



О. Я. Яцкевич^{1, 2}, О. О. Абрагамович¹

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Львівський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення

Пептична виразка гастродуоденальної зони, поєднана з гіпертонічною хворобою, у потерпілих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС: клінічні, ендо- та мікроскопічні особливості

Мета — з'ясувати особливості клінічних виявів, анамнезу, ендо- та мікроскопічного стану слизової оболонки (СО) гастродуоденальної зони (ГДЗ) в осіб, що потерпіли внаслідок аварії (ПВА) на ЧАЕС, хворих на пептичну виразку (ПВ) ГДЗ, поєднану з гіпертонічною хворобою (ГХ), на основі порівняння з відповідними показниками у нестраждалих пацієнтів загальної популяції.

Матеріали та методи. Обстежено 84 чоловіків, з них 57 ПВА на ЧАЕС з ПВ ГДЗ, поєднаною з ГХ II стадії (дослідна група). У контрольну групу ввійшли 27 пацієнтів, які не зазнали шкідливого впливу чинників Чорнобильської катастрофи. Проводили загальні клініко-лабораторні та інструментальні обстеження, зокрема езофагогастродуоденоскопію з біопсією для гістологічної оцінки стану СО шлунка.

Результати. Установлено, що пацієнтам-чорнобильцям із коморбідними ПВ та ГХ у віддалені терміни після аварії на ЧАЕС притаманні множинні скарги, які мають певні особливості: суттєво рідше турбують інтенсивні болі в ГДЗ, переважає безбольовий перебіг виразки, ознаки шлункової та кишкової диспепсії, астеноневротичного синдрому, а також дисциркуляторної судинної енцефалопатії трапляються достовірно частіше. На основі вивчення анамнезу встановлено, що у дослідній групі спадковість відіграє достовірно меншу роль, ніж у пацієнтів контрольної групи, із чинників ризику ПВ та ГХ актуальними є куріння і вживання нестероїдних протизапальних препаратів. Ендоскопічне обстеження виявило, що ПВ діаметром від 1,1 до 2,0 см, супутні ерозивні ураження СО шлунка та дванадцятипалої кишки частіше траплялися у пацієнтів-чорнобильців. У дослідній групі достовірно частіше виявлено рефлюксні стани, дифузний хронічний гастрит з атрофічними змінами СО шлунка, більш вираженими в антральному відділі.

Висновки. Для ПВА на ЧАЕС з коморбідною ПВ ГДЗ та ГХ характерний не больовий абдомінальний синдром, а диспепсичний та астеноневротичний, а також вияви дисциркуляторної судинної енцефалопатії. У них домінують виразки середніх і великих розмірів, частіше трапляються функціональні порушення верхніх відділів шлунково-кишкового каналу у вигляді рефлюксних станів і значніші ерозивні та атрофічні зміни СО шлунка.

Ключові слова: пептична виразка, гіпертонічна хвороба, потерпіли внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, клінічні, ендоскопічні та мікроскопічні особливості.

Катастрофа на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС) за Міжнародною шкалою ядерних та радіологічних подій (International Nuclear Event Scale (INES)) відповідає сьомому (найвищому) рівню аварій — великий викид радіоактивного ма-

теріалу зі значними наслідками для здоров'я людей та навколишнього середовища, які потребують ужиття запланованих і тривалих контрзаходів. Через більше ніж чверть століття після аварії в Україні налічується понад 2 253 000 постраждалих унаслідок Чорнобильської катастрофи осіб, у тому числі близько 260 тис. гро-

мадян — учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС; 1993 тис. осіб інших потерпілих категорій, з них 498 тис. дітей, зарахованих до постраждалих від чорнобильського лиха [7].

Фахівці-медики обґрунтовано стверджують, що для України, Білорусі та Росії однією з важливих проблем сучасної клінічної медицини є діагностика та лікування хворих із віддаленими наслідками після Чорнобильської катастрофи. Проблема наслідків для здоров'я людей має багатоплановий характер і пов'язана з дією як радіаційного чинника, так і чинників нерадіаційної природи [3, 7, 20].

Після ядерної аварії важливе значення має не лише зовнішнє опромінення людського організму, а й внутрішнє — за рахунок надходження радіонуклідів усередину з продуктами харчування, водою та повітрям, від чого насамперед потерпають органи травлення. Відомо, що до негативної дії іонізуючого випромінювання найбільш чутливі клітини, які підлягають більшій диференціації та активно розмножуються. Окрім кісткового мозку, до радіочутливих тканин належать епітелій шлунково-кишкового тракту (ШКТ), ендокринні та статеві органи, ендотелій судин тощо. Внаслідок радіаційних уражень ШКТ більшими дозами іонізуючого випромінювання виникають глибокі структурні зміни слизових оболонок (СО) ШКТ, секреторних і м'язових клітин, судин та місцевого нервового апарату. Найбільш характерним при цьому є розвиток дистрофічних процесів з пошкодженням структури ядра і цитоплазми. Таким чином, виникають патологічні зміни запального та дегенеративно-дистрофічного характеру як у ранні, так і у віддалені терміни, які виявляються різноманітними ураженнями СО [5, 13].

Не спростовуючи домінуючої ролі *Helicobacter pylori* у патогенезі ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони (ГДЗ) [14, 15], пептичну виразку (ПВ) розглядають не як однопричинне захворювання, а як типовий приклад мультифакторного впливу, зокрема психосоматичної патології, при якій психоемоційні і психосоціальні чинники мають важливе значення, сприяючи утворенню виразкового дефекту в шлунку або дванадцятипалій кишці (ДПК). Порушення вищої нервової діяльності в результаті нервово-психічного перенапруження, що характерно для осіб, потерпілих внаслідок аварії (ПВА) на ЧАЕС, призводять до змін нейроендокринної регуляції кислотоутворення, трофіки та репаративних функцій шлунка і ДПК, які спричиняють ерозивно-виразкові ураження гастродуоденальної зони [5, 11, 12].

Значного поширення набули у ПВА на ЧАЕС захворювання серцево-судинної системи, зокрема ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія. На думку окремих дослідників, це пов'язано з багатьма чинниками: гострим та хронічним стресами, порушеннями в системі перекисного окиснення ліпідів та антиоксидантного захисту, прямим пошкодженням іонізуючим випромінюванням ендотелію судин, що призводить до деструктивно-дистрофічних процесів у них, порушення в системі мікроциркуляторного русла та спричиняє розвиток і прогресування атеросклерозу [4, 5, 13, 16, 22].

Таким чином, в Україні ПВА на ЧАЕС притаманна значна хворобливість, серед них домінують хворі з ко- та поліморбідними синтропічними захворюваннями серцево-судинної і нервової систем, травних та ендокринних органів [6, 9, 12, 16, 22], що зазвичай зумовлює значні зміни класичних ознак перебігу захворювань і може негативно впливати на якість діагностики та лікування [1, 4, 8, 19, 23].

Суттєва частка серед ПВА на ЧАЕС припадає на хворих з поєднанням ПВ ГДЗ та гіпертонічної хвороби (ГХ) [7, 23], проте клінічні вияви та морфологічні особливості стану ГДЗ у пацієнтів з такою коморбідністю вивчено недостатньо.

Мета роботи — з'ясувати особливості клінічних виявів, анамнезу, ендо- та мікроскопічного стану слизової оболонки ГДЗ у ПВА на ЧАЕС, хворих на ПВ ГДЗ, поєднану з ГХ, на основі порівняння з відповідними показниками у непостраждалих пацієнтів загальної популяції.

Матеріали та методи

У дослідження залучено 84 чоловіки, з них 57 ПВА на ЧАЕС (вік — від 40 до 68 років, середній вік — $(50,6 \pm 5,7)$ року), хворих на ПВ ГДЗ у фазі загострення, поєднану з ГХ II стадії, II ступеня, ризик високий, серцеву недостатність I—IIA стадії (дослідна група). У контрольну групу ввійшли 27 пацієнтів, порівнянні за віком і діагнозом, але які не зазнали шкідливого впливу чинників Чорнобильської катастрофи. Зв'язок захворювань із впливом негативних чинників, пов'язаних з аварією на ЧАЕС, підтверджений висновками Львівської регіональної міжвідомчої експертної комісії зі встановлення причинного зв'язку захворювань та інвалідності з роботами по ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС та їх професійним характером. Критеріями виключення з дослідження були тяжкі супутні захворювання, ускладнена ПВ ГДЗ (кровотеча за Форрестом 1a—2b, перфорація, пенетрація, виражена рубцева деформація з порушенням евакуації шлункового вмісту, малігнізація).

Проводили загальні клініко-лабораторні та інструментальні обстеження згідно з протоколами МОЗ України для хворих на ПВ ГДЗ та ГХ [2, 14, 15, 18, 21], зокрема езофагогастроудоденофіброскопію (ЕГДФС) з прицільною біопсією для подальшої гістологічної оцінки стану СО шлунка.

Для визначення особливостей ПВ ГДЗ, поєднаної з ГХ, у ПВА на ЧАЕС проводили анкетування пацієнтів. Анкета містила запитання щодо скарг хворих, анамнезу захворювання та життя, а також результати об'єктивного огляду. Всі пацієнти були проконсультовані вузькими спеціалістами (невролог, кардіолог, офтальмолог тощо).

Для опису ендоскопічних ознак ураження СО використовували посібник «Мінімальна стандартна термінологія ендоскопії травного каналу» (Minimal Standard Terminology digestive endoscopy, OMED) [10]. Щоб встановити наявність запальних змін СО шлунка, ступінь вираженості запалення у СО (нейтрофільна, моноцитна та лімфоцитна інфільтрації), його активність (нейтрофільна інфільтрація), ступінь атрофії, кишкової метаплазії та епітеліальної дисплазії здійснювали біопсію з антрального відділу, тіла і дна шлунка. Визначення типу хронічного гастриту (ХГ) проводили відповідно до Сіднейської класифікації (1990, 1996) з визначенням форми ХГ (неатрофічний, атрофічний тощо). *H. pylori* діагностували у біоптаті швидким уреазним тестом, а також морфологічно. Дослідження зразків СО проводили на базі кафедри патологічної анатомії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Результати опрацьовано за допомогою програмного забезпечення Statistica 10. (StatSoft Inc., США). Для визначення різниці між показниками дослідної та контрольної груп використовували тест χ^2 . Розбіжності між показниками вважали достовірними за $p < 0,05$.

Роботу погоджено з Етичною комісією ЛНМУ імені Данила Галицького. Згоду на детальне клінічне обстеження та використання результатів з науковою метою отримано в усіх обстежуваних осіб до початку дослідження.

Результати та обговорення

З'ясування скарг та результатів клінічного обстеження пацієнтів дослідної і контрольної груп дало змогу виявити у них низку «абдомінальних» та «неабдомінальних» симптомів, поширеність яких мала певні особливості (табл. 1).

Інтенсивний біль у животі виявлено у достовірно меншій кількості ПВА на ЧАЕС порівняно із хворими загальної популяції ($p < 0,001$). У них

домінував біль помірної та незначної інтенсивності, тупого, ниючого характеру, який локалізувався в епі- та мезогастрії, часто поєднувався з тяжкістю у животі. У ПВА на ЧАЕС достовірно частіше виразка мала безбольовий перебіг ($p < 0,05$). Звертає на себе увагу те, що у пацієнтів-чорнобильців достовірно частіше встановлено невідповідність скарг ураженню СО ГДЗ, діагностованому сонографічно ($p < 0,05$). Цей феномен виявлявся двома варіантами: за поширених запально-ерозивних змін СО мала місце помірна болючість під час пальпації живота і, навпаки, виражена болючість та позитивний симптом Менделя за малого виразкового дефекту і відсутніх ерозій СО ГДЗ.

На відміну від ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС, у яких у терміни до 14 років після перебування в зоні відчуження під час загострення виразкової хвороби виявлено вірогідно більшу інтенсивність і частоту абдомінального болювого синдрому та блювання [17], наших пацієнтів у віддалений період (20–26 років після впливу чорнобильських чинників) інтенсивні болі у животі турбували достовірно рідше порівняно з контрольною групою, а блювання траплялося не частіше, ніж у хворих загальної популяції. Подібні до описаних нами особливості виявів хвороби у віддалені терміни встановили і інші дослідники [6, 11, 12].

ПВА на ЧАЕС достовірно частіше, ніж хворі контрольної групи, скаржилися на тяжкість і дискомфорт у животі), здуття живота, метеоризм, борборигми, флатуленцію, відрижку впродовж дня, періодичну нудоту незалежно від їди та коливання артеріального тиску, порушення апетиту, раннє насичення, а також розлади випорожнень.

З «неабдомінальних» виявів ПВА на ЧАЕС найчастіше скаржилися на тяжкість у голові та біль голови, метеочутливість, емоційну лабільність, нервозність та відчуття тривоги, підвищену втомлюваність та загальну слабкість. Поширеними також були скарги на дискомфорт у грудній клітці, відчуття серцебиття, кардіальгії, шум у вухах, мерехтіння в очах, запаморочення, порушення сну, відчуття страху, розлади уваги, пам'яті. Такі вияви, як коливання пульсу і тиску, асоційовані з прийманням їжі, гіпергідроз, виражений дермографізм, тахікардія, задишка, тремор кінцівок, також достовірно частіше траплялися у пацієнтів, які зазнали впливу чинників Чорнобильської катастрофи.

Отже, для пацієнтів-чорнобильців з коморбідними ПВ та ГХ у віддалені терміни після аварії на ЧАЕС притаманні множинні скарги, які ма-

Таблиця 1. Клінічні симптоми у ПВА на ЧАЕС та пацієнтів загальної популяції з коморбідною ПВ ГДЗ та ГХ

Клінічні симптоми	Дослідна група (n = 57)	Контрольна група (n = 27)
«Абдомінальні» симптоми		
Біль у животі інтенсивний	12 (21,05 %) ^{***}	16 (59,26 %)
помірний	20 (35,09 %)	6 (22,22 %)
незначний	8 (14,04 %)	3 (11,11 %)
Безбольовий перебіг виразки	17 (29,82 %)*	2 (7,41 %)
Біль у животі «голодний», нічний	20 (35,09 %)	14 (51,85 %)
Біль після їди	13 (22,81 %)	5 (18,52 %)
Біль незалежно від їди	14 (24,56 %)	6 (22,22 %)
Блювання	6 (10,53 %)	2 (7,41 %)
Тяжкість, дискомфорт у животі	40 (70,18 %)*	12 (44,44 %)
Відрижка	39 (64,91 %)*	11 (40,74 %)
Здуття живота, метеоризм, борборигми, флатуленція	40 (70,18 %)*	11 (40,74 %)
Невідповідність скарг пацієнтів ураженню СО ГДЗ, встановленому ендоскопічно	27 (47,37 %)*	5 (18,52 %)
Неприємний присмак у роті	12 (21,05 %)	5 (18,52 %)
Нудота	37 (64,91 %)*	10 (37,04 %)
Печія	25 (43,86 %)	10 (37,04 %)
Порушення апетиту	23 (40,35 %)*	4 (14,81 %)
Раннє насичення	23 (40,35 %)*	4 (14,81 %)
Розлади випорожнень	23 (40,35 %)*	4 (14,81 %)
«Неабдомінальні» симптоми		
Тяжкість у голові, біль голови	53 (92,98 %) ^{***}	12 (44,44 %)
Гіпергідроз, виражений дермографізм	41 (71,93 %)*	12 (44,44 %)
Гіпертензивні кризи часті	38 (66,67 %)*	10 (37,04 %)
Дискомфорт у грудній клітці, відчуття серцебиття, кардіалгії	42 (73,68 %)**	11 (40,74 %)
Емоційна лабільність, нервозність, тривога	45 (78,95 %) ^{***}	10 (37,04 %)
Загальна слабкість, швидка втома	51 (89,47 %)**	16 (59,26 %)
Задишка	33 (57,89 %)*	8 (29,63 %)
Коливання пульсу і тиску, асоційоване з прийманням їжі	35 (61,40 %)*	9 (33,33 %)
Метеочутливість	52 (91,23 %) ^{***}	14 (51,85 %)
Мерзлякуватість, оніміння, парестезії рук і ніг	29 (50,88 %)	7 (25,93 %)
Порушення сну, відчуття страху	39 (68,42 %)*	10 (37,04 %)
Розлади уваги, пам'яті	32 (56,14 %)*	8 (29,63 %)
Тахікардія	41 (71,93 %)*	12 (44,44 %)
Тремор кінцівок	41 (71,93 %)*	11 (40,74 %)
Шум у вухах, мерехтіння в очах, запаморочення	40 (70,18 %)**	10 (37,04 %)

Примітка. Різниця щодо контрольної групи статистично значуща: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

ють певні особливості: рідше турбують інтенсивні болі в ГДЗ, а ознаки шлункової та кишкової диспепсії, астеноневротичного синдрому, а також дисциркуляторної судинної енцефалопатії трапляються достовірно частіше.

Результати аналізу анамнезу захворювань та життя пацієнтів наведено у табл. 2.

Установлено, що у групі пацієнтів-чорнобильців спадковий чинник відіграє достовірно меншу роль, ніж у контрольній групі. Стосовно супутніх станів (найчастіше через цефалгії) хворі дослідної групи достовірно частіше нерегулярно вживали анальгетичні нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), що може впливати на патогенез та клінічні вияви коморбідних захворювань (зменшує больовий синдром, але сприяє улцерзації). Щодо таких чинників ризику, які можуть бути модифікованими (неправильне харчування, тютюнокуріння і зловживання алкоголем), то після проведення активної диспансеризації та профілактичних бесід актуальним залишається тютюнокуріння.

Отже, як у ПВА на ЧАЕС, так і у хворих загальної популяції з чинників ризику ПВ та ГХ актуальним є куріння, а для пацієнтів-чорнобильців ще і вживання НПЗП.

Результати ендоскопічного та мікроскопічного дослідження СО ГДЗ у хворих на ПВ, поєднану з ГХ, наведено у табл. 3.

У пацієнтів обох груп переважали виразки з локалізацією у цибуліні ДПК (див. табл. 3). Серед обстежених дослідної групи діаметр виразкового дефекту в середньому дорівнював 1,5 см, а у контрольній групі — 1,3 см. Виразкові дефекти до 0,5 см і понад 2,1 см траплялися в обох групах майже з однаковою частотою, виразки розміром від 0,6 до 1,0 см — достовірно частіше у контрольній групі, а розміром від 1,1 до 2,0 см — у дослідній. Супутні ерозивні ураження СО шлунка та ДПК достовірно частіше були у хворих дослідної групи, зокрема поверхневі ерозії шлунка (у 49,12 і 22,22 % відповідно; $p < 0,05$). Ерозивні зміни СО шлунка переважно локалізувались у його антральному відділі (різ-

Таблиця 2. Показники анамнезу захворювань та життя у ПВА на ЧАЕС та пацієнтів загальної популяції з коморбідною ПВ ГДЗ та ГХ

Клінічні симптоми	Дослідна група (n = 57)	Контрольна група (n = 27)
Тривалість ПВ ГДЗ		
До 5 років	12 (21,05 %)	6 (22,22 %)
Від 6 до 10 років	22 (38,60 %)	12 (44,44 %)
Понад 10 років	23 (40,35 %)	9 (33,33 %)
Тривалість ГХ		
До 5 років	12 (21,05 %)	6 (22,22 %)
Від 6 до 10 років	18 (31,58 %)	11 (40,74 %)
Понад 10 років	27 (47,37 %)	10 (37,04 %)
Частота загострень ПВ ГДЗ		
Часторецидивний перебіг	20 (35,09 %)	8 (29,63 %)
Рецидиви рідко	37 (64,91 %)	19 (70,37 %)
Монотонний перебіг	–	–
Інші дані анамнезу		
Зловживання алкоголем	16 (28,07 %)	7 (25,93 %)
Куріння (тютюнокуріння)	38 (66,67 %)	17 (62,96 %)
Порушення дієти та режиму харчування	26 (45,61 %)	12 (44,44 %)
Прийом нестероїдних протизапальних препаратів	43 (75,44 %)**	9 (33,33 %)
Спадковість обтяжена	45 (29,82 %)*	13 (48,15 %)

Примітка. Різниця щодо контрольної групи статистично значуща: * $p < 0,01$; ** $p < 0,001$.

Таблиця 3. Результати ендо- та мікроскопічного дослідження стану СО ГДЗ у ПВА на ЧАЕС та пацієнтів загальної популяції з коморбідною ПВ та ГХ

Клінічні симптоми	Дослідна група (n = 57)	Контрольна група (n = 27)
Пептична виразка шлунка	16 (28,07 %)	7 (25,93 %)
Пептична виразка ДПК	40 (70,18 %)	20 (74,07 %)
Пептична виразка шлунка і ДПК	1 (1,75 %)	–
Виразки розміром до 0,5 см	3 (5,26 %)	2 (7,41 %)
Виразки розміром від 0,6 до 1,0 см	17 (29,82 %)*	15 (55,56 %)
Виразки розміром від 1,1 до 2,0 см	34 (59,65 %)*	9 (33,33 %)
Виразки розміром понад 2,1 см	3 (5,26 %)	1 (3,70 %)
Рубцева деформація	48 (84,21 %)	22 (81,48 %)
Ерозії шлунка	28 (49,12 %)*	6 (22,22 %)
Ерозії ДПК	26 (45,61 %)*	5 (18,52 %)
Рефлюкс-езофагіт	45 (78,95 %)**	12 (44,44 %)
Дуоденогастральний рефлюкс	39 (68,42 %)*	10 (37,04 %)
Пангастрит	57 (100,00 %)**	22 (81,48 %)
Атрофічні зміни слизової оболонки шлунка	32 (56,14 %)*	8 (29,63 %)
Метаплазія епітелію	15 (26,32 %)	3 (11,11 %)
Дисплазія епітелію I ст.	5 (8,77 %)	2 (7,41 %)
Нейтрофільна інфільтрація	25 (43,86 %)	11 (40,74 %)
Лімфоїдні фолікули	20 (35,09 %)	9 (33,33 %)
Наявність <i>Helicobacter pylori</i>	48 (84,21 %)	25 (92,59 %)

Примітка. Різниця щодо контрольної групи статистично значуща: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

ниці між групами недостовірна). Аналіз стану стравоходу, шлунка і ДПК з урахуванням макроскопічних змін, наявного вмісту та перистальтики засвідчив, що у пацієнтів-чорнобильців достовірно частіше траплялися рефлюксні стани. У всіх хворих дослідної групи виявлено запальний дифузний процес у СО шлунка, а у контрольної групи у 81,48 % – пангастрит, у хворих дослідної групи вірогідно частіше траплявся хронічний гастрит з атрофічними змінами СО шлунка. Морфологічні зміни СО атрофічного характеру були більше виражені в антральному відділі, ніж у тілі шлунка. Окрім атрофічних змін, у багатьох пацієнтів-чорнобильців виявлено кишкову метаплазію СО шлунка.

Таким чином, у ПВА на ЧАЕС домінують виразки більших розмірів (діаметром 1,1–2,0 см), достовірно частіше виникають супутні ерозивні ураження СО шлунка і ДПК, виражені функціональні порушення верхніх відділів ШКТ, а також тотальний гастрит з атрофічними та метастатичними змінами СО шлунка, більш виражени-

ми в антральному відділі. Оскільки у цих пацієнтів часто немає відповідності між скаргами, даними анамнезу, загального огляду та результатами ендоскопічного обстеження верхніх відділів ШКТ, то у випадку будь-яких змін, які стосуються органів травлення, необхідно проводити уточнювальне дослідження (сонографію, ендоскопію, магнітно-резонансну томографію тощо).

Висновки

Клінічні, макро- та мікроскопічні ознаки ураження ГДЗ у ПВА на ЧАЕС з коморбідною ПВ та ГХ мають певні особливості порівняно з хворими загальної популяції:

1. Для пацієнтів-чорнобильців характерний не больовий абдомінальний синдром, а диспепсичний та астеноневротичний, а також вияви дисциркуляторної судинної енцефалопатії.

2. Із чинників ризику, які можуть бути модифікованими, для ПВА на ЧАЕС актуальним залишаються куріння та вживання НПЗП.

3. У ПВА на ЧАЕС домінують виразки середніх та великих розмірів, частіше спостерігаються

функціональні порушення верхніх відділів ШКТ у вигляді рефлюксних станів, більшими є ерозивні та атрофічні зміни СО шлунка.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення цієї проблеми буде спрямоване на розроблення

алгоритму комплексного лікування потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС, хворих на пептичну виразку гастродуоденальної зони, поєднану з гіпертонічною хворобою, з урахуванням особливостей етіопатогенезу та клініко-ендоскопічних особливостей перебігу поєднаних захворювань.

Список літератури

- Абрагамович О.О., Черкас А.П. Особливості аеробного метаболізму та варіабельності серцевого ритму у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки, поєднану з нейроциркуляторною дистонією, та їх зміни під впливом олії амаранту // Укр. тер. журн. — 2012. — № 2. — С. 39—46.
- Артеріальна гіпертензія: оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах // Артеріальна гіпертензія. — 2012. — № 1 (21). — С. 102—105.
- Бешешко В.Г., Коваленко О.М., Бузунов В.О. та ін. Медичні наслідки Чорнобильської катастрофи в Україні // Журн. АМН України. — 2006. — Т. 12, № 1. — С. 21—31.
- Білокобильська Д.В., Бурмак Ю.Г. Динаміка метаболічних показників при лікуванні хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у поєднанні з есенціальною гіпертензією // Сучасна гастроентерол. — 2010. — № 4 (54). — С. 58—60.
- Ганич Т.М. Радіація. Здоров'я. Радіопротекція. — Ужгород: Говерла, 2011. — 304 с.
- Гасанова Е.В. Динаміка частоти язвенної хвороби желудка и двенадцатиперстной кишки у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС (по результатам довготривалого спостереження) // Лікарська справа. — 2004. — № 7. — С. 14—17.
- Двадцять п'ять років Чорнобильської катастрофи. Безпека майбутнього. Національна доповідь України. — К.: КІМ, 2011. — 356 с.
- Івлева О.О., Охрямкіна О.О., Кумпан Н.В. та ін. Ефективність контролю артеріального тиску у хворих на коморбідну з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки артеріальну гіпертензію з урахуванням добових профілів артеріального тиску // Мед. трансп. України. — 2012. — № 4. — С. 25—30.
- Камінський О.В., Коваленко О.М. Частота незлоякісної ендокринної патології у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС (порівняльний аналіз клінічних даних із загальною популяцією) // Пробл. рад. мед. та радіобіол. — 2012. — Вип. 17. — С. 176—182.
- Кімакович В.Й., Нікішаєв В.І., Тумаєв І.М. та ін. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації. — Львів: Медицина світу, 2008. — 208 с.
- Комаренко Д.І., Саркісова Е.О., Швайко О.О. та ін. Особливості клінічних проявів та перебігу пептичної виразки дванадцятипалої кишки у евакуйованих осіб, які зазнали дії іонізуючого випромінювання внаслідок Чорнобильської катастрофи, у віддалений період: інформаційний лист. — К.: Укрмедпатентінформ, 2005. — № 203 (Проблеми «Радіаційної медицини»).
- Мороз Г.З., Терещенко В.П., Дегтярева Л.В. и др. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у постраждалих вследствие Чернобыльской катастрофы. — К.: МИЦ «Медінформ», 2005. — 240 с.
- Овчаренко О.П., Лазар А.П., Матюшко Р.П. Основи радіаційної медицини: навчальний посібник. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2002. — 208 с.
- Передерий В.Г., Ткач С.М. Маастрихтський консенсус IV — 2010: основные положения и их актуальность для Украины // Сучасна гастроентерол. — 2011. — № 6 (62). — С. 133—136.
- Передерий В.Г., Ткач С.М., Скопиченко С.В. Язвенная болезнь. Прошлое. Настоящее. Будущее. В мире и в Украине. — К.: Блиц-Информ, 2003. — 256 с.
- Пирогова О.Я., Бузунов В.О., Домашевська Т.Є. Серцево-судинна захворюваність евакуйованого з 30-км зони ЧАЕС населення в післяевакуаційному періоді (епідеміологічне дослідження) // Пробл. рад. мед. та радіобіол. — 2011. — Вип. 16. — С. 50—58.
- Поярков С.О. Клініко-імунологічна характеристика виразкової хвороби та особливості її лікування у працівників річкового флоту — ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — К., 2000. — 18 с.
- Протокол надання медичної допомоги хворим із гіпертонічною хворобою (есенціальною артеріальною гіпертензією) I—II стадії: Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. // Ліки України. — 2009. — № 4. — С. 5—6.
- Свінцицький А.С., Хомченкова Н.І., Тертишний І.О. Особливості лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією, супутнім гастродуоденітом та виразковою хворобою // Укр. кардіол. журн. — 1999. — № 2. — С. 52—54.
- Стан здоров'я потерпілого населення України через 20 років після Чорнобильської катастрофи / За ред. Ю.О. Гайдаєва. — К., 2007. — Ч. 1. — 177 с.; Ч. 2. — 254 с.
- Харченко Н.В., Степанов Ю.М. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностические и лечебные алгоритмы (практическое пособие) // Здоров'я України. — 2010. — № 2. — С. 27—30.
- Хомазюк І.М., Гобулавічене Ж.М., Курсіна Н.В., Сидоренко Г.В. Сучасні тенденції розвитку і перебігу гіпертонічної хвороби в учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи — перевірка часом впливу радіаційного та інших факторів // Пробл. рад. мед. та радіобіол. — 2011. — № 16. — С. 59—69.
- Яцкевич О.Я., Абрагамович О.О., Яцкевич А.Я., Черкас А.П. Параметри варіабельності серцевого ритму у пацієнтів з пептичною виразкою гастродуоденальної зони, поєднаною з гіпертонічною хворобою, потерпілих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС // Львів. мед. часопис. — 2013. — № 19. — С. 12—20.

РЕКЛАМА

РЕКЛАМА

О. Я. Яцкевич^{1,2}, О. О. Абрагамович¹

¹ Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

² Львовский областной специализированный диспансер радиационной защиты населения

Пептическая язва гастродуоденальной зоны в сочетании с гипертонической болезнью у потерпевших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС: клинические, эндо- и микроскопические особенности

Цель — выяснить особенности клинических проявлений, анамнеза, эндо- и микроскопического состояния слизистой оболочки (СО) гастродуоденальной зоны (ГДЗ) у пострадавших вследствие аварии (ПВА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС), больных пептической язвой (ПЯ) ГДЗ в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ), на основании сравнения с соответствующими показателями не пострадавших пациентов общей популяции.

Материалы и методы. Обследовано 84 мужчин, из них 57 ПВА на ЧАЭС с ПЯ ГДЗ в сочетании с ГБ II стадии (опытная группа). Контрольную группу составили 27 пациентов, которые не испытывали вредного воздействия факторов Чернобыльской катастрофы. Проводили общие клинико-лабораторные и инструментальные обследования, в том числе эзофагогастродуоденоскопию с биопсией для гистологической оценки состояния СО желудка.

Результаты. Установлено, что для пациентов-чернобыльцев с коморбидными ПЯ и ГБ в отдаленные сроки после аварии на ЧАЭС характерны множественные жалобы, которые имеют свои особенности: существенно реже беспокоят интенсивные боли в ГДЗ, преобладает безболевого течения язвы, а признаки желудочной и кишечной диспепсии, астеноневротического синдрома, а также дисциркуляторной сосудистой энцефалопатии встречаются достоверно чаще. На основании изучения анамнеза установлено, что в опытной группе наследственность играет достоверно меньшую роль, чем у пациентов контрольной группы, из факторов риска ПЯ и ГБ актуальными являются курение и употребление нестероидных противовоспалительных препаратов. Эндоскопическое обследование обнаружило, что ПЯ диаметром от 1,1 до 2,0 см и сопутствующие эрозивные поражения СО желудка и двенадцатиперстной кишки достоверно чаще встречались у пациентов-чернобыльцев. В опытной группе достоверно чаще обнаруживали рефлюксные состояния, диффузный хронический гастрит с атрофическими изменениями СО желудка, более выраженными в антральном отделе.

Выводы. Для ПВА на ЧАЭС с коморбидными ПЯ ГДЗ и ГБ характерны не болевой абдоминальный синдром, а диспепсический и астеноневротический, а также проявления дисциркуляторной сосудистой энцефалопатии. У них доминируют язвы средних и больших размеров, чаще встречаются функциональные нарушения верхних отделов желудочно-кишечного тракта в виде рефлюксных состояний, а также более значительные эрозивные и атрофические изменения СО желудка.

Ключевые слова: пептическая язва, гипертоническая болезнь, пострадавшие вследствие аварии на Чернобыльской АЭС, клинические, эндоскопические и микроскопические особенности.

O.Ya. Yatskevych^{1,2}, O.O. Abrahamovych¹

¹ Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

² Lviv Regional Specialized Dispensary of the Radiation Protection of Population

The peptic ulcer in hypertensive patients affected by the Chernobyl nuclear power plant accident: the peculiarities of clinical, endo- and microscopic manifestations

Objective — to determine the peculiarities of clinical, anamnesis, endo- and microscopic gastroduodenal mucosa (GDM) state in subjects affected by Chernobyl nuclear power plant the accident (SAC), patients with peptic ulcer (PU) in combination with the essential hypertension (EH) on the basis of comparison of the corresponding parameters for the general population of non-affected patients.

Materials and methods. The investigation involved 84 subjects, from them 57 patients were SAC with PU in combination with EH (the experimental group (EG)), and 27 patients of control group (CG), who were not affected by Chernobyl accident. Routine clinical and laboratory tests were performed, including upper gastrointestinal endoscopies with biopsies obtained for histological examination.

Results. It has been established that multiple complaints are specific for the SAC patients with comorbid PU and EH in the remote period after the Chernobyl NPP accident, which have the following peculiarities: the frequency of intensive GD pains are considerably lower, the painless PU course prevails, and signs of gastric and intestinal dyspepsia, asthenoneurotic syndrome, as well as dyscirculatory vascular encephalopathy manifest significantly oftener. On the basis of the investigated anamnesys it has been established that in the experimental group the heredity plaid significantly less role than in the patients of control group, form the risk factors of PU and EH the actual are smoking and intake of NSAIDs. Endoscopic investigation exposed, that ulcers with the diameter of 1.1 to 2.0 cm and accompanying erosive lesions of the GD mucosa were significantly often in patients SAC. In the experimental group the reflux states, diffuse chronic gastritis with atrophic alterations in gastric mucosa (more expressed in the antral area) were reveled significantly oftener.

Conclusions. The SAC patients with comorbid PU and EH have specific dyspeptic and asthenic-neurotic syndromes rather than pain abdominal syndrome, as well as manifestations of the dyscirculatory vascular encephalopathy. They have ulcers of predominantly medium and large size, more frequent functional disorders in the upper GI departments in a form of reflux states, as well as more significant erosive and atrophic alterations in gastric mucosa.

Key words: peptic ulcer, arterial hypertension, subjects affected by Chernobyl nuclear power plant accident, clinical, endoscopic and microscopic features of the disease.

Контактна інформація

Абрагамович Орест Остапович, д. мед. н., проф., зав. кафедри
79010, м. Львів, вул. Некрасова, 4
Тел. (32) 278-63-93. E-mail: docorest@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 28 серпня 2013 р.