

нездоров'я всього суспільства, оскільки молодь не бере активної участі у суспільних процесах. Така ситуація вкрай утруднює вирішення завдань, які стоять перед нашою країною в даний час, як і побудову демократичного, громадянського суспільства взагалі.

2. Студенти розуміють необхідність підвищення власної громадянської активності, і не проти її підвищувати, проте цьому перешкоджає, на їхню думку, ряд несприятливих чинників, подолати вплив яких їм заважає, знову ж таки, низька власна активність та брак роботи в цьому напрямку інших зацікавлених осіб. Не останню роль відіграє брак громадянського виховання, нестача знань з даної проблеми, недостатній рівень викладання суспільних дисциплін та ін.; тобто соціальні інститути не готують молодь до участі у розбудові держави – нездорове суспільство нездатне виховати здорових громадян.

3. Для подолання ситуації, що склалася, підвищення громадської активності студентів – і підвищення рівня їхнього соціального здоров'я – необхідно організувати цілеспрямовану роботу з ними в плані надання їм знань про основи розбудови громадянського суспільства, підвищення їхньої громадянської самосвідомості, а також створити можливості для реалізації на практиці цих знань тощо.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вінтюк Ю. В. Виховання громадянської позиції молоді як важливе завдання формування соціального здоров'я // Здоровий спосіб життя. – 2009. - № 41. – С. 18-23.

2. Даценко П.Х. Місце історичної самосвідомості у громадянській позиції студентської молоді <http://www.newacropolis.org.ua/ua/study/conference/?thesis=4176>

3. Кіндратець О.М. Громадянська активність як умова демократизації суспільства // Гуманітарний вісник ЗДІА. – 2009. - № 38. – С. 117-125.

4. Майданевич В.П. Теоретичний аспект вивчення життєвої позиції громадянина в системі сучасної педагогіки <http://eprints.zu.edu.ua/1792/1/07mvpssp.pdf>

5. Найдьонова Л.А. Розвиток громадянського суспільства як участь у колективних діях спільнот http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/ppp/2008_7/4%20-%20L.A.Navdonova.htm

6. Пономаренко Л.П. Спирідонова Л.К. Соціальні аксіоми українців як чинник формування громадянського суспільства http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/ppp/2008_7/32%20-%20Ponomarenko-Spiridonova.htm

7. Рудь Є. Громадяни: об'єднань - багато, толку – мало <http://www.civicua.org/library/view.html?topic=1427389&folder=4091>

8. Чолій С.М. Психологічні аспекти вивчення громадської діяльності молоді. http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/ppp/2008_7/34%20-%20Choliy.htm

9. Національне обстеження організацій громадського сектору (NSNVO) <http://www.statcan.gc.ca/pub/61-533-s/61-533-s2005001-eng.htm>

10. Stowarzyszenie Klon/Jawor Podstawowe fakty o sektorze pozarządowym 2008 <http://www.civicpedia.ngo.pl/ngo/362510.html>

ТРОЦЕНКО О.О., ПАНИШКО Ю.М.,
ТРОЦЕНКО О.В.

ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА: ЧИ ЛЕГКО ВСТАНОВИТИ ДІАГНОЗ ?

В статті розглядаються актуальні питання діагностики гастроєзофагальної рефлюксної хвороби.

Ключові слова: гастроєзофагальна рефлюксна хвороба, діагностика.

В статье рассматриваются актуальные вопросы диагностики гастроэзофагальной рефлюксной болезни.

Ключевые слова: гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, диагностика.

*Actual questions gastroesophageal reflux disease's diagnostic are observed in this article.
Key words: gastroesophageal reflux disease, diagnostic.*

Міжнародна робоча група (1) визначає гастроэзофагальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) як рефлюкс шлункового вмісту в стравохід, що призводить до розвитку езофагіту, розвитку типових для рефлюксу симптомів, ступінь проявів яких порушує якість життя або викликає ризик ускладнень. Підкреслюється те, що гастроэзофагальний рефлюкс переходить в ГЕРХ тоді, коли виникають макроскопічні пошкодження стравоходу або захворювання негативно впливає на якість життя.

За даними медичної літератури в розвинутих країнах Заходу від ГЕРХ страждає більш, ніж 40 % населення (2). Близько 75 % хворих, що скаржаться на печію, мають нічні симптоми. Нічний кислотний рефлюкс особливо небезпечний для пошкодження стравоходу. Серед населення західних країн 25 % пацієнтів відмічали печію не рідше 1 разу на місяць, 12 % - не рідше 1 разу на тиждень і 5 % - кожного дня. Довготривала дія кислоти на слизову оболонку стравоходу асоціюється з розвитком ускладнень, в тому числі зі стравоходом Барретта та раком стравоходу. До розвитку ускладнень відносяться стриктури стравоходу, виразки стравоходу. Від 15 до 30 % пацієнтів, що заявляють скарги на порушення нічного сну мають не діагностовану ГЕРХ. Більш того, використання снодійних препаратів (які часто ці пацієнти вживають) у хворих на ГЕРХ може пришвидшувати розвиток ускладнень. Американські дослідники Khoshoo V. et al.(2009) спостерігали 40 дітей у віці від 5 до 12 років із симптомами хронічного кашлю невідомої етіології (тривалістю більше 8 тижнів) й у 27,5 % котрих діагностичними дослідженнями встановили ГЕРХ. Щодо виникнення ГЕРХ відносно статі, то різниця між чоловіками та жінками є невеликою, але у мужчин може виявлятися більш важка форма ГЕРХ.

Відносно рідше зустрічаються симптоми ГЕРХ серед населення Східної Азії.

Сприяє виникненню ГЕРХ ожиріння (це пов'язано зі збільшенням внутрішньочеревного тиску), куріння, вживання алкоголю, вживання їжі багатою на жири, що сповільнює спорожнення шлунка. Окремим є питання відносно зв'язку інфекції НР і виникнення ГЕРХ. Існує гіпотеза, що НР може захищати від розвитку ГЕРХ (3). Розповсюдженість інфекції НР з неерозивною та ерозивною рефлексною хворобою виявилася меншою, ніж у хворих на ГЕРХ (4). Theodoras Rokkas et al. (2009) повідомляють, що за даними мета аналізу виявили значно нижчу розповсюдженість НР у пацієнтів з ГЕРХ в порівнянні з хворими, що не страждали на це захворювання, що може свідчити про захисну роль НР по відношенню до виникнення ГЕРХ та неопластичних ускладнень, таких як стравоходу Барретта і навіть аденокарциноми стравоходу. Ми припускаємо думку, що не НР має захисний вплив щодо ГЕРХ, а саме виникнення кислотного рефлюксу захищає шлунок і дванадцятипалу кишку від колонізації їх бактеріями НР. Таким чином макроорганізм санує себе, захищає від пошкоджуючого впливу інфікування НР. Прояви кислотного рефлюксу послаблюються, коли настає заселення НР слизової оболонки шлунка, тому що зменшується (чи зникає) потреба в самосанації, у знищенні інфекції в стравоході (і, можливо, – в ротовій порожнині), тобто на шляху поступлення бактерії НР до шлунка та дванадцятипалої кишки.

Печія і відрижка – основні ознаки захворювання ГЕРХ. Спостерігаються також дисфагія і болючість при ковтанні. За даними скарг пацієнта важкість печії та відрижки можна оцінювати за 4-бальною шкалою Лікерта: симптом відсутній – 0 балів; симптом слабо виражений, виявляється при розпитуванні – 1 бал; симптом помірно виражений, постійно відчувається, але не перешкоджає діяльності – 2 бали; важкий симптом, що перешкоджає діяльності – 3 бали.

На основі лише скарг пацієнта, анамнезу захворювання важко оцінити перебіг ГЕРХ. Тому важливе значення має ендоскопія стравоходу, яка вважається високоспецифічною

діагностикою (90 – 95 %) для встановлення симптомів езофагіту. Ендоскопічним методом можна виявити ускладнення ГЕРХ зі сторони стравоходу: стриктури, виразки, стравохід Барретта, рак. Однак, існують і неточності в ендоскопічній діагностиці у випадках, коли наявні невеликі зміни слизової оболонки стравоходу. В останні роки в якості альтернативи ендоскопії розроблена відеостелеметрична капсула, але її використання поки що не може замінити ендоскопічний метод діагностики ГЕРХ.

Прояви захворювання за ендоскопічними даними розділяють згідно з Лос-Анджелеською класифікацією, яка показує обширність пошкоджень стравоходу:

- ступінь А. Одне або більше пошкоджень слизової оболонки стравоходу довжиною не більше 5 мм які не розповсюджуються між вершинами двох складок слизової оболонки;
- ступінь В. Одне або більше пошкодження слизової оболонки стравоходу довжиною 5 мм, які не розповсюджуються між вершинами двох складок слизової оболонки;
- ступінь С. Одне або більше ушкоджень слизової оболонки стравоходу довжиною більше 5 мм, що розповсюджуються між вершинами двох і більше складок слизової оболонки стравоходу, але займають менше 75 % окружності стравоходу;
- ступінь D. Одне або більше ураження слизової оболонки стравоходу, що займає не менше 75 % окружності стравоходу.

Існує думка, що неерозивна ГЕРХ та ерозивна ГЕРХ – це два самстійні захворювання. Дослідженнями встановлено, що у хворих на неерозивну рефлюксну хворобу частіше виявлялося позитивне інфікування НР, симптоми функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишківника. У хворих на ерозивну рефлюксну хворобу частіше відмічалися кила стравохідного отвору діафрагми та порушення моторики стравоходу. Печія, зригування та відрижка повітрям – характерні симптоми ковзної кили стравоходу (5). При цьому печія зменшується в своїй інтенсивності або зникає при ковтанні води, переході у вертикальне положення, витягуванні шиї, ходьбі.

До типових позастравохідних ускладнень ГЕРХ слід віднести захворювання зі сторони легенів, вуха, горла, носової порожнини, біль у грудній клітці.

Біопсія слизової оболонки стравоходу поки що не рекомендується при проведенні стандартного обстеження хворого на ГЕРХ і виконується лише з науково-дослідницькою метою (6).

У частини пацієнтів, що страждають на ГЕРХ відмічається стійкий дефект у нижньому стравохідному сфінктері, який сприяє частому закиду кислого вмісту шлунка в стравохід і виникненню важкої форми езофагіту. Рекомендується проводити стравохідну манометрію (4). Однак, метод досить громіздкий у виконанні, а тому майже не використовується в повсякденній практиці. На нашу думку в цьому випадку мала б перспектива використання мініатюрного тензодатчика для вимірювання тиску в порожнинних органах (7, 8).

Ще одним із досліджень у хворих на ГЕРХ був запропонований 24-х годинний рН-моніторинг стравоходу (4, 9). Результат рН-метрії вважається позитивним, якщо час з рН менше 4,0 складав більше, ніж 4 % загального часу вимірювання. Однак, рН-моніторинг не виявився ідеальним золотим стандартом для діагностики, особливо у випадках ускладненої ГЕРХ.

Для розпізнавання симптомів ГЕРХ і диференційної діагностики з іншими захворюваннями, має зміст емпіричне використання інгібіторів протонної помпи. Лікування інгібіторами протонної помпи високоефективне при кислотозалежному езофагіті, а тому може слугувати досить надійним орієнтиром у діагностиці ГЕРХ (10).

Хвора Л.О., 1957 р. народження звернулася зі скаргами на задишку, напади ядухи вночі, кашель. Вважала себе хворою близько півроку, відколи почала відчувати нестачу повітря, кашель, що переважно турбував вночі та зранку. Зверталася за допомогою до терапевта, пульмонолога. Лікувалася амбулаторно з приводу бронхіальної астми. За час лікування стан не покращився. На рентгенограмі органів грудної клітки зі сторони легенів – патології не виявлено. Аналіз периферичної крові – без патологічних змін. Під час

розпитування пацієнтки було звернуто увагу на те, що близько року тому вона страждала від нападів печії, приймала антацидні препарати. Своє погіршення стану не пов'язувала з минулими симптомами. Скарг відносно розладів органів травлення на час огляду не заявляла. Зважаючи на анамнестичні дані, їй було запропоновано провести ендоскопію стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки. Під час обстеження виявлено дистальний езофагіт, післявиразковий рубець антрального відділу шлунка. Уреазний тест на *Helicobacter pylori* (HP) виявився від'ємним. Після цього була проведена терапія інгібітором протонної помпи – контролоком в дозі 40 мг/ 2 рази/добу на протязі 3-х тижнів. Стан пацієнтки після лікування покращився: не було нападів ядухи вночі, припинилися напади кашлю. Отже, симптоми зі сторони органів дихання були пов'язані із гастроєзофагеальним рефлюксом.

Висновки.

1. Діагностика ГЕРХ не завжди є простим завданням в повсякденній клінічній практиці, оскільки може маскуватися проявами зі сторони інших органів (вуха, горла, носа, легенів, серця, дефектів діафрагми). Детальний збір скарг пацієнта – один з важливих шляхів до правильної діагностики ГЕРХ.

2. На сьогодні серед найбільш вагомих досліджень для встановлення ГЕРХ можна вважати: ендоскопію стравоходу, виявлення HP інфекції, емпіричне використання інгібіторів протонної помпи.

3. Перспективними методами досліджень, на наш погляд можна вважати відео капсульну ендоскопію, вимірювання тиску безпосередньо в нижньому відділі стравоходу за допомогою мініатюрного тензодатчика.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Dent J, Armstrong D, Delaney B, Moayyedi P, Talley J, Vakil N. Symptom evaluation in reflux disease: workshop background, processes, terminology, recommendations, and discussion outputs. *Gut* 2004; 53: 1 – 24.

2. Гастродайджест //Мед.газета «Здоров'я України». – 2009. - № 17. – с. 71.

3. El-Serag HB, Sonnerberg A. Opposing time trends of peptic ulcer and reflux disease // *Gut*. - 1998. – 43:327 – 33.

4. Justin C.Y. Wu, Carrian M.Y. Cheung, Vincent W.S. Wong, Joseph J. Y. Sung. Различия клинических характеристик пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью и рефлюкс-эзофагитом // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. Украинское издание. Сентябрь – октябрь 2008. – Т. 1 - № 1. – С. 30 – 36.

5. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология: руководство для врачей. – СПб: Питер Паблишинг, 1997. - 512 с.

6. Caviglia R., Ribolsi M., Maggiano N et al. Dilated intercellular spaces of esophageal epithelium in nonerosive reflux disease patients with physiological esophageal acid exposure // *Am. J. Gastroenterology*. – 2005. – 100: 543 – 48.

7. Панасюк Е.Н., Троценко О.В. и др. Устройство для измерения давления в полых органах // Авторское свид. № 1697722, 1991.

8. Троценко О.В. Закрывающая тензиометрия, интрагастральная рН-метрия в диагностике функционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки // Автореф. на соиск. учен. ст. канд. мед наук. Львов – 1990. – 22 с.

9. Vaezi M. Боль в горле и гиперемия зева: рефлюкс ли это? // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. Украинское издание. Ноябрь-декабрь 2008. – Т.1. - № 2. – С. 108 – 111.

10. Numans ME., Lau J., de Wit NJ, Bonis PA. Short-term treatment with proton-pump inhibitors as a test for gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis of diagnostic test characteristics. *Ann Intern Med* 2004; 140: 518 – 27.