

of approaches to optimize the diagnosis and treatment of combined flow of this pathology in the military.

Keywords: *duodenal peptic ulcer, gastroesophageal reflux diseases, diagnostics, treatment.*

УДК616.33-002.44+615.03:355

**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ ТЕРАПЕВТИЧНИ АСПЕКТИ
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В УЧАСНИКІВ
АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

Г.В. Осьодло, М.В. Радущинська

Українська військово-медична академія

Резюме. *У статті проаналізовано результати досліджень щодо частоти, структури та особливостей клінічного перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в учасників антитерористичної операції (АТО); визначено вплив вегетативної дисфункції на перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).*

Ключові слова: *гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, структура, учасники АТО, клінічний перебіг.*

Вступ. Гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) відносять до найпоширеніших захворювань травного тракту. Загально визнано, що печія — кардинальний симптом ГЕРХ. Печію кожного дня відчують від 4 до 10% припустимо здорових людей, близько 40% населення відзначають цей симптом не менше ніж 1 раз на місяць. Досвід бойових дій свідчить про високу поширеність ГЕРХ, включаючи її неерозивну форму – НЕРХ, зростання частки ерозивної форми ГЕРХ з 5 до 22%.

Психічна дезадаптація та вегетативна дисфункція беруть участь в патогенезі багатьох захворювань органів травлення [7,8]. Ще роботами І.П. Павлова доведено стійкі механізми зв'язку між нервовою і травною системами, підтверджено роль вегетативної нервової системи (ВНС) у виникненні гострих гастродуоденальних ерозій та виразок [1]. У попередніх дослідженнях показано роль вегетативного дисбалансу в перебігу захворювань езофагогастродуоденальної зони, в тім числі ГЕРХ та коморбідної кислотозалежної патології [3,5,6,9].

Метою дослідження було вивчення частоти, структури та особливостей клінічного перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в учасників АТО; визначення впливу вегетативної дисфункції на перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).

Матеріал і методи дослідження. Проведено опитування за допомогою спеціально розробленої анкети 98 учасників АТО чоловічої статі (середній вік $25,5 \pm 3,6$ років), які проходили обстеження та лікування у клініці гастроентерології Національного військового медичного клінічного центру «ГВКГ», у яких спостерігались типові «стравохідні» скарги GERX, а при проведенні ЕФГДС виявляли ендоскопічні ознаки хвороби.

Вегетативний статус оцінювали згідно опитувальника А.М. Вейна (2003), визначення вегетативного індексу (ВІ) Кердо, коефіцієнта Хільдебранта. Усім пораненим проводилось обстеження згідно протоколів курації, прийнятих у Збройних Силах України.

Достовірність різниці при порівнянні середньоарифметичних величин визначали за допомогою t-критерію Ст'юдента, а при порівнянні частот ознаки – з обчисленням критерію Пірсона (χ^2).

Результати дослідження та обговорення. Аналізуючи дані анкетування, ЕФГДС у обстежених учасників АТО встановлено переважання в структурі НЕРХ, яку виявляли у 62 (63,3%) чоловіків, ЕРХ констатували у 36 (36,7%) пацієнтів. Інтенсивність больового синдрому визначали за 10-ти бальною шкалою (0-немає, 1-3-слабкий, 4-6-середній, 7-10-сильний). При НЕРХ слабкий біль відмічали 9 (15%) хворих із 62 досліджуваних випадків, середній – 41 (65%) хворий, сильний – 12 (20%) хворих. У групі ЕРХ відсутність болю зазначили 4 (11%) із 36 поранених, середній біль – 32 (89%) пацієнта. Середня інтенсивність больового синдрому зустрічалася достовірно частіше ($\chi^2=6,2$; $P<0,05$) у хворих на НЕРХ, порівняно з хворими на ЕРХ.

Провокуючими факторами виникнення НЕРХ у групі 62 хворих були: фізичні навантаження у 9 (15%) пацієнтів, психоемоційні навантаження (стрес) – у 13 (20%), паління – у 9 (15%), порушення режиму харчування – у 31 (50%) хворого. У групі 36 хворих ЕРХ провокуючі фактори розподілились наступним чином: порушення режиму харчування – у 10 (28%) поранених, психоемоційні навантаження (стрес) – у 11 (30%), паління – у 6 (17%), фізичні навантаження у 9 (25%) хворих (рис. 1). Порушення режиму харчування достовірно частіше призводило до виникнення НЕРХ, у 50%, порівняно з 28% випадків на ЕРХ, $\chi^2=4,6$; $P<0,05$.

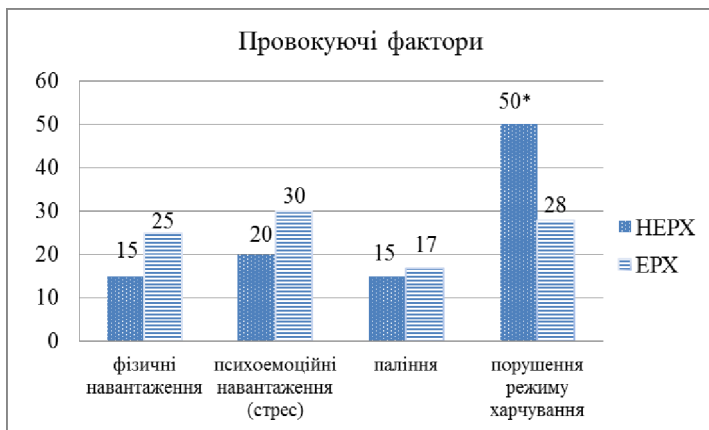


Рис. 1. Провокуючі фактори виникнення GERX в учасників АТО, (у %).

Порівнюючи стан ВНС у хворих на GERX виявлено переважання парасимпатикотонічної дисфункції при ERX у 78% (28 із 36) хворих, що було вірогідно частіше, ніж у хворих на NERX – 62% (38 із 62) учасників АТО, $P < 0,05$. Симпатикотонічна дисфункція реєструвалася достовірно частіше, у 38% хворих на NERX, порівняно з 11% хворих на ERX, $\chi^2 = 8,5$; $P < 0,01$ (табл. 1).

Таблиця 1

Стан вегетативної нервової системи при GERX в учасників АТО (у %)

з/п	Стан ВНС	ERX, n=36	NERX, n=62	Вірогідність відмінностей, χ^2/P
1	Ейтонія	4 (11%)	0	$\chi^2 = 0,17$; $P > 0,05$
2	Симпатикотонія	4 (11%)	24 (38%)	$\chi^2 = 8,5$; $P < 0,01$
3	Парасимпатикотонія	28 (78%)	38 (62%)	$\chi^2 = 3,9$; $P < 0,05$

Примітка: P – вірогідність відмінностей між групами ERX та NERX.

Висновки

Серед учасників АТО спостерігається переважання в структурі NERX, яку виявляли у 62 (63,3%) хворих, ERX констатували у 36 (36,7%) пацієнтів, асоційованих із порушенням режиму харчування, психоемоційним та фізичним навантаженням, палінням. При аналізі стану ВНС у хворих на GERX виявлено переважання парасимпатикотонічної дисфункції як при ERX, так і при NERX.

Література

1. Дудников Э.В. Роль вегетативной нервной системы в патологии желудочно-кишечного тракта / Э.В. Дудников, С.Х. Домбаян // Южно-российский мед. журн. – 2001. – № 5–6. – 5 с.
2. Осьодло Г.В. Епідеміологічні, клінічні та фармакоекономічні аспекти гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у військовослужбовців / Г.В. Осьодло // Міжвідомчий збірник «Гастроентерологія». – 2010. – Випуск 44. – С.31-43.
3. Осьодло Г.В. Про стан вегетативної нервової системи у військовослужбовців із різними варіантами ГЕРХ / Г.В. Осьодло // Світ медицини та біології. – 2010. – №2. – С. 170–176.
4. Румянцев Ю.В. Кислотозалежні захворювання у військовослужбовців: частота, структура та особливості поєднаної патології / Ю.В. Румянцев, Г.В. Осьодло, М.А. Калашніков // Сучасна гастроентерол. – 2010. – № 5 (55). – С. 65-68.
5. Секарева Е.В. Состояние вегетативной нервной системы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью/ Секарева Е.В.// Тезисы XXXI сессии ЦНИИГ// Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. – 2003. – №5. – С.170–174.
6. Скрипник І.М. Оверлап-синдром неерозивної рефлюксної хвороби та функціональної диспепсії: клініко-епідеміологічний аналіз та лікування/ І.М.Скрипник, Г.В.Осьодло, І.М. Шевага // Сучасна гастроентерол. – 2012. – №2 (64). – С. 42–48.
7. Скрыпник И.Н. Оценка эффективности адаптола в комплексном лечении больных с заболеваниями органов пищеварения в сочетании с соматоформной вегетативной дисфункцией / И.Н.Скрыпник, А.В.Невойт, О.В.Берук // Вісник проблем біології і медицини. – 2007. – Вип. 4. – С. 151–154.
8. Степанов Ю.М. Психосоматичні стани у хворих гастроентерологічного профілю та їх медикаментозна корекція / Ю.М. Степанов, І.М. Кононов, В.І. Залевський // Методичні рекомендації. – Дніпропетровськ, 2003. – 28 с.
9. Титов Н.Н. Особенности клинических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на фоне ваготонии / Н.Н.Титов, С.Н.Шуленин, Е.П.Уманская [и соавт.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Сер.11. – Вып.3. – С.50–56.
10. Mitlyng B.L., Ganz R.A. Understanding the GERD // Minn Med. – 2012. – Vol. 95(4). – P. 42–5.
11. Skrypnyk I. Non-erosive gastroesophageal reflux disease: does it need a correction of vegetative dysfunction syndrome? / I. Skrypnyk, G. Osjodlo // Gut. – 2012. – Vol. 61 (Suppl. 3). – A.200.

Резюме. В статье проанализированы результаты исследований частоты, структуры и особенностей клинического течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у участников антитеррористической операции (АТО); определено влияние вегетативной дисфункции на течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, структура, участники АТО, клиническое течение.

Summary. The article analyzes the results of studies of the frequency, structure and features of the clinical course of gastroesophageal reflux disease among the participants of the antiterrorist operation (ATO); the influence of autonomic dysfunction for gastroesophageal reflux disease (GERD) is defined.

Key words: gastroesophageal reflux disease, structure, ATO participants, clinical process.

УДК 661.039.3:111.821:616.578.825:614.883.

ТЕЧЕНИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

В. И. Трихлеб¹, Е. Л. Панасюк², В. И. Матяш², Л. В. Березина²

Украинская военно-медицинская академия¹,

ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней
им. Л.В. Громашевского НАМН Украины»²

Резюме. В статье представлены особенности течения опоясывающего герпеса у 19 пациентов, перенесших боевую хирургическую травму. Установлено, что наиболее тяжелые формы опоясывающего герпеса развивались у пациентов с поражением крупных сосудисто-нервных пучков, позвоночника, костей лицевой части черепа, сочетанной травмой. Предикторами тяжелого рецидивирующего течения опоясывающего герпеса у данной категории больных наряду с травмой, являлись хронический стресс, физическое перенапряжение, частые ОРВИ. Типичные высыпания наблюдались только у 47,4% больных и наиболее часто располагались в зоне иннервации поврежденных нервных стволов, развивались на 4-7 неделе после перенесенной травмы. У 15,8% высыпания носили рецидивирующий характер и утяжеляли течение восстановительного периода.

Ключевые слова: опоясывающий герпес, травма, высыпания, противовирусная терапия, постгерпетическая невралгия, восстановительный период.

Опоясывающий герпес (ОГ) — спорадическое заболевание, представляющее собой реактивацию латентной вирусной инфекции, вызванной вирусом герпеса 3-го типа (Varicella zoster virus (VZV)). Данный вирус после острой инфекции (ветряной оспы) способен длительно персистировать в организме человека, преимущественно в спинальных