

2. Измайлов Ч.А. Психофизиология цветового зрения / Ч.А. Измайлов, Е.Н. Соколов, А.М. Черноризов. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 208 с.
3. Кравков С.В. Глаз и его работа / С.В. Кравков. – [4-е изд.]. – М., 1950. – 532 с.
4. Меишков В.В. Основы светотехники: Учебное пособие для вузов в 2-х частях. Часть 2. Физиологическая оптика и коллометрия / В.В. Меишков, А.Б. Матвеев. – [2-е изд.]. – М.: Энерго-атомиздат, 1989. – 448 с.
5. Спектральные характеристики оболочек глазного яблока / Л.Г. Копейко, Ю.М. Корецкая, Д.И. Миткох, О.Б. Ченцова // Вестн. офтальмологии. – 1979. – № 1. – С. 46-49.
6. Урмахер Л.С. Офтальмологические приборы: учебник / Л.С. Урмахер, Л.Н. Айзеништат. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.
7. Шашинова А.М. Функциональные методы исследования в офтальмологии / А.М. Шашинова, В.В. Волков. – М.: Медицина, 1999. – 416 с.

Резюме

Денисюк Н.Б., Косуба С.И., Скицюк С.В., Косуба І.С. Удосконалення електричного офтальмоскопу.

Удосконалення електричного офтальмоскопу здійснювалось за допомогою заміни лампи накаливання на світлодіод. Використання світлодіода як джерела світла при офтальмоскопії, може підвищити якість, як самої методики огляду та підвищити експлуатаційні характеристики офтальмоскопів.

Ключові слова: офтальмоскопія, електричний офтальмоскоп.

Резюме

Денисюк Н.Б., Косуба С.И., Скицюк С.В., Косуба І.С. Усовершенствование электрического офтальмоскопа.

Усовершенствование электрического офтальмоскопа осуществлялось путем замены лампы накаливания на светодиод. Использование светодиода, как источника света при офтальмоскопии, может повысить качество, как самой методики осмотра, так и повысить эксплуатационные характеристики офтальмоскопов.

Ключевые слова: офтальмоскопия, электрический офтальмоскоп.

Summary

Denysiuk N., Kosuba S., Skitsyuk S., Kosuba I. The improvement of the electric ophthalmoscope.

Improvement of electric ophthalmoscope was performed by replacing incandescent lamps to LED. The use of LEDs as a light source for ophthalmoscopy, can improve the quality of both the methods of review and mark up the performance of ophthalmoscope.

Key words: ophthalmoscopy, electric ophthalmoscope.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М. Петруня

УДК 616.32.44-005/39

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

О.В. Єрмоленко

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) за останні 30 років стала однією з хвороб, яка найбільш часто зустрічається, при цьому відмічається й поступове ускладнення перебігу захворювання [6,]. За даними різних авторів, 40-50% населення України і зарубіжних європейських країн з різною частотою відчувають печію. При цьому, діагноз ГЕРХ ставиться не менше ніж 45-80% пацієнтам з печією. Значне падіння якості життя у пацієнтів, що страждають ГЕРХ, широке поширення і хронічний перебіг захворювання обумовлює високий рівень витрат на його лікування.

При цьому, за даними клініко-епідеміологічних досліджень встановлено, що в умовах великих промислових регіонів з несприятливою екологічною ситуацією, зокрема в Донбасі, в 20-25% випадків у хворих з патологією органів травлення, у тому числі ГЕРХ, водночас спостерігаються хронічні ураження бронхолегеневої системи, та поперед усього хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), внаслідок негативного впливу на органи дихання ксенобіотиків і наявності спільних ланок патогенезу бронхолегеневої та дигестивної патології [5, 19, 20]. На сьогоднішній день ХОЗЛ є однією з основних причин захворюваності та смертності населення і являє собою значну економічну та соціальну проблему [15, 16].

Згідно з літературними даними, у 60-80% хворих на бронхіальну астму [1] та ХОЗЛ виявляють ГЕРХ [3, 9, 17, 19, 20]. Часте поєднання ХОЗЛ та ГЕРХ пояснюють формуванням наступного патогенетичного кола: ГЕРХ, унаслідок прямої дії соляної кислоти, пепсину та інших інгредієнтів шлункового соку, та ініціювання езофагобронхіального рефлюксу, сприяє розвитку бронхоспазму і запально-

го процесу в бронхах, а препарати, що застосовуються при ХОЗЛ та бронхіальній астмі, індукують прогресування ГЕРХ (сприяють релаксації нижнього сфінктера стравоходу) [3, 9, 20]. У літературі ведеться активна дискусія щодо первинності виникнення цього тандему, однак усі патогенетичні механізми, що зумовлюють прогресування ГЕРХ на тлі ХОЗЛ досі залишаються не вивчені.

Таким чином, відсутність єдиної думки науковців відносно можливості та характеру взаємного впливу за умов клінічного поєднання ГЕРХ та ХОЗЛ, і, водночас, висока ймовірність взаємообтяження перебігу та взаємообумовленості патогенетичних взаємозв'язків, багато із яких залишаються недостатньо вивченими, вимагають продовження дослідження у цьому напрямку. Тому ми вважали актуальним вивчити особливості клінічних проявів ГЕРХ на тлі ХОЗЛ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Стаття виконувалася відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і являє собою фрагмент теми НДР: «Клініко-патогенетична характеристика, лікування та медична реабілітація гастроєзофагальної рефлюксної хвороби у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень» (№ держреєстрації 0113U004379).

Метою роботи було вивчення на підставі клініко-інструментальних методів дослідження особливостей клінічного перебігу ГЕРХ на тлі ХОЗЛ.

Матеріали і методи дослідження

Нами було обстежено 156 хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ віком від 20 до 59 років, при цьому з таблиці 1 наглядно видно, що зі збільшення віку хворих частіше зустрічається ГЕРХ на тлі ХОЗЛ. Для реалізації мети дослідження всіх хворі були рандомізовані за віком, статтю та характером перебігу поєднаної патології.

Таблиця 1

Розподіл хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ за віком

Вік (роки)	Обстежені хворі	
	абс.	%
20-29	25	16,0
30-39	37	23,7
40-49	41	26,3
50-59	53	34,0
Всього	156	100

У обстежених хворих коморбідна патологія спостерігалася на протязі від 1 до 12 років (в середньому - $7,0 \pm 0,3$ року): 4,4% хворіли на сполучену патологію до 1 року; 48,9% - від 2 до 5 років; 46,7% - від 6 до 12 років. Серед обстежених хворих переважали чоловіки (84 особи - 53,8%), жінок було 72 (46,2%) (табл. 2). Всі хворі отримували курс амбулаторного лікування у сімейного лікаря ЛПУ м. Луганська.

Таблиця 2

Розподіл хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ за статтю

Стать	Обстежені хворі	
	абс.	%
Чоловіки	84	53,8
Жінки	72	46,2
Всього	156	100

Верифікацію діагнозів здійснювали на підставі скарг, даних анамнезу, клінічної картини хвороби, результатів комплексного лабораторного обстеження та інструментальних досліджень згідно з Наказами МОЗ України № 271 (2005) стосовно ГЕРХ [11] та № 128 (2007) – відносно ХОЗЛ [12] та уніфікованим біохімічним методам обстеження хворих [2, 13, 14]. Пацієнти за показаннями були проконсультовані гінекологом, урологом, проктологом, неврологом, психоневрологом та/або психіатром.

Інструментальне обстеження органів травлення включало в себе проведення:

- Ультразвукового дослідження органів травлення, з метою виключення/уточнення патології біліарного тракту, жовчного міхура, підшлункової залози (сканер ультразвуковий діагностичний «Aloka SSD 1700» з лінійним датчиком з частотою коливань 5 МГц, Японія);

- Езофагофіброгастроуденоскопии (ЕФГДС) з прицільною біопсією слизової оболонки нижньої третини стравоходу і слизової оболонки антрального відділу препилоричної частини шлунка (гастрофіброскоп GIF - XT 30, «Olympus Optical Co. Ltd», Японія). При виявленні рефлекс-езофагіту його ступінь тяжкості оцінювали за результатами ендоскопічного дослідження з використанням Лос-Анджелеської класифікації (1998): ступінь А – один або більше дефектів слизової оболонки розміром менше ніж 5 мм, які розташовані між верхівками двох складок слизової оболонки; ступінь В – один або більше дефектів слизової оболонки розміром понад 5 мм, які розташовані між верхівками двох складок слизової оболонки; ступінь С –

один або більше дефектів слизової оболонки, які поширюються на дві складки або більше слизової оболонки, але охоплюють менше ніж 75 % обводу стравоходу; ступінь D — один або більше дефектів слизової оболонки, які поширюються більше ніж на 75 % обводу стравоходу [6];

- Рентгеноскопічного дослідження органів травлення з сульфатно - барієвої суспензією (виконано чотирьом пацієнтам у зв'язку з відмовою від ЕФГДС);

- Поліпозиційне рентгенологічного дослідження стравоходу з сульфатно - барієвої суспензією в положенні Транделенбурга при підозрі на грижу стравохідного отвору діафрагми;

- Морфологічне дослідження біоптатів слизової оболонки нижньої третини стравоходу на 1 см вище Z- лінії і антрального відділу препилорічної частини шлунка;

- Одномоментне фракційне зондування шлунка з наступним визначенням кислотоутворюючої і секретотворючої функцій шлунка.

Інструментальне обстеження органів дихання включало в себе проведення:

- Проведення рентгенографії органів грудної клітини в 2 проєкціях, яку проводили на апараті КРД 50 «Индиакон»-01 (Росія).

- Дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) у обстежуваних хворих визначали за допомогою комп'ютерного спірографічного апарату «Кардіоплос» («Метекол», Україна). Оцінювали життєву ємкість легень (ЖЄЛ), форсовану життєву ємкість легень (ФЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1), індекс Тифно (ОФВ1/ ФЖЄЛ), максимальну об'ємну швидкість при видиху 25% ЖЄЛ (МОШ₂₅), максимальну об'ємну швидкість при видиху 50% ЖЄЛ (МОШ₅₀), максимальну об'ємну швидкість при видиху 75% ЖЄЛ (МОШ₇₅). Для оцінки зворотності бронхіальної обструкції проводили тест із бронхолітиком (сальбутамол у дозі 400 мкг), який давали через дозований інгалятор.

Отримані цифрові дані обробляли математично за допомогою стандартних пакетів прикладних програм (Microsoft® Windows® Professional, Microsoft® Office 2007, Statistica 6,0) на персональному комп'ютері Intel Core Duo 2,0 GHz та порівнювали між собою в основній групі та групі зіставлення [7, 8].

Отримані дані та їхній аналіз

При розпитуванні хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ в цілому клінічна картина характеризувалася наявністю стравохідних проявів ГЕРХ: відрижка мала місце у 156 осіб (100%) при цьому відрижку повітрям відмічали 102 пацієнти (65,4%), а відрижку кислим 54 особи (34,6%);

на печію скаржилися 156 хворих (100%). 96 (61,5%) пацієнтів з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ відмічали напади задухи, які виникали після їди; біль за грудиною мав місце у 54 пацієнтів (34,6%), а біль в епігастральній області відмічався у 82 обстежених хворих (52,6%); на відчуття тяжкості в епігастральній області пред'являли скарги 91 особа (58,3%); при цьому періодичну нудоту і блювоту мали 34 пацієнти (21,8%), дисфагія мала місце у 95 обстежених хворих (60,9%).

Таблиця 3

Суб'єктивна симптоматика у обстежених хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ (абс. і %)

Скарги хворих на стан здоров'я	Кількість хворих	
	абс.	%
Відрижка	156	100
Відрижка повітрям	102	65,4
Відрижка кислим	54	34,6
Печія	156	100
Напади задухи, які виникають після їди	96	61,5
Біль в епігастральній області	82	52,6
Відчуття тяжкості в епігастральній області	91	58,3
Нудота і блювота	34	21,8
Дисфагія	95	60,9
Сухість у роті	23	14,7
Сухість губ	25	16,0
Печіння язика	18	11,5
Кислий або гіркий присмак у роті	53	34,0
Біль у ділянці серця	19	12,2
Перебої в роботі серця	21	13,5
Відчуття болю, грудки, стороннього тіла в глотці	72	46,2
Першіння, бажання «прочистити горло»	54	34,6
Осиплість голосу	34	21,8
Задишка при помірному фізичному навантаженні	48	30,8
Задишка при значному фізичному навантаженні	108	69,2
Утруднене дихання вночі	23	14,7
Кашель непродуктивний	47	30,1
Кашель продуктивний	109	69,9
Нападopodobний кашель	29	18,6

Стоматологічні прояви ГЕРХ характеризувалися сухістю у роті у 23 осіб (14,7%), сухістю губ у 25 хворих (16,0%), печінням язика у 18 пацієнтів (11,5%) та кислим або гірким присмаком у роті у 53 обстежених (34,0%). Кардіальні ознаки ГЕРХ спостерігалася трохи рідше: скарги на біль у ділянці серця та перебої в роботі серця пред'являли 19 (12,2%) та 21 (13,5%) відповідно. Крім того, звертав на себе увагу високий відсоток отоларингологічних проявів ГЕРХ, зокрема на відчуття болю, грудки, стонного тіла в глотці мали скарги 72 особи (46,2%), першіння, бажання «прочистити горло» були присутні у 54 хворих (34,6%), при цьому осиплість голосу відмічалася у 34 осіб, що становить 21,8% від всіх обстежених з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ.

Бронхолегеневі прояви ГЕРХ були найбільш вираженими, так на постійний кашель пред'являли скарги 156 обстежених (100%) при цьому непродуктивний характер кашлю мали 47 пацієнтів (30,1%) та продуктивний – у 109 особи (69,9%), при цьому нападоподібний кашель мали 29 пацієнтів (18,6%). Задишка при помірному фізичному навантаженні мала місце у 48 осіб (30,8%), а задишка при значному фізичному навантаженні – у 108 пацієнтів (69,2%), при цьому утруднене дихання вночі було виявлено у 23 обстежених хворих (14,7%). Дані щодо суб'єктивної симптоматики (скарги хворих на стан здоров'я) хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ відображені у таблиці 3.

Клінічною особливістю ХОЗЛ в обстежених пацієнтів був в'ялий, торпідний перебіг хвороби, в анамнезі відмічались переважно тривалі поступові загострення хвороби, які, незважаючи на адекватне лікування, в більшості випадків не мали чітких меж початку та закінчення. Початок загострення ХОЗЛ у 96 пацієнтів (61,5%) був пов'язаний з перенесеною напередодні гострою респіраторною інфекцією верхніх дихальних шляхів. Під час вивчення причин загострення ХОЗЛ був встановлений їх зв'язок із кліматичними чинниками, а саме: у 15 пацієнтів (10,0%) загострення ХОЗЛ припадало на ранню весну, у 41 хворих (26,3%) – на пізню осінь, у 23 пацієнтів (14,7%) загострення запального процесу у бронхолегеневій системі відзначалося у ці обидва періоди року. У переважної більшості обстежених (91 особа – 58,3%) стаж паління складав понад 10 років, у 18 хворих (11,5%) – більше 20 років та 10 осіб (6,4%) палили з дитинства, при цьому стаж паління менше 10 років мали 37 обстежених (23,7%) на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ (табл. 4).

Стаж паління у хворих із ГЕРХ на тлі ХОЗЛ

Стаж паління	Кількість хворих	
	Абс.	%
Менше 10 років	37	23,7
10-20 років	91	58,3
Понад 20 років	18	11,5
З дитинства	10	6,4
Всього	156	100

При фізикальному обстеженні у 132 пацієнтів (84,6%) грудна клітина мала нормальну форму, у 24 хворих (15,4%) – емфізематозну форму. При перкусії у 109 хворих (69,9%) відмічався легеневиий звук із коробковим відтінком, у решти пацієнтів (47 осіб – 30,1%) відмічався ясний перкуторний легеневиий звук. При аускультатії у 127 пацієнтів (81,4%) визначалося послаблене везикулярне дихання з жорстким відтінком, у 17 хворих (10,9%) – жорстке дихання, та у 12 осіб (7,7%) відмічалася незмінне везикулярне дихання. У 32 хворих (20,5%) при аускультатії вислуховувалися розсіяні сухі хрипи, у 101 пацієнта (64,8%) відмічались поодинокі сухі хрипи здебільшого в нижніх відділах легень, у 23 хворих (14,7%) сухі хрипи вислуховувались у нижньо-латеральних відділах легень при форсованому видиху (табл. 5).

«Золотим стандартом» і основним верифікуючим методом патології стравоходу залишається ендоскопія з прицільною біопсією з відділів верхнього поверху травного тракту. При необхідності для діагностики недостатності кардіального сфінктера та грижі стравохідного отвору діафрагми ЕФГДС доповнювалася рентгеноскопичним дослідженням (42 особи – 26,9%). Дані ендоскопічного обстеження показали, що поєднаний перебіг ХОЗЛ і ГЕРХ розвивався переважно на тлі хронічного гастриту, хронічного гастродуоденіту, хронічного дуоденіту, а також виразкової хвороби 12-палої кишки. Так, у 59 хворих (37,8%) на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ виявлено хронічний гастрит, у 43 пацієнтів (27,6%) – хронічний гастродуоденіт, у 8 осіб (5,1%) – хронічний дуоденіт. У 69 обстежених пацієнтів (44,2%), за даними ендоскопічного і рентгенологічного досліджень, виявлено недостатність кардіального сфінктера.

Аналіз структури ГЕРХ у пацієнтів з ХОЗЛ за даними ЕФГДС дослідження стравоходу продемонстрував перевагу ерозивної форми захво-

рювання — 55,1% (86 осіб), неерозивну рефлюксну хворобу діагностовано у 44,9 % випадків (70 осіб). Ерозивне ураження стравоходу мало різноманітні ступені: найчастіше діагностували рефлекс-езофагіт ступеня В (82 осіб, або 52,6 %) та А (48 осіб, або 30,8%), рефлекс-езофагіти С та D ступеня визначали у 20 (12,8%) та 6 (3,8%) випадків відповідно.

Таблиця 5

**Об'єктивна симптоматика у обстежених хворих
ГЕРХ на тлі ХОЗЛ (абс. і %)**

Симптоми	Кількість хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ	
	абс.	%
Нормальна форма грудної клітки	132	84,6
Емфізематозна форма грудної клітки	24	15,4
Легеневий звук із коробковим відтінком	109	69,9
Ясний перкуторний легеневий звук	47	30,1
Дихання жорстке	17	10,9
Послаблене везикулярне дихання з жорстким відтінком	127	81,4
Незмінене везикулярне дихання	12	7,7
Розсіяні сухі хрипи	32	20,5
Поодинокі сухі хрипи в нижніх відділах	101	64,8
Сухі хрипи у нижньо-латеральних відділах	23	14,7

При одномоментному фракційному зондуванні шлунка з наступним визначенням кислотоутворюючої і секретотворюючої функцій шлунка у 72 (46,2%) хворих визначається нормохлоргідрія, у 64 (41,0%) - гіперхлоргідрія зі збереженням функції олушення антрального відділу шлунка. Разом з тим, наявність гіпохлоргідрія у 31 (19,9%) хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ дає підстави припустити наявність додаткових патогенетичних факторів захворювання: гіперреактивності стравоходу і, рідше, лужний рефлюкс, що знаходить підтвердження в літературних джерелах [4, 10, 18].

При рентгенологічному обстеженні органів грудної порожнини у більшості пацієнтів з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ виявлялось посилення та деформація легеневого малюнку, лінійний пневмофіброз переважно в медіальних та середніх зонах на тлі дифузного пневматозу, при цьому корні легень були посилені, тяжисті. Візуалізувалися також розсіяні тіні бронхів з потовщеними стінками. У переважної части-

ни хворих тінь серця була без змін, купол діафрагми сплюснений, тобто, переважна більшість обстежених пацієнтів мала двусторонній лінійний пневмофіброз та емфізему легень.

При бронхоскопічному дослідженні хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ було виявлено ознаки дифузно-катарального ендобронхиту.

При дослідженні ФЗД у всіх 156 хворих (100%) з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ були виявлені зміни за обструктивним типом: ОФВ1 від 80% до 100% (у середньому $82 \pm 1,7\%$); ОФВ1/ФЖЄЛ < 70% (у середньому $68 \pm 2,1\%$). Пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШвид) була зниженою – $78,2 \pm 1,9\%$, показники МОШ, які відповідали 25%, 50%, 75% ФЖЄЛ, також були зниженими, при цьому найнижчою була МОШ₇₅ – $73,5 \pm 2,1\%$. Середня об'ємна швидкість на ділянці від 25 до 75% ФЖЄЛ (МОШ₂₅₋₇₅) складала $75,1 \pm 1,8\%$ і свідчила про помірні обструктивні порушення на рівні малих легневих об'ємів з низькими швидкостями, характерними для обструкції дрібних дихальних шляхів.

При аналізі клінічних особливостей перебігу ГЕРХ нами були отримані дані, які свідчать про механізм так званого взаємообтяження, коли наявність одного захворювання сприяє клінічним проявам супутньої патології, що надалі визначає тактику лікування цієї групи хворих.

Висновки

1. Обстежено 156 хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ віком від 20 до 59 років, при цьому відмічено, що у обстежених хворих віком 30 – 49 років частіше зустрічається дана коморбідна патологія, при цьому серед обстежених хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ превалювали чоловіки.

2. Клінічна картина ГЕРХ досить варіабельна. Серед клінічних ознак, якими характеризувався ГЕРХ на тлі ХОЗЛ на перший план виступали стравохідні та позастравохідні атипові симптоми (бронхолегеневі, отоларингологічні, стоматологічні, шлункові та кардіальні).

3. Аналіз структури ГЕРХ у пацієнтів з ХОЗЛ за даними ЕФГДС дослідження стравоходу продемонстрував перевагу ерозивної форми захворювання (55,1%) над неерозивною формою (44,9 %).

4. При одномоментному фракційному зондуванні шлунка з наступним визначенням кислотоутворюючої і секретотворюючої функцій шлунка частіше визначається нормохлоргідрія (46,2%) та гіперхлоргідрія (41,0%), ніж гіпохлоргідрія (19,9%).

5. Поєднання ГЕРХ з ХОЗЛ свідчить про механізм так званого взаємообтяження, коли наявність одного захворювання сприяє клі-

нічним проявам супутньої патології, що надалі визначає тактику лікування цієї групи хворих.

6. В подальшому при лікуванні хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ планується вивчити ефективність використання сучасних препаратів езомолу та урсолізіну.

Література

1. Алексеева Е.П. Особенности клиники, диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных бронхиальной астмой: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.05 «Внутренние болезни» / Е.П. Алексеева. – М., 2006. – 24 с.
2. Бабак О.Я. Новые стандарты ведения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Здоров'я України. – 2008. – № 3. – С. 11–15.
3. Воротникова Н.А. Рефлюксная патология и синдром бронхиальной обструкции: течение, диагностика, лечение / А.С. Эйберман, Н.А. Воротникова // Актуальные вопросы абдоминальной патологии у детей: материалы XII конгр. детских гастроэнтерологов России. – М., 2005. – С.13–14.
4. Гнатейко О.З. Дуденальный рефлюкс у детей как причина рефлюкс-гастрита и рефлюкс-эзофагита / О.З. Гнатейко, О.Л. Лычковская [и др.] // Семейная медицина – 2009. – № 2. – С. 48–51.
5. Дудка І.В. Стан деяких показників системи гемостазу у хворих на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу з супровідним хронічним обструктивним захворюванням легень / І.В. Дудка // Матеріали XII Конгресу СФУЛТ (25–28 вер. 2008 р.). – Ів.-Франківськ, 2008. – С. 31–32.
6. Колісник С.П. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба: актуальні питання сучасної діагностики, лікування та профілактики / С.П. Колісник, В.М. Чернобровий // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 1. – С. 93–97.
7. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морион, 2000. – 320 с.
8. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морион, 2002. – 160 с.
9. Ніколайчук М.В. Особливості поєданого перебігу гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби та хронічного обструктивного захворювання легень: сучасний стан проблеми / М.В. Ніколайчук, К.О. Дебрецені // Наук. Вісник Ужгород. ун-ту. – 2010. – № 27. – С. 176–178.
10. Палій І.Г. Клінічні маски гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби / Палій І.Г. // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – № 5 (61) – С. 69–76.

11. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» // Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.05. – Київ, 2005. – С. 45–48.

12. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» // Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007. – Київ, 2007. – С.105–146.

13. Стандартизовані протоколи діагностики та лікування хвороб органів травлення: методичні рекомендації / Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасюк [та інші.] – Київ, 2005. – 56 с.

14. Унифицированные биохимические методы обследования больных: методич. рекомендации / Под. ред. Л.Л. Громашевской. – Киев: МЗ Украины, 1990. – 64 с.

15. Фролова-Романюк Е.Ю. Ефективність лікування гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби на тлі цукрового діабету 2 типу / Е.Ю. Фролова-Романюк // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – № 6 (68). – С. 29–31.

16. Халіль А.М. Особенности течения хронической обструктивной болезни легких и в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / А.М. Халиль, В.И. Трофимов, А.А. Бибкова // Ученые записки. СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2012. – Т. 19, №1. – С. 78–80.

17. Халиль А.М. Отягощение течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) / А.М. Халиль, В.И. Трофимов // «Врач-профизор-пациент». – СПб, 2011. – № 1. – С. 17.

18. Юренев Г.Л. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (клиника, диагностика, лечение, профилактика): автореф. дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук: спец. 14.00.05 «Внутренние болезни», 14.00.47 «Гастроэнтерология» / Г.Л. Юренев. – М., 2007. – 47 с.

19. Casanova C. Increased gastro-esophageal reflux disease in patients with severe COPD / C. Casanova, J.S. Baudet, M. del Valle Velasco // Eur. Respir. J. – 2004. – Vol. 23, № 6. – P.841–845.

20. Franciosi L.G. Markers of disease severity in chronic obstructive pulmonary disease / L.G. Franciosi, C.P. Page, B.R. Celli // Pulm. Pharmacol. Ther. – 2006. – Vol.19, № 3. – P.189–199.

Резюме

Єрмоленко О.В. Клініко-інструментальні особливості гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби на тлі хронічного обструктивного захворювання легень у хворих в амбулаторних умовах

Обстежено 156 хворих на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) на тлі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) в амбулаторних умовах. Поєднання ГЕРХ з ХОЗЛ свідчить про механізм так званого взаємообтяження, коли наявність одного захворювання сприяє клінічним проявам

супутньої патології, що надалі визначає тактику лікування цієї групи хворих.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, хронічне обструктивне захворювання легень, клінічні особливості.

Резюме

Ермоленко А.В. Клинико-инструментальные особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на фоне хронического обструктивного заболевания легких у больных в амбулаторных условиях

Обследовано 156 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) на фоне хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) в амбулаторных условиях. Сочетание ГЭРБ с ХОЗЛ свидетельствует о механизме так называемого взаимоотягощения, когда наличие одного заболевания способствует клиническим проявлениям сопутствующей патологии, и в дальнейшем определяет тактику лечения этой группы больных.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хроническое обструктивное заболевание легких, клинические особенности.

Summary

Ermolenko A.V. Clinical-instrumental features of gastroesophageal reflux disease with chronic obstructive pulmonary disease in patients on an outpatient basis

The study involved 156 patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the outpatient setting. The combination of GERD with COPD suggests a mechanism of so-called mutual aggravation when the presence of one disease contributes to the clinical manifestations of comorbidity, which further determines treatment strategy in this group of patients.

Key words: gastroesophageal reflux disease, chronic obstructive pulmonary disease, clinical features.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г. Бурмак

УДК 681.7.066:535.317.6

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АБЕРРАЦИЙ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ ПРИ ИХ ДЕЦЕНТРАЦИИ

Д.Г. Жабоедов, И.Г. Чиж

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (Киев)
НТУУ «Киевский политехнический университет»

Введение

Метод интраокулярной коррекции афакии в настоящее время получил всемирное признание как важнейший этап в медицинской и профессиональной реабилитации больных с катарактой. Одним из важных условий для достижения высоких оптических результатов на сегодняшний день является внутрикапсульная имплантация интраокулярной линзы (ИОЛ) с ее максимальной центровкой. Однако нарушения центрального положения ИОЛ относительно оптической оси глаза от незначительного смещения и децентрации ИОЛ до сублюксации и полного вывиха ИОЛ, как известно, могут иметь место даже при безукоризненно выполненной операции, нивелируя оптические и конструктивные преимущества современных ИОЛ [1, 4, 8, 10].

По данным различных авторов, частота децентрации ИОЛ варьирует в широких пределах – от 10 до 92% [1, 3, 6, 9, 11]. Следовательно, установка ИОЛ в капсульный мешок удаленного хрусталика не может гарантировать точного совпадения ее оптической оси с оптической осью роговицы. Так оптическая ось ИОЛ может оказаться параллельной оптической оси роговицы, т.е. децентрированной в поперечном направлении вдоль горизонтальной (оси ОХ), вертикальной (оси ОУ) или одновременно вдоль обеих этих осей. Возможно и другое проявление децентрации ИОЛ, обусловленной угловым поворотом (наклоном) ИОЛ вокруг одной из осей.

Децентрация ИОЛ не только изменяет пространственное положение зрительной оси, но и приводит к заметному увеличению генерируемых амплитуд абберрационных мод всех степенных порядков, особенно низших, что оказывает существенное влияние на зрительные функции пациентов и соответственно качество их жизни. В связи с этим изучение особенностей абберрационных свойств децентрированных ИОЛ является актуальной задачей, имеющей важное как теоретическое, так и практическое значение, поскольку при наличии множества моделей