

I

**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ
ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ
РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З УРАЖЕННЯМ
ХРЕБТА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНОГО ТА
ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ**

Сірчак Є.С., Цьока С.А., Філак Я.Ф., Архій Е.Й., Фабрі З.Й., Вайс В.В.

*Ужгородський національний університет, медичний факультет,
Ужгород, Україна*

Вступ. У хворих на ураження хребта різного генезу (денегеративно-дистрофічного чи запального характеру) частим клінічним проявом є больовий синдром різної локалізації у спині, що вимагає призначення нестероїдних потизапальних препаратів (НПЗП), що супроводжується виникнення побічних дій від даних засобів. До 40 % хворих, що приймають НПЗП, скаржаться на диспепсичні розлади, а у 10–20 % – виникають ерозії та виразки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту [1].

На сьогоднішній день, інгібітори протонної помпи (ППП) займають провідне місце у лікуванні кислото залежних захворювань [2, 3]. При цьому, певні труднощі виникають при лікуванні хворих гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) [3]. Терміни загоєння ерозій стравоходу у багатьох хворих можуть досягати 8-12 тижнів, а у частини хворих спостерігається рефрактерність до прийому антисекреторних засобів [4].

Мета роботи. Визначити динаміку показників вегетативної дисфункції у хворих на ГЕРХ у поєднанні з ураженням хребта дегенеративно-дистрофічного та запального генезу на фоні комплексної терапії.

Матеріали і методи. Обстежених хворих на ГЕРХ розподілено на дві групи залежно від форми ураження хребта, а саме – в I групу ввійшло 46 хворих з остеохондрозом (ОХ) шийного та грудного відділів хребта (серед них чоловіків було 28 (60,9 %), жінок – 18 (39,1 %); середній вік становив $42,9 \pm 4,2$ років), а II групу склали 50 пацієнтів з спонділоартритом (СА) хребта (серед них чоловіків було 19 (38,0 %), жінок – 31 (62,0 %); середній вік становив $46,7 \pm 4,9$ років).

У контрольну групу ввійшло 20 практично здорових осіб (чоловіків було 11 (55,0 %), жінок – 9 (45,0 %) без проявів ураження опорно-рухового апарату та верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Середній вік складав $43,2 \pm 4,6$ років.

Усім обстеженим пацієнтам проведено загальноклінічні дослідження, а також визначення стану вегетативної нервової системи (ВНС). Вегетативну дисфункцію (ВД) визначали за допомогою опитувального анкету О. М. Вейна (1998 р.). Сума балів, що перевищувала 15, свідчила про наявність ВД ВНС. Також розраховували вегетативний індекс Кердо (ВІК), що визначали на основі показників гемодинаміки (частота серцевих скорочень (ЧСС) та артеріальний тиск (АТ)).

Обстежені хворі отримували базисну терапію (БТ) протягом 1 місяця, що включало призначення ІПП езомепразол (Езолонг® 40 фірми Евергоджен Лайф Саенсиз Лімітед, Індія) по 40 мг 2 рази на добу за 30-40 хвилин до прийому їжі, а також для нормалізації роботи верхніх відділів шлунково-кишкового тракту призначено ітоприду гідрохлорид («Мотоприд» фірми Київський вітамінний завод, Україна) по 50 мг 3 рази на добу до прийому їжі, а також призначено комплекс альгінату і гіалуронової кислоти (Гіалера™, Альпіфлор с.р.л., Італія для ТОВ «Фармюніон БСВ Девелопмент», Україна) по 1 стіку перед сном протягом. Додатково призначено препарат магнію та піридоксину («Магнікум-антистрес» фірми Київський вітамінний завод, Україна) по 2 таблетки 2 рази на добу під час їжі та препарат холікальциферолу (Відеїн 4000 фірми Київський вітамінний завод, Україна) по 1 капсулі 1 раз на день протягом 1 місяця.

Аналіз і обробка результатів обстеження хворих здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми Statistics for Windows v.10.0 (StatSoft Inc, USA) з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати досліджень та їх обговорення. До проведеного комплексного лікування у хворих I групи частіше діагностовано типові стравохідні прояви ГЕРХ, а саме – 52,2 % обстежених пацієнтів ($p < 0,05$), тоді як у хворих II групи частіше встановлено позастравохідні форми ГЕРХ – у 60,0 % обстежених хворих ($p < 0,05$). Провідним клінічним проявом ураження верхніх відділів травної системи у хворих обох груп при типовому перебігу ГЕРХ були відрижка кислим, печія, а також дисфагія. Позастравохідні прояви ГЕРХ у хворих обох груп частіше проявлялись стоматологічними, отоларингологічними «масками». У хворих I групи з ОХ шийного та грудного відділів хребта стоматлогічну форму ГЕРХ встановлено у 40,9 % обстежених ($p < 0,05$), тоді як у хворих з СА частіше виявлено отоларингологічну «маску» ГЕРХ (у 43,3 % обстежених хворих – $p < 0,05$). Кардіологічна форма рефлюксної хвороби на 3,1 % частіше виявлено при СА, а бронхолегенева форма – майже з однаковою частотою встановлено у хворих обох груп.

Таблиця 1.

Динаміка показники функціонального стану ВНС в обстежених на фоні комплексного лікування

Показник	Контроль (n=20)	Обстежені пацієнти			
		I група (n=46)		II група (n=50)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування

Вегетативний стан за шкалою Вейна О.М., бали	9,77±0,28	31,44±1,56 ***	18,16±1,12 ¥¥	52,11±1,86 ***,+	24,14±1,22 ££
ЧСС, за 1 хвилину	72,26±4,16	89,20±1,80 *	79,11±0,78 ¥	98,14±2,16 *,+	82,14±1,85 £
САТ, мм рт. ст.	116,20±6,88	144,30±3,1 8*	129,12±1,26 ¥	165,84±4,16 **,+	135,16±2,18 £
ДАТ, мм рт. ст.	75,30±4,80	98,67±2,55 *	87,11±1,45 ¥	103,09±2,41 **	88,16±1,12 ££
ВІК	-4,77±-0,25	-11,68±-0,55 **	-7,45±-0,23 ¥¥	-14,24±-0,86 **,+	-9,23±-0,41 £

Примітка: відмінності між показниками контрольної групи та в обстежених хворих до лікування достовірні: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$; різниця між показниками у хворих I та II груп до лікування статистично достовірна: + – $p<0,05$; різниця між показниками у хворих I групи до та після лікування статистично достовірна: ¥ – $p<0,05$; ¥¥ – $p<0,01$; різниця між показниками у хворих II групи до та після лікування статистично достовірна: £ – $p<0,05$; ££ – $p<0,01$.

До проведеного комплексного лікування більш виражені ознаки ВД встановлено у хворих I групи. За результатами опитувальника Вейна більш виражену ВД встановлено до лікування у хворих II групи (збільшення показника до 52,11±1,86 бали – $p<0,001$). Систолічний артеріальний тиск у хворих II групи на 49,64±2,72 мм.рт. ст. був вищим за такий у контрольної групи ($p<0,01$), тоді як у хворих I групи цей показник – на 28,10±3,50 мм.рт.ст. перевищував показник контрольної групи ($p<0,05$). Діастолічний артеріальний тиск також у хворих II групи був максимально підвищений до лікування. Частота серцевих скорочень у хворих обох груп достовірно були вищою, ніж у обстежених контрольної групи. Аналіз отриманих даних указує на переважання впливу парасимпатичного відділу ВНС у обох групах досліджуваних хворих до лікування, із максимально вираженими змінами у пацієнтів на ГЕРХ у поєднанні з СА. Результати ВІК у хворих II групи становили -14,24±-0,86 ($p<0,01$), а у хворих I групи – -11,68±-0,55 ($p<0,01$).

Проведена комплексна терапія із використання препарату магнію у поєднанні з вітаміном В6, а також з вітаміном Д3 виявилась ефективним методом для корекція ознак ВД у хворих на ГЕРХ у поєднанні з ОХ та СА. При цьому, в обох групах обстежуваних пацієнтів встановлено статистично достовірне зниження показників за шкалою Вейна О.М., ВІК, системного АТ та ЧСС.

Висновки: 1. В обох група обстежених пацієнтів з ГЕРХ встановлено ВД, а саме – переважання парасимпатичної регуляції нервової системи. 2. Комплексна терапія із використанням препаратів вітаміну В6 та магнію у поєднанні з холікальциферолом є ефективним методом для нормалізації проявів ВД у хворих на ГЕРХ у поєднанні з ОХ шийного та грудного відділів хребта та СА.

ЛІТЕРАТУРА

1. Осюдло Г.В. Роль вегетативної дисфункції та її корекція при гастроєзофагеальній рефлюксійній хворобі / Г.В. Осюдло, М.В.Радущинська // Гастроентерологія. 2014. - № 52 (2). – С. 13-16.

2. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus / [C.P. Gyawali, P.J. Kahrilas, E. Savarino et al.] // Retrieved from: http://www.gastroscan.ru/literature/authors/10144?sphrase_id=208284. – 2018.

3. Е. Л. Насонов Рекомендации EULAR по диагностике и лечению раннего артрита: 2016 / Е. Л. Насонов // *Научно-практическая ревматология*. – 2017. – № 55 (2). – С. 138-150.

4. WHO (2011). World Health Organization, Global Recommendations on Physical Activity for Health. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.

SUMMARY

COMPLEX APPROACH TO TREATMENT OF VEGETATIVE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN COMBINATION WITH DEFENSE-DYSTROPHIC AND INFLAMMATORY GENESIS OF THE SPINE

Sirchak Ye.S., Tsioka S.A., Filak Ya.F., Arhij E.Yo., Fabry Z.Yo., Vajs V.V.

In both groups of examined patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) established vegetative dysfunction (VD), namely - the predominance of parasympathetic regulation of the nervous system. Complex therapy with the use of vitamin B6 and magnesium in combination with cholicalciferol is an effective method for normalizing the manifestations of VD in patients with GERD in combination with osteochondrosis of the cervical and thoracic spine and spondyloarthritis.