

*Results and discussion.* Biochemically, at 7 days after burn, peak EII values and plasma concentrations of middle mass molecules were established, which significantly ( $p < 0,001$ ) exceeds the intact group index of animals by 1,73 and 1,81 times, respectively.

In the stages of late toxemia and septicotoxemia (14–21 days), plasma toxicity continues to be quite high. Thus, the erythrocyte index of intoxication on the 14th day of the experiment equals 84,10%, and on the 21st day equals 72,03%, which exceeds the norm value accordingly at 1,52; 1,30 times ( $p < 0,001$ ).

The concentration of middle mass molecules on the 14th day of the experiment is 0,895 units, which is significantly higher than the intact animals of 1,64 ( $p < 0,001$ ). On the 21st day of the experiment, the MMM is 0,870 units, of which  $MMM_1$  is 0,616 units, and  $MMM_2$  is 0,253 units, respectively, 1,60; 1,38 and 2,61 times significantly more ( $p < 0,001$ ) compared to the corresponding animals of the intact group.

On the 7th day of use of the cryoliophilized xenodermal substrate, a significant reduction of the intoxication of the organism of burned animals was established, which promotes the development of adaptive-compensatory and regenerative processes in the skin at a high level.

Even more positively, the efficacy of early necrectomy of tissue injury and wound closure with a cryolophilized xenodermal substrate is manifested at 14 and especially 21 days of the experiment. Thus, the determination of toxicity of blood plasma showed that the concentration of middle mass molecules on the 21st day of the experiment significantly ( $p < 0,001$ ) exceeds the norm by 1,21 times and significantly ( $p < 0,001$ ) below the corresponding values of animals of the second experimental group in 1,31 times. The value of erythrocyte index of intoxication approaches the values of the norm for 21 days, exceeding it only in 1,09 times.

*Conclusions.* Thus, the application of a cryolophilized xenodermal substrate has a positive effect on the body of experimental animals: in all periods of the experiment there is a tendency to reduce signs of endotoxemia; were detected a decreasing of the concentration of low- and high-molecular-weight fractions of middle mass molecules and erythrocyte index of intoxication.

**Key words:** endogenic intoxication, thermal trauma, cryoliophilized xenodermal substrate.

Рецензент – проф. Костенко В. О.

Стаття надійшла 16.12.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-120-125

УДК 616.329/33-002+616.12-008.331

Ксенчин О. О., Палій І. Г., Зайка С. В.

### ОСОБЛИВОСТІ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПИТУВАЛЬНИКІВ GerdQ, GSRS ТА РІВЕНЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ В ХВОРИХ НА GERX СУПУТНЬОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)

vinshura@gmail.com

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Робота виконана в рамках НДР кафедри внутрішньої та сімейної медицини ВНМУ ім. М. І. Пирогова: «Езофагогастродуоденальна пептична (кислотозалежна) та *Helicobacter pylori*-асоційована патологія з коморбідним перебігом: можливості езофагогастро-імпеданс-рН-моніторингу в покращенні діагностики, лікування та профілактики» (№ державної реєстрації 0117U005123, 2018 р.).

**Вступ.** Проблема діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (GERX) на разі залишається в центрі уваги дослідників. В різних країнах опубліковано велику кількість практичних рекомендацій та керівництв з діагностики та лікування GERX [1,2,3,4].

Для стандартизації підходів до діагностики та лікування, Монреальським консенсусом 2006 року було признано можливим встановлювати діагноз GERX та призначати лікування без результатів додаткових обстежень, базуючись на характерних клінічних симптомах (як стравохідних так і позастравохідних). Тоді як необхідність додаткових методів обстежень (верхня ендоскопія, рН- та імпеданс-рН-моніторинг) визначає сам лікар в залежності від вираженості скарг та наявності симптомів «тривоги» [5].

Аналогічний алгоритм діагностики GERX представлений і в трьохрівневому Гштадському керівництві (2008), де на першому рівні можливе самостійне усунення типових симптомів лікарськими засобами, якщо печія та регургітація виникає частіше ніж 2 рази

на тиждень необхідно звернутись до сімейного лікаря або терапевта, який проводить загальноклінічне обстеження без застосування додаткових методів обстежень. При наявності нетипових симптомів, симптомів «тривоги» або при неефективності лікування пацієнт скеровується на третій рівень до гастроентеролога, який розглядає доцільність додаткових методів обстежень та оптимізацію лікування [6].

В уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги хворим на GERX (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2013 року № 943) вказано, що основним методом діагностики GERX, особливо у пацієнтів молодого віку, є ретельно зібраний анамнез, який дозволяє встановити діагноз без проведення верхньої ендоскопії, за допомогою пробного лікування.

Однак такий підхід супроводжується певними складнощами, що пов'язані з суб'єктивною оцінкою скарг як самим пацієнтом так і лікарем. Оскільки в повсякденній практиці зустрічаються хворі зі значними змінами слизової оболонки стравоходу проте з невираженими симптомами, або пацієнт не знає про можливі ускладнення та не приділяє необхідної уваги своєму стану [7,8]. І навпаки, іноді лікар спираючись лише на дані симптоматики може неправильно інтерпретувати важкість перебігу захворювання та допускати діагностичні помилки [7,9]. Цьому сприяють поєднання класичної симптоматики

ГЕРХ з симптомами шлункової диспепсії, синдромом роздратованої товстої кишки та слабка кореляція між даними ендоскопічної картини та вираженістю симптомів.

Стандартом для інструментальної діагностики ГЕРХ є проведення верхньої ендоскопії та езофаго-рН-моніторингу [10], з часом до них приєднався езофаго-імпеданс-рН-моніторинг, як найбільш чутливий метод дослідження, оскільки дозволяє ідентифікувати не лише кислотні, а й слабкокислотні та газові рефлюкси, що відіграють певну роль у виникненні симптоматики ГЕРХ [11,12,13].

Однак, вищезазначені методи діагностики є коштовними, не завжди доступними, важко переносяться хворими, що ускладнює їх використання в рутинній практичній діяльності при обстеженні пацієнтів з симптомами ГЕРХ. В пацієнтів з супутньою АГ не завжди можливо виконати дані діагностичні процедури у випадку недостатнього контролю цифр тиску, оскільки нервово напруження під час інвазивних процедур може викликати гіпертензивний криз.

Все вищевикладене вимагає об'єктивної діагностичної методики, яка була б неінвазивною та мала можливість до використання в повсякденній практиці як лікарями гастроентерологами, так і лікарями первинної ланки (лікарями загальної практики-сімейної медицини та терапевтами). Найбільш прийнятним варіантом такої методики є анкети-опитувальники. Використання системи бальної оцінки стану пацієнта відповідає всім принципам медицини та дозволяє не лише проводити діагностику, але і оцінювати прогноз та ефективність лікування. Слід зазначити що анкети мають бути з однієї сторони чутливими та специфічними, а з іншої короткими та простими у заповненні, щоб не викликати проблем у пацієнта при їх заповненні [14].

В Леонському консенсусі щодо сучасної діагностики ГЕРХ 2018 року, який відображає найновіші підходи до діагностики та лікування ГЕРХ, розглядається можливість використання в клінічній практиці анкет-опитувальників для діагностики на основі оцінки наявності та частоти типових проявів, таких як печія та регургітація. Відзначається, що ці інструменти мають певні обмеження в порівнянні з інструментальною діагностикою ГЕРХ, проте в у клінічній практиці діагностика та лікування ГЕРХ на основі типових симптомів є прагматичним та може мати місце. Серед таких рекомендуються опитувальники CDQ та GerdQ, як такі, що мають аналогічну діагностичну цінність [15].

Для дослідження нами були обрані опитувальники GerdQ та GSRS, оскільки вони є широкоживаними представниками різних груп (GerdQ є представником групи специфічних анкет для оцінки стравохідних симптомів ГЕРХ, GSRS – представником групи загальних анкет для оцінки симптомів з боку шлунково-кишкового тракту, проте має можливість оцінки рефлюксного синдрому) діагностичних опитувальників щодо ГЕРХ та пройшли валідацію.

Проте серед оглянутої літератури нами не знайдено даних про особливості результатів опитувальників для діагностики у випадку наявності у хворих на ГЕРХ супутньої АГ. А отже невідомо як впливає наявність супутньої артеріальної гіпертензії на можливості діагностичних анкет щодо ГЕРХ.

Оцінка якості життя хворих є важливим компонентом об'єктивної оцінки впливу хвороби на стан пацієнта, та може впливати на вибір методів лікування, оскільки оптимальним лікуванням є таке, що не лише покращує тривалість життя, а й покращує його якість. Тому розуміння впливу різних захворювань на якість життя може допомогти визначити основні напрямки корекції якості життя, задля більшої задоволеності пацієнтом ефектом лікування [16].

Для визначення якості життя ми обрали опитувальник MOS-SF-36, оскільки він широко використовується на території України [17,18].

**Мета роботи:** вивчити діагностичні можливості опитувальників GerdQ, GSRS та вивчити рівень якості життя згідно опитувальника SF-36 в хворих на ГЕРХ в залежності від наявності супутньої АГ.

**Об'єкт і методи дослідження.** В дослідженні прийняли участь 125 пацієнтів (54 чоловіки та 71 жінка), середнім віком  $50 \pm 1,4$  років, які звертались на кафедру внутрішньої та сімейної медицини ВНМУ ім. М. І. Пирогова. Пацієнти були поділені на 3 групи: практично здорові пацієнти, хворі на ГЕРХ, хворі на ГЕРХ в поєднанні з АГ.

Діагноз ГЕРХ встановлювався згідно Монреальського консенсусу (2006 р.) [5]. Визначення наявності ГХ проводилися згідно клінічних рекомендацій з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESC) 2013 року [19].

Усі пацієнти проходили тестування за допомогою анкет GerdQ та GSRS, що містили питання про їхнє самопочуття протягом останніх 7 днів. Під час опрацювання опитувальника GerdQ вивчався загальний бал опитувальника, так і окрема бальна оцінка по кожному з 6 питань: наявність та частота виникнення печії, регургітації, болю в епігастрії, нудоти, виникнення печії вночі та епізоди вживання ліків для усунення печії. В опитувальнику GSRS проводилась оцінка окремо усіх 5 синдромів: абдомінального, рефлюксного, диспепсичного, діарейного та констипаційного.

Для визначення рівня якості життя використовувався опитувальник MOS SF-36. Оцінка якості життя проводилась шляхом аналізу 8 шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Крім цього, з них формували два параметри: психологічний і фізичний компоненти здоров'я.

Статистичні обрахунки проводились за допомогою комп'ютерної програми MedCalc® 12.5 Software bvba з обрахуванням середніх значень, стандартних відхилень, стандартних похибок середнього значення, t критерію Ст'юдента при нормальному розподілі даних, U-критерію Мана-Уїтні при ненормальному розподілі даних.

### Результати дослідження та їх обговорення

*Порівняльний аналіз результатів опитувальників GerdQ та GSRS, а також аналіз оцінки якості життя в практично здорових пацієнтів та хворих на ГЕРХ.*

Згідно результатів опитувальника GerdQ в групі хворих на ГЕРХ спостерігалось достовірне ( $p < 0,01$ ) збільшення частоти виникнення епізодів печії ( $1,68 \pm 0,16$  бали проти  $0,23 \pm 0,12$  в групі практично

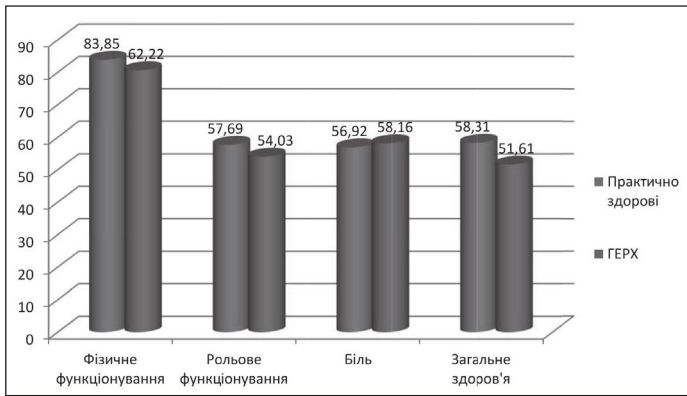


Рисунок 1 – Результати оцінки фізичного компоненту здоров'я (n=77) у балах згідно опитувальника SF-36 в групі практично здорових та групі хворих на ГЕРХ.

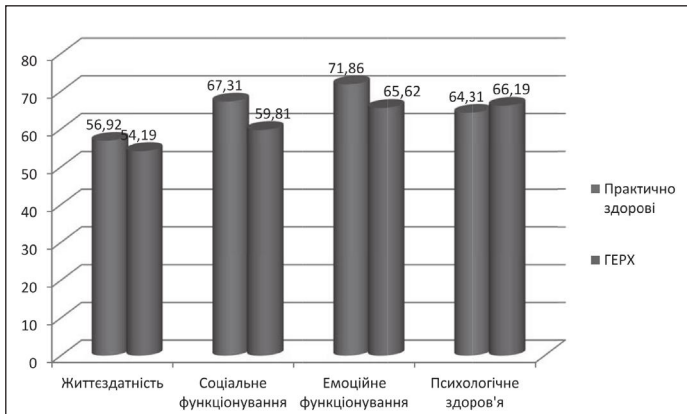


Рисунок 2 – Результати оцінки психологічного компоненту здоров'я (n=77) у балах згідно опитувальника SF-36 в групі практично здорових та групі хворих на ГЕРХ.

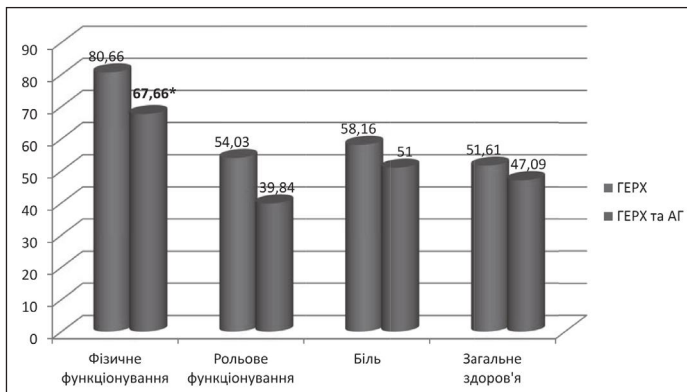


Рисунок 3 – Результати оцінки фізичного компоненту здоров'я (n=95) у балах згідно опитувальника SF-36 в групах ГЕРХ, ГЕРХ та АГ.

Примітка. \* -  $p < 0.05$  при порівнянні з групою хворих на ГЕРХ.

здорових), достовірне ( $p < 0,01$ ) збільшення частоти виникнення епізодів регургітації ( $0,77 \pm 0,14$  бали проти  $0,15 \pm 0,10$  в групі практично здорових) та достовірне ( $p < 0,01$ ) збільшення частоти вживання ліків для усунення печії ( $0,87 \pm 0,18$  проти  $0,08 \pm 0,08$  в групі практично здорових).

Також встановлено достовірне ( $p < 0,01$ ) збільшення сумарного балу опитувальника в хворих на ГЕРХ в порівнянні з практично здоровими особами, що відповідно становило  $8,94 \pm 0,48$  бали проти  $5,31 \pm 0,40$ .

Нічні епізоди печії в групі практично здорових були відсутні на відміну від групи хворих на ГЕРХ ( $0,84 \pm 0,16$ ).

Частота виникнення епігастрального болю та нудоти в групах достовірно ( $p > 0,05$ ) не відрізнялась (частота виникнення епігастрального болю  $2,16 \pm 0,15$  проти  $2,53 \pm 0,14$  в групі практично здорових, частота виникнення нудоти  $2,61 \pm 0,10$  проти  $2,39 \pm 0,31$  відповідно).

Аналіз опитувальника GSRS виявив у хворих на ГЕРХ достовірне ( $p < 0,01$ ) посилення вираженості рефлюксного синдрому на відміну від практично здорових осіб, що відповідно складало  $2,57 \pm 0,19$  бали проти  $1,64 \pm 0,21$  бали.

Вираженість інших синдромів в групах достовірно не відрізнялась ( $p > 0,05$ ). Так середня бальна оцінка синдрому абдомінального болю в групі хворих на ГЕРХ складала  $2,34 \pm 0,19$  бали проти  $2,00 \pm 0,22$  бали в групі практично здорових, бальна оцінка диспепсичного синдрому  $2,15 \pm 0,15$  бали проти  $2,10 \pm 0,15$  бали відповідно, діарейного синдрому  $1,32 \pm 0,10$  бали проти  $1,42 \pm 0,10$  бали, та констипаційного синдрому  $1,68 \pm 0,20$  бали проти  $1,53 \pm 0,19$  бали відповідно.

При аналізі якості життя згідно опитувальника SF-36, порівняння оцінки фізичного компоненту здоров'я в групах достовірних відмінностей ( $p > 0,05$ ) не виявило (рис. 1).

При порівнянні психологічного компоненту здоров'я в групах достовірних відмінностей ( $p > 0,05$ ) також не виявлено (рис. 2).

Порівняльний аналіз результатів опитувальників GerdQ та GSRS, а також аналіз оцінки якості життя в хворих на ГЕРХ та хворих на ГЕРХ з АГ.

Порівняльний аналіз результатів опитувальника GerdQ в групах не виявив достовірної відмінності ( $p > 0,05$ ) у відповідях на окремі питання анкети. Так частота виникнення печії у хворих на ГЕРХ складала  $1,68 \pm 0,16$  бали проти  $1,31 \pm 0,17$  бали в групі хворих на ГЕРХ з супутньою АГ, частота виникнення регургітації  $0,77 \pm 0,14$  бали проти  $0,75 \pm 0,15$  бали відповідно, частота виникнення епігастрального болю  $2,16 \pm 0,15$  проти  $2,19 \pm 0,18$  бали, частота виникнення нудоти  $2,61 \pm 0,10$  проти  $2,44 \pm 0,16$  бали відповідно, частота виникнення печії вночі  $0,84 \pm 0,16$  проти  $0,69 \pm 0,13$  бали, частота вживання ліків для усунення печії  $0,87 \pm 0,18$  проти  $0,88 \pm 0,15$  бали відповідно.

Також не виявлено достовірної відмінності ( $p > 0,05$ ) при порівнянні сумарного балу опитувальника GerdQ ( $8,94 \pm 0,48$  бали в групі хворих на ГЕРХ проти  $8,31 \pm 0,40$  бали в групі хворих на ГЕРХ з супутньою АГ).

Аналіз результатів опитувальника GSRS між групами хворих з ГЕРХ та ГЕРХ з супутньою АГ не виявив достовірних відмінностей ( $p > 0,05$ ) при порівнянні синдромів опитувальника. Так вираженість рефлюксного синдрому складала  $2,57 \pm 0,19$  бали в групі хворих на ГЕРХ проти  $2,58 \pm 0,15$  бали в групі хворих на ГЕРХ з супутньою АГ, вираженість синдрому абдомінального болю  $2,34 \pm 0,19$  бали проти  $2,31 \pm 0,24$  бали відповідно, вираженість диспепсичного синдрому  $2,15 \pm 0,15$  проти  $2,45 \pm 0,16$  бали, діарейного синдрому  $1,32 \pm 0,10$  проти  $1,40 \pm 0,11$  бали, констипаційного

синдрому  $1,68 \pm 0,20$  проти  $1,62 \pm 0,16$  бали відповідно.

При аналізі якості життя згідно опитувальника SF-36, порівняння оцінки фізичного компоненту здоров'я виявило достовірне зниження ( $p < 0,05$ ) фізичного функціонування в групі хворих на GERX+AG.

Інші компоненти фізичного здоров'я в групах хворих достовірно ( $p > 0,05$ ) не відрізнялись. Дані наведено на **рисунку 3**.

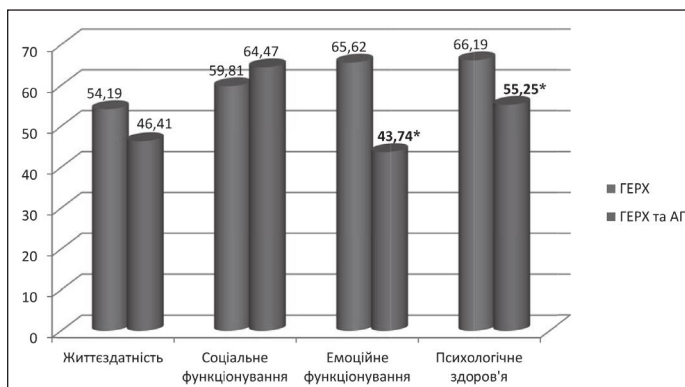
При аналізі психологічного компоненту здоров'я в групах виявлено достовірне зниження ( $p < 0,05$ ) рівня емоційного функціонування в групі хворих на GERX+AG та достовірне зниження ( $p < 0,05$ ) рівня психологічного здоров'я в групі хворих на GERX+AG.

Достовірної відмінності ( $p > 0,05$ ) в рівні життєздатності та соціального функціонування встановлено не було. Середні значення бальної оцінки психологічного компоненту здоров'я в групах наведено на **рисунку 4**.

### Висновки

1. За результатами опитувальника GerdQ виявлено достовірне збільшення сумарного балу опитувальника в групі хворих на GERX на відміну від практично здорових осіб ( $p < 0,01$ ). В групах хворих на GERX та GERX з супутнім перебігом AG результати опитувальника GerdQ достовірно не відрізнялись ( $p > 0,05$ ), що робить можливим його використання з ціллю рутинної діагностики GERX, як в хворих з ізольованим перебігом цієї патології так і з супутнім перебігом AG.

2. За результатами оцінки рефлюксного синдрому опитувальника GSRS виявлено достовірне збільшення його вираженості у хворих на GERX на відміну від практично здорових осіб ( $p < 0,01$ ). В групах хворих на GERX та хворих на GERX з супутньою AG достовірної відмінності у вираженості цього синдрому не виявлено ( $p > 0,05$ ).



**Рисунок 4** – Результати оцінки психічного компоненту здоров'я ( $n=95$ ) у балах згідно опитувальника SF-36 в групах GERX, GERX та AG.

Примітка. \* -  $p < 0,05$  при порівнянні з групою хворих на GERX.

3. При порівнянні вираженості синдрому абдомінального болю, диспепсичного, діарейного та констипаційного синдромів згідно результатів опитувальника GSRS нами не виявлено достовірних відмінностей ( $p > 0,05$ ) в групі хворих на GERX та групі хворих на GERX та AG. Аналогічна ситуація спостерігалась і при порівнянні хворих на GERX з практично здоровими особами.

4. За результатами оцінки якості життя не виявлено достовірних відмінностей ( $p > 0,05$ ) при оцінці як фізичного так і психічного компоненту здоров'я у практично здорових осіб та хворих на GERX. В той же час наявність супутньої AG достовірно знижувала ( $p < 0,05$ ) рівень фізичного функціонування в хворих на GERX, рівень емоційного функціонування та рівень психологічного здоров'я.

**Перспективи подальших досліджень.** В подальшому планується провести порівняльний аналіз результатів опитувальників, та якості життя з групою хворих на AG без GERX, та групою практично здорових осіб.

### Література

- Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Am. J. Gastroenterol. 2013;108:308-28.
- DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. Am. J. Gastroenterol. 2005;100:190-200.
- Giannini EG, Zentilin P, Dulbecco P, Vigneri S, Scarlata P, Savarino V. Management strategy for patients with gastroesophageal reflux disease: a comparison between empirical treatment with esomeprazole and endoscopy-oriented treatment. Am. J. Gastroenterol. 2008;103:267-75.
- Inadomi JM, Jamal R, Murata GH, Hoffman RM, Lavezo LA, Vigil JM, et al. Step-down management of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology. 2001;121:1095-100.
- Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. Global Consensus Group. Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol. 2006;101:1900-20.
- Tytgat GN, Mccoll K, Tack J, Holtmann G, Hunt RH, Malfertheiner P, et al. New algorithm for the treatment of gastro-esophageal reflux disease. Aliment. Pharmacol. Ther. 2008;27(3):249-56.
- Shaheen NJ, Hansen RA, Morgan DR, Gangarosa LM, Ringel Y, Thiny MT, et al. The burden of gastrointestinal and liver diseases. Am. J. Gastroenterol. 2006;101(9):2128-38.
- Tutuian R, Castell DO. Management of gastroesophageal reflux disease. Am. J. Med. Sci. 2003;326(5):309-18.
- Maev IV, Samsonov AA, Andreev NG. Simptom izzhogi: privyichnyiy diskomfort ili sereznaya problema? Farmateka. 2011;10. [in Russian].
- Badillo R, Dawn F. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. World J. Gastrointest. Pharmacol. Ther. 2014;5(3):105-12.
- Silny J. Intraluminal multiple electric impedance procedure for measurement of gastrointestinal motility. J. Gastrointest. Motil. 1991;3:151-62.
- Sifrim D, Castell D, Dent J, Kahrilas PJ. Gastro-oesophageal reflux monitoring: review and consensus report on detection and definitions of acid, non-acid, and gas reflux. Gut. 2004;53:1024-31.
- Yu Kyung Cho. How to Interpret Esophageal Impedance pH Monitoring. J. Neurogastroenterol. Motil. 2010;16(3):327-30.
- Kryvenko VI. Formalizovana otsinka stanu khvoroho za dopomohoiu shkal pry osnovnykh vnutrishnikh khvorobakh: posibnyk. Zaporizhzhia: 2015. 97 s. [in Ukrainian].
- Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, Zerbib F, Mion F, Smout AJPM, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. Gut. 2018;67(7):1351-62. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314722
- Kryvenko VI. Yakist zhyttia ta prykhylnist do likuvannya v klinitsi vnutrishnikh khvorob: posibnyk. Zaporizhzhia: 2015. 80 s. [in Ukrainian].
- Alifer OO. Otsinka yakosti zhyttia patsientiv z arterialnoiu hipertenziieiu. Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny. 2017;2:122-5. [in Ukrainian].

18. Korniienko DO. Osoblyvosti klinichnoho perebihu ta yakosti zhyttia pry hastroezofahealni refliuksnii khvorobi v osib molodoho viku z suputnim ozhyrinniam. Visnyk VDNZU «Ukrainska medychna stomatolohichna akademiia». 2015;4(52):76-80. [in Ukrainian].
19. Klinichni rekomendatsii z arterialnoi hipertenzii Yevropeiskoho tovarystva hipertenzii (ESH) ta Yevropeiskoho tovarystva kardiologiv (ESC) 2013 roku: pereklad Sirenko Yu.M. Arterialnaia hipertenzia. 2013;4(30):61-157. [in Ukrainian].

### ОСОБЛИВОСТІ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПИТУВАЛЬНИКІВ GerdQ, GSRS ТА РІВЕНЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ В ХВОРИХ НА GERX СУПУТНЬОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Ксенчин О. О., Палій І. Г., Заїка С. В.

**Резюме.** Стандартом для інструментальної діагностики GERX є проведення верхньої ендоскопії та езофаго-імпеданс-рН-моніторингу, проте вищезазначені методи діагностики є коштовними, не завжди доступними, важко переносяться хворими, що ускладнює їх використання в рутинній практичній діяльності. Прийнятним варіантом об'єктивної діагностичної методики є анкети-опитувальники. *Мета дослідження* – вивчити діагностичні можливості опитувальників GerdQ, GSRS та вивчити рівень якості життя згідно опитувальника SF-36 в хворих на GERX в залежності від наявності супутньої АГ. *Об'єкт і методи дослідження.* В дослідженні прийняли участь 125 пацієнтів (54 чоловіки та 71 жінка), середнім віком  $50 \pm 1,4$  років, які були поділені на 3 групи: практично здорові пацієнти, хворі на GERX, хворі на GERX в поєднанні з АГ. Усі пацієнти проходили тестування за допомогою анкет GerdQ та GSRS, для визначення рівня якості життя використовувався опитувальник MOS SF-36. *Результати дослідження та їх обговорення.* В групах хворих на GERX та GERX з супутнім перебігом АГ результати опитувальника GerdQ достовірно не відрізнялись ( $p > 0,05$ ), достовірної відмінності у вираженості рефлюксного синдрому згідно опитувальника GSRS також не виявлено ( $p > 0,05$ ). За результатами оцінки якості життя наявність супутньої АГ достовірно знижувала ( $p < 0,05$ ) рівень фізичного функціонування в хворих на GERX, рівень емоційного функціонування та рівень психологічного здоров'я. *Висновки.* В групах хворих на GERX та GERX з супутнім перебігом АГ результати опитувальників GerdQ та GSRS достовірно не відрізнялись, що робить можливим їх використання з ціллю рутинної діагностики GERX, незалежно від наявності супутньої АГ. Оцінка якості життя виявила відсутність достовірного впливу на його рівень наявності GERX, в той же час встановлено достовірний негативний вплив супутньої АГ на фізичний та психічний компонент здоров'я у хворих на GERX.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, артеріальна гіпертензія, анкети-опитувальники, оцінка якості життя.

### ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСНИКОВ GerdQ, GSRS И УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ У БОЛЬНЫХ ГЭРБ СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ксенчин О. А., Палій І. Г., Заїка С. В.

**Резюме.** Стандартом для инструментальной диагностики ГЭРБ является проведение верхней эндоскопии и эзофаго-импеданс-рН-мониторинга, однако вышеуказанные методы являются дорогостоящими, не всегда доступными, тяжело переносятся больными, что затрудняет их использование в рутинной практической деятельности. Приемлемым вариантом объективной диагностической методики являются анкеты-опросники. *Цель исследования* – изучить диагностические возможности опросников GerdQ, GSRS и изучить уровень качества жизни согласно опросника SF-36 у больных ГЭРБ в зависимости от наличия сопутствующей АГ. *Объект и методы исследования.* В исследовании приняли участие 125 пациентов (54 мужчины и 71 женщина), средний возраст  $50 \pm 1,4$  лет, которые были разделены на 3 группы: практически здоровые пациенты, больные ГЭРБ, больные ГЭРБ в сочетании с АГ. Все пациенты проходили тестирование с помощью анкет GerdQ и GSRS, для определения уровня качества жизни использовался опросник MOS SF-36. *Результаты исследования и их обсуждение.* В группах больных ГЭРБ и ГЭРБ с сопутствующим течением АГ результаты опросника GerdQ достоверно не отличались ( $p > 0,05$ ), достоверного различия в выраженности рефлюксного синдрома, согласно опросника GSRS, также не выявлено ( $p > 0,05$ ). По результатам оценки качества жизни наличие сопутствующей АГ достоверно снижала ( $p < 0,05$ ) уровень физического функционирования у больных ГЭРБ, уровень эмоционального функционирования и уровень психологического здоровья. *Выводы.* В группах больных ГЭРБ и ГЭРБ с сопутствующим течением АГ результаты опросников GerdQ и GSRS достоверно не отличались, что делает возможным их использование с целью рутинной диагностики ГЭРБ, независимо от наличия сопутствующей АГ. Оценка качества жизни обнаружила отсутствие достоверного влияния на его уровень наличия ГЭРБ, в то же время установлено достоверное негативное влияние сопутствующей АГ на физический и психический компонент здоровья у больных ГЭРБ.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, артериальная гипертензия, анкеты-опросники, оценка качества жизни.

### SPECIFICS OF THE GerdQ, GSRS QUESTIONNAIRES, LEVEL OF QUALITY OF LIFE IN GERD PATIENTS, DEPENDING ON THE PRESENCE OF CONCOMITANT ARTERIAL HYPERTENSION

Ksenchyn O. O., Paliy I. G., Zaika S. V.

**Abstract.** The standard for instrumental diagnosis of GERD is upper endoscopy and esophageal impedance-pH monitoring, but the above diagnostic methods are expensive, not always available, difficult to tolerate patients, which complicates their use in routine practice. An acceptable variant of objective diagnostic technique can be questionnaires. *The purpose of the study* was to study the diagnostic capabilities of GerdQ, GSRS questionnaires and to study the quality of life according to the SF-36 questionnaire in patients with GERD, depending on the presence of concomitant hypertension. *Object and methods.* The study involved 125 patients (54 men and 71 women), mean age

50±1.4 years, divided into 3 groups: practically healthy, patients with GERD, patients with GERD in combination with hypertension. All patients were tested with using GerdQ and GSRS questionnaires, the MOS SF-36 questionnaire was used to determine the quality of life. *Results and discussion.* In groups of patients with GERD and GERD with concomitant hypertension, the results of the GerdQ questionnaire were not significantly different ( $p > 0.05$ ), and no significant difference in the severity of the reflux syndrome according to the GSRS questionnaire was also found ( $p > 0.05$ ). According to the quality of life assessment, the presence of concomitant hypertension significantly decreased ( $p < 0.05$ ) the level of physical functioning, the level of emotional functioning and the level of psychological health in patients with GERD. *Conclusions.* In groups of patients with GERD and GERD with concomitant hypertension, the results of the GerdQ and GSRS questionnaires were not significantly different, this makes them possible to use for the routine diagnostic of GERD, regardless of the presence of concomitant hypertension. Assessment of quality of life revealed no reliable influence on its level of presence of GERD, at the same time established a significant negative impact of concomitant hypertension on the physical and mental component of health in patients with GERD.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, hypertension, questionnaires, quality of life.

Рецензент – доц. Рябушко М. М.  
Стаття надійшла 05.12.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-125-130

УДК 616-056.3

<sup>1</sup>Лацинська С. А., <sup>1</sup>Турицька Т. Г., <sup>2</sup>Шевченко В. А., <sup>1</sup>Франкенберг А. А.

ОСОБЛИВОСТІ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ПИЛКОВИХ РЕСПІРАТОРНИХ АЛЕРГЕНІВ У ЖИТЕЛІВ м. ДНІПРО

<sup>1</sup>Дніпровський національний університет ім. О. Гончара (м. Дніпро)

<sup>2</sup>ПП «Центр лабораторної медицини «ВІС-Медик» (м. Дніпро)

tatyana.turickaya@gmail.com

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Дослідження проведено в рамках науково-технічної роботи кафедри загальної медицини з курсом фізичної терапії на тему: «Моніторинг стану здоров'я населення Дніпропетровської області з аналізом клініко-лабораторних показників», державний реєстраційний номер 0119U101044 Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара, м. Дніпро.

**Вступ.** На сьогодні проблема алергічних захворювань стоїть дуже гостро у зв'язку з їх стрімким розповсюдженням, яке набуває характеру епідемії. Кількість пацієнтів, які страждають на ті чи інші алергічні захворювання, зростає в геометричній прогресії. В останні роки у зв'язку з підвищенням рівня аероалергенів, погіршенням стану екологічної ситуації та якості харчових продуктів [1,2], зміни природних ландшафтів через господарське освоєння нових територій, а також наявність великої кількості інших факторів підвищується роль перекресної алергії. Крім того, слід враховувати вікові особливості, так як імунна відповідь у дітей має свої особливі характеристики [3-5]. За прогнозами ВООЗ, до 2020 р. майже 100% населення 20 найбільших міст світу будуть страждати від сезонної алергії [6,7].

Етіологічний склад алергопатології не є одноманітним як серед країн світу, так і у межах кожної окремої із них [8-10]. Про суттєву різницю структури алергізації населення різних клімато-географічних зон на території різних частин України можуть свідчити чисельні дослідження, серед яких особлива увага приділяється алергенам респіраторного типу, а саме структурі пилкової сенсibilізації [9,11]. Так, у Вінницькій області провідними «причинними» алергенами є представники родини Злакових, тоді як у Луганській області – родини Айстрових (полін – Artemisia) та Лободові (лутига – Atriplex). Тому існує наглядна потреба у дослідженні структури пилку та пилкової сенсibilізації не тільки загальної по країні, а й алергенів, що притаманні тому чи іншому регіону.

Адже у більшості випадків саме пилок алергенних (особливо анемофільних) рослин здійснює найпомітніший вплив на здоров'я чутливих до нього верств населення. Переносяться вітром у великих кількостях він здатний викликати значні спалахи сезонної алергії у певний період року.

Одним з найпоширеніших алергічних захворювань є алергічний риніт. У різних країнах світу на сезонний алергічний риніт (поліноз) страждає від 1 до 40% населення. У 95% пацієнтів виявляється полівалентна сенсibilізація. За показниками захворюваності населення на поліноз Україна посідає одне з лідируючих місць у Європі. Серед жителів України цей показник становить близько 40% [12], з яких не винятком є й жителі м. Дніпро [13]. При цьому, поширеність даної патології серед дитячого населення України досягає 10% [14]. А так як наша країна має п'ять клімато-географічних зон із особливостями флори та фауни на їх території, відмінними між собою, потреба у проведенні аеромоніторингу в країні по кожній із цих зон є виключно необхідною.

Тому, **метою даної роботи** є дослідження сучасного етіологічного спектру основних причинно-значимих респіраторних алергенів у м. Дніпро на основі вивчення рівня специфічного IgE.

**Об'єкт і методи дослідження.** Сьогодні все більшої популярності набувають методи діагностики алергії in vitro, одним з яких є імуноферментний аналіз (ІФА), що дозволяє визначати вміст загального IgE та алерген-специфічних IgE у сироватці чи плазмі крові людини. Цей метод характеризується низкою переваг: не має протипоказань до обстеження і вікових обмежень, не викликає додаткової сенсibilізації та анафілактичних реакцій, характеризується високою чутливістю та специфічністю.

Робота виконувалася у відділенні імуноферментного аналізу на базі приватної лабораторії широкого профілю ЦЛМ ПП «ВІС-Медик». Враховувались лише найбільш актуальні результати аналізів, отримані за період з січня 2016 року по березень 2019 року