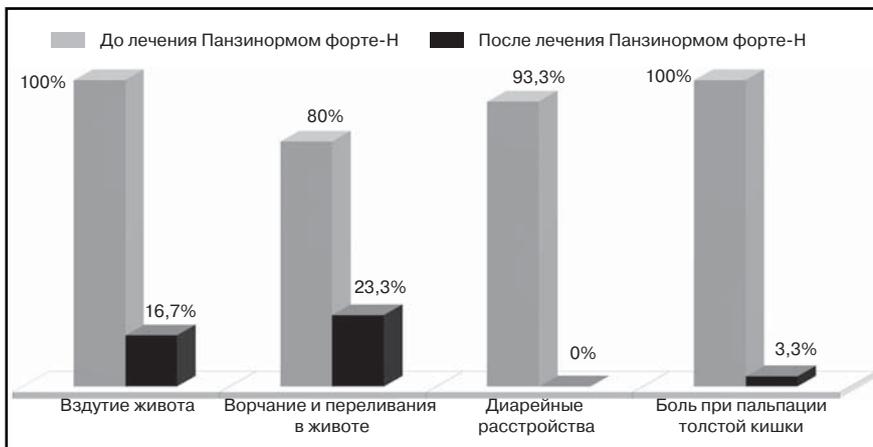
В то же время, нами не обнаружено влияния амилазной недостаточности на самочувствие, настроение, тревогу и депрессию у больных (χ^2 составил 2,5; 4,3; 1,9; 0,19 соответственно).

У больных с признаками амилазной недостаточности, которым на втором этапе исследования был назначен курс лечения препаратом **Панзинорм форте-Н**, наблюдалась выраженная позитивная динамика снижения клинических проявлений заболевания. Так, до начала лечения вздутие живота отмечалось у всех 30 пациентов, ощущения переливания и урчания в животе после приема еды – у 24 (80%), диарейные расстройства – у 28 (93,3%), боль при пальпации участков толстой кишки – у 30 (100%) больных, а после проведения заместительной ферментной терапии препаратом **Панзинорм форте-Н** наблюдалось достоверное уменьшение проявлений этих симптомов ($p < 0,01$, рис. 4). У пациентов с амилазной недостаточностью без нарушения частоты и консистенции стула до начала лечения заместительная ферментная терапия **Панзинормом форте-Н** не приводила к возникновению запоров.



* – $p < 0,05$.

Рис. 3. Результаты оценки самочувствия, активности, настроения, вегетативных нарушений, тревожности и депрессии больными с амилазной недостаточностью и без нее



* – $p < 0,01$.

Рис. 4. Клинические проявления у больных с амилазной недостаточностью до и после заместительной фармакотерапии Панзинормом форте-Н (n=30)

По результатам дыхательного ^{13}C -амилазного теста, проведенного через 2 недели после завершения заместительной ферментной терапии **Панзинормом форте-Н**, мы установили достоверное увеличение доли $^{13}\text{CO}_2$ в выдыхаемом воздухе ($p < 0,001$). Так, если до начала проведения заместительной терапии уровень $^{13}\text{CO}_2$ составлял $5,1 \pm 0,5\%$, то после ее завершения – $10,5 \pm 0,9\%$, что свидетельствует о восстановлении амилазной активности.

В целом, во время проведения повторного ^{13}C -амилазного теста констатировано, что через 2 недели после завершения заместительной ферментной терапии нормализация показателей концентрации $^{13}\text{CO}_2$ в выдыхаемом воздухе произошла у 14 (46,7%) больных, а еще у 6 (20%) пациентов эти показатели приближались к норме.

Кроме ослабления клинических проявлений заболевания и возобновления амилазной активности после завершения заместительной ферментной терапии **Панзинормом форте-Н** нами отмечена позитивная динамика самочувствия, активности, настроения, снижение проявлений тревоги и депрессии, вегетативных нарушений (рис. 5).

В частности, если оценка уровней самочувствия, активности и настроения до начала приема **Панзинорма форте-Н** составляла $3,9 \pm 0,2$; $4,0 \pm 0,3$; $4,1 \pm 0,3$ балла соответственно, то после завершения заместительной ферментной терапии препаратом пациенты достоверно увеличили ($p < 0,001$) оценку в баллах своего самочувствия, активности и настроения до $5,0 \pm 0,2$; $5,1 \pm 0,2$; $5,0 \pm 0,1$ балла соответственно (см. рис. 5).

У больных также наблюдалось достоверное уменьшение уровней тревожности и депрессии ($p < 0,001$). Так, если уровни тревожности и депрессии до начала приема **Панзинорма форте-Н** составляли $9,2 \pm 0,8$ и $6,6 \pm 0,6$ балла, то после завершения лечения оценка этих клинических проявлений больными уменьшилась до $4,8 \pm 0,5$ и $4,8 \pm 0,5$ балла соответственно (см. рис. 5).

Кроме того, наблюдалась позитивная динамика со стороны вегетативных нарушений ($p < 0,001$). Если к началу заместительной терапии **Панзинормом форте-Н** уровень вегетативных нарушений по тесту Вейна составлял $30,6 \pm 3,3$ балла, то после ее завершения пациенты оце-

нивали этот уровень в $19,2 \pm 2,8$ балла (см. рис. 5).

Таким образом, установлено, что у больных с амилазной недостаточностью не только имеются жалобы на состояние желудочно-кишечного тракта, но и констатированы нарушения самочувствия, активности, настроения, отмечены проявления тревоги и депрессии, вегетативные нарушения.

Заместительная ферментная терапия препаратом **Панзинорм форте-Н** положительно влияет как на клиническое течение заболевания, так и на психическое состояние больных с амилазной недостаточностью.

Отдельно следует подчеркнуть отмеченный нами «феномен возобновления» амилазной активности после месячного курса заместительной ферментной терапии **Панзинормом форте-Н**.

Выводы

1. В группе больных с амилазной недостаточностью по сравнению с больными без таковой достоверно ниже оценка активности ($p < 0,05$) и достоверно выше оценка уровня вегетативных нарушений и тревожности ($p < 0,05$).

2. Установлено возможное влияние амилазной недостаточности на активность пациентов ($\chi^2 = 7,2$) и наличие вегетативных нарушений у них ($\chi^2 = 6,68$).

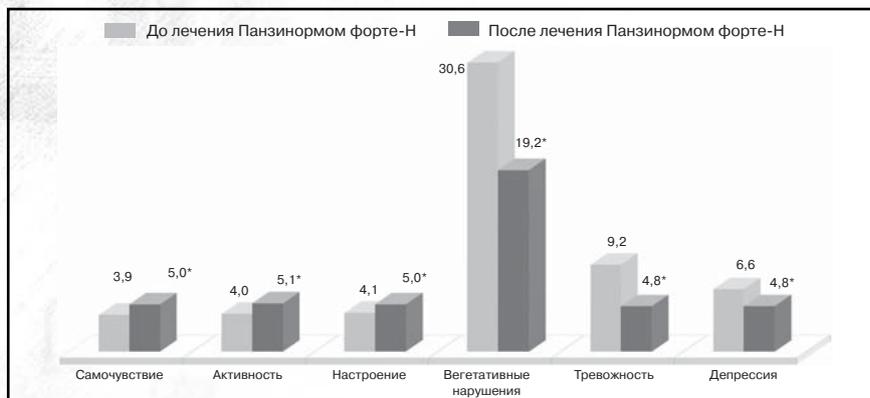
3. Прием **Панзинорма форте-Н** в течение 1 месяца приводил к полному возобновлению амилазной активности у 46,7% больных.

4. Нормализация амилазной активности с помощью **Панзинорма форте-Н** улучшает не только течение заболевания, но также достоверно улучшает психический статус больных ($p < 0,001$).

5. **Панзинорм форте-Н** может использоваться в качестве препарата выбора для заместительной фармакотерапии амилазной недостаточности.

Литература

- Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – №4 (1). – С. 16–22.
- Бабак О.Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способ их коррекции // Сучасна гастроентерол. – 2003. – №2. – С. 65–67.
- Вейн А.М. и др. Вегетативные расстройства, клиника, диагностика, лечение. – М.: Медицина, 1998. – 240 с.



* – $p < 0,001$.

Рис. 5. Оценка самочувствия, активности, настроения, вегетативных нарушений, тревожности и депрессии у больных с амилазной недостаточностью до и после заместительной фармакотерапии Панзинормом форте-Н (n=30)

- Губергриц Н.Б., Титиевский С.В., Дрид Наим. Коррекция психосоматических нарушений при хроническом панкреатите // Сучасна гастроентерол. – 2003. – №3(13). – С. 87–92.
- Карелин А.А. Психологические тесты. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2003. – Т.1. – 312 с.
- Кендзерская Т.Б., Христинич Т.М. Психосоматические аспекты течения заболеваний желудочно-кишечного тракта панкреатите // Сучасна гастроентерол. – 2007. – №2 (34). – С. 44–50.
- Палій І.Г., Півторак Н.А. Можливості корекції вегетативної дисфункції у хворих із синдромом роз'ятраженого кишечника // Вісн. ВДМУ. – 2003. – №2 (2). – С. 731–732.
- Пилягина Г.Я. Психические расстройства в общетерапевтической практике // Доктор. – 2002. – №6. – С. 17–21.
- Швец Н.І., Мельник І.І., Бенца Т.М. Соматизовані та соматичні депресії в практиці лікаря-інтерніста // Мистецтво лікування. – 2006. – №6. – С. 67–73.
- 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.
- Carney R.M., Blumenthal J.A., Stein P.K. et al. Depression, heart rate variability and acute myocardial infarction // Circ. – 2001. – V.104. – P. 2024–2028.
- Lesperance F., Frasere S.N., Juneau M., Theroux P. Depression and 1-Year Prognosis in Unstable Angina // Arch. Intern. Med. – 2000. – V.160. – P. 1354–1360.
- Musselman D.L., Tomer A., Manatunga A.K. Exaggerated platelet reactivity in major depression // Am. J. Psych. – 1996. – V.153. – P. 1313–1317.
- Wetzel K., Fischer H. 13C-Breath Tests in Medical Research and Clinical Diagnosis // Fischer Analysen Instrumente GmbH (FAN). – Leipzig, 2001. – 51 p.
- Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – V.67. – P. 361–370.

Резюме

Вплив амілазної недостатності на психічний стан хворих із патологією шлунково-кишкового тракту та можливість проведення корекції за допомогою замісної ферментної терапії

І.Г. Палій, С.В. Заїка, Н.М. Міршук

Проаналізовано результати визначення впливу амілазної недостатності на психічний стан хворих із патологією шлунково-кишкового тракту. Під спостереженням перебували хворі з різною патологією шлунково-кишкового тракту, яких було опитано за допомогою 3 питувальників. Отримані дані свідчать, що амілазна недостатність може призводити до змін активності, появи вегетативних порушень і тривожності. Приймання Панзинорму форте-Н впродовж 1 місяця приводить до цілковитого відновлення амілазної активності у 46,7% хворих. Її нормалізація не лише зменшує клінічні прояви захворювання, але й поліпшує психічний статус пацієнтів.

Ключові слова: амілазна недостатність, психосоматичні розлади, захворювання органів травлення, опитування, Панзинорм форте-Н

Summary

Amylolytic Enzyme Insufficiency Effect on Mental Status of Patients with Gastrointestinal Pathology, and Limitations for Enzymatic Substitution Therapy

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

The research analyzes the results of amylolytic enzyme insufficiency effect on mental status of patients with gastrointestinal pathology. Three questionnaires had been applied to observe the patients. The results show that amylolytic enzyme insufficiency may cause the activity changes, autonomic disorders and anxiety state. The adoption of Panzynorm Forte-N during 1 month period has caused full regeneration of amylolytic activity in 46.7% of cases. As a result, clinical presentation of the disease has been diminished, and psychological status of the patients has been improved significantly.

Key words: amylolytic enzyme insufficiency, psychosomatic disorders, digestive apparatus diseases, surveys, Panzynorm Forte-N