

24. Usher W.A health website recommendation from Gold Coast general practitioners to their patients: A mixed method approach. Health Education Journal, June 2011; vol. 70, 2: pp. 117-130.

25. Динаміка проникнення Інтернет в Україні [Електронний ресурс]. Режим посилання: <http://www.kiis.com.ua/ua/bank/archives/marketing.html>

26. Закон України № 2297-VІ від 01.06.2010 «Про захист персональних даних». [Електронний ресурс]. Режим посилання: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2297-17>

27. Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії». [Електронний ресурс]. Режим посилання: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120524_384.html

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дячук Д.Д., Гидзинская И.Н., Мороз Г.З., Лисенко И.Ю., Кубатко В.М., Коваль С.Б.

Резюме. Обобщены методические подходы по использованию Интернет-технологий в медицинской практике. Изложены результаты работы по внедрению Интернет-технологий в Государственном научном учреждении «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами.

Ключевые слова: интернет-технологии, медицинская отрасль.

USE OF INTERNET TECHNOLOGIES IN MEDICAL PRACTICE

D.Dyachuk, I.Gidzinska, G.Moroz, I.Lysenko, V.Kubatko, S.Koval

Summary. Methodological approaches to Internet technologies use in medical practice has been summarized. Results of the implementation of Internet technologies in the State Institution of Sciences "Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department has been exposed.

Keywords: internet technology, medical sector.

УДК 616.33-002.44

РОЛЬ КОРЕКЦІЇ ІНТЕСТИНАЛЬНОГО МІКРОБНОГО ДИСБАЛАНСУ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛОКСНОЇ ХВОРОБИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Осьодло Г.В.

Українська військово-медична академія

Резюме. У статті проаналізовано вплив корекції інтестинального мікробного дисбалансу при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі з підтвердженням доцільності усунення мікробно-асоціативних порушень для покращення безпосередніх та віддалених результатів лікування.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, синдром надмірного бактеріального росту, дисбактеріоз кишечника, лікування, військовослужбовці.

Вступ. Сьогодні при розгляданні патогенетичних механізмів формування патологічного гастроєзофагеального рефлюксу і тривалого підтримувального

лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) актуальним є вивчення ролі мікробного дисбалансу в організмі [1,2]. Одна з нових теорій патогенезу ГЕРХ фокусується на мікробній контамінації слизової оболонки стравоходу. При вивченні біоптатів дистального відділу стравоходу у хворих з езофагітом і стравоходом Барретта показано превалювання грампозитивних анаеробів і мікроаерофілів, включаючи *Campylobacter*, здатних провокувати рефлюкс через індукцію ліпополісахаридами аномальної релаксації нижнього стравохідного сфінктера шляхом активації NO-синтетази [3,5].

Нами показано, що у хворих на ГЕРХ, часто мають місце зміни ентерального середовища у вигляді синдрому метеоризму, надмірного бактеріального росту (СНБР) та дисбактеріозу кишечника (ДК) [4]. Так, при анкетуванні військовослужбовців наявність метеоризму констатовано у 82,0% хворих на ГЕРХ, порівняно з практично здоровими особами ($P < 0,001$), а при кореляційному аналізі встановлений прямий кореляційний зв'язок між зростанням вираженості симптомів ГЕРХ і здуття живота ($r = +0,34$).

Встановлено, що розвиток СНБР є характерним для 38,5% хворих на несрозивну рефлюксну хворобу (НЕРХ) і у 34,6% має місце підвищення концентрації видихувального водню з раннім тонкокишковим піком [4]. При цьому СНБР позитивно корелює з підвищеною кількістю лужних рефлюксів ($r_A = +0,44$). При дослідженні бактеріограми калу у хворих на НЕРХ виявлено підвищення слабо-ферментуючої *E.coli* до $6,2 \pm 0,45 \lg \text{ КУО/г}$ ($P < 0,05$), із наявністю кореляційного зв'язку ($r_A = +0,38$). Тому доцільність корекції змін ентерального середовища у хворих на НЕРХ потребує уточнення.

Метою дослідження було вивчення впливу корекції інтестинальних мікробних порушень на перебіг НЕРХ у військовослужбовців.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 30 хворих на ГЕРХ військовослужбовців чоловіків (середній вік $25,4 \pm 2,2$ роки). Групу контролю склали 25 практично здорових осіб, порівняних за статтю і віком. Діагноз ГЕРХ встановлювали на підставі клінічних проявів, результатів ФЕГДС і внутрішньоштравохідного рН-моніторингу. Всім хворим проводились водневий дихальний тест із лактулозою для констатації СНБР в тонкій кишці і вивчення бактеріограми калових мас (БГКМ).

До групи I увійшли 15 військовослужбовців із НЕРХ, асоційованою із СНБР та ДК, які отримували стандартну терапію рабепразолом 20 мг 1 раз за добу впродовж 4-х тижнів.

До групи II увійшли 15 військовослужбовців із НЕРХ, асоційованою із СНБР та ДК, яким крім антисекреторної терапії рабепразолом, проводили деконтамінацію кишечника шляхом послідовного застосування кишкових антисептиків і пробіотиків: тиліхінол+тилброхінол (інтетрикс) по 2 капс. 2 рази на добу протягом 7 днів; ніфуроксазид 100 мг по 2 табл. 4 рази на добу протягом 7 днів; *Lactobacillus ghamnosus* GG, *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium*, інулін (біфі-форм комплекс) по 1 табл. 3 рази на день впродовж 14 днів.

Результати досліджень обробляли з допомогою методів варіаційної статистики. Достовірність різниці при порівнянні середньоарифметичних величин визначали з допомогою критерію t Ст'юдента, а при порівнянні частот ознаки – з обчисленням критерію Пірсона χ^2 .

Результати дослідження та їх обговорення. Після проведеного лікування у пацієнтів II групи, яким крім антисекреторної терапії рабепразолом

проводилась деконтамінація кишечника кишковими антисептиками та пробіотиками, виявлена позитивна динаміка клінічних проявів, порівняно з I групою, у вигляді зменшення вираженості відрижки у 1,5 рази, частоти рефлюксу – у 2,0 рази та метеоризму – у 2,3 рази. Повне зникнення симптомів ГЕРХ у хворих II групи спостерігалось у 93,3% хворих, порівняно з I групою – у 57,1% ($P < 0,1$).

При проведенні водневого дихального тесту із лактулозою у 13,3% хворих II групи до лікування констатовано СНБР з підвищенням базального рівня концентрації видихувального водню до $21,2 \pm 2,4$ ррт, порівняно з контролем $1,2 \pm 0,13$ ррт, $P < 0,05$ (рис.1).

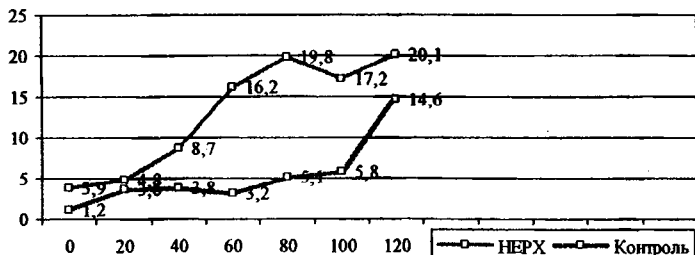


Рис. 1. Результати Н₂-дихального тесту із лактулозою у хворих на НЕРХ до лікування, (у ррт)

У 86,7% хворих виявлений ранній "тонкокишковий" пік на $60,1 \pm 4,9$ хв з підвищенням концентрації видихувального водню до $16,2 \pm 1,6$ ррт, порівняно з контролем $3,2 \pm 0,31$ ррт, $P < 0,01$.

Після проведеного лікування базальний рівень видихувального водню у хворих не перевищував 5 ррт, і склав $1,3 \pm 0,4$ ррт, проти $1,2 \pm 0,13$ ррт в групі контролю ($P > 0,05$). При цьому у 86,7% хворих знизився ($P < 0,01$) рівень концентрації водню на 60-й хв з $16,2 \pm 1,6$ ррт до $5,3 \pm 0,6$ ррт.

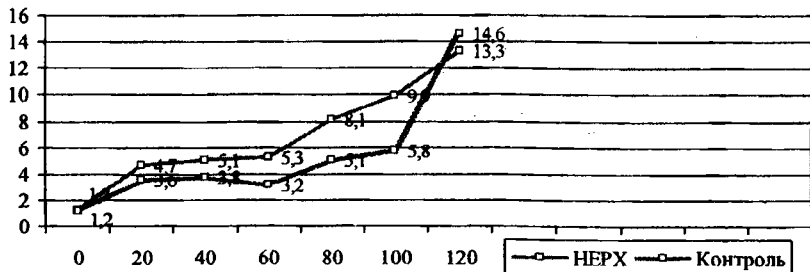


Рис. 2. Результати Н₂-дихального тесту із лактулозою у хворих на НЕРХ після лікування, (у ррт).

При дослідженні БГКМ у хворих II групи до лікування спостерігалось зростання «шкідливої» протеолітичної флори – загальної кількості *E.coli* до $6,9 \pm 0,7$ lg КУО/г ($P < 0,05$), з підвищенням титрів слабо-ферментуючої *E.coli* до $6,2 \pm 0,6$ lg КУО/г, у 73%, ($P < 0,01$), гемолітичної *E.coli* до $4,15 \pm 0,42$, у 33%, ($P < 0,01$) та стафілококів до $2,9 \pm 0,03$ lg КУО/г, у 33% пацієнтів, ($P < 0,05$). Після корекції ентеральних змін відбувалось покращення показників бактериограми калу у вигляді зниження титрів «шкідливої» протеолітичної флори: загальної кількості *E.coli* до $6,2 \pm 0,6$ lg КУО/г ($P < 0,05$), слабо-ферментуючої *E.coli* до $5,6 \pm 0,5$ lg КУО/г ($P < 0,05$), гемолітичної *E.coli* до $2,17 \pm 0,2$ ($P < 0,05$) та стафілококів до $2,4 \pm 0,14$ lg КУО/г ($P < 0,05$). Проте не відбувалося зростання «корисної» цукролітичної флори: біфідобактерій та лактобактерій, що зумовило подальший прийом біфі-форм комплексу.

Рабепразол

Рабепразол+тилікінол+тиліброхінол

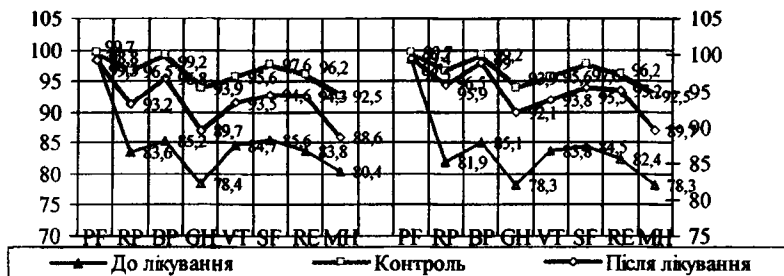


Рис. 3. Динаміка показників ЯЖ в ході диференційованого лікування НЕРХ у військовослужбовців згідно опитувальника MOS SF-36 (у балах)

Після деконтамінації кишечника у хворих II групи виявляли покращення профілю якості життя за всіма параметрами шкали MOS SF-36, особливо за шкалою рольового фізичного функціонування (RP) і болу (BP) зі зростанням інтегрального показника у хворих групи рабепразолу на 8,6 бала, а при додатковій корекції мікробно-асоціативних порушень – на 11,1 бала (рис. 3). Отримані результати підтверджують доцільність корекції мікробних ентеральних порушень у хворих на НЕРХ для ефективного усунення клінічних проявів та покращення якості життя, що доповнило дані попередніх досліджень [1].

При аналізі віддалених результатів лікування через 6 місяців по закінченні терапії виявлено, що частота застосування рабепразолу 10 мг в режимі «за вимогою» у I групі склала $11,4 \pm 1,2$ рази за місяць, порівняно з $6,9 \pm 0,7$ рази у хворих II групи ($P < 0,05$), що рідше за умови корекції мікробного ентерального середовища.

Висновки

1. Проведення корекції СНБР і дисбактеріозу кишечника на тлі патогенетичної антисекреторної терапії НЕРХ рабепразолом сприяє ефективнішому усуненню клінічних проявів основного захворювання, покращенню якості життя хворих та зменшенню потреби в застосуванні ППІ в режимі «за вимогою».

2. Усунення ентеральних мікробних порушень у хворих на НЕРХ сприяє ефективнішому зменшенню відривки у 1,5 рази, частоти рефлюксу – у 2,0 рази

та метеоризму – у 2,3 рази, тенденції до зростання частоти ремісії у 1,6 рази та підвищення показників якості життя.

Література

1. Заїка С. В. Роль мікрофлори шлунково-кишкового тракту у виникненні гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / С. В. Заїка // *Новости медицины и фармации.* – 2011. – № 382: *Гастроэнтерология.* – С. 21-25.

2. Ігнашук О.І. Особливості клінічного перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби залежно від мікрофлори стравоходу / О.І. Ігнашук, І.В. Ігнашук // *Сучасна гастроентерол.* – 2010. – № 6 (56). – С. 53-56.

3. Маев И.В. Оксид азота и его роль в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни/ И.В. Маев, А.С. Трухманов, Н.В. Черемушкина // *Российские Мед. Вести.* – 2008. – Том XIII, № 2. – С.3-10.

4. Осьодло Г.В. Порушення гастроінтестинального мікробіоценозу у хворих на ГЕРХ військовослужбовців / Г.В. Осьодло, Т.В. Куц // *Військова медицина України.* – 2012. – Т.12, № 3. – С. 49-53.

5. Inflammation and intestinal metaplasia of the distal esophagus are associated with alterations in the microbiome/ L.Yang, Lu X., C.W. Nossa [et al.] // *Gastroenterology.* – 2009. – Vol. 137. – P. 588-597.

РОЛЬ КОРРЕКЦИИ ИНТЕСТИНАЛЬНАЯ МИКРОБНОЙ ДИСБАЛАНСА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ВОЕННОСЛУЖАЩИХ Осьодло Г.В.

Резюме. *В статье проанализировано влияние коррекции интестинального микробного дисбаланса при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с подтверждением целесообразности устранения микробно-ассоциативных нарушений для улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения.*

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром избыточного бактериального роста, дисбактериоз кишечника, лечения, военнослужащие.*

THE ROLE OF INTESTINAL MICROBE DYSBALANCE CORRECTION DURING GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AMONG SERVICEMEN

G.Osyodlo

Summary. *The influence of intestinal microbe dysbalance correction during GERD was analyzed in the article and proved its expediency.*

Keywords: *gastroesophageal reflux disease (GERD), syndrome of excessive bacterial height, intestinal dysbacteriosis, treatment, servicemen.*