

является мощным провоцирующим фактором активизации ИМВП, в послеоперационном периоде необходи-

мо использовать антибактериальные и нестероидные противовоспалительные препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Балан В.Е.* Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 43 с.
2. *Дьяков В.В., Годунов Б.Н., Гвоздев М.Ю.* Использование эстриола при подготовке больных к влагалищным операциям // Фарматека. – 2002. – Т. 61. №10. – С.56-60.
3. Клиническая иммунология / Под ред. Е.И.Соколова. – М.: Медицина, 1998. – С.24-36.
4. *Кулаков В.И., Адамян Л.В., Сашин Б.Е.* Лапароскопия в хирургической коррекции недержания мочи // Эндоскопия в гинекологии. / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.: Пантори, 2000. – С.315-333.
5. *Кулаков В.И., Прилепская В.Н. и др.* Лечение урогенитальных нарушений у женщин в постменопаузе // Акушерство и гинекология. – 1997. – №2. – С.11-14.
6. *Лопаткин Н.А., Деревянко И.И., Нефёдова Л.А.* Этиологическая структура и лечение инфекционно-воспалительных осложнений в урологической практике // Пленум правления Российского общества урологов: Тезисы докладов. – Киров, 2000. – С.5-29.
7. *Перепанова Т.С., Кудрявцев Ю.В., Хазан П.Л.* Лапароскопическая кольпосуспензия по Берчу при рецидивирующем стрессовом недержании мочи // Consilium medicum. Урология. – 2002. – Прил. – С.5-9.
8. *Пушкарь Д.Ю.* Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1996. – 42 с.
9. *Пытель А.Я., Голигорский С.Д.* Избранные главы нефрологии и урологии. – М.: Медицина, 1968. – Т. 1. – С.163-227.
10. *Славутская О.С.* Результаты хирургического лечения недержания мочи при напряжении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 24 с.
11. *Страчунский Л.С., Рафальский В.В.* Клиническое значение и антибактериальная терапия острых циститов. // Клиническая антимикробная химиотерапия. – 1999. – Т. 1. №3. – С.84-90.
12. Цитокины, интерлейкины, монокины и лимфокины. Значение в регуляции иммунного ответа и межсистемных взаимодействий: Метод. рекомендации для врачей всех специальностей, ординаторов и интернов / Под ред. А.А. Коростылёва. – Кемерово, 2003. – 74 с.
13. *Bilo H.J.G., Lock M.T.W.T.* Urinary tract infections // Mod Med. – 1999. – Vol. 5. – P.298-304.
14. *Katz Y.J., Bourdo S.R., Moore R.S.* New techniques for correction of pelvic organ prolapse perigee // Lancet. – 1962. – Vol. 1. – P.1140-1143.
15. *Stenberg A., Heimer G., Ulsmten U.* The prevalence of urogenital symptoms in postmenopausal women // Maturitas. – 1995. – Vol. 22. – P.17-22.

Информация об авторах: 630099, г. Новосибирск-99, Красный проспект, 52, тел. (383) 232-13-80, e-mail: docgorin@mail.ru, Горин Виктор Сергеевич – д.м.н., профессор кафедры; Кондранина Татьяна Геннадьевна – к.м.н., заведующая отделением, докторант; Карманов Олег Геннадьевич – к.м.н., врач акушер-гинеколог; Рыбников Сергей Валерьевич – д.м.н., заведующий отделением.

© ХАРЛАМОВА Н.В., ЧАША Т.В., КУЗЬМЕНКО Г.Н., ПОПОВА И.Г., ФИЛИППОВ С.Э. – 2011
УДК 616-018.74-07-053.31

ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Наталья Валерьевна Харламова, Татьяна Валентиновна Чаша, Галина Николаевна Кузьменко, Ирина Геннадьевна Попова, Станислав Эдуардович Филиппов

(Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова, директор – д.м.н. А.И. Малышкина, отдел неонатологии и клинической неврологии детского возраста, руководитель – д.м.н., проф. Т.В. Чаша)

Резюме. Проведено обследование 115 новорожденных детей, основную группу наблюдения составили 90 доношенных новорожденных, находящихся в критическом состоянии, контрольную группу составили 25 соматически здоровых доношенных новорожденных. Новорожденные в критическом состоянии были разделены на 2 подгруппы в зависимости от агрессивности проводимой терапии, оцениваемой по шкале NTISS. Анализ биохимических и лабораторных показателей, отражающих функцию эндотелия, показал различия в показателях в зависимости от состояния новорожденного и от агрессивности проводимой терапии в ОРИТН: чем больше терапевтических вмешательств и интенсивнее терапия новорожденного, тем выше в крови содержание нитритов и десквамированных эндотелиоцитов и ниже уровень васкуло-эндотелиального фактора роста.

Ключевые слова: новорожденные, шкала NTISS, дисфункция эндотелия.

SOME PARAMETERS OF ENDOTHELIAL FUNCTION IN NEONATES WITH CRITICAL CONDITIONS

N.V. Kharlamova, T.V. Chasha, G.N. Kuzmenko, I.G. Popova, S.E. Filippov
(Ivanovo Research Institute of Motherhood and Childhood named after V.N. Gorodkov)

Summary. The authors examined 110 newborns, the basic observation group amounted to 90 full-term infants, finding in critical condition, the control group consisted of 25 somatically healthy full-term newborns. Newborns in the critical state were divided into 2 subgroups depending on the aggressiveness of the therapy, as measured on the scale NTISS. Analysis of biochemical and laboratory parameters reflecting the endothelial function showed significant differences in indices depending on the state of the newborn and the aggressiveness of the therapy: the higher the therapeutic interventions and newborn intensive care, the higher the blood content of nitrites and desquamated endothelial cells and lower the levels of vasculitis-endothelial growth factor.

Key words: newborns, scale NTISS, endothelial function.

Функциональное состояние эндотелия сосудов играет важную роль в поддержании гомеостаза организма. Эндотелий модулирует все функции сосудов, в частности, сосудистый тонус, гемостаз, транспорт липидов, иммунологическую реактивность и др. Его можно

рассматривать как нейроэндокринный орган, основная роль которого заключается в обеспечении адекватности кровотока потребностям тканей. Кроме того, в эндотелии вырабатывается ряд веществ, обладающих сосудосуживающим и прокоагулянтным действием, а также

факторы, оказывающие сосудорасширяющий и антикоагулянтный эффекты. В норме между этими группами факторов существует динамическое равновесие [2,4,5].

Под действием повреждающих факторов, в частности, гипоксии, происходит нарушение функционирования эндотелия, сопровождающееся изменением биохимических показателей, и, как следствие, развитием патологии со стороны органов и систем. Кроме того, нарушение функции эндотелия возникает и при механических повреждениях сосудистой стенки, в частности при проведении лечебно-диагностических манипуляций.

Поэтому мы рассмотрели лабораторно-биохимические показатели крови, отражающие функциональное состояние эндотелия, в зависимости от агрессивности терапевтических вмешательств, количественную оценку которых проводили по шкале NTISS.

Цель исследования – установить связь функционального состояния эндотелия сосудов у новорожденных, находящихся в критическом состоянии, с агрессивностью их терапии в неонатальном периоде.

Материалы и методы

Обследовано 115 детей в раннем неонатальном периоде. Основную группу наблюдения составили 90 доношенных новорожденных, находящихся в критическом состоянии и получающих лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) (1 группа). Контрольную группу составили 25 соматически здоровых доношенных новорожденных (2 группа). Критериями исключения являлись недоношенность, наличие у ребенка врожденного порока сердца и крупных сосудов, кардита, эндокринных и генетически обусловленных заболеваний.

Во время пребывания новорожденных в ОРИТН им проводился динамический клинический, инструментальный и лабораторный мониторинг, являющийся общепринятым для неонатальной реанимации и интенсивной терапии. Кроме того, на 4 или 5 день жизни их состояние оценивалось по шкале NTISS (Neonatal Therapeutic intervention Scoring System – неонатальная шкала оценки агрессивности терапевтического вмешательства). Шкала NTISS представляет собой таблицу с перечнем различных терапевтических манипуляций и лекарственных препаратов, используемых у новорожденных детей в ОРИТН, оценивающих в баллах, которые впоследствии суммируются, что позволяет разделить больных на классы, чем выше класс, тем терапия считается более агрессивной [8]. По шкале NTISS учитываются такие факторы, как интубация трахеи, механическая вентиляция легких с мышечной релаксацией, кислородотерапия, флеботомия, постановка периферических и центральных венозных катетеров и артериальных линий, инфузионная терапия, зондовое питание, парентеральное питание, парентеральное введение антибиотиков, диуретиков, вазопрессоров, эритроцитарной массы, лечение метаболического ацидоза и прочее.

Согласно этой шкале, обследованные нами новорожденные, находящиеся в критическом состоянии, были поделены на 2 подгруппы: у 61 (67,8%) детей 1 группы состояние расценивалось как IV класс, что клинически соответствовало крайне тяжелому состоянию (1А подгруппа), а у 29 (32,2%) – состояние соответствовало III классу тяжести агрессивности терапии, а клинически оно расценивалось как тяжелое (1В подгруппа).

Все новорожденные были обследованы в соответствии со стандартами обследования и лечения новорожденных с различными заболеваниями, характерными для перинатального периода. При поступлении новорожденного ребенка в клинику института мать ребенка (или другой законный представитель ребенка) подписывала информированное согласие на выполнение инвазивного исследования, вмешательства и др., включающего согласие на участие в научном исследовании. Проведение научного исследования одобрено ло-

кальным этическим комитетом института.

Лабораторные и биохимические методы исследования: у всех наблюдаемых новорожденных на 5 сутки жизни производился забор венозной крови для последующего определения содержания в крови конечного метаболита оксида азота (нитритов), эндотелина-1 (ЭТ-1), васкуло-эндотелиального фактора роста (VEGF), десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ).

О концентрации оксида азота судили по уровню нитрит-ионов в плазме крови, содержание которых исследовали методом Грисса. Определение концентрации эндотелина-1 в плазме крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием набора Biomedica (Австрия). Определение концентрации VEGF в плазме крови проводилось методом ИФА с применением набора BIOSOURCE (Бельгия). Количество ДЭ в крови определялось по методу J. Hladovec (1978).

Статистическая обработка проводилась с использованием компьютерных программ MS Excel, STATISTICA 6.0. Проверка нормальности распределения проверялась путем сравнения среднего значения, моды и медианы. Значимость различия между группами оценивалась по критерию Стьюдента, в случаях, когда распределение отличалось от нормального, значимость определялась по критерию Манна-Уитни. Данные в таблицах представлены как средняя и стандартное отклонение ($M \pm SD$). Отличия сравниваемых показателей считали значимыми при $p < 0,05$ [3].

Результаты и обсуждение

Анализ анамнестических данных показал, что дети обеих групп антенатально развивались в условиях хронической гипоксии, вызванной соматической и гинекологической патологией матери, осложненным течением беременности и родов. Внутритрунная гипоксия у детей 1 группы чаще сочеталась с интранатальной гипоксией, обусловленной патологией родов.

У всех новорожденных 1 группы в раннем неонатальном периоде было диагностировано перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС). Церебральную ишемию 2 степени имели 78,9% новорожденных, а 3 степени – 21,1%. Внутривентрикулярные кровоизлияния (ВЖК) были выявлены у 94,4% новорожденных, в том числе 83,3% – ВЖК 1 степени, 11,1% – 2 степени. У 28 (31,1%) детей было диагностировано субарахноидальное кровоизлияние. Клинические проявления врожденной инфекции были выявлены только у новорожденных 1 группы (81,1%). Наиболее часто у детей диагностировались врожденная пневмония, инфекционно-воспалительное поражение почек. Также, у новорожденных 1 группы отмечались геморрагический синдром, анемия, ишемическая нефропатия. Среди новорожденных 1 группы 49 (54,5%) новорожденным проводилась искусственная вентиляция легких, 11 (12,2%) новорожденных находились на полном парентеральном питании.

Уровень нитритов у новорожденных в критическом состоянии значительно превышает таковой у детей контрольной группы (в 2,0 раза). По-видимому, это связано с выраженной и длительной внутритрунной и неонатальной гипоксией и тяжелым инфекционно-воспалительным процессом у этих детей. Согласно литературным данным, синтез оксида азота возрастает под действием гипоксии, медиаторов воспаления и некоторых биологически активных веществ, вырабатываемых в ответ на гипоксию, которые повышают активность и экспрессию не только конституциональной эндотелиальной, но и индуцибельной NO-синтазы [5]. Однако, избыточная продукция оксида азота имеет также и неблагоприятный эффект, так как приводит к образованию таких токсичных продуктов, как пероксинитрит и гидроксирадикал, являющихся инициаторами перекисного окисления липидов, что обуславливает падение клеточного энергетического потенциала, по-

вреждение ДНК и гибель клеток, в том числе и эндотелиоцитов.

Среднее содержание нитритов у детей с IV классом по шкале NTISS значимо выше, чем у новорожденных с III классом. Согласно литературным данным, NO реагирует на механическую деформацию сосудистой стенки, этим объясняется большее повышение уровня оксида азота у новорожденных с более агрессивной терапией (табл. 1) [4,5].

Биохимические показатели крови у новорожденных в критическом состоянии на 4-5 сутки жизни в зависимости от класса терапии по шкале NTISS

Показатели (M±SD)	Группы детей				Значимость, p
	1 группа (n=90)	Класс тяжести терапии		2 группа (n=25)	
		1A (n=61)	1B (n=29)		
Нитриты (мкМ/л)	15,1±1,9	15,5±2,3	14,5±1,6	7,6±3,5	$p_{1-2} < 0,001$, $p_{1A-1B} < 0,05$
Эндотелин-1 (фмоль/мл)	1,1±0,6	1,1±0,7	1,2±0,5	0,6±0,5	$p_{1-2} < 0,01$; $p_{1A-1B} > 0,05$
Васкуло-эндотелиальный фактор роста (пг/мл)	54,6±24,1	42,1±15,3	86,6±30,0	91,3±45,2	$p_{1-2} < 0,05$; $p_{1A-1B} < 0,02$
Десквамированные эндотелиоциты (10^4 /л)	12,3±6,6	13,3±4,6	10,8±3,8	11,7±4,5	$p_{1-2} > 0,05$; $p_{1A-1B} < 0,05$

Примечание: значимость различий рассчитана между 1 и 2 группами и между 1A и 1B подгруппами.

Среднее содержание эндотелина-1 в плазме крови у детей 2 группы составило 0,6±0,5 фмоль/мл. У детей 1 группы уровень ЭТ-1 был значимо выше – в 1,8 раза выше, чем у здоровых детей ($p_{1-2} < 0,01$). Согласно современным экспериментальным и клиническим данным, повышение уровня ЭТ-1 также связано с гипоксией любого генеза [4].

Среднее содержание эндотелина-1 в подгруппах 1 группы практически не различалось, оба показателя были выше, чем в контрольной группе. Следовательно, уровень эндотелина-1 не зависит от степени агрессивности терапии. Это объясняется тем, что эндотелин синтезируется под воздействием ряда факторов, в том числе и механического воздействия на сосудистую стенку. По данным литературы, повышенный уровень эндотелина-1, действуя на эндотелиальные рецепторы, способствует высвобождению факторов релаксации, в том числе оксида азота. Этим также можно объяснить высокий уровень оксида азота у новорожденных этой группы.

Известно, что VEGF является маркером нарушений сосудистой проницаемости, индуцирует ангиогенез и обеспечивает выживание незрелых кровеносных сосудов, препятствуя апоптозу эндотелиоцитов [1,6,7]. Содержание VEGF в плазме крови у новорожденных детей в критическом состоянии было в 1,7 раз ниже, чем у здоровых детей ($p_{1-2} < 0,001$), это свидетельствует о недостаточной интенсивности процессов роста сосудов и низком уровне защиты от гибели эндотелиоцитов сосудов, вызванной тяжелой гипоксией как внутриутробной, интранатальной, так и неонатальной, связанной с тяжелыми поражениями ЦНС, инфекционно-воспалительными заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

- Бурлев В.А., Зайдиева З.С., Кан Н.Е., Ильясова Н.А. Сосудисто-эндотелиальный фактор роста и растворимые рецепторы у беременных с внутриутробным инфицированием плода // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – Т. 6. №83. – С.13-17.
- Лупинская З.А. Эндотелий сосудов – основной регулятор местного кровотока // Вестник КРСУ. – 2003. – №7. – С.32-43.
- Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной ста-

При сравнении уровня васкуло-эндотелиального фактора роста у детей в зависимости от класса терапии установлено, что у детей с IV классом терапии уровень VEGF был значимо ниже, чем у новорожденных, имеющих III класс ($p < 0,02$), при этом, у новорожденных с III классом терапии уровень VEGF практически не отличался от здоровых новорожденных. По-видимому, у детей, получающих более агрессивную терапию в ОРИТН, компенсаторный ангиогенез в условиях повреждения происходит менее активно, чем у детей с менее агрессивной терапией.

Таблица 1

Результаты наших исследований показали, что среднее содержание ДЭ в крови у детей 2 группы составило $11,5 \pm 4,5 \cdot 10^4$ /л, что не отличалось от показателя во 1 группе, ($p > 0,05$). Однако при индивидуальном анализе установлено, что у большинства здоровых новорожденных (80,0%) количество эндотелиоцитов находилось в пределах от $8,7 \cdot 10^4$ /л до $14,3 \cdot 10^4$ /л, тогда как у большинства (70,9%) детей в критическом состоянии чаще отмечались уровни ДЭ менее $8,7 \cdot 10^4$ /л – 36,0% ($p_{2-1} < 0,05$) или более $14,3 \cdot 10^4$ /л – 34,9% ($p_{1-2} < 0,01$). По нашему мнению, низкое содержание ДЭ в крови новорожденных

в критическом состоянии свидетельствует о недостаточной регенерации эндотелия, а высокие значения показателя указывают на его повреждение.

При сравнении среднего содержания десквамированных эндотелиоцитов в подгруппах 1 группы выявлено, что уровень ДЭ у детей с IV классом агрессивности по шкале NTISS было значимо выше, чем у новорожденных, имеющих III класс тяжести ($p < 0,05$). При индивидуальном анализе определено, что у новорожденных с IV классом агрессивности терапии количество эндотелиоцитов чаще регистрировалось как выше $14,3 \cdot 10^4$ /л, в то время как количество ДЭ у детей с III классом чаще, как ниже $8,7 \cdot 10^4$ /л.

Анализ биохимических и лабораторных показателей, отражающих функцию эндотелия, у новорожденных в критическом состоянии показал значимые различия в показателях в зависимости от состояния новорожденного и от агрессивности проводимой терапии в ОРИТН.

Таким образом, у новорожденных в критическом состоянии регистрируется эндотелиальная дисфункция, которая проявляется повышением в крови содержания нитритов, эндотелина-1, снижением уровня васкуло-эндотелиального фактора роста, изменением (увеличением или уменьшением) количества десквамированных эндотелиоцитов. Выраженность эндотелиальной дисфункции зависит от степени агрессивности терапии ребенка в неонатальном периоде в отделении интенсивной терапии и реанимации новорожденных: чем больше терапевтических вмешательств и интенсивнее терапия новорожденного, тем выше содержание нитритов и десквамированных эндотелиоцитов и ниже уровень васкуло-эндотелиального фактора роста в крови.

ты в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины» // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – Т. 76. №1. – С.5-8.

4. Мартынов А.И., Аветяк Н.Г., Акатова Е.В. и др. Эндотелиальная дисфункция и методы её определения // Росс. кард. журнал. – 2005. – №4. – С.94-97.

5. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. – М., 2004. – Т. 8. – С.94-116.

6. Becker P.M., Waltenberger J., Yachechko R., et al. Neuropilin-1 regulates vascular endothelial growth factor – endothelial permeability // Circ. Res. – 2005. – Vol. 96. – P.1257-1265.

7. Davis G.E., Senger D.R. Endothelial extracellular matrix: biosynthesis, remodeling, and functions during vascular morphogenesis and neovessel stabilization // Circ. Res. – 2005. – Vol. 97. – P.1093-1107.

8. Gray J.E., Douglas K., Richardson M.C. Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System: A Therapy-based Severity-of-illness index // Pediatrics. – 1992. – Vol. 90. – P.561-567.

Информация об авторах: 153045, г.Иваново, ул. Победы, дом 20, отдел неонатологии и клинической неврологии детского возраста, тел. (4932) 33-71-53, e-mail: nataliakhar13@yandex.ru, Харламова Наталья Валерьевна – старший научный сотрудник, к.м.н.; Чаша Татьяна Валентиновна – заведующая отделом, д.м.н., профессор; Кузьменко Галина Николаевна – заведующая лабораторией, ведущий научный сотрудник, к.м.н.; Попова Ирина Геннадьевна – м.н.с., к.м.н.; Филиппов Станислав Эдуардович – заведующий отделением

© БЕЛОБОРОДОВА Э.И., КОРНЕТОВ Н.А., ГЛАДИЛИНА Е.К., БЕЛОБОРОДОВА Е.В., ЗАГРОМОВА Т.Б., УСТЮЖАНИНА Е.А., КОЛОСОВСКАЯ Т.А., ДИАМАНТ С.А., ЛЮТИНА А.Н. – 2011
УДК 616.34-002.44:616.89-008:613.7/8

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Эльвира Ивановна Белобородова¹, Николай Алексеевич Корнетов¹, Елена Константиновна Гладиллина², Екатерина Витальевна Белобородова¹, Татьяна Борисовна Загрямова¹, Елена Анатольевна Устюжанина², Татьяна Александровна Колосовская¹, Светлана Анатольевна Диамант¹, Анастасия Николаевна Лютина¹
(¹Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск, ректор – д.м.н., проф. В.В. Новицкий, кафедра терапии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, зав. – д.м.н., проф. Е.В. Белобородова; ²Томская областная клиническая больница, гл. врач – М.Н. Заюков)

Резюме. Цель исследования: изучить качество жизни и степень социальной адаптации больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) в зависимости от симптомов депрессии и тревоги. Под наблюдением находилось 174 больных ЯБ ДПК в стадии обострения в сочетании с тревожно-депрессивными нарушениями, группой контроля явились 41 практически здоровых добровольца. Тревожно-депрессивные симптомы у больных с ЯБ ДПК ухудшали составляющие качество жизни – психическое, физическое, социальное функционирование – не только в периоде обострения, но и в ремиссии. У больных с ЯБ ДПК с сочетанием симптомов тревоги и депрессии уровень адаптации в социальной среде повысился, но в стадии ремиссии у всех больных соответствовал хорошей адаптации.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, тревожно-депрессивные симптомы, ремиссия, обострение, социальная адаптация.

INFLUENCE OF MENTAL DISTURBANCES ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ULCER DISEASE OF DUODENUM

E.I. Beloborodova¹, N.A. Kornetov¹, E.K. Gladilina², E.V. Beloborodova¹, T.A. Zagromova¹, E.A. Ustuzhanina², T.A. Kolosovskaya¹, S.A. Diamant¹, A.N. Lutina¹
(¹Siberian State Medical University, Tomsk; ²Tomsk Regional Hospital)

Summary. Research objective: to study quality of life and degree of social adaptation of patients with ulcer disease of duodenum depending on depression and alarm symptoms. Under supervision there were 174 patients with ulcer disease of duodenum at the aggravation stage in combination with anxiously-depressive infringements, control group amounted to 41 healthy volunteers. Anxiously-depressive symptoms in patients with ulcer disease of duodenum worsened live quality - mental, physical and social functioning - not only in the aggravation period, but also during remission. In patients with ulcer disease of duodenum with combination of symptoms of alarm and depression level of adaptations in social environment has raised, but in the stage of remission all the patients had good adaptation.

Key words: ulcer disease of duodenum, anxiously-depressive symptoms, remission, aggravation, social adaptation.

Интегральным критерием, характеризующим болезнь с различных позиций, является качество жизни, а социальное функционирование характеризует социальная адаптация. Работы, посвященные изучению коморбитности и тревожно-депрессивных расстройств на качество жизни и социальную адаптацию больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), в зарубежной и отечественной литературе мало представлены.

Цель исследования: изучить качество жизни и степень социальной адаптации больных с ЯБ ДПК в зависимости от наличия симптомов депрессии и тревоги.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 174 больных с ЯБ ДПК в стадии обострения в сочетании с тревожно-депрессивными нарушениями. У всех больных было подписано добровольное информированное согласие. Исследовали следующие показатели распространения симптомов тревоги и депрессии у больных с ЯБ ДПК – влияние психических нарушений на основные клинические характеристики и течение ЯБ. Группой контроля

явились 41 практически здоровый доброволец. Условия для их включения были следующие – отсутствие жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта и язвенного анамнеза.

Исследование качества жизни осуществлялось с использованием специального опросника для гастроэнтерологических больных GIQLI – Gastro Index Quality Life Index и общего опросника MQS SF-36-Medical Outcomes Study – Short – Form. Оценку результатов анкеты GIQLI проводили по следующей субшкале: оценивалось восприятие собственного здоровья, психического состояния, физического состояния, социального функционирования, ролевого функционирования. Для изучения социальной адаптации использовалась шкала самооценки социальной адаптации (ШССА), созданная в 1997 г. (G. Bosc, A. Dubin, V. Polin).

Кроме клинико-анамнестических, проводились эндоскопические и морфологические исследования с изучением степени обсемененности НР. Выраженность психопатологических симптомов определялась с использованием шкалы самоотчета (SCL-90-R), разработанной L.Derogatis с соавт.

Статистическая обработка данных проводилась