

вільного тестостерону залишався у межах вікової норми. Під час обстеження чоловіків II групи у 7 (26%) осіб було визначено зменшення рівня як загального так і вільного тестостерону, тоді як у 2 (7%) осіб було відмічене зменшення рівня тільки загального тестостерону.

Таким чином, за результатами нашого дослідження було виявлене зниження рівня тестостерону у 30 % випадків серед осіб вікової групи 45-59 років, та у 33 % випадків серед чоловіків 60 і більше років. Відомо, що низький рівень тестостерону може бути предиктором розвитку інфаркту міокарду, а також викликати схильність до розвитку цукрового діабету, тому що зниження вироблення гормону негативно позначається на чутливості організму до інсуліну. Одержані результати дозволяють запропонувати визначення рівня гормонального балансу тестостерону, як маркера можливих серцево-судинних ускладнень та ризику розвитку інсулінорезистентності у чоловіків ще до появи клінічних проявів вищезазначених патологічних змін.

ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ МОТОРИКИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Рева Т.В., Рева В.Б.

Буковинський державний медичний університет

Симптоми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) виявляють майже у 1/3 дорослого населення, а ендоскопічні ознаки рефлюкс-езофагіту – у 45–80% хворих на ГЕРХ. Печія однаково часто має місце як у чоловіків так і у жінок, а також у різних вікових групах. Це свідчить про те, що ГЕРХ не є прогресуючим захворюванням, а її активність приблизно однакова протягом усього життя. Помірно виражені симптоми рефлюксу перешкоджають пацієнтам вести звичний спосіб життя, що впливає на психоемоційне здоров'я та зниження продуктивності праці, зважаючи на це, слід зазначити, що дана проблема є причиною значних економічних та соціальних збитків для багатьох країн. На жаль, ГЕРХ нерідко діагностується на стадії розвитку ускладнень.

Мета дослідження. Вивчити особливості клінічного перебігу ГЕРХ, особливості ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу, рН-метрії та змін моторики шлунка залежно від виду рефлюксу.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих на ГЕРХ. Середній вік становив 44,5±5,3 років. Основну групу склали 35 хворих з ГЕРХ із супутнім кислим рефлюксом, групу порівняння – 25 пацієнтів з лужним рефлюксом. Комплексне дослідження включало опитування (опитувальник «GERD Screener», тест САН), клінічне обстеження, антропометричні дослідження, лабораторні та інструментальні дослідження.

Результати. Серед обстежених хворих на ГЕРХ з кислим рефлюксом переважали чоловіки 60%, у групі хворих з лужними рефлюксами переважали пацієнти жіночої статі – 76%. У клінічній картині ГЕРХ з лужними рефлюксами частіше відмічали: відчуття гіркоти у роті (80%), відчуття грудки в роті (60%). При кислих рефлюксах турбувала печія (85,7%), зригування (71,4%). У хворих на ГЕРХ із лужними рефлюксами (40%) частіше діагностувалось супутнє ураження панкреато-біліарної системи та ожиріння I-II ст. Показники психосоматичного статусу пацієнтів мали пряму залежність від ступеня важкості рефлюкс-езофагіту.

У більшості обстежених виявлено патологічні зміни слизової оболонки нижнього відділу. У хворих з кислим рефлюксом рН у стравоході становив <4,0, в групі пацієнтів з лужним рефлюксом рівень рН дорівнював >7,5. Рефлюкси тривалістю понад 5 хвилин спостерігалися у 31,4% хворих з кислим рефлюксом, у 36% пацієнтів з лужним.

Неерозивна форма ГЕРХ більше спостерігалась у хворих з кислим рефлюксом 11 (59,3%). Ерозивна форма ГЕРХ відмічалась частіше при лужних рефлюксах у 14 (66,7%) осіб: рефлюкс-езофагіт ступінь А (38,1%), ступінь В (19,1%), ступінь С (9,5%) хворих. Грижу стравохідного отвору діафрагми виявлено у 8 (22,9%) та 7 (28,1%) хворих з кислим та лужним рефлюксом відповідно. Недостатність нижнього стравохідного сфінктера спостерігалась у 10 (40%) хворих з лужним рефлюксом, у 12 (34,2%) осіб з кислим рефлюксом з нормальною масою тіла.

При ГЕРХ з кислим рефлюксом стійке уповільнення шлункової евакуації спричинене стійким пілоспазмом. Сповільнення шлункової евакуації більш виражене у хворих на ГЕРХ з лужним рефлюксом, що можна пояснити сповільненням моторики самого шлунка та наявністю дуоденостазу.

Висновки. Особливість перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у першу чергу обумовлена наявністю певного виду рефлюксу, характеризується специфічними етіологічними чинниками та патогенетичними механізмами розвитку, поліморфізмом клінічної симптоматики, що погіршує психосоматичний стан та якість життя пацієнтів.

UMECLIDINIUM/VILANTEROL IMPROVES THE QUALITY OF LIFE IN COPD PATIENTS

Savchenko L., Gopko O., Prikhodko N., Shaposhnyk O., Yakymyshyna L.

Poltava State Medical University

Quality of life (QL) is an important aspect in evaluating the effectiveness of prevention, treatment, and identification of risk groups with psychological problems in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). For this rea-