

УДК [616.329/.33-008.17:616.441-002] -053.81:616.839

ВЕГЕТАТИВНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Т.М.Пасиешвили

Харьковский национальный медицинский университет

Цель работы - установить наличие, оценить частоту и выраженность проявлений вегетативной дисфункции у пациентов с коморбидностью аутоиммунного тиреоидита (АИТ) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) при использовании анкеты-опросника А.М.Вейна.

Материалы и методы. Обследовано 83 студента в возрасте $22,1 \pm 2,11$ лет с коморбидностью ГЭРБ и АИТ. Большинство пациентов составили женщины – 73,5 % (61 человек) с длительностью анамнеза по ГЭРБ от «впервые выявленной» до 3-х летнего срока; АИТ – до 2,5 лет. Верификацию ГЭРБ проводили эндоскопическим методом, что позволило в 74 случаях установить неэрозивную форму заболевания, а в 9 наблюдениях (12,2 %) - эрозивную. Наличие АИТ подтверждали при оценке клинических, инструментальных и иммунологических исследований: антитела к щитовидной железе превышали показатели нормы; уровень тиреотропного гормона, свободных трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) в сыворотке крови соответствовал эутиреоидному состоянию. Наличие проявлений вегетативной дисфункции оценивали при тестировании пациентов по опроснику Вейна А.М. Статистическая обработка включала вычисление критерия χ^2 с поправкой Йетса ($Yates' \chi^2$).

Результаты. При оценке результатов тестирования с использованием анкеты опросника Вейна А.М. (11 вопросов) было установлено, что чаще всего среди проявлений вегетативной дисфункции были отмечены: изменения цвета кожных покровов при волнении (92,8 %), повышенная потливость (88 %),

сердцебиение (68,7 %), появление ниже-диспепсического синдрома (69,9 %), головные боли (51,8 %), снижение работоспособности и быстрая утомляемость (97,6 %). В тоже время ряд проявлений вегетативной дисфункции (ВД) встречались реже. Так, онемение и похолодание конечностей было характерным для 37,3 % опрошенных; затрудненное дыхание – для 32,5 %, обмороки – 10,8 %, что, объясняли молодым возрастом пациентов и малым анамнезом по нозологическим формам. При подведении итога использованного анкетирования было установлено, что 78,3 % обследованных имели проявления вегетативной дисфункции, причем длительность анамнеза заболеваний, пол и форма поражения слизистой оболочки пищевода не имели значения. Двухмесячное наблюдение за данными больными выявило наличие «вегетативного хвоста» в 51,8 % случаев в виде астенического синдрома: общая слабость, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, сердцебиение, лабильность пульса и давления; 37,3 % лиц имели отдельные его проявления в течение 4-5 недель после выписки из стационара.

Выводы. Сочетанное течение ГЭРБ и АИТ в большинстве случаев (78,3 %) сопровождается вегетативной дисфункцией, проявления которой усугубляют течение заболеваний. При коморбидности ГЭРБ и АИТ в течение 1-2 месяцев после клинической ремиссии заболеваний может наблюдаться «вегетативный хвост» в виде астенического синдрома, проявления которого оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, аутоиммунный тиреоидит, вегетативная дисфункция, качество жизни.

Развитие вегетативной дисфункции (ВД) наблюдается практически при всех хронических заболеваниях внутренних органов. Ее появление связывают с участием вегетативного отдела нервной системы (ВНС) в процессах формирования и течения нозологий. Т.е. ее проявления не рассматриваются

как самостоятельное заболевание, а речь идет о специфическом синдроме, возникновение которого обусловлено не определенным заболеванием, а «окрашиванием» уже имеющейся симптоматики. Этот комплекс проявлений функционального расстройства ВНС влечет за собой дисфункцию со стороны многих внутренних органов.

Среди неспецифических проявлений ВД отмечают ряд психоневрологических нарушений, таких, как общая слабость, снижение работоспособности, сердцебиение, лабильность артериального давления и пульса, чрезмерная раздражительность, частое головокружение, чувство беспокойства, нарушение сна. Несколько реже пациенты могут отмечать периодическое беспричинное повышение температуры тела [2,7,20].

Развитие ВД рассматривают в контексте нарушения той части ВНС, которая отвечает за регуляцию и стабильность. Ее возникновение может быть спровоцировано многими причинами, среди которых рассматривают и эндокринные нарушения, обусловленные заболеваниями эндокринной системы (щитовидной железы, половых желез и т.д.) [9,16,18].

В среднем в популяции распространенность вегетативных нарушений составляет около 70 % среди взрослого населения и 25 % среди детей. Обычно проявления вегетативной дисфункции дают о себе знать в возрасте 20–30 лет, женщинам ставят подобный диагноз в 2–3 раза чаще, чем мужчинам. Однако такие гендерные различия обусловлены не истинным состоянием проблемы. Это связано с тем, что женщины больше склонны обращаться за медицинской помощью. Мужчины же, во-первых, довольно часто не обращают внимание на такие «неопределенные» жалобы, во-вторых, обычно задействуют «мужские» методы решения проблем — например, алкоголь [8,20].

Проявления ВД присущи любому возрасту и любой нозологической форме и определяется не столько заболеванием, сколько типом нервной деятельности, воздействием на него факторов внешней и внутренней среды. Среди причин возникновения ВД рассматривают: хронический стресс; наследственную

предрасположенность; гормональные сбои или возрастные гормональные изменения в организме; малоподвижный образ жизни; неправильное питание; злоупотребление алкоголем и табаком; интоксикационные поражения нервной и кровеносной систем в результате воспалительных процессов; длительный прием сильнодействующих лекарств; самолечение; аллергические заболевания [5,14].

Довольно часто проявления ВД могут предшествовать развитию патологического процесса, сопровождать его или несколько «задерживаться» после купирования синдромов основного заболевания. При этом «вегетативный хвост» может сохраняться длительное время – 1-3 месяца и, несмотря на не специфичность синдрома, а также неопределенность клинических проявлений, сохраняющиеся отдельные жалобы приводят к нарушению качества жизни пациентов [3,6,7].

Среди нозологических форм, появление которых у лиц молодого возраста рассматривается как вполне закономерные, выделяют гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) и аутоиммунный тиреоидит (АИТ).

В структуре заболеваний внутренних органов болезни эндокринной системы занимают 4 место, причем патология щитовидной железы практически приравнивается к распространенности сахарного диабета [9,12]. В общей популяции населения Украины АИТ регистрируется в 20-30 % случаев, причем его распространенность в последние 10 лет увеличилась на 68 %, а в перерасчете на 100 тыс. населения – на 82 % [10,12]. Кроме того, обращает внимание на себя тот факт, что в последнее время отмечается тенденция к увеличению количества пациентов молодого возраста [1].

Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет 40-50 %, при этом оговаривается, что таких больных значительно больше и неучтенные пациенты могут составлять до 20 % и более [13,15,17]. Это связывают с тем, что возникновение изжоги, основного симптома заболевания, особенно у лиц молодого возраста, не является «поводом обращения к врачу» [19,21].

Среди предикторов сочетанного течения АИТ и ГЭРБ у наших пациентов необходимо отметить: специфичность контингента обследованных, принявших участие в работе с поправкой на возраст (18-25 лет), их пребывание в социуме (студенческая среда), частые стрессовые ситуации (зачеты, сессии), возможные гормональные сбои и всплески гормональной активности, а также особенность питания и распространенность вредных привычек. Кроме того, значительное распространение данных нозологических форм, «делает вероятным» такое сочетание, а присоединение вегетативной дисфункции является закономерным и даже на определенных этапах их деятельности может привести к усугублению симптоматики.

Для оценки «вклада» ВД в течение различных заболеваний внутренних органов используются анкеты-опросники. Использование таких опросников позволяет несколько «раскрепостить» больного, дать возможность «выговориться» и оценить наличие возможных проявлений симптомов, на которые в обычной ситуации не было обращено внимание.

Цель работы: установить наличие, оценить частоту и выраженность проявлений вегетативной дисфункции у пациентов с сочетанным течением АИТ и ГЭРБ при использовании анкеты-опросника А.М.Вейна.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 83 пациента с коморбидностью ГЭРБ и АИТ. Большинство пациентов составили женщины – 73,5 % (61 человек) с длительностью анамнеза по ГЭРБ от «впервые выявленной» до 3-х летнего срока; АИТ – до 2,5 лет.

Скрининг ГЭРБ проводили с использованием анкеты GERD Screener (чувствительность и специфичностью опросника до 85%), при рассмотрении которой проводилась оценка клинических проявлений заболевания, частоты ее появлений и возможное атипичное течение нозологии. Диагнозы АИТ и ГЭРБ устанавливали согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра. При этом оценивали жалобы больных, результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Верификация ГЭРБ (шифр МКБ-10 K21) проводилась эндоскопически с гистологическим исследованием биоптатов из слизистой оболочки пищевода. Эндоскопический диагноз соответствовал предложенной Лос-Анджелесской классификации.

Диагностика АИТ (МКБ-10 – E 06.3) была основана на результатах клинических, пальпаторных и инструментальных показателях щитовидной железы, проведении теста на антитела к щитовидной железе, а также определении содержания тиреотропного гормона, свободных трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) в сыворотке крови.

Статистическая обработка включала вычисление критерия χ^2 -квadrat с поправкой Йетса ($Yates' \chi^2$), который отражал различия между эмпирическими и теоретическими частотами переменных. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Проведение теста на наличие антител к щитовидной железе дало возможность подтвердить аутоиммунный характер тиреоидита. Исследование гормонального фона щитовидной железы у всех больных выявило эутиреоидное состояние, что, по-видимому, можно объяснить малым сроком анамнеза по данному заболеванию.

Верификацию ГЭРБ проводили эндоскопическим методом, что позволило в 74 (87,8 %) случаях установить неэрозивную форму заболевания, а в 9 наблюдениях (12,2 %) - эрозивную.

Для исследования распространенности проявлений вегетативной дисфункции у пациентов с уже подтвержденными диагнозами ГЭРБ и АИТ использовался опросник Вейна А.М. (1998г), включающий 11 вопросов, часть из которых имела подвопросы с более детальной характеристикой основного вопроса [4]. При этом если пациент своими ответами получал 15 или более баллов - подтверждалось наличие вегетативной дисфункции (табл.1).

Таблица 1. Характеристика ответов пациентов с ГЭРБ и АИТ при использовании опросника Вейна А.М. для выявления признаков вегетативной дисфункции

Вопрос/количество пациентов	«Да»	«Нет»
1. Отмечаете ли Вы при волнении склонность - к покраснению лица - к побледнению лица	53 24	6
2. Бывает ли у Вас онемение или похолодание - пальцев кистей, стоп - полностью кистей, стоп	17 14	52
3. Бывает ли у Вас изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность): - пальцев кистей, стоп - полностью кистей, стоп	14 5	64
4. Отмечаете ли Вы повышенную потливость (при положительном ответе подчеркните слово): - «постоянная» - «при волнении»	7 66	10
5. Бывает ли у Вас ощущение сердцебиения, замирания, «остановки сердца»	57	26
6. Бывают ли у Вас ощущения затруднения при дыхании: - чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание. В случае положительного ответа уточните: - при волнении - в душном помещении	21 6	56
7. Характерно ли для Вас нарушение функции желудочно-кишечного тракта: - склонность к запорам - склонность к поносам - вздутие живота - боли	16 8 25 9	25
8. Бывают ли у Вас обмороки (потеря внезапно сознания или чувство, что можете его потерять)? Если «да», то уточните условия: - душное помещение - длительное пребывание в вертикальном положении	9	74
9. Бывают ли у вас приступообразные головные боли? Если «да», уточните: - диффузные или только половина головы - «вся голова» - сжимающие или - пульсирующие	19 11 13 -	40
10. Отмечаете ли Вы в настоящее время снижение	81	2

работоспособности, быструю утомляемость?		
11. Отмечаете ли Вы нарушения сна? В случае ответа «да» уточните: - трудность засыпания; - поверхностный, неглубокий сон с частыми пробуждениями; - чувство невыспанности, усталости при пробуждении	9 11 27	36

Среди проявлений вегетативной дисфункции с наибольшей частотой регистрировали: изменение цвета кожных покровов при волнении (92,8 %), повышенную потливость (88 %), сердцебиение (68,7 %), появление нижне-диспепсического синдрома (69,9 %), головные боли (51,8 %), снижение работоспособности и быструю утомляемость (97,6 %), нарушение сна (56,6 %).

В тоже время ряд проявлений ВД у наших больных встречались довольно редко: так, онемение и похолодание конечностей не было характерным для 62,7 % опрошенных; затрудненное дыхание – для 67,5 %, обмороки - 89,2%, что, по-видимому, в большей степени связано с возрастом пациентов и малым анамнезом по нозологическим формам.

Проведенное анкетирование пациентов с ГЭРБ и АИТ показало, что 15 и более баллов имела большая часть лиц (78,3%), т.е. проявления вегетативной дисфункции довольно часто сопровождали данные нозологические формы, причем стаж по нозологии, пол и форма поражения слизистой оболочки пищевода не имели значения. В большей степени на частоту клинических проявлений, присущих ВД, влиял тип высшей нервной деятельности, который уточняли в процессе беседы с пациентом.

Наблюдение в динамике за данными больными показало, что остаточные проявления ВД, так называемый «вегетативный хвост» довольно часто (до 2-х месяцев) сохранялся у 51,8 % обследованных. Его проявления соответствовали астено-невротической симптоматике: общая слабость, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, сердцебиение,

лабильность пульса и давления; 37,3% лиц имели отдельные его проявления в течение 4-5 недель после выписки из стационара.

Таким образом, сочетанное течение ГЭРБ и АИТ характеризовалось формированием вегетативной дисфункции, которая приводила к «окрашиванию» клинических проявлений заболеваний, сохраняющееся и после купирования основных симптомов. Следовательно, достичь клинической ремиссии заболевания удавалось только по основным симптомам нозологий, в то время как проявления со стороны ВНС сохранялись длительное время и оказывали влияние на качество жизни пациентов.

Выводы. Сочетанное течение ГЭРБ и АИТ в большинстве случаев (78,3 %) сопровождается вегетативной дисфункцией, проявления которой усугубляют клинические проявления заболеваний.

Использование опросника Вейна А.М. для определения развития вегетативной дисфункции у пациентов с ГЭРБ и АИТ позволяет оценить «вклад» вегетативной нервной системы в основной патологический процесс и, тем самым, провести коррекцию выявленных нарушений.

При коморбидности ГЭРБ и АИТ в течение 1-2 месяцев после клинической ремиссии заболеваний может наблюдаться «вегетативный хвост» в виде астенического синдрома, проявления которого оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, аутоиммунный тиреоидит, вегетативная дисфункция, качество жизни.

Литература

1. Абатuroв А.Е., Петренко Л.Л., Герасименко О.Н. Хронический аутоиммунный тиреоидит у детей // Международный эндокринологический журнал.-2014.-№3.-С.21-27.

Abaturov A.E., Petrenko L.L., Gerasimenko O.N. Chronic autoimmune thyroiditis in children // International Endocrinological Journal.-2014.-№3.-P.21-27.

2. Боброва В.Б. Демченко А.В. Пароксизмальный перебіг синдрому вегетативної дисфункції. // Медицина и фармация.-2016.-№4.-С.23-26.

Bobrova V.B. Demchenko A.V. Paroxysmal syndrome overgrowth of vegetative dysfunction. // Medicine and pharmacy.-2016.-№4.-P.23-26.

3. Бобирьова Л.Є., Муравльова О.В., Городинська О.Ю. Автоімунний тиреоїдит: особливості клінічного перебігу та принципи диференційованої терапії // Международный эндокринолог. журнал.-2014.-№1 (57).-с.17-24.

Bobir'ova L.Є., Muravlova OV, Gorodinska O.Yu. Autoimmune thyroid: particular features of clinical studies and the principles of differential therapy // International Endocrinological Journal.-2014.-№1 (57) .- p.17-24.

4. Вейн А. М., Левин Я. И. Принципы современной фармакотерапии инсомний // Журнал неврологии и психиатрии. 1998. № 5. С. 39–43.

Wayne A. M., Levin Ya. I. Principles of modern pharmacotherapy for insomnia // Journal of Neurology and Psychiatry. 1998. No. 5. P. 39–43.

5. Давыдова А.Н. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста при различных вегетативных нарушениях и пути их коррекции. Автореф. Дис...канд.мед.наук, Волгоград, 2008.- 22 с.

Teks Davyidova A.N. Osobennosti techeniya gastroezofagealnoy reflyuksnoy bolezni u detey shkolnogo vozrasta pri razlichnyih vegetativnyih narusheniyah i puti ih korrektsii. Avtoref. Dis...kand.med.nauk, Volgograd, 2008.- 22 s.t dlya perevoda [Rus]

6. Иванова Г.П., Горобец Л.Н. Характериологические особенности личности больных с тиреоидитом Хашимото // Социальная и клиническая психиатрия.-2015.-№3.-С.27-32.

Ivanova G.P., Gorobets L.N. Characteristics of the personality of patients with thyroiditis Hashimoto // Social and clinical psychiatry.-2015.-№3.-С.27-32.

7. Канаев Р.А., Оганова Н.З, Тукешев Д.О. и др. Вегетативные дисфункции при заболеваниях щитовидной железы // Наука. Новые технологии и инновации Кыргызстана.-2016.-№3.-С.43-45.

Kanaev R.A., Oganova N.Z., Tukeshev D.O. and others. Vegetative dysfunctions in diseases of the thyroid gland // Science. New technologies and innovations of Kyrgyzstan.-2016.-№3.-С.43-45.

8. Полина Ю. В., Белова Е. П., Дмитриева В. В. Психовегетативный синдром, как наиболее частый вариант синдрома вегетативной дистонии [Текст] // Новые задачи современной медицины: материалы III Междунар. науч. конф.— СПб., 2014. — С. 59-61. — URL

Polina Yu.V., Belova EP, Dmitrieva V.V. Psychovegetative syndrome, as the most frequent variant of the syndrome of vegetative dystonia [Text] // New tasks of modern medicine: materials of the III Intern. scientific Conf. — SPb., 2014. — pp. 59-61. - URL

9. Ткаченко В. І., Максимець Я. А. Факторы риска возникновения и прогрессирования аутоиммунных заболеваний щитовидной железы: систематический анализ данных за последнее 10-летие // Семейная медицина, 2017.-№5(73).-С.21-28.

Tkachenko V.I., Maksimets Ya.A. Risk factors for the occurrence and progression of autoimmune thyroid diseases: a systematic analysis of data for the last 10 years // *Family Medicine*, 2017.-№5 (73) .- P.21-28.

10. Фадеенко Г.Д., Гриднев А.Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: пищеводные, внепищеводные проявления и коморбидность / Под ред. акад. А.Н.Беловола. Киев, Библиотека «Здоровья Украины», 2014.-376 с.

Fadeenko GD, Gridnev A.E. Gastroesophageal reflux disease: esophageal, extraesophageal manifestations and comorbidity / Ed. Acad. A.N. Belovol. Kiev, Library of Health of Ukraine, 2014.-376 p.

11. Хаустова О.О. Психосоматичний підхід до порушень вегетативної нервової системи у загальній лікарській практиці // «НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія».- №2-1.-2016.-с. 36-41.

Khaustova O.O. Psychosomatic pidkhyd to porushen vegetatively nervous system in the zagalnyi likarskiy practice // "NeuroNews: Psychoneurology and Neuropsychology".- №2-1.-2016.-s. 36-41.

12. Шеремет М.І., Шидловський О.В., Сидорчук Л.П. Автоімунний тиреоїдит. Сучасні погляди на патогенез та лікування (огляд літератури) // *Ендокринологія*, 2014.- т.19.-№3.-С.227-235.

Sheremet M.I., Shidlovsky OV, Sidorchuk L.P. Autoimmune thyroid. Look at the pathogenesis of the disease (review of literature) // *Endocrinology*, 2014.- vol. 19.-№3.-С.227-235.

13. Boeckxstaens G., El-Serag H., Smout A. et al. Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future // *Gut*. — 2014. — Vol. 63 (7). — P. 1185 — 1193.

14. Camireli M. Disorders of gastrointestinal motivity in neurologic disease // *MayoClin/Proc.-2014/-Vol.65.-p.825-846*.

15. El-Serag H.P., Sweet S., Winchester C.C. et al. Update on the epidemiology of gastro-esophageal reflux disease: a systematic review // *Gut*. — 2014.-Vol.63.-P.871-880.

16. Educational stress and somatoform autonomic dysfunction among the first year medical students // V.V. Ruzhenkova, V.A. Ruzhenkov, I.Ju. Shkileva, E.V. Sheljakina, Ju.N. Gomeljak // *Inter/med/-2017.- No.6. — P.27—31*

17. Fitzgerald R.C., Vaezi M.F., Esophageal diseases // *Gastroenterology.-2018.-Vol. 154 (2). — P.263-266. doi: 10/1053/j. gastro.2017.12.017.Epub 2017 Dec 21.*

18. Functioning of the nervous system in case of autonomic dysfunction. Lilit Galstyan, Gayane Avagyan, Sofiya Khachaturyan, Hasmik Hakobyan, Kristina Harutyunyan, Anahit Sahakyan, Hovhannes Manvelyan//*European Journal of Pediatric Neurology.*—2017.—P.351—359. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2017.04.1056>

19. Iwakiri K., Kinoshita Y., Habu Y. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2015 // *J. Gastroenterol.* — 2016. — P. 751 — 767. doi: 10.1007/s00535 — 016-1227-8.

20. The association between autonomic dysfunction, inflammation and atherosclerosis in men under investigation for carotid plaques. // Marcus A. Ulleryd, Ulrica Prahl, Johannes Börsbo, Caroline Schmidt, Staffan Nilsson, Göran

Bergström, Maria E. Johansson // Published: April 4, 2017
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174974>

21. Vaezi M., Pandolfino J., Vela M., Shaheen N. White Paper AGA: Optimal Strategies to Define and Diagnose Gastroesophageal Reflux Disease // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2017. — Vol. 15. — P. 1162 — 1172.

Т.М.Пасієшвілі

Харківський національний медичний університет

ВЕГЕТАТИВНИЙ СУПРОВІД ПОСІДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З АВТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ

Мета роботи - встановити наявність, оцінити частоту і вираженість проявів вегетативної дисфункції у пацієнтів з коморбідністю автоімунного тиреоїдиту (АІТ) і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) при використанні анкети-опитувальника А. М. Вейна.

Матеріали та методи. Обстежено 83 студента у віці $22,1 \pm 2,11$ років з коморбідністю ГЕРХ і АІТ. Більшість пацієнтів склали жінки - 73,5% (61 особа) з тривалістю анамнезу по ГЕРХ від «вперше виявленої» до 3-х річного терміну; АІТ - до 2,5 років. Верифікацію ГЕРХ проводили ендоскопічним методом, що дозволило в 74 випадках встановити неерозивну форму захворювання, а в 9 спостереженнях (12,2%) - ерозивну. Наявність АІТ підтверджували при оцінці клінічних, інструментальних та імунологічних досліджень: антитіла до щитовидної залози перевищували показники норми; рівень тиреотропного гормону, вільних трийодтироніну (Т3) і тироксину (Т4) в сироватці крові відповідав еутиреоїдному стану. Наявність проявів вегетативної дисфункції оцінювали при тестуванні пацієнтів з опитувальником Вейна А.М. Статистична обробка включала обчислення критерію χ^2 з поправкою Єйтса (Yates' χ^2).

Результати. При оцінці результатів тестування з використанням анкети опитувальника Вейна А.М. (11 питань) було встановлено, що найчастіше серед проявів вегетативної дисфункції були відзначені: зміни кольору

шкірних покривів при хвилюванні (92,8 %), підвищена пітливість (88 %), серцебиття (68,7 %), поява нижньо-диспептичного синдрому (69,9 %), головний біль (51,8 %), зниження працездатності і швидка стомлюваність (97,6 %). У той же час ряд проявів вегетативної дисфункції (ВД) зустрічалися рідше. Так, оніміння і похолодання кінцівок було характерним для 37,3 % опитаних; утруднене дихання - для 32,5 %, непритомність - 10,8 %, що, пояснювали молодим віком пацієнтів і малим анамнезом за нозологічними формами. При підведенні підсумку використаного анкетування було встановлено, що 78,3 % обстежених мали прояви вегетативної дисфункції, причому тривалість анамнезу захворювань, підлогу і форма ураження слизової оболонки стравоходу не мали значення. Двомісячне спостереження за даними хворими виявило наявність «вегетативного хвоста» в 51,8 % випадків у вигляді астеничного синдрому: загальна слабкість, зниження працездатності, швидка стомлюваність, серцебиття, лабільність пульсу і тиску; 37,3 % осіб мали окремі його прояви протягом 4-5 тижнів після виписки зі стаціонару.

Висновки. Одночасне протягом ГЕРБ і АІТ в більшості випадків (78,3 %) супроводжується вегетативною дисфункцією, прояви якої посилюють перебіг захворювань. При коморбідності ГЕРБ і АІТ протягом 1-2 місяців після клінічної ремісії захворювань може спостерігатися «вегетативний хвіст» у вигляді астеничного синдрому, прояви якого чинять негативний вплив на якість життя пацієнтів.

Ключові слова: автоімунний тиреоїдит, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, вегетативна дисфункція, якість життя.

T.M. Pasiieshvili

Kharkiv National Medical University

VEGETATIVE ACCOMPANIMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN YOUNG AGENT PATIENTS WITH AUTOIMMUNE TYREOIDITIS

Objective: to establish the presence, to assess the frequency and severity of manifestations of autonomic dysfunction in patients with autoimmune tyreoiditis (AIT) and gastroesophageal reflux disease (GERD) with using the A.M.Vein questionnaire.

Materials and methods. 83 students aged 22.1 ± 2.11 years with comorbidity of GERD and AIT were examined. The majority of patients were women - 73.5 % (61 person) with a history of GERD from a “first-time” to a 3-year term; AIT - up to 2.5 years. Verification of GERD was performed by endoscopic method, which allowed in 74 cases to establish a non-erosive form of the disease, and in 9 cases (12.2 %) - to establish an erosive one. The presence of AIT was confirmed in clinical, instrumental and immunological studies: antibodies to the thyroid gland exceeded the normal values; the serum of thyroid-stimulating hormone, FT3 and FT4 level corresponded to the euthyroid state. Autonomic dysfunction was assessed with A.M.Vein questionnaire. Statistical processing included the calculation of the χ^2 criterion with the Yates amendment (Yates' χ^2).

Results. Test results evaluation has shown that more often were noted such manifestations of autonomic dysfunction as changes in the color of the skin during agitation (92.8 %), excessive sweating (88 %), heartbeat (68.7 %), the appearance of lower dyspeptic syndrome (69.9 %), headaches (51.8 %), decreased performance and rapid fatigue (97.6 %). At the same time, a number of autonomic dysfunction manifestations were less common. So, numbness and coldness of the extremities was characteristic for 37.3 % respondents; difficulty breathing - for 32.5 %, fainting - 10.8 %, which was explained by the young age of the patients and a small history of nosological forms. Summarizing the results, it was found that 78.3 % of the surveyed had manifestations of autonomic dysfunction, and the duration of the history of diseases, the sex and the form of damage to the esophageal mucosa did not matter. Two-month observation of these patients

revealed the presence of a “vegetative tail” in 51.8 % of cases in the form of asthenic syndrome: general weakness, decreased performance, rapid fatigue, palpitations, pulse lability and pressure; 37.3 % of individuals had some of its manifestations within 4-5 weeks after discharge from the hospital.

Conclusion. The combination of GERD and AIT in most cases (78.3%) is accompanied by vegetative dysfunction, the manifestations of which aggravate the course of the disease. "Vegetative tail" in the form of asthenic syndrome, the manifestations of which have a negative impact on the quality of life of patients with GERD and AIT for 1-2 months after clinical remission of diseases can be observed.

Key words: gastroesophageal reflux disease, autoimmune thyroiditis, autonomic dysfunction, quality of life.