

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА УРАЖЕННЯ ХРЕБТА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНОГО ТА ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

©С. А. Цьока, Я. Ф. Філак, Є. С. Сірчак

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

РЕЗЮМЕ. Актуальність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) обумовлена наявністю як типових, так і атипичних клінічних проявів захворювання, які ускладнюють її діагностику.

Мета – визначити особливості клінічного перебігу ГЕРХ та вегетативної дисфункції у хворих на ураження хребта дегенеративно-дистрофічного та запального генезу.

Матеріал і методи. Обстежено 96 хворих на ГЕРХ з різними формами ураження хребта. Хворих на ГЕРХ поділено на 2 групи: в I групу увійшли 46 хворих з остеохондрозом (ОХ) шийного та грудного відділів хребта, а II групу склали 50 пацієнтів зі спондилоартритом (СА) хребта. Усім обстеженим пацієнтам проведено загальноклінічні дослідження, а також визначення стану вегетативної нервової системи.

Результати. Більшість досліджуваних хворих обох груп часто скаржилась на емоційне перенапруження, лабільність настрою, підвищену дратівливість, відчуття тривоги, порушення сну, головний біль, підвищену втомлюваність, серцебиття, перебої в роботі серця, внаслідок негативних емоційних впливів. Аналіз отриманих даних указує на переважання впливу парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи в обох групах досліджуваних хворих, із максимально вираженими змінами у пацієнтів із ГЕРХ у поєднанні з СА. Результати вегетативного індексу Кердо у хворих II групи становили $-14,24 \pm 0,86$ ($p < 0,01$), а у хворих I групи – $-11,68 \pm 0,55$ ($p < 0,01$).

Висновки. У хворих на ОХ шийного та грудного відділів хребта ГЕРХ частіше проявляється стравохідною симптоматикою, тоді як у хворих із СА – атипичними клінічними формами, а саме, у 43,3 % отоларингологічною, а у 26,7 % обстежених – стоматологічною масками. У хворих на дегенеративно-дистрофічні зміни хребта при ендоскопічному дослідженні ступінь ураження стравоходу частіше відповідає LA-B, як у хворих із стравохідною, так і з позастравохідною симптоматикою, тоді як у хворих на СА з атипичним перебігом ГЕРХ ступінь ураження стравоходу частіше відповідає LA-C (у 53,3 % обстежених). В обох групах обстежених пацієнтів з ГЕРХ встановлена вегетативна дисфункція, а саме – переважання парасимпатичної регуляції нервової системи.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба; остеохондроз; спондилоартрит; вегетативна дисфункція.

Вступ. Серед уражень хребта, що супроводжуються неврологічними проявами, найчастіше зустрічаються дегенеративно-дистрофічні процеси, а також серонегативні спондилоартропатії, що включає ідіопатичний анкілозивний спондилоартрит (найтипівіша форма), реактивний артрит, псоріатичний артрит [1, 2]. Характерним клінічним проявом цих патологічних змін хребта є виникнення болю у спині, що вимагає призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Під час лікування цією групою препаратів дуже часто спостерігається виникнення побічних дій від НПЗП. Основною негативною властивістю всіх НПЗП є високий ризик розвитку побічних реакцій з боку травного каналу. У 30–40 % хворих, які отримують НПЗП, спостерігають диспепсичні розлади, у 10–20 % – ерозії й виразки шлунка і дванадцятипалої кишки. Диспепсія є основною причиною переривання лікування НПЗП у більш ніж 50 % випадків. Найчастіше диспепсія відзначається у пацієнтів з патологією травного каналу в анамнезі [3].

Поширеність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у західних популяціях за останні 30 років має чітку тенденцію до зростання і варіює від 10 до 30 % [4]. Актуальність ГЕРХ обумовлена

також наявністю як типових, так і атипичних клінічних проявів захворювання, які ускладнюють її діагностику. Провідним у патогенезі ГЕРХ, як і при інших кислотозалежних патологічних станах, є порушення балансу між факторами агресії та захисту слизової оболонки стравоходу з переважанням перших [5]. Можливими причинами розвитку захворювання є психічна дезадаптація, синдром вегетативної дисфункції, зміни ентерального середовища та мікробна контамінація слизової оболонки стравоходу [6].

Отже, визначення зміни вегетативної регуляції та її зв'язок з особливостями клінічного перебігу ГЕРХ у поєднанні з дегенеративно-дистрофічними чи запальними ураженнями хребта є актуальною проблемою сучасної медицини.

Мета – визначити особливості клінічного перебігу ГЕРХ та вегетативної дисфункції у хворих на ураження хребта дегенеративно-дистрофічного та запального генезу.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням перебували 96 хворих із ураженням хребта дегенеративно-дистрофічного чи запального генезу в поєднанні з ГЕРХ, які перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічно-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення му, неврологічному, травматологічному, гастроентерологічному відділеннях КНП «ЗОКЛ імені А. Новака» ЗОД та хворі, які перебували на амбулаторно-диспансерному спостереженні у сімейного лікаря за місцем проживання, а також проходили лікування у лікаря стоматолога (клініка «Дентал Плюс») за 2019–2021 рр. Обстежених хворих на ГЕРХ було поділено на дві групи залежно від форми ураження хребта, а саме – в I групу ввійшли 46 хворих із остеохондрозом 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 спондилоартритом хребта (серед них чоловіків було 19 (38,0 %), жінок – 31 (62,0 %); середній вік становив $(46,7 \pm 4,9)$ років).

У контрольну групу ввійшли 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.

Усі дослідження виконували за згодою пацієнтів, а методика їх проведення відповідала Гельсінській декларації прав людини 1975 р. та її перегляду 1983 р., Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та законодавству України.

Діагноз ГЕРХ установлювали згідно з критеріями уніфікованого клінічного протоколу (наказ МОЗ України від 31.10.2013 № 943) із урахуванням скарг, даних ендоскопічного дослідження тощо. Для підтвердження діагнозу обстеженим хворим виконано фіброезофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС) за допомогою обладнання для ендоскопії з відеопроцесором «Pentax» EPM-3300 із використанням гнучких фіброендоскопів фірми «Pentax» E-2430, GIF-K20, а також проведено добовий рН-моніторинг (за методикою проф. В. Н. Чернобрового). Для ендоскопічної оцінки ступеня ураження стравоходу використовували Лос-Анджелеську (LA) класифікацію (1998 р.): ступінь А – поодинокі ерозії ≤ 5 мм; ступінь В – ≥ 1 ерозія довжиною > 5 мм, не займають цілої відстані між 2 сусідніми складками стравоходу; ступінь С – ≥ 1 ерозія, що займає цілий простір між ≥ 2 складками стравоходу, займає ≤ 75 % периметра стравоходу; ступінь D – ерозії або виразки, що займають ≥ 75 % периметра стравоходу [7].

Діагноз спондилоартриту (СА) встановлювали на основі діагностичних критеріїв Американської колегії ревматологів (American College of Rheumatology, ACR, 2018) Європейської антиревматичної ліги (European League Against Rheumatism, EULAR, 2018). Остеохондроз (ОХ) шийного та грудного відділів хребта діагностували на основі фізикальних, загальноклінічних методів обстеження, а також результатів комп'ютерної томографії вище-

наведених відділів хребта. Для дослідження рухової здатності хребта проводили функціональну оцінку рухливості хребта й м'язової сили спини та черевного преса (тест Шобера, розгинання хребта, тест «пальці-підлога», функціональні проби для визначення силової витривалості м'язів-розгиначів спини та черевного преса) відповідно до рекомендацій Американської академії хірургів-ортопедів (AAOS, 2018) [8, 9].

Вегетативну дисфункцію (ВД) визначали за допомогою опитувальника-анкети О. М. Вейна (1998 р.). Сума балів, що перевищувала 15, свідчала про наявність ВД [10] вегетативної нервової системи. Також розраховували вегетативний індекс Кердо (ВІК), який визначали на основі показників гемодинаміки (частота серцевих скорочень (ЧСС) та артеріальний тиск (АТ)).

ВІК розраховували за формулою:

$$\text{ВІК} = (1 - \text{діастолічний артеріальний тиск (ДАС)} / \text{пульс}) \times 100.$$

При повній вегетативній рівновазі (ейтонія) індекс знаходиться в межах від -10 до +10. При переважанні симпатичних впливів (симпатикотонія) значення ВІК було вище +10, а при переважанні парасимпатичних впливів (ваготонія) – нижче -10.

Критеріями включення пацієнтів у дослідження були: наявність клінічних симптомів (типових та атипових) ГЕРХ, виявлення при ФЕГДС змін слизової оболонки стравоходу, характерних для ГЕРХ, спондилоартрит, остеохондроз, шийного та грудного відділів хребта.

Критерії виключення з дослідження: функціональні або органічні захворювання стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, неерозивна форма ГЕРХ, стравохід Баррета, гелікобактер-позитивні хворі, хворі з психіатричними та онкологічними захворюваннями.

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

Результати й обговорення. У хворих I групи частіше діагностували скарги, характерні для ГЕРХ (типові стравохідні прояви), а саме – 52,2 % обстежених нами пацієнтів ($p < 0,05$), тоді як у хворих II групи частіше діагностували позастравохідні форми ГЕРХ – у 60,0 % обстежених нами хворих ($p < 0,05$). Провідним клінічним проявом ураження верхніх відділів травної системи у хворих обох груп при типовому перебігу захворювання були відрижка кислим, печія, відчуття грудки в горлі, а також дисфагія.

Позастравохідні прояви ГЕРХ у хворих обох груп частіше проявлялись стоматологічними, отоларингологічними «масками». У хворих I групи з

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

ОХ шийного та грудного відділів хребта частіше встановлено стоматологічну форму ГЕРХ (у 40,9 % обстежених – $p < 0,05$), тоді як у хворих зі спондилоартритом (СА) частіше діагностували отоларингологічну «маску» ГЕРХ (у 43,3 % обстежених хворих – $p < 0,05$). Кардіологічну форму ГЕРХ на 3,1 % частіше виявлено при СА, а бронхолегеневу форму рефлюксної хвороби майже з однаковою частотою встановлено у хворих обох груп. Результати наведено у таблиці 1.

Таблиця 1. Клінічні прояви ГЕРХ в обстежених хворих

Симптоми	Хворі I групи I група (n=46), %	Хворі II групи II група (n=50), %
Стравохідні прояви ГЕРХ	(n=24), 52,2*	(n=20), 40,0
Позастравохідні прояви ГЕРХ	(n=22), 47,8	(n=30), 60,0*
Стоматологічні	40,9*	26,7
Отоларингологічні	31,9	43,3*
Бронхолегеневі	13,6	13,3
Кардіологічні	13,6	16,7

Примітка. Різниця між показниками у хворих I і II груп у межах клінічної форми захворювання достовірною: * – $p < 0,05$.

Проведення ФЕГДС у всіх обстежених нами пацієнтів з ураженням хребта дегенеративно-дистрофічного чи запального генезу підтвердило діагноз ГЕРХ. При ендоскопічному обстеженні у хворих обох груп це проявлялось гастроєзофагальним рефлюксом та рефлюкс-езофагітом (РЕ) різного ступеня вираження (табл. 2).

У групі хворих з ОХ ступінь тяжкості РЕ частіше відповідав LA–B, як при типовому, так і при атипо-

вому перебігові ГЕРХ (у 50,0 % обстежених). У хворих I групи LA–A встановлено лише у хворих зі стравохідними проявами ГЕРХ (у 18,2 % обстежених), тоді як LA–D серед хворих I групи діагностовано лише при атиповому клінічному перебігові ГЕРХ (у 9,1 % обстежених). Слід зазначити, що у пацієнтів I групи при ендоскопічному дослідженні частіше встановлено ДГР, особливо серед пацієнтів з атиповим перебігом ГЕРХ (у 54,5 % обстежених, $p < 0,01$).

Таблиця 2. Характер ендоскопічних змін в обстежених хворих

Ендоскопічні прояви	Обстежені			
	I група (n=46)		II група (n=50)	
	стравохідні прояви ГЕРХ (n=24)	позастравохідні прояви ГЕРХ (n=22)	стравохідні прояви ГЕРХ (n=20)	позастравохідні прояви ГЕРХ (n=30)
Рефлюкс-езофагіт (ступінь тяжкості відповідно до LA класифікації):				
LA–A	18,2 %	–	10,0 %	–
LA–B	50,0 %	50,0 %*	45,0 % **,+	36,7 %
LA–C	31,8 %	40,9 %	40,0 %	53,3 % **,+
LA–D	–	9,1 %	5,0 %	10,0 %
KE	12,5 %	13,6 %	30,0 %**	56,7 % **,++
ДГР	27,3 %*	54,5 % **,++	15,0 %	13,3 %

Примітка. Різниця між показниками у хворих I і II груп у межах клінічної форми захворювання достовірною: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; різниця між показниками у хворих I і II груп стравохідними та позастравохідними проявами ГЕРХ достовірною: + – $p < 0,05$; ++ – $p < 0,01$.

У обстежених II групи зі спондилоартритом при стравохідній формі ГЕРХ під час ендоскопічного дослідження частіше виявлено ураження стравоходу, що відповідало LA–B (у 45,0 % обстежених), тоді як при позастравохідних формах ГЕРХ ураження стравоходу частіше відповідало LA–C (у 53,3 % пацієнтів). На відміну від пацієнтів I групи, у обстежених хворих зі спондилоартритом частіше виявлено кандидозний езофагіт (KE),

особливо при атиповому перебігу ГЕРХ (у 56,7 % хворих, $p < 0,01$).

Аналіз результатів проведених досліджень вказує на ознаки вегетативної дисфункції (ВД) за результатами анкетування (опитувальник Вейна О. М.) та ВІК у обстежуваних хворих. Показники функціонального стану вегетативної нервової системи (ВНС) в обстежених хворих наведено у таблиці 3.

Таблиця 3. Показники функціонального стану ВНС в обстежених

Показник	Контрольна група (n=20)	Обстежені пацієнти	
		I група (n=46)	II група (n=50)
Вегетативний стан за шкалою Вейна О. М., бали	9,77±0,28	31,44±1,56***	52,11±1,86***,+
ЧСС, за 1 хв	72,26±4,16	89,20±1,80*	98,14±2,16*,+
САТ, мм рт. ст.	116,20±6,88	144,30±3,18*	165,84±4,16**,+
ДАТ, мм рт. ст.	75,30±4,80	98,67±2,55*	103,09±2,41**
ВІК	-4,77±0,25	-11,68±0,55**	-14,24±0,86**,+

Примітка. Відмінності між показниками контрольної групи та в обстежених хворих достовірні: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001; різниця між показниками у хворих I та II груп статистично достовірна: + – p<0,05.

Більшість досліджуваних хворих обох груп часто скаржилась на емоційне перенапруження, лабільність настрою, підвищену дратівливість, відчуття тривоги, порушення сну, головний біль, підвищену втомлюваність, серцебиття, перебої в роботі серця, внаслідок негативних емоційних впливів. Більш виражені ознаки ВД встановлено у хворих I групи (пацієнти з ХП та ЦД II типу). Найбільш виражену ВД за результатами опитувальника Вейна виявлено у хворих II групи (збільшення показника до (52,11±1,56) балів – p<0,001), тоді як у хворих I групи цей показник становив (31,44±1,56) балів – p<0,001. Систоличний артеріальний тиск у хворих II групи на (49,64±2,72) мм рт. ст. був вищим за такий у контрольній групі (p<0,01), тоді як у хворих II групи цей показник на (28,10±3,50) мм рт. ст. перевищував показник контрольної групи (p<0,05). Діастиличний артеріальний тиск також у хворих II групи був максимально підвищений і становив (103,09±2,41) мм рт. ст. при нормі (75,30±4,80) мм рт. ст.,

p<0,05. Частота серцевих скорочень у хворих обох груп була достовірно вищою, ніж у обстежених контрольної групи. Аналіз отриманих даних указує на переважання впливу парасимпатичного відділу ВНС у обох групах досліджуваних хворих, із максимально вираженими змінами у пацієнтів з ГЕРХ у поєднанні з СА. Результати ВІК у хворих II групи становили (4,24±0,86) (p<0,01), а у хворих I групи – (-11,68±0,55) (p<0,01).

Установлено сильний кореляційний зв'язок між вираженням ураження стравоходу за даними ФЕГДС, що відповідає LA–B та LA–C в обох групах обстежуваних пацієнтів з позастравохідною формою ГЕРХ та вираженням вегетативної дисфункції за ВІК (табл. 4).

Показник шкали Вейна у хворих I групи корелював з вираженням ДГР при атиповому перебігу ГЕРХ (r=0,82; p<0,01), у а хворих II групи – з LA–C (r=0,77; p<0,01) – також при позастравохідній формі ГЕРХ.

Таблиця 4. Зіставлення показника ВІК з вираженістю ураження стравоходу за даними ФЕГДС у обстежених хворих

Ендоскопічні прояви	Обстежені			
	I група (n=46)		II група (n=50)	
	стравохідні прояви ГЕРХ (n=24)	позастравохідні прояви ГЕРХ (n=22)	стравохідні прояви ГЕРХ (n=20)	позастравохідні прояви ГЕРХ (n=30)
LA–B	r= 0,72; p<0,05	r= 0,88; p<0,01	r= 0,70; p<0,01	r= 0,84; p<0,01
LA–C	r= 0,66; p<0,05	r= 0,90; p<0,01	r= 0,64; p<0,05	r= 0,96; p<0,01
KE	–	–	–	r= 0,72; p<0,01
ДГР	–	r=0,68; p<0,01	–	–

Проводяться наукові роботи з вивчення вегетативної регуляції при різних хронічних захворюваннях організму. Часто це питання досліджується при ураженні серцево-судинної системи, особливо у пацієнтів молодого активного працездатного віку [11].

Дослідження Мойсійчук Л. М. (2021 р.) та Зигало Е. В. (2021 р.) спрямовані на вивчення особ-

ливостей вегетативного гомеостазу у хворих на хронічний атрофічний гастрит, поєднаний з патологією щитоподібної залози (ЩЗ). Більш ніж у половини хворих на хронічний атрофічний гастрит, поєднаний із патологією ЩЗ, за результатами даних авторів, спостерігалось зниження функціональних резервів організму. Встановлено дисбаланс симпатичної та парасимпатичної ланок веге-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення тативної нервової системи, виснаження адаптаційних механізмів, зниження функціональних резервів організму і стресостійкість [10, 12].

Результати наших досліджень також встановлюють дисфункцію ВНС у хворих на GERX у поєднанні з ураженням хребта дегенеративно-дистрофічного чи запального характеру. При цьому в обох групах обстежуваних пацієнтів встановлено переважання парасимпатичної регуляції. Аналіз отриманих результатів також дає змогу встановити залежність між ВД та вираженням ДГР у хворих I групи та ступенем ураження стравоходу при ФЕГДС, особливо у пацієнтів з атипичним перебігом GERX.

Висновки: 1. У хворих на остеохондроз шийного та грудного відділів хребта GERX частіше проявляється стравохідною симптоматикою, тоді як у хворих зі спондилоартритом – атипичними клінічними формами, а саме у 43,3 % – отоларин-

гологічною, а у 26,7 % обстежених – стоматологічною масками.

2. У хворих на дегенеративно-дистрофічні зміни хребта під час ФЕГДС ступінь ураження стравоходу частіше відповідає LA-B, як у хворих зі стравохідною, так і позастравохідною симптоматикою, тоді як у хворих на СА з атипичним перебігом GERX ступінь ураження стравоходу частіше відповідає LA-C (у 53,3 % обстежених).

3. В обох групах обстежених пацієнтів з GERX встановлено ВД, а саме – переважання парасимпатичної регуляції нервової системи.

Перспективи подальших досліджень. Подальше визначення особливостей клінічного перебігу GERX та вегетативних змін у хворих на ураження хребта дегенеративно-дистрофічного та запального генезу для розробки ефективних методів їх корекції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Свиридова Н. К. Клінічний та функціональний стан периферичної нервової системи у хворих з діабетичною полінейропатією / Н. К. Свиридова, Ю. В. Пономаренко, Н. В. Терентьева // Східно-європейський неврологічний журнал. – 2015. – № 1. – С. 13–17.

2. Шостак А. Н. Серонегативные спондилоартропатии: новое в диагностике и лечении / А. Н. Шостак // Consilium Medicum. – 2014. – № 12 (16). – С. 32–34.

3. Бабінець Л. С. Оцінка панкреатотропної та суглобової ефективності внутрішньоклітинного системного ферменту при остеоартрозі / Л. С. Бабінець, І. М. Галабіцька // Сімейна медицина. – 2020. – № 5-6 (91-92). – С. 66–69.

4. Конькова Л. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: новое в диагностике и лечении / Л. А. Конькова, А. В. Коньков // Медицинский вестник МВД. – 2016. – № 2 (81). – С. 47–50.

5. Свиридова Т. Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь : метод. указания / Т. Н. Свиридова, Н. Ю. Алексеев, Ю. С. Козлов. – Воронеж. – 2009. – С. 69.

6. Осьодло Г. В. Роль вегетативної дисфункції та її корекція при гастроэзофагеальной рефлюксній хворобі / Г. В. Осьодло, М. В. Радушинська // Гастроентерологія. – 2014. – № 52 (2). – С. 13–16.

7. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus / С. P. Gyawali, P. J. Kahrilas, E. Savarino [et al.]. – 2018. –

Available from: http://www.gastroscan.ru/literature/authors/10144?sphrase_id=208284.

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

9. WHO (2011). Global recommendations on physical activity for health. – Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.

10. Мосійчук Л. М. Клініко-вегетативні порушення, адаптаційні можливості та стресостійкість у хворих на передракові стани шлунка при супутній патології щитовидної залози / Л. М. Мосійчук, О. М. Шевцова, О. П. Петішко // Гастроентерологія. – 2021. – № 55 (1). – С. 1–6.

11. Вегетативная дисфункция и нарушения реполяризации на ЭКГ покоя и нагрузки у лиц молодого возраста с марфаноидной внешностью и пролапсом митрального клапана / С. В. Реева, Э. Г. Малев, Е. В. Тимофеев [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2015. – № 7 (123). – С. 84–88.

12. Особливості гомеостазу вегетативної нервової системи у хворих на хронічний атрофічний гастрит у поєднанні з патологією щитовидної залози / Е. В. Зигало, Л. М. Мосійчук, О. М. Шевцова [та ін.] // Гастроентерологія. – 2021. – № 55 (3). – С. 159–165.

REFERENCES

1. Svyrydova, N.K., Ponomarenko, Yu.V., & Terentjeva, N.V. (2015). Klinichniy ta funktsionalnyi stan peryferichnoi nervovoi systemy u khvorykh z diabetichnoiu polineuropatiieiu [Clinical and functional status of the peripheral nervous system in patients with diabetic polyneuropathy]. *Skhidno-yevropeyskyi nevrolohichnyi zhurnal – East. Eur. J. Neurol.*, 1, 13-17 [in Ukrainian].

2. Shostak, N.A. (2014). Seronegativnyye spondyloarthropatii: novoye v diagnostike i lechenii [Seronegative spondyloarthropathies – new options in the diagnosis and treatment]. *Consilium Medicum*, 16, 12, 32-34 [in Russian].

3. Babinets, L.S., & Halabitska, I.M. (2020). Otsinka pankreatotropnoi ta suhlobovoi efektyvnosti vnutrishnoklitynnoho systemnoho fermentu pry osteoartrozi [Evaluation of

- Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
- pancreatotropic and joint efficiency of intracellular systemic enzyme in osteoarthritis]. *Simeina medytsyna – Family Medicine*, 5-6(91-92), 66-69 [in Ukrainian].
4. Konkova, L.A., & Konkov, A.V. (2016). Gastroezofagealnaya refluksnaya bolezнь: vnepishchevodnyye proyavleniya [Gastroesophageal reflux: extra-oesophageal manifestations]. *Medytsynskiy vestnik MVD – Med. Bull. Ministry Intern. Affairs*, 2(81), 247-250 [in Russian].
5. Sviridova, T.N., Alekseev, N.Yu., & Kozlov, Yu.S. (2009). *Gastroezofagealnaya refluksnaya bolezнь: metod. ukazaniya [Gastroesophageal reflux disease: method. Indications]*. Voronezh [in Russian].
6. Osjodlo, G.V., & Radushinska, M.V. (2014). Rol vehtatyvnoi dysfunktsii ta yii korektsiia pry hastroezofahealni refluksnii khvorobi [The role of vegetative dysfunction and its correction in gastroesophageal reflux disease]. *Hastroenterolohiia – Gastroenterology*, 2(52), 13-16 [in Ukrainian].
7. Gyawali, C.P., Kahrilas, P.J., Savarino, E., Zerbib, F., Mion, F., & Roman, S. (2018). Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. Retrieved from: http://www.gastroscan.ru/literature/authors/10144? sphrase_id=208284.
8. Nasonova, V.A. (2017). Rekomendatsii EULAR po diagnostike i lecheniyu rannego artrita: 2016 [The 2016 EULAR guidelines for the diagnosis and treatment of early arthritis]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Sci. Pract. Rheumatol.*, 55(2), 138-150 [in Russian].
9. World Health Organization. (2011). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.
10. Mosiychuk, L.M., Shevtsova, O.M., & Petishko, O.P. (2021). Kliniko-vehetatyvni porushennia, adaptatsiini mozhlyvosti ta stresostiikist u khvorykh na peredrakovi stany shlunka pry suputnii patolohii shchytovydnoi zalozy [Clinical and vegetative disorders, adaptive capacity and stress resistance in patients with precancerous conditions of the stomach in comorbidity with thyroid pathology]. *Hastroenterolohiia – Gastroenterology*, 55(1), 1-6 [in Ukrainian].
11. Reeva, S.V., Malev, E.G., Timofeev, E.V., Pankova, I.A., Zaripov, B.I., Belousova, T.I., & Zemtsovsky, E.V. (2015). Vegetativnaya dysfunktsiya i narusheniya repolyarizatsii na EKG pokoya i nagruzki u lits molodogo vozrasta s marfanoidnoy vneshnostyu i prolapsom mitralnogo klapana [Vegetative dysfunction and repolarization disorders on resting ECG and in exertion in younger persons with marfanoid phenotype and mitral valve prolapse]. *Rossiyskiy zhurnal kardiologii – Russ. J. Cardiology.*, 7(123), 84-88 [in Russian].
12. Zigalo, E.V., Mosiychuk, L.M., Shevtsova, O.M., Petishko, O.P., Demeshkina, L.V. (2021). Osoblyvosti homeostazu vehetatyvnoi nervovoi systemy u khvorykh na khronichnyi atrofichnyi hastryt u poiednanni z patolohiieiu shchytovydnoi zalozy [Features of autonomic nervous system homeostasis in patients with chronic atrophic gastritis combined with thyroid pathology]. *Hastroenterolohiia – Gastroenterology*, 55(3), 159-165 [in Ukrainian].

PECULIARITIES OF THE COURSE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND VEGETATIVE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH SPINAL INJURIES OF DEGENERATIVE-DYSTROPHIC AND INFLAMMATORY GENESIS

©S. A. Tsoka, Ya. F. Filak, Ye. S. Sirchak

Uzhhorod National University

SUMMARY. Gastroesophageal reflux disease (GERD) is relevant due to the presence of both typical and atypical clinical manifestations that complicate its diagnosis.

The aim – to determine the features of the clinical course of GERD and changes in autonomic dysfunction in patients with spinal lesions of degenerative-dystrophic and inflammatory genesis.

Material and Methods. 126 patients with GERD with various forms of spinal cord injury were examined. Patients with GERD were divided into 2 groups: group I included 46 patients with osteochondrosis (OC) of the cervical and thoracic spine, and group II consisted of 50 patients with spondyloarthritis (SpA) of the spine. All examined patients underwent general clinical studies, as well as evaluation of the state of the autonomic nervous system.

Results. Most of the studied patients of both groups often complained of emotional stress, mood lability, irritability, anxiety, sleep disturbances, headaches, fatigue, palpitations, and heart failure due to negative emotional effects. The analysis of the obtained data indicates the predominant influence of the parasympathetic division of the ANS in both groups of the examined patients, with the most pronounced changes in patients with GERD in combination with SpA. The Kérdö's Vegetative Index (KVI) values were -14.24 ± -0.86 ($p < 0.01$) in patients of group II and -11.68 ± -0.55 ($p < 0.01$) in patients of group I.

Conclusions. In patients with osteochondrosis of the cervical and thoracic spine GERD is more often manifested by esophageal symptoms, while in patients with spondyloarthritis it has atypical clinical forms: otolaryngological in 43.3 % and dental 'masks' in 26.7 %. In patients with degenerative-dystrophic changes of the spine during FEGDS, the degree of esophageal lesions more often corresponds to LA-B, both in patients with esophageal and extraesophageal symptoms, while in patients with spondyloarthritis with atypical GERD, the degree of esophageal lesions more often corresponds to LA-C. (53.3 %). In both groups of examined patients with GERD autonomic dysfunction, namely the predominance of parasympathetic regulation of the nervous system was established.

KEY WORDS: gastroesophageal reflux disease; osteochondrosis; spondyloarthritis; autonomic dysfunction.

Отримано 24.09.2021

Електронна адреса для листування: sirchakliza777@gmail.com.