

**ОВЕРЛАП-СИНДРОМ НЕЕРОЗИВНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА ТА
ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ЕТІОПАТОГЕНЕЗ,
ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ
(огляд літератури і дані власних досліджень)**

Г.В. Осьодло

Українська військово-медична академія

Резюме. У статті проаналізовані результати огляду літератури і дані власних досліджень щодо епідеміології, етіопатогенезу, діагностики та лікування оверлап-синдрому неерозивної рефлюксної хвороби/функціональної диспепсії (НЕРХ/ФД) серед військовослужбовців і цивільних.

Ключові слова: *оверлап-синдром неерозивна рефлюксна хвороба/функціональна диспепсія, захворюваність, структура, лікування, військовослужбовці.*

Вступ. У структурі захворюваності по основних класах МКХ-10 хвороби органів травлення (ХОТ) серед військовослужбовців традиційно займають друге рангове місце. При цьому хронічні захворювання органів травлення, що виявляються у військовиків під час поглибленого медичного обстеження, посідають перше рангове місце серед хронічної патології та мають суттєвий вплив на професійну дискваліфікацію військових фахівців Збройних Сил України. Це ставить перед медичною службою додаткові завдання щодо ранньої діагностики, ефективного лікування, первинної і вторинної профілактики ХОТ.

Незважаючи на широке розповсюдження гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та функціональної диспепсії (ФД) серед цивільного населення і військовослужбовців ЗС України, офіційної статистики щодо цих хвороб до 2010 року не проводилось. Відомо, що ГЕРХ відноситься до найпоширеніших страждань у розвинених країнах і охоплює до 30-40% їх дорослої популяції, в Україні, за попередніми даними, розповсюдженість ГЕРХ становить 21-30%, а серед військовослужбовців – до 42% [1-4, 7]. Сьогодні для вивчення поширеності ГЕРХ проводять анкетування різних груп населення, ставлячи діагноз у пацієнтів із симптомами захворювання у вигляді печії, відрижки, регургітації, які виникають двічі за тиждень протягом 4-8 тижнів та більше, або спричиняють пацієнту фізичний дискомфорт чи призводять до ускладнень [6, 7, 14].

Відомо, що в середньому на шлункову диспепсію страждає близько 20-40% дорослого населення розвинених країн світу, причому частіше ФД спостерігається у людей молодого віку – 17-35 років, однак на відміну від

інших країн, цей діагноз в Україні ставиться рідко [6, 8]. Діагноз ФД, згідно Римського консенсусу III, встановлюють при дотриманні трьох необхідних умов. 1. Наявність одного чи більше з наведених критеріїв: неприємне відчуття повноти після їжі, швидке перенасичення, епігастральний біль та епігастральне печіння. 2. Виключення структурної патології, враховуючи верхню ендоскопію, яка могла би пояснити генез скарг. 3. Тривалість активних скарг протягом останніх 3-х місяців з початком захворювання щонайменше 6 місяців.

Оцінити поширеність перехресного синдрому НЕРХ/ФД складно у зв'язку з неточностями у використовуваній термінології. Яскравим доказом цього факту є результати проведених епідеміологічних досліджень [13]. Виявляється, якщо при проведенні дослідження чітко слідувати Римським критеріям III у визначенні поняття ФД (виключення печії), то її поширеність не перевищує 5–12%; якщо ж печію включити в дефініцію ФД, то поширеність цього захворювання досягає 10–40%. Передбачається поширеність перехресного синдрому НЕРХ/ФД до 40–50% від числа всіх пацієнтів, які хворіють на GERX [10]. Як свідчать дані наших досліджень частка НЕРХ серед військовослужбовців вища, ніж серед цивільних хворих, а співвідношення НЕРХ:ЕРХ становить 87,4%:12,6%, у порівнянні із цивільними пацієнтами, де співвідношення НЕРХ:ЕРХ складає 69,7%:30,3%. У зв'язку з цим можна передбачати високі показники оверлап-синдрому НЕРХ/ФД серед військовиків [5]. Для вивчення розповсюдженості симптомів GERX і ФД серед військовослужбовців, встановлення клінічних варіантів та особливостей перебігу захворювань у різних категорій військових і вивчення розповсюдження перехресного (оверлап-синдрому) GERX/ФД нами запропоновані спеціальні анкети.

Вісцеральна гіперчутливість відіграє основну роль у появі клінічних симптомів НЕРХ і ФД – 40% і 30% випадків відповідно. У хворих з GERX явища вісцеральної гіперчутливості спостерігаються у відповідь на інтраезофагеальне введення розчину хлоридної кислоти чи механічне розтягування стінки стравоходу балоном. У 60–70% пацієнтів з ФД зареєстроване зниження порогу больової чутливості при механічному розтягуванні стінки шлунку та поява диспепсичних симптомів при введенні у просвіт дванадцятипалої кишки жирових емульсій або слабкого розчину хлоридної кислоти [8, 12].

Порушення моторики верхнього відділу ШКТ описані у 50% хворих із НЕРХ і такі пацієнти нерідко мають диспепсичні скарги, зумовлені дискінезією дистального відділу стравоходу, сповільненням спорожнення шлунку і дванадцятипалої кишки. Спектр порушень моторики верхніх відділів травної системи у хворих із ФД ширший і додатково включає порушення шлункової акомодатії, антропокардіальної та антропоуденальної координації, шлункові дисритмії у вигляді тахігастрії та антральної фібриляції. Морфологічно при

електронній мікроскопії слизової оболонки стравоходу у хворих НЕРХ/ФД виявляють розширення міжклітинних контактів епітеліоцитів, що призводить до проникнення кислого або лужного рефлюксата в міжклітинний простір та власну пластинку слизової оболонки стравоходу, надмірного подразнення хеморецепторів стравоходу і зумовлює появу клінічної симптоматики захворювання у вигляді печії та загруднинного болю.

Оверлап-синдром НЕРХ/ФД переважно діагностують в осіб молодого працездатного віку. Зниження його поширеності зі збільшенням віку пов'язане, як із прогресією НЕРХ в GERX, так і зростанням вірогідності розвитку органічної патології органів травлення і нівеляцією явищ ФД [6, 16]. Як правило, пацієнти з НЕРХ/ФД схильні до різних стресів, що провокують появу клінічної симптоматики [13]. На сьогодні відсутні чіткі діагностичні критерії перехресного синдрому НЕРХ/ФД, а при встановленні діагнозу враховують наявність клінічних, інструментальних і гістоморфологічних даних, властивих як НЕРХ, так і ФД.

Діагностика оверлап-синдрому НЕРХ/ФД на етапі надання первинної медичної допомоги може бути симптоматичною [6, 10]. При первинному обстеженні хворого лікар частини повинен вивчити анамнез хвороби і життя пацієнта, розглянути дані спадкового і алергологічного анамнезів, виключити наявність симптомів «тривоги» (дисфагія, ознаки шлунково-кишкової кровотечі і залізодефіцитної анемії, часта нудота, втрата маси тіла, задуха, біль в грудній клітці). Серед простих діагностичних тестів, які можна запропонувати на цьому етапі, рекомендується використання тесту з інгібіторами протонної помпи (ІПП), специфічність і чутливість якого складають 90 і 75% відповідно [9]. Використання рабепразолу представляється доцільним внаслідок найвищої швидкості розвитку антисекреторного ефекту серед всіх ІПП. Суть тесту полягає в призначенні рабепразолу в дозі 20 мг за добу впродовж 14 днів, а нівеляція чи зменшення вираженості рефлюксних симптомів свідчить на користь наявності у пацієнта НЕРХ або оверлап-синдрому НЕРХ/ФД. При проведенні тесту з ІПП необхідно враховувати той факт, що частина пацієнтів, із перехресним синдромом НЕРХ/ФД, може не реагувати на прийом ІПП (при виникненні симптомів на тлі порушення моторики верхнього відділу шлунково-кишкового тракту) [10].

Основними дослідженнями при оверлап-синдромі НЕРХ/ФД є езофагогастроуденоскопія (ЕФГДС) і добуве рН-моніторування стравоходу. При цьому для хворих з НЕРХ/ФД характерні відсутність патологічних змін з боку стравоходу або катаральний рефлюкс-езофагіт чи наявність «малих змін» (еритема, набряк, підвищена контактна ранимість) у поєднанні із незміненою слизовою оболонкою шлунку і дванадцятипалої кишки [10]. Додаткове використання хромоендоскопії, флуоресцентної ендоскопії істотно підвищують

можливості ендоскопічної діагностики і виключення ерозійного рефлюкс-езофагіту у хворих із НЕРХ/ФД. Добове рН-моніторування стравоходу у хворих з НЕРХ/ФД дозволяє встановити наявність патологічного рефлюксу, оцінити його характер (кислотний, лужний), тривалість, взаємозв'язок із клінічною симптоматикою. За допомогою цього методу визначається кількість і тривалість епізодів з кислими (рН<4) і лужними (рН>7) рефлюксами в стравоході, їх зв'язок із суб'єктивними симптомами, їдою, положенням тіла, курінням, прийомом ліків. Результати добової рН-метрії дозволяють підібрати індивідуальну медикаментозну терапію та контролювати її ефективність. Інші методи діагностики НЕРХ/ФД (езофагоманометрія, імпедансометрія, біліметрія, світлорозсіююча спектроскопія) рідко використовуються в клінічній практиці.

Стандарти медикаментозного лікування хворих з НЕРХ/ФД не розроблені. У більшості випадків принципи ведення таких пацієнтів базуються на рекомендаціях по терапії окремих нозологічних форм: НЕРХ і ФД.

Медикаментозна терапія НЕРХ/ФД може розпочинатися із призначення антацидів або альгінатів у стандартному дозуванні 2–3 рази за день. При незадовільних результатах пробної терапії рекомендується призначення комбінованої терапії з використанням кислотосупресивних препаратів (ІПП, Н₂-гістаміноблокаторів) і антацидів/альгінатів. При цьому призначення кислотосупресивних препаратів у високому дозуванні не має переваг перед низькими або стандартними дозами, тому доцільно використовувати низькодозові форми випуску ІПП і Н₂-гістаміноблокаторів і рекомендувати хворим прийом препаратів цих груп один раз на добу. При переважанні в клінічній картині захворювання симптомів порушення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту, доцільне призначення прокінетичних середників. Стимулюють моторику верхніх відділів шлунково-кишкового тракту наступні групи препаратів: агоністи холінергічних рецепторів (карбахолін, фізостигмін), агоністи 5-НТ₄-рецепторів (цизаприд, мосаприд, тегасерод), агоністи мотілінових рецепторів (еритроміцин), антагоністи допамінових рецепторів (метоклопрамід, домперидон), агоністи опіїдних рецепторів (тримебутину малеат) та препарати комбінованої дії (сульпірид, ітоприду гідрохлорид). Сьогодні в якості прокінетиків найчастіше застосовують антагоністи допамінових рецепторів, агоністи 5-НТ₄-рецепторів, ітоприду гідрохлорид.

Мета. Метою дослідження було вивчення розповсюдження і динаміки симптомів ГЕРХ, ФД і оверлап-синдрому НЕРХ/ФД серед військовослужбовців різних періодів строкової служби та оцінка впливу диференційованого лікування на перебіг захворювання.

Матеріали та методи дослідження. Для встановлення розповсюженості і динаміки симптомів ГЕРХ, ФД і оверлап-синдрому НЕРХ/ФД серед

військовослужбовців строкової служби було проведено опитування 175 юнаків окремої військової частини, віком 19–21 рік (середній вік $19,5 \pm 0,5$) за допомогою спеціально розроблених анкет через 1, 6 та 12 місяців від початку служби. При наявності рефлюксних і диспепсичних скарг, у 40 військовослужбовців, за умови інформованої згоди, проводилась ЕФГДС з одночасною індикацією гелікобактерної інфекції (Hr) за допомогою швидкого уреазного тесту. Для підтвердження діагнозу ГЕРХ проводилось багатогодинне внутрішньостравохідне рН-моніторування, а для вивчення кислотоінгібувального впливу медикаментозної терапії експрес-гастро-рН-моніторування за методикою В.М. Чернобрового. Згідно стандарту обстеження пацієнтам здійснювали ультрасонографічне дослідження органів черевної порожнини, клінічний та біохімічний аналізи крові. Показники якості життя оцінювали згідно шкали MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Для лікування 20 хворих 1 клінічної групи з оверлап-синдромом НЕРХ/ФД, коли мало місце поєднання симптомів НЕРХ і дискінетичного (ДВ) чи неспецифічного варіанту (НВ) функціональної диспепсії, призначали лімзер по 1 капсулі вранці за 15 хв. до їжі однократно впродовж 4-х тижнів. Для лікування 20 хворих 2 клінічної групи з оверлап-синдромом НЕРХ/ФД, коли НЕРХ поєднувалась із виразковоподібним варіантом (ВВ) диспепсії призначали квамател-міні по 1 таблетці 2 рази на день за 30 хв до їжі впродовж 4-х тижнів. 19 хворих обох груп із наявністю Hr спочатку отримували стандартну антигелікобактерну терапію згідно Маастрихтського консенсусу-3, 2005р., з послідовним переходом на лімзер чи квамател-міні.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз даних анкетування свідчить про високу розповсюдженість симптомів ГЕРХ серед військовослужбовців через 1 місяць від початку служби і досягає 41,1% (72 із 175) респондентів. Серед факторів, що провокували виникнення симптомів ГЕРХ найчастіше виступали погрішності в дієті, значні фізичні навантаження та порушення режиму харчування. Так, вживання жирної їжі провокувало виникнення печії у 74,4% опитаних, робота, пов'язана з важкою фізичною працею – у 64,9%, порушення режиму харчування – у 58,5% опитаних, на шкідливі звички у вигляді паління вказали 32,9%. Через 6 місяців від початку служби кількість військовослужбовців, яких турбувала печія зменшилась до 29,1% (51 із 175 опитаних), $p < 0,05$, та до закінчення строкової служби суттєво не змінювалась (рис.1).

Поширеність диспепсичних скарг у анкетованого контингенту через 1 місяць після призиву склала 38,9% (68 із 175 чол.), а через 6 місяців служби зросла до 53,1% (93 чол.), $p < 0,05$. На першому місяці виразковоподібний варіант (епігастральний больовий синдром) зустрічався у 35,3% (24 чол.); дискінетичний (постпрандіальний дистрес-синдром) – у 30,9% (21 чол.);

неспецифічний варіант – у 33,8% (23 чол.). Через 6 місяців після призиву епігастральний больовий синдром виявлений у 49,5% (46 чол.), що на 10,8% більше, $p < 0,05$, за постпрандіальний дистрес-синдром, який склав 38,7% (36 чол.); неспецифічний варіант мав місце у 11,8% (11 чол.). Із наведених результатів дослідження випливає, що поширеність симптомів ФД впродовж перших 6-ти місяців військової служби збільшилася в 1,4 разу. При цьому епігастральний больовий синдром зустрічався в 1,4 рази частіше, ніж на початку служби. Частка постпрандіального дистрес-синдрому зросла в 1,3 разу, а кількість хворих з неспецифічним варіантом диспепсії зменшилась вдвічі. У подальшому до закінчення строкової служби структура ФД суттєво не змінювалась (рис. 2).

Перехресний оверлап-синдром НЕРХ/ФД діагностовано на першому місяці строкової служби у 27,4% (48 із 175) опитаних військовослужбовців (рис. 3). Через 6 місяців розповсюдженість НЕРХ/ФД збільшилась до 28,6% (50 із 175 опитаних) та практично не змінювалась до закінчення терміну служби – 29,1% (51 із 175).

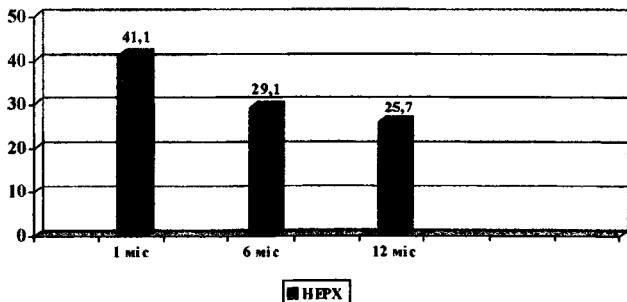


Рис. 1. Динаміка частоти симптомів ГЕРХ у військовослужбовців різних періодів строкової служби

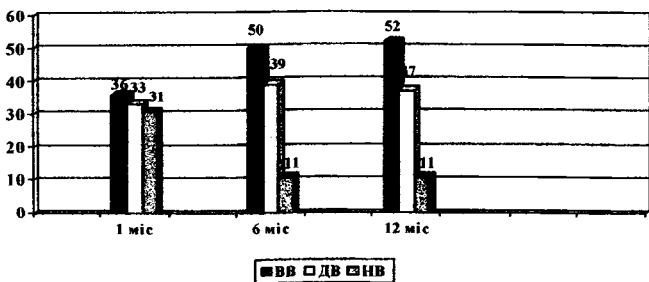


Рис. 2. Динаміка структури ФД у військовослужбовців різних періодів строкової служби

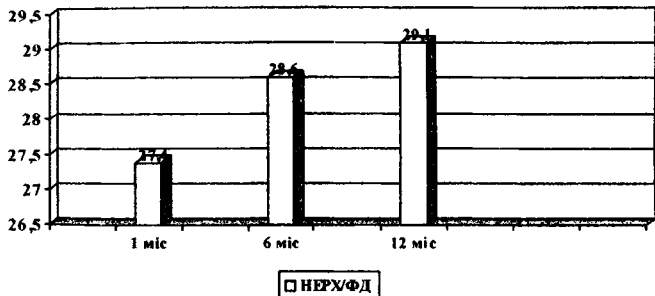


Рис.3. Динаміка частоти оверлап-синдрому NERX/ФД у військовослужбовців різних періодів строкової служби

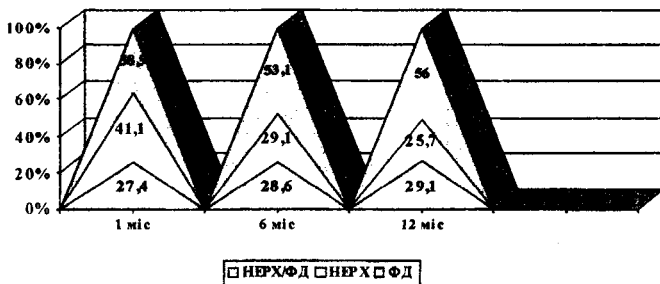


Рис.4. Динаміка частоти NERX, ФД та їх поєднання у військовослужбовців різних періодів строкової служби

На фоні запропонованої диференційованої терапії лімзером і квамателом-міні відбулася позитивна динаміка клінічних проявів оверлап-синдрому NERX/ФД, наведених у таблиці 1. Так, у хворих 1 групи знизилось відчуття переповнення після прийому їжі – з 3,3 до 1,2 балів, відчуття важкості – з 3,4 до 1,3 балів, здуття в епігастрії – з 2,9 до 1,5 балів, нудоти – з 2,7 до 1,3 балів, регургітації з 1,5 до 1 бала. В цілому на покращення самопочуття під впливом лімзера вказали 11 (55%) із 20-ти пацієнтів першої групи. У хворих 2 групи також відмічалась позитивна динаміка у вигляді зменшення болю в епігастрії – з 3,6 до 1,1 балів та печії – з 3,3 до 1,1 балів. На покращення самопочуття вказали 12 (60%) із 20-ти пацієнтів, які отримували квамател-міні.

При проведенні експрес-гастро-рН-моніторингу відмічено вірогідне підвищення на фоні застосування лімзера і кваматела показників внутрішньошлункового рН. Так, в 1-й групі рН (X) до лікування становив $1,31 \pm 0,17$, а на тлі призначення лімзера підвищувався до $4,79 \pm 0,52$, $p < 0,05$.

Підвищення показника рН (Х) спостерігалось і в другій групі хворих на тлі призначення квамателу-міні – з $1,22 \pm 0,21$ до $4,75 \pm 0,42$, $p < 0,05$. Вказані позитивні зміни середнього внутрішньошлункового рН свідчать на користь достатнього кислотоінгібувального ефекту препаратів.

Аналізуючи тест із водним навантаженням виявляли статистично значимі знижені показники (675 ± 125 мл проти 1150 ± 95 мл в контрольній групі, $p < 0,01$) в усіх хворих до лікування. По закінченні терапії у пацієнтів обох груп відмічена позитивна динаміка у вигляді зростання тестового показника. Так, у хворих 1 групи рівень водного тесту сягнув 975 ± 89 мл проти 673 ± 124 мл ($p < 0,05$) до лікування. У хворих 2 групи рівень водного тесту зріс до 967 ± 95 мл проти 677 ± 123 мл ($p < 0,05$) відповідно.

Як видно із рисунка 4, на першому та шостому місяці служби виявлено вірогідне зниження показників ЯЖ на фоні НЕРХ/ФД за шкалою болю (Р), фізичного функціонування (RP), соціального функціонування (SF), рольового емоційного функціонування (RE) та покращення цих параметрів на фоні диференційованого лікування.

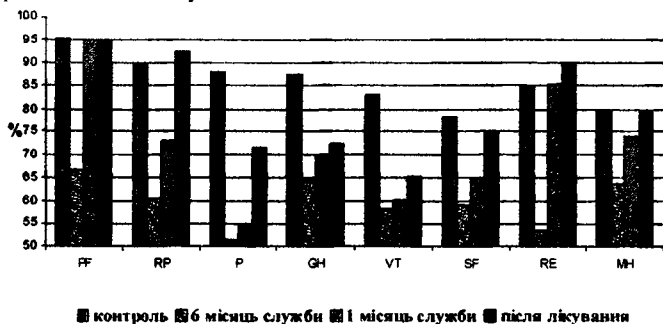


Рис.5. Динаміка якості життя військовослужбовців з оверлап-синдромом НЕРХ/ФД у процесі диференційованого лікування.

Висновки

1. Проведені анкетування свідчать про високу розповсюдженість симптомів ГЕРХ серед військовослужбовців строкової служби, що реєструвалася на першому місяці служби у 41,1% респондентів. Через 6 місяців від початку служби кількість військовослужбовців з клінічними проявами ГЕРХ вірогідно зменшилась до 29,1% та до закінчення служби суттєво не змінювалась.

2. Поширеність диспенсичних скарг у анкетованого контингенту через 1 місяць після призову склала 38,9%, а через 6 місяців служби вірогідно зростає до 53,1%. При цьому епігастральний больовий синдром зустрічається в 1,4 рази частіше, ніж на початку служби. Частка постпрандіального дистрес-синдрому

Динаміка клінічних проявів НЕРХ/ФД за шкалою Likert в процесі диференційованого лікування

Клінічні симптоми	Вираженість симптомів ФД у балах за шкалою Likert			
	1 група, N=20		2 група, N=20	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Переповнення після їжі	3,3	1,2	1	1
Важкість в епігастрії	3,4	1,3	1	1
Здуття в епігастрії	2,9	1,5	1	1
Біль в епігастрії	1,9	1	3,6	1,1
Печія	3,4	1,2	3,3	1,1
Нудота	2,7	1,3	1	1
Регургітація	1,5	1	1,2	1

Примітка. Оцінка клінічних проявів згідно шкали Likert за бальною системою: 1 бал - не турбує (симптом відсутній), 2 бали - спричиняє незначний неспокій (можна не звертати уваги, якщо не думати про це), 3 бали – помірно турбує (не властяться не помічати, але не порушує денну активність чи сон), 4 бали - сильно турбує (порушує денну активність чи сон), 5 балів - крайньо турбує (значно порушує/тимчасово робить неможливою денну активність чи сон, потребує відпочинку).

зросла в 1,3 разу, однак кількість хворих з неспецифічним варіантом диспепсії зменшилась вдвічі. У подальшому до закінчення строкової служби структура ФД суттєво не змінювалась.

3. Оверлап-синдром НЕРХ/ФД діагностовано на першому місяці строкової служби у 27,4% опитаних військовослужбовців. Через 6 місяців розповсюдженість НЕРХ/ФД збільшилась до 28,6% та практично не змінювалась до закінчення терміну служби – 29,1%.

4. Якість життя за шкалами опитувальника MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) при оверлап-синдромі НЕРХ/ФД знижується та має тенденцію до зменшення на пізніх термінах служби, особливо за шкалами болю, фізичного функціонування, соціального функціонування та рольового емоційного функціонування.

5. Комплексний препарат лімзер, що містить оптимальні дози омепразолу і домперидону, доцільно призначати при НЕРХ у поєднанні з дискінетичним чи неспецифічним варіантом функціональної диспепсії. При НЕРХ у поєднанні з виразкоподібним варіантом функціональної диспепсії доцільним є призначення низькодозового квамателу-міні.

6. Під впливом диференційованого лікування зменшуються клінічні прояви оверлап-синдрому НЕРХ/ФД, підвищуються показники середнього внутрішньошлункового рН і водного тесту та поліпшується якість життя пацієнтів.

Література

1. Анализ Распространенности Изжоги: нАциональное эпидемиологическое исследование взрослого городского нАселения (АРИАДНА) / Исаков В.А., Морозов С.В., Ставрики Е.С., Комаров Р.М. // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2008. – №1. – С. 20–30.
2. Кузенко Ю.Г. Розповсюдженість, клінічні прояви, сучасні підходи до діагностики і лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та стравоходу Барретта : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.36 «Гастроентерологія» / Кузенко Ю.Г.; Нац. мед. університет ім. О.О. Богомольця. – Київ, 2008. – 32 с.
3. Острогляд А.В. Перший досвід вивчення епідеміології гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в Україні / Острогляд А.В. // Сучасна гастроентерол. – 2006. – №1. – С. 30–32
4. Осьодло Г.В. Епідеміологічні та клінічні аспекти гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у різних категорій військовослужбовців / Осьодло Г.В., Шукін Ю.А. // Проблеми військової охорони здоров'я. Зб. наук. праць УВМА. – Київ, 2010. – Вип. 27. – С. 170–176.
5. Рум'янцев Ю.В. Кислотозалежні захворювання у військовослужбовців: частота, структура та особливості поєднаної патології / Рум'янцев Ю.В., Осьодло Г.В., Калашніков М.А. // Сучасна гастроентерол. – 2010. – №5. – С. 65–68.
6. Фадєєнко Г.Д. Перекрестный синдром функциональная диспепсия и незрозивная рефлюксная болезнь: тактика врача общей практики / Фадєєнко Г.Д., Можина Т.Л. // Здоров'я України. – 2009. – №6/1. – С. 26-27.
7. Щербинина М.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Щербинина М.Б.: монография. К.: Медкнига, 2009. – 100 с., илл.
8. Dent J. Symptom evaluation in reflux disease: workshop background processes, terminology, recommendation and discussion outputs / J. Dent, D. Armstrong, B. Delaney [et al.] // Gut. – 2004. – N 53. – P. 1-24.
9. Dickman R. The effect of a therapeutic trial of high-dose rabeprazole on symptom response of patients with non-cardiac chest pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial / R. Dickman, S. Emmons, H. Cui [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2005. – N 22. – P. 547-555.
10. Keohane J. Functional Dyspepsia and Nonerosive Reflux Disease: Clinical Interactions and Their Implications / J. Keohane, M.M. Quigley // Medscape General Medicine. – 2007. – N 9(3). – P. 31.
11. Ofman J. The economic and quality-of-life impact of symptomatic gastroesophageal reflux disease / Ofman J. // Am J Gastroenterol. – 2003. – N 98 (suppl). – P. S8-S14.
12. Tack J. Functional gastroduodenal disorders / Tack J., Talley N.J., Camilleri M [et al.] // Gastroenterology. – 2006. – N 130. – P. 1466-1479.
13. Talley N.J. Functional gastrointestinal disorders as a public health problem / Talley N.J. // Neurogastroenterol Motil. – 2008. – N 20, Suppl 1. – P. 121-129.
14. Vakil N. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus / N. Vakil, S.V. van Zanten, P. Kahrilas [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – N 101. – P. 1900-1920.
15. Wahlqvist P. Validity of a work productivity and activity impairment questionnaire for patients with symptoms of gastro-esophageal reflux disease (WPAI-GERD) – results

from a cross-sectional study / Wahlqvist P., Carlsson J., Stalhammar N.O. [et al.] // Value Health. – 2002. – N 5. – P. 106-13.

16. Wahlqvist P. Relationship between symptom load of gastro-oesophageal reflux disease and health-related quality of life, work productivity, resource utilization and concomitant diseases: survey of a US cohort / Wahlqvist P., Carlsson M., Johnson D. [et al.] // Aliment Pharmacol Ther. – 2008. – N 27(10). – P. 960-70.

УДК 616.89.19:616.33-002.44

ТРИВОЖНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Г.З. Мороз, Н.Ю. Партасюк, Л.М. Захарчук, О.А. Мельник

*Українська військово-медична академія
Головний військово-медичний клінічний центр „ГВКГ”*

Резюме. Проведено аналіз частоти виявлення коморбідних тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців, які проходили лікування в денному стаціонарі клініки амбулаторної допомоги Головного військово-медичного клінічного центру „ГВКГ”. Показано високу частоту виявлення тривожних та/або депресивних розладів у військовослужбовців з артеріальною гіпертензією і виразковою хворобою дванадцятипалої кишки - 46,9% та 44%, відповідно, що вірогідно частіше в порівнянні з практично здоровими - 19,5% ($p < 0,05$). Визначені певні відмінності - у хворих на артеріальну гіпертензію переважали субклінічна та/або клінічно виражена тривога - 38,7%, а у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки - субклінічна та/або клінічно виражена депресія - 39%. Обґрунтовано необхідність удосконалення надання медичної допомоги цьому контингенту військовослужбовців в умовах денного стаціонару.

Ключові слова: *військовослужбовці, артеріальна гіпертензія, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, тривога, депресія.*

Вступ. Наукові дослідження переконливо вказують на значне поширення психопатологічних розладів в популяції і особливо серед пацієнтів з соматичною патологією. Найбільш поширені депресивні і тривожні розлади, які дуже часто взаємопов'язані між собою і з соматичними захворюваннями [1, 2]. Актуальним це питання є і для військової медицини, так як професійна діяльність військовослужбовців є джерелом психоемоційного перенавантаження, що сприяє розвитку хронічного стресу та негативно впливає на стан здоров'я. В спеціальній літературі розглядаються в основному проблеми психосоматичних та психічних розладів у військовослужбовців в умовах локальних конфліктів, техногенних або стихійних катастроф, або при виконанні військових обов'язків в екстремальних умовах. Важливо зауважити, що питанням розвитку невротичних та психопатологічних розладів у