

ВЕГЕТАТИВНА РЕАКТИВНІСТЬ ТА ВЕГЕТАТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ З АВТОІМУННИМ ЗАПАЛЕННЯМ

Харківський національний медичний університет

Мета роботи: визначення стану та ролі вегетативної реактивності та вегетативного забезпечення шляхом психологічного тестування за допомогою опитувальника А.М. Вейна при різних варіантах гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, що поєднана з аутоімунним тиреоїдитом. *Матеріали та методи дослідження.* В роботі прийняло участь 87 пацієнтів з сукупним перебігом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та аутоімунним тиреоїдитом та 45 осіб на ізольованій перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (до 3 місяців), що впливає на якість життя студентства. *Одержані результати.* Показано, що перебіг захворювань супроводжується нашаруванням клінічних проявів вегетативної дисфункції, в більшій мірі виражених при поєднаній патології. Також встановлено, що вегетативне забезпечення по ряду показників превалює у хворих з ерозивною формою гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Доведено, що майже в усіх випадках наявності ерозій (8 осіб – 72,7%) зберігалися окремі клінічні прояви вегетативного забезпечення, такі як загальна слабкість, підвищена втома, лабільність пульсу та артеріального тиску, серцебиття. В той же час при відсутності ерозивного ураження слизової оболонки «вегетативний хвіст» реєстрували тільки у третини (34,7%) досліджених. У цих же випадках має місце тривалий період збереження окремих проявів вегетативної дисфункції (до 3 місяців), що впливає на якість життя пацієнтів. *Висновки.* Приєднання аутоімунного тиреоїдиту до гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби сприяло збільшенню осіб зі змінами вегетативної реактивності. Вегетативне «забезпечення» сукупного перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та аутоімунного тиреоїдиту стає більш виразним при наявності ерозивного процесу в слизовій оболонці, що також є одним із факторів його тривалого прояву.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, варіанти перебігу, аутоімунний тиреоїдит, вегетативна реактивність.

НДР «Механізми формування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби із супутньою патологією та розробка методів її патогенетичної корекції у студентів» (0110U002441).

Багатьма дослідженнями останніх років доведено, що перебіг значної кількості хронічних неінфекційних захворювань внутрішніх органів має свої коріння ще в молодому віці, що пов'язують з участю вегетативної нервової та ендокринної систем в їх формуванні [2,4]. Означені системи характеризуються високою лабільністю, різноманітною симптоматикою та їх прояви тривалий час надають додаткове навантаження на клінічні ознаки основного захворювання, що є значним впливом на якість життя хворих.

За даними епідеміологічних досліджень, розповсюдженість гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) серед дорослого населення становить 40-50 % [5,8], а аутоімунний тиреоїдит (АІТ) зустрічається майже у 20-30 % населення світу [13,16]. В той же час є дані, що пацієнти з означеними нозологічними формами зустрічаються значно частіше та відзначається зростання їх випадків кожного року [3,9,17].

Обидва захворювання розглядаються в контексті запальної відповіді на неспецифічний збудник, хоча патогенетичні ланки їх формування дещо різняться. Так, формування ГЕРХ пов'язують з моторними порушеннями, що виникають в стравоході внаслідок дисфункції нижнього стравохідного сфінктера на тлі «втрати порозуміння» між симпатичним та парасимпатичним відділами ЦНС [6,7].

Аутоімунний тиреоїдит є класичним захворюванням ендокринної системи особливо молодих

осіб та несприятливим фоном для багатьох хронічних захворювань внутрішніх органів [1,11].

Особливістю осіб молодого віку є виразність вегетативних реакцій, формування яких відбувається на тлі високого гормонального фону. Є доведеним, що понад третини осіб молодого віку мають вегетативні порушення, які передують, супроводжують або зберігаються на тлі різних захворювань [10,12,14,15].

Показано, що характер болю при ГЕРХ у осіб молодого віку в більшості випадків не відповідає змінам у слизовій оболонці стравоходу при езофагогастроуденоскопії (ЕФГДС), тобто автори пов'язують його виникнення не тільки з соматичним та вісцеральним його походженням, але й з психогенним нашаруванням вразі залучення вегетативної нервової системи [18].

В такому разі вік пацієнтів, розповсюдженість наведених захворювань внутрішніх органів, вразливий ендокринний фон, лабільність вегетативної нервової системи можуть сприяти коморбідності нозологій та мати деякі особливості.

Мета роботи

Визначення стану та ролі вегетативної реактивності та вегетативного забезпечення шляхом психологічного тестування за допомогою опитувальника А.М. Вейна при різних варіантах гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, що поєднана з аутоімунним тиреоїдитом.

Матеріали та методи дослідження

В роботі прийняло участь 87 пацієнтів з сукупним перебігом GERX та АІТ. Середній вік по групі складав 23,1±2,2 роки; переважали жінки (61 – 70,1%). Тобто, обраний контингент належав до молоді, а саме студентства, та обстежувався і лікувався у студентському медичному комплексі - 20 лікарня м. Харкова. До групи порівняння увійшло 45 осіб на ізольований перебіг GERX, які за основними показниками були тотожними особам з коморбідністю GERX та АІТ.

Встановлений діагноз GERX відповідав рекомендаціям Монреальського консенсусу (2006 р.), а також «Протоколам ведення хворих...» з означеним захворюванням. Форму захворювання становили з урахуванням візуальних змін (неерозивна чи ерозивна) при проведенні ФГДС (система «Fugipon»); при цьому опиралися на рекомендації Лос-Анджелеської класифікації. Наявність АІТ доводили з посиланням на «Протоколи ведення хворих з АІТ». При цьому проводили комплексну оцінку пальпаторних та інструментальних даних щитоподібної залози, показників тесту на антитіла до тиреопероксидази та тиреоглобуліну. Функціональний стан органу визначали при вивченні вмісту тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (Т4) та вільного трийодтиронину (Т3).

У дослідженні дотримувалися лікувально-діагностичних стандартів та вимог щодо етичної складової клінічних досліджень (GCP, 1997), рекомендацій етичних комітетів з питань біомедицини досліджень, законодавства України щодо охорони здоров'я, Хельсинської декларації 2000 р. та директив Європейського товариства 86/609 об участі людей у медико-біологічних дослідженнях. Показники контролю були отримані при обстеженні 20 практично здорових пацієнтів аналогічної статі, віку та соціальної належності – студенти вузів.

Статистична обробка включала вирахування критерію χ^2 з поправкою Йетса (Yates' χ^2).

Результати та їх обговорення

За даними езофагогастродуоденоскопії у 69 (79,3%) хворих основної групи була виявлена неерозивна та у 18 (20,7%) – ерозивна форма GERX. У групі порівняння таке співвідношення відповідало 75,6 % та 24,4 %.

Для визначення впливу вегетативної нервової системи (ВНС) на перебіг захворювань використовували анкету-опитувальник Вейна А.М. (1998 р.), в якому надано 11 запитань, які дозволяють оцінити внесок нервової системи у перебіг нозології (табл.1). На першому етапі дослідження визначали вплив АІТ на перебіг GERX.

Таблиця 1.
Результати анкетування хворих на GERX та при приєднанні АІТ за опитувальником Вейна А.М.

Надані запитання / групи хворих	Хворі на GERX та АІТ (n=87)	Хворі на GERX (n=45)
Частота наявності позитивної відповіді («так») у групі (абс./відсоток)		
1. Чи визначаєте Ви при хвилюванні схильність: - до почервоніння обличчя - до збліднення обличчя	49 (56,3%) 27 (31,0%)	21 (46,7%) 15 (33,3%)
2. Чи буває у Вас отерплість або похолодання - пальців кистей, стоп - повністю кистей, стоп	11 (12,6%) 15 (17,2%)	3 (6,7%) 4 (8,9%)
3. Чи буває у Вас зміна кольору шкіри (блідість, почервоніння, синюшність): пальців кистей, стоп	7 (8,0%)	3 (3,4%)
4. Чи визначаєте Ви підвищену пітливість (при позитивній відповіді підкреслити слово): - «постійна» - «при хвилюванні»	17 (19,5%) 49 (56,3%)	4 (8,9%) 21 (46,7%)
5. Чи буває у Вас відчуття серцебиття та «зупинки серця»	49 (56,3%)	19 (42,2%)
6. Чи буває у Вас відчуття утруднення при диханні (відчуття нестачі повітря). В разі позитивної відповіді потребує уточнення: - в разі хвилювання - у задушному приміщенні	44 (50,6%) 32 (36,8%) 12 (13,8%)	21 (46,7%) 17 (37,8%) 4 (8,9%)
7. Чи є характерним для Вас порушення функції шлунково-кишкового тракту: - схильність до закріпів - схильність до проносів - здуття живота - болі	16 (18,4%) 11 (12,6%) 21 (24,1%) 9 (10,3%)	6 (13,3%) 4 (8,9%) 9 (20,0%) 4 (8,9%)
8. Чи буває у Вас непритомність (зомління) – раптова втрата свідомості або відчуття, що можете її втратити)? Якщо «так», то уточнити умови: - задушливе приміщення - тривале перебування у вертикальному положенні	11 (12,6%) 5 (5,7%)	2 (4,4%) -
9. Чи бувають у Вас напади головного болю? Якщо «так», уточнити: - дифузні або тільки половина голови, - «уся голова», - стискаючий або - пульсуючий	19 (21,8%) 12 (13,8%) 31 (35,6%) -	3 (6,7%) 4 (8,9%) 7 (15,6%) -
10. Чи відзначаєте Ви на теперішній час зниження працездатності, швидку втому?	76 (87,4%)	17 (37,8%)
11. Чи відзначаєте Ви порушення сну? У випадку відповіді «так» уточнити: - утруднення засипу; - поверхневий, неглибокий сон з частими пробудженнями; - відчуття невисипу, стомлюваності при пробудженні	29 (33,3%) 23 (26,4%) 27 (31,0%)	12 (26,7%) 7 (15,6%) 13 (28,9%)

Тобто, у пацієнтів обох груп мали місце прояви вегетативної дисфункції, які найчастіше призводили до зміни кольору шкіри (87,3% в основній групі хворих та 80% - у групі порівняння), підвищеної пітливості (75,8% проти 55,6% відповідно), серцебиття (56,3% та 42,2%) та утруднення при диханні (50,6% та 46,7% відповідно). Найбільш виразні негаразди при опитуванні хворих виявлено при оцінці запитання щодо впливу нозологій на працездатність та швидку втому. Даний показник майже у 2,3 рази частіше визначали при коморбідності захворювань. Також визначено, що поєднання ГЕРХ та АІТ у 79 хворих (90,7%) призводило до порушення сну. В групі порівняння даний показник також був доволі ви-

соким та склав 71,1%. Тобто в усіх наведених запитаннях відповідь «так» у пацієнтів з поєднаною нозологією зустрічалася частіше, що, мабуть, було результатом несприятливого імунного фону внаслідок приєднання АІТ.

При співставленні клінічних проявів ГЕРХ у осіб з різними формами ураження слизової оболонки (ерозивна чи неерозивна) визначити особливості перебігу захворювань не вдалося. На нашу думку, було цікавим провести оцінку відповіді у анкеті-опитувальнику з урахуванням форми ураження стравоходу. Встановлено, що окремі прояви астеничного синдрому частіше реєструвалися при ерозивній формі захворювання (табл.2).

Таблиця 2.

Результати анкетування хворих при поєднанні ГЕРХ та АІТ за опитувальником Вейна А.М. з урахуванням форми ураження слизової оболонки (скорочений варіант анкети)

Надані запитання / групи хворих з ГЕРХ та АІТ	Ерозивна форма (n=18)	Неерозивна форма (n=69)
Частота наявності позитивної відповіді («так») у групі (абс./відсоток)		
1. Чи визначаєте Ви при хвилюванні схильність: - до почервоніння обличчя - до збліднення обличчя	11 (61,1%) 5 (27,8%)	41(59,4%) 19 (27,5%)
4. Чи визначаєте Ви підвищену пітливість (при позитивній відповіді підкреслити слово): - «постійна» - «при хвилюванні»	5 (27,8%) 11 (61,1%)	12 (17,4%) 38 (55,1%)
5. Чи буває у Вас відчуття серцебиття та «зупинки серця»	13 (72,2%)	36 (52,2%)
7. Чи є характерним для Вас порушення функції шлунково-кишкового тракту: - схильність до закрепів - схильність до проносів - здуття живота - болі	5 (27,8%) 3 (16,7%) 6 (33,3%) 2 (11,1%)	11 (13,0%) 8 (11,6%) 15 (21,7%) 7 (10,1%)
10. Чи відзначаєте Ви на теперішній час зниження працездатності, швидку втому?	16 (94,4%)	59 (85,5%)
11. Чи відзначаєте Ви порушення сну? У випадку відповіді «так» уточнити: - утруднення засипу; - поверхневий, неглибокий сон з частими пробудженнями; - відчуття невисипу, стомлюваності при пробудженні	7 (38,9%) 7 (38,9%) 9 (50,0%)	22 (31,9%) 16 (23,2%) 18 (26,1%)

Так, встановлено, що при ерозивній формі ГЕРХ, що перебігає в поєднанні з АІТ, зустрічались частіше серцебиття, прояви збоку шлунково-кишкового тракту, порушення сну та швидка втома. Тобто додатковий окрас клінічним проявам ГЕРХ у хворих на АІТ за окремими проявами вегетативної нервової системи надає ерозивна форма захворювання стравоходу. Це, на нашу думку, пов'язано з тим, що запальна реакція має не тільки місцеву локалізацію на поверхні слизової оболонки, але й утягує до процесу більш глибокі шари стінки органу. Тобто формується системність запальної відповіді, що й обумовлює значне забарвлення клінічних проявів ГЕРХ у таких хворих.

У 11 пацієнтів з ерозивною та 23 з неерозивною формою захворювання повторно через 3 місяці проведено анкетування з метою визначення остаточних проявів вегетативної дисфункції. Доведено, що майже в усіх випадках наявності ерозій (8 осіб – 72,7%) зберігалися окремі клінічні прояви вегетативного забезпечення, такі як загальна слабкість, підвищена втома, лабільність пульсу та артеріального тиску, серцебиття. В той же час при відсутності ерозивного уражен-

ня слизової оболонки «вегетативний хвіст» реєстрували тільки у третини (34,7%) досліджених.

Таким чином, поєднаний перебіг ГЕРХ та АІТ супроводжується залученням до процесу вегетативної нервової системи, що забарвлює прояви клінічної симптоматики та оказує вплив на якість життя хворих.

Висновки

При коморбідності гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та автоімунного тиреоїдиту відзначається нашарування проявів вегетативної нервової системи, що додає додаткових клінічних ознак до означених нозологій.

Приєднання автоімунного тиреоїдиту до гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби сприяло збільшенню осіб зі змінами вегетативної реактивності, що, ймовірно, було результатом хронічних негараздів в імунній системі, тобто наявності автоімунного компоненту патогенезу.

Вегетативне «забезпечення» сукупного перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та автоімунного тиреоїдиту стає більш виразним при наявності ерозивного процесу в слизовій оболонці, що також є одним із факторів його тривалого прояву.

Література

1. Abaturov AE, Petrenko LL, Gerasimenko ON. Xrony'cheskyj avtoymunnyj ty'reoydy't u detej [Chronic autoimmune thyroiditis in children]. Mizhnarodnyj endokry'nologichnyj zhurnal. 2009;16(1):34-8 (Russian).
2. Belyalov FI. Psihosomaticheskie svyazi pri zabolevaniyah vnutrennih organov. Chast I. [Psychosomatic connections in diseases of internal organs. Part I]. Klin. medicina. 2007; 85(3):21-4 (Russian).
3. Bobiryova LE, Muravlova OV, Gorodinska OYu. Autoimunnyj ty'reoydy't: osobly vosti klinichnogo perebigu ta pry'ncy'py dy'ferencijovannoy terapii [Autoimmune thyroid: particular features of clinical studies and the principles of differential therapy]. Mizhnarodnyj endokry'nologichnyj zhurnal. 2014;1(57):17-24 (Ukrainian).
4. Bobrova VB, Demchenko AV. Paroksy'zmal'nyj perebig sy'ndromu vegetaty'vnoy dy'sfunkciyi. [Paroxysmal syndrome overgrowth of vegetative dysfunction]. Medy'cy'na neotloznych sostoyany'j. 2017;87(8):93-7 (Ukrainian). doi: 10.22141/2224-0586.8.87.2017.121330
5. Boeckxstaens G, El-Serag H, Smout A et al. Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future. Gut. 2014; 63(7):1185-93.
6. Camireli M. Disorders of gastrointestinal motivity in neurologic diseases. MayoClin/Proc. 2014; 65:825-46.
7. Davyidova A.N. Osobennosti techeniya gastroezofagealnoy refluksnoy bolezni u detey shkolnogo vozrasta pri razlichnyh vegetativnyh narusheniyah i puti ih korrektsii. [Features of the course of gastroesophageal reflux disease in schoolchildren with various autonomic disorders and ways of their correction] [dissertation]. Volgograd, Volgograd State Medical University, 2008. P.22 (Russian).
8. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: A systematic review Article. Literature Review in Gut. 2014; 63(6):871-80 doi: 10.1136/gutjnl-2012-304269.
9. Fadeenko GD, Gridnev AE. Gastroezofagealnaya refluksnaya bolezni: pishevodnye, vnepishevodnye proyavleniya i komorbidnost [Gastroesophageal reflux disease: esophageal, extraesophageal manifestations and comorbidity]. Kiev, «Zdorovya Ukrainy»; 2014; 376 p. (Russian).
10. Galstyan L, Avagyan G, Khachatryan S et al. Functioning of the nervous system in case of autonomic dysfunction. European Journal of Pediatric Neurology. 2017;351-9. https://doi.org/10.1016/j.ejpn. 2017. 04. 1056.
11. Ivanova GP, Gorobec LN. Harakteriologicheskie osobennosti lichnosti bolnyh s tireoiditom Hashimoto [Characterological characteristics of the personality of patients with Hashimoto's thyroiditis]. Socialnaya i klinicheskaya psichiatriya. 2015; 3:27-32 (Russian).
12. Kanaev RA, Oganova NZ, Tukeshev DO et al. Vegetativnye disfunkcii pri zabolevaniyah shitovidnoj zhelezy [Vegetative dysfunctions in thyroid gland diseases]. Nauka. Novye tehnologi i innovacii Kyrgyzstana. 2016; 3:43-45 (Russian).
13. Kiel S, Ittermann T, Völzke H, Chenot JF, Angelow A. Prevalence of thyroid abnormality: a comparison of ambulatory claims data with data from a population-based study. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019; 62(8):1004-12. doi: 10.1007/s00103-019-02983-1.
14. Liit Galstyan, Gayane Avagyan, Sofiya Khachatryan, Hasmik Hakobyan, Kristina Harutyunyan, Anahit Sahakyan, Hovhannes Manvelyan. Functioning of the nervous system in case of autonomic dysfunction. European Journal of Pediatric Neurology. 2017;21:351-9. https://doi.org/10.1016/j.ejpn. 2017. 04. 1056
15. Ruzhenkova VV, Ruzhenkov VA, Shkileva Iju, Sheljakina EV, Gomeljak JuN. Educational stress and somatoform autonomic dysfunction among the first year medical students. Inter.med. 2017;6:27-31.
16. Tkachenko VI, Maksimec YaA. Faktory riska vozniknoveniya i progressirovaniya autoimunnnyh zabolevanij shitovidnoj zhelezy: sistematscheskij analiz dannyh za poslednee 10-letie [Risk factors for the occurrence and progression of autoimmune thyroid diseases: a systematic analysis of data from the last 10 years]. Semejnaya medicina. 2017;5(73):21-8 (Russian).
17. Truhan DI, Tarasova LV. Gastroezofagealnaya refluksnaya bolezni v praktike vracha pervogo kontakta [Gastroesophageal reflux disease in the practice of a first contact physician]. Rossijskie medicinskie vesti. 2013; 1:16-25 (Russian).
18. Viktorova IA, Grishechkina IA, Sobol LN. Rol vegetativnoj nervnoj sistemy v patogeneze gastroezofagealnoj refluksnoj bolezni [The role of the autonomic nervous system in the pathogenesis of gastroesophageal reflux disease]. Molodoj uchenyj. 2014; 5:128-131 (Russian).

Реферат

ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ И ВЕГЕТАТИВНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ
Пасиешвили Т.М.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, варианты течения, аутоиммунный тиреоидит, вегетативная реактивность.

Цель работы: определение состояния и роли вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения путем психологического тестирования с помощью опросника А.М. Вейна при различных вариантах гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом.

Материалы и методы исследования. В работе приняло участие 87 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и аутоиммунным тиреоидитом и 45 человек с изолированным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Выбранный контингент принадлежал к молодежи, а именно, студенчеству.

Полученные результаты. Показано, что течение заболеваний сопровождается наложением клинических проявлений вегетативной дисфункции, в большей степени выраженных при сочетанной патологии. Также установлено, что вегетативное обеспечение по ряду показателей превалирует у больных с эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Доказано, что почти во всех случаях наличия эрозий (8 человек - 72,7%) сохранялись отдельные клинические проявления вегетативного обеспечения, такие как общая слабость, повышенная утомляемость, лабильность пульса и артериального давления, сердцебиения. В то же время при отсутствии эрозивного поражения слизистой оболочки «вегетативный хвост» регистрировали только у трети (34,7%) исследованных. Также, у пациентов с эрозивной формой заболевания имеет место длительный период сохранения отдельных проявлений вегетативной дисфункции (до 3 месяцев), что влияет на качество жизни пациентов.

Выводы. Присоединение аутоиммунного тиреоидита к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни способствовало увеличению лиц с изменениями вегетативной реактивности. Вегетативное «обеспечение» совокупного течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и аутоиммунного тиреоидита становится более выразительным при наличии эрозивного процесса в слизистой оболочке, что также является одним из факторов его длительного проявления.

Summary

VEGETATIVE REACTIVITY AND VEGETATIVE SUPPLY IN DIFFERENT VARIANTS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN YOUNG PATIENTS WITH AUTOIMMUNE INFLAMMATION

Pasiieshvili T.M.

Key words: gastroesophageal reflux disease, course options, autoimmune thyroiditis, autonomic reactivity.

Aim: to determine the state and role of autonomic reactivity and autonomic supply in patients with different manifestations of gastroesophageal reflux disease in combination with autoimmune thyroiditis through psychological testing by using a questionnaire of A.M. Vejn.

Materials and methods. 87 patients with gastroesophageal reflux disease and autoimmune thyroiditis and 45 persons with an isolated gastroesophageal reflux disease were enrolled in the study. All the examined individuals were students.

Results. It has been shown that the course of diseases is accompanied by a layering of clinical manifestations of autonomic dysfunction, which are more pronounced in cases of comorbidities. It has been found out that vegetative supply prevails in a number of indicators in the patients with an erosive form of gastroesophageal reflux disease. It has been proven that in almost all the cases of erosion (8 people - 72.7%), the individuals experienced some clinical manifestations of vegetative provision, such as general weakness, increased fatigue, lability of the pulse and blood pressure, and palpitation. At the same time, the "vegetative tail" was recorded only in a third (34.7%) of the studied without erosive lesions of the esophageal mucous membrane. The patients with an erosive form of the disease have a long period of experiencing some manifestations of autonomic dysfunction (up to 3 months) that considerably affects the quality of their life.

Conclusions. Coupling of autoimmune thyroiditis and gastroesophageal reflux disease leads to the emergence of autonomic reactivity. Vegetative "supply" of the course of comorbidity between gastroesophageal reflux disease and autoimmune thyroiditis becomes more pronounced in the presence of an erosive process in the mucous membrane, which is also known as one of the factors of its possible manifestations.

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.119

УДК 616-036.11-08-06:616.233./24]-07-053.2

Фесенко М. Є., Похилько В. І., Цвіренко С. М., Зюзіна Л. С., Калюжка О. О.

МАРКЕРИ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ КРИТИЧНОГО СТАНУ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЇМ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Вступ. Маніфестний перебіг захворювань органів дихання часто супроводжується ураженням нервової системи, нерідко має велику питому вагу в клінічній картині захворювань та часто призводить до несприятливих віддалених наслідків. *Мета.* Розробити діагностичний алгоритм прогнозування перебігу захворювань у дітей з патологією органів дихання при проведенні їм інтенсивної терапії на основі вивчення клініко-анамнестичних предикторів. *Матеріали та методи дослідження.* Під спостереженням знаходилось 132 дитини у віці від 1 доби до 1 року з різною патологією, при проведенні їм інтенсивної терапії. Серед обстежених дітей було виділено 6 груп: I група (87) – з гострою респіраторною вірусною інфекцією, пневмонією, II група (21) – з гострою вірусною інфекцією, стенозом II-III ст., III група (10) – з гіпоксично-ішемічною енцефалопатією. Була виділена група дітей, яким проводилась штучна вентиляція легень (14) – IV група, та група померлих дітей (20). Контрольну групу склали 25 здорових дітей у віці до 1 року. *Методи дослідження:* комплексно-клінічний, бактеріологічний, імунологічний, статистичний. *Результати дослідження.* При захворюваннях дітей до 1 року, які потребують проведення інтенсивної терапії у зв'язку з ознаками гострої дихальної недостатності (ГДН) II-III ступеня, окрім обтяжливих факторів, що діють в анте-, інтра- та постнатальному періоді, прогностично несприятливе значення мають патологічні зміни, виявлені на нейросонографії у 97,5 % дітей (субепендимальні крововиливи – 29,4 %, внутрішньоплуночкові крововиливи – 10,3 %, перивентрикулярні крововиливи – 9 %). Штучної вентиляції легень потребували новонароджені з ГДН III ступеня (50 % з них недоношені), що народилися від матерів з патологічним перебігом вагітності та пологів. Серед дітей, які перебували у відділенні реанімації, загальна смертність склала 15,2 %. Причинами смерті новонароджених були: асфіксія – 80 %, синдром дихальних розладів III ступеня – 10 %, гіпоксично-ішемічної енцефалопатії – 10 %. У віддаленому періоді основною причиною смерті були пневмонії, ускладнені ГДН III ступеню, набряком головного мозку. *Висновок.* Використання попереджувальності і відворотності маркерів розвитку критичного стану у дітей раннього віку із захворюваннями органів дихання сприяє зниженню захворюваності, інвалідності та смертності дітей.

Ключові слова: новонароджені; діти до 1 року; попереджувальність та відворотність причин смерті.