

УДК 616.342–002.44–06–085+616.61–002.3–06+615.243

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЄДНАНОЇ ГАСТРО-
РЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ**

Т. Д. Никула, В. В. Фурлета

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця, Київ

РЕЗЮМЕ: **Мета дослідження** – підвищити ефективність лікування хворих із гастро-ренальною поєднаною патологією у військовослужбовців прикордонної служби. **Матеріали і методи дослідження.** Обстежено та проліковано 349 хворих, які були відібрані із 1646 госпіталізованих упродовж 5 років. Виділено дві клінічні групи: 254 хворих увійшли в основну клінічну групу, яка розподілялася на підгрупу 1: 114 хворих на виразкову хворобу (ВХ), поєднану з хронічним пієлонефритом (ХП) та підгрупу 2 (140 хворих на ВХ). Клінічна група порівняння представляла 95 хворих: розподілена на підгрупу 3 (40 хворих на ВХ, поєднану з ХП) та підгрупу 4 (55 хворих на ВХ). **Результати та їх обговорення:** При ВХ, поєднаній з ХП, при сумарному коефіцієнті менше “0” прогнозується сприятливий перебіг, а при його величині понад (+20,1) – несприятливий. При ізольованій ВХ сумарний коефіцієнт менше “-5,0” – прогнозується сприятливий перебіг, а при його величині понад (+25) – несприятливий. **Висновки:** Запропоновані схеми лікування хворих є обґрунтованими і забезпечують ефективність, яка за об’єктивними показниками переважає існуючі на 19,0–25,0 %; підтверджена дієвість прогнозування несприятливого перебігу має суттєве значення для практичної охорони здоров’я.

Ключові слова: виразкова хвороба, хронічний пієлонефрит, індивідуалізовані схеми, військовослужбовці, поєднана па-

тологія.

Вступ. Зважаючи на багатофакторність патогенезу, зростання захворюваності населення України на виразкову хворобу і хронічний пієлонефрит, пошук нових ефективних методів лікування є актуальним [1, 3].

Поєднання двох захворювань може змінити характер клінічного перебігу кожного із них. Несвоєчасна діагностика того чи іншого захворювання може призводити до погіршення стану хворих і навіть бути безпосередньою причиною смерті. Тому у разі наявності поєднаної патології терапія повинна бути направлена на лікування обох захворювань [1, 2, 3].

За наявності низки розроблених схем лікування першої та другої лінії антигелікобактерної терапії, або так званої “терапії порятунку”, стійкість *Helicobacter pylori* до антибактеріальних засобів постійно зростає, а це значно зменшує частоту досягнення ерадикації. Особливої уваги вимагає покращення якості лікування при поєднанні виразкової хвороби і хронічного пієлонефриту у військовослужбовців в умовах прикордонної служби, при відсутності оптимального режиму харчування, психоемоціонального напруження.

Протягом останнього десятиріччя досягнення біологічної медицини відкрили можливості використання у клінічній практиці антигомотоксичних препаратів, завдяки їх протизапальній, імуномодулюювальній та мембраностабілізуювальній дії [4, 5].

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування хворих із гастро-ренальною поєднаною патологією у військовослужбовців прикордонної служби.

Матеріали і методи дослідження. Основу роботи склали результати обстеження та лікування 349 хворих, які були відібрані із 1646 госпіталізованих упродовж 5 років. Виділено дві клінічні групи: 254 хворих увійшли в основну клінічну групу, яка розподілялася на підгрупу 1 (114 хворих на ВХ, поєднану з ХП)

та підгрупу 2 (140 хворих на ВХ). Клінічна група порівняння представляла 95 хворих: розподілена на підгрупу 3 (40 хворих на ВХ, поєднану з ХП) та підгрупу 4 (55 хворих на ВХ).

Основна клінічна група використана для вирішення задач, друга – для перевірки запропонованих нововведень та доведення їх ефективності. У хворих з поєднаною патологією пієлонефрит був у фазі ремісії. В кожного хворого було 3–4 рецидиви в анамнезі, останнє загострення – 4–5 місяців тому.

Результати та їх обговорення. Згідно з математичним розрахунком мірою ризику є сумарний коефіцієнт, який вираховується за підсумуванням наявних ознак на той чи інший момент, на підставі якого можна оцінити не тільки кількісні, але й якісні зміни, а за динамікою його величини приймати відповідні рішення.

Завдяки цьому виділені три групи ризику із своїми межовими значеннями показника окремо по патологіях, тобто розроблений спосіб прогнозування характеру перебігу ВХ, поєднаної з ХП, та самостійної ВХ, з тим, щоб мати можливість обґрунтовано диференційовано обирати тактику лікування, профілактичних заходів, здійснювати моніторинг, керуючись при цьому об'єктивними критеріями. Відмінною особливістю способу, як при ВХ, поєднаній з ХП, так і при ВХ, що у кожній виділені свої межові значення, від яких залежить подальший перебіг даної патології.

Наприклад, при ВХ, поєднаній з ХП: в I та III групах отримані максимальні значення показника (100 %). Це значить, що при сумарному коефіцієнті менше “0” прогнозується сприятливий перебіг, а при його величині понад (+20,1) – несприятливий.

Разом з тим, кожний хворий потрапляє в ситуацію підвищеного ризику і потребує підвищеної уваги, пильного контролю за динамікою контрольних обстежень, їх терміном та результатом з тим, щоб своєчасно здійснювати адекватну корекцію. При ізольованій ВХ: сумарний коефіцієнт менше “-5,0” прогнозується

сприятливий перебіг, а при його величині понад (+25) – несприятливий.

Лікування ВХ здійснювалося відповідно до Маастрихтського консенсусу (IV – 2010 р.) і передбачало за наявності Н. рулогі застосування антигелікобактерної терапії (АГТ), курс лікування 14 днів. Для хворих на ВХ, поєднану з ХП, передбачалося додаткове призначення фітопрепарату “Канефрон Н” по 50 крапель тричі на день протягом 14 днів, при дотриманні зазначеної вище базової терапії. Лікування по групах ризику ідентичне – в I, II і в III, з подальшою оцінкою його ефективності і встановлення ступенів ризику несприятливого перебігу.

Нижче послідовно подаємо конкретні дані динаміки хворих за групами ризику, яка дозволяє з позиції доказовості охарактеризувати отриманий лікувальний ефект. Представимо відповідну інформацію для пацієнтів підгрупи 1, у яких діагностовано ВХ, поєднану з ХП (табл. 1).

У даному випадку більшість до початку лікування склали хворі I групи ($65,0 \pm 4,4$) %, тоді як серед хворих підгрупи 2 їх було ($45,0 \pm 4,2$) % ($p < 0,01$), практично удвічі менше було їх в II групі ($p < 0,05$), і до III – віднесено 2 хворих ($1,7 \pm 1,2$) % та ($1,4 \pm 0,9$) % відповідно. Серед усіх 114 пацієнтів у 13 (11,4) %, передбачався несприятливий прогноз. Значна кількість госпіталізованих з I ступенем ризику виправдана, якщо зважати на поєднану патологію та частоту серед них тих, у кого діагноз потребував уточнення, а лікування – конкретності. Результати підтвердили його терапевтичну ефективність. Це проявилось зменшенням числа хворих II групи з ($33,3 \pm 4,4$) % до ($23,7 \pm 3,9$) % ($p < 0,05$) з відповідним, проте не достовірним ($p > 0,1$), зростанням кількості в I-ій.

Водночас стало більше хворих у III групі – до 4,3 % проти 1,7 %, але менша кількість тих, хто був віднесений за прогнозом до ймовірного несприятливого перебігу з ($11,4 \pm 2,9$) % до ($9,6 \pm 2,7$) %. У результаті після лікування ($72,0 \pm 4,2$) % хворих пі-

для подальшого диспансерного спостереження, (23,7±3,9) % – продовженню лікування амбулаторно, (4,3±1,8) % – потребували консультативної спеціалізованої допомоги, відпустки за станом здоров'я.

Таблиця 1

Результати лікування за динамікою ступеня ризику несприятливого перебігу хворих підгрупи 1

Групи	Сума балів	До лікування							
		n	P	±mP	Перебіг хвороби				
					сприятливий		несприятливий		
					n	P	n	P	
I	< 0	74	65,0	4,4	74	100,0	–	–	
II	0- (+20,0)	38	33,3 [*]	4,4	27	71,0	11	29,0	
III	>+20,1	2	1,7	1,2	–	–	2	100,0	
Групи	Сума балів	Після лікування							
		n	P	±mP	Перебіг хвороби				
					сприятливий		несприятливий		
					n	P	n	P	
I	< 0	82	72,0	4,2	82	100,0	–	–	
II	0- (+20,0)	27	23,7 [*]	3,9	21	77,8	6	22,2	
III	>+20,1	5	4,3	1,8	–	–	5	100,0	

Примітки: n – кількість хворих, P – наявність ознак у відсотках з вказівкою помилки – mP, ^{*} – різниця достовірна, p<0,05.

Подібний аналіз проведений серед хворих підгрупи 2 (ВХ) (табл. 2). Як видно, при госпіталізації більшість пацієнтів за отриманими ознаками була віднесена до II групи ризику несприятливого перебігу – (53,6±4,2) % проти (45,0±4,2) % I групи, лише 2 хворих (1,4±0,9) % мали III її ступінь. Такий розподіл виправданий, якщо враховувати контингент військовослужбовців і

можливість амбулаторно-поліклінічної допомоги. Результати аналізу другої частини таблиці підтверджують позитивний ефект застосованих лікувальних схем.

Таблиця 2

Результати лікування за динамікою ступеня ризику несприятливого перебігу хворих підгрупи 2

<i>Групи</i>	<i>Сума балів</i>	<i>До лікування</i>							
		<i>n</i>	<i>P</i>	$\pm mP$	<i>Перебіг хвороби</i>				
					<i>сприятливий</i>		<i>несприятливий</i>		
					<i>n</i>	<i>P</i>	<i>n</i>	<i>P</i>	
I	<-5,0	63	45,0**	4,2	63	100,0	–	–	
II	(-5,0)-(+25)	75	53,6**	4,2	63	84,0	12	16,0	
III	>+25	2	1,4	0,9	–	–	2	100,0	
<i>Групи</i>	<i>Сума балів</i>	<i>Після лікування</i>							
		<i>n</i>	<i>P</i>	$\pm mP$	<i>Перебіг хвороби</i>				
					<i>сприятливий</i>		<i>несприятливий</i>		
					<i>n</i>	<i>P</i>	<i>n</i>	<i>P</i>	
I	<-5,0	99	70,7**	3,8	99	100,0	–	–	
II	(-5,0)-(+25)	39	27,9**	3,8	30	77,0	9	23,0	
III	>+25	2	1,4	0,9	–	–	2	100,0	

Примітки: n – кількість хворих, P – наявність ознак у відсотках з вказівкою помилки – mP, ** – різниця достовірна, p<0,01.

Комплексна оцінка стану хворих після лікування дозволила переважну більшість з них віднести до I групи (p<0,01). Достовірно зменшилась кількість II групи з (53,6±4,2) % до (27,9±3,8) % (p<0,01), у III – залишилось 2 хворих (1,4 %). Якщо розглядати окремо динаміку хворих із несприятливим прогнозом, то відмічено тенденцію до їх зменшення: з 14 (10,0±2,0) % до 11 (7,8±2,2)

%. Разом з тим, за сумарною оцінкою після лікування в стаціонарі залишилось 30 хворих (21,4 %), які потребували продовжити лікування в умовах санаторію, поліклініки, крім того, 11 (7,8 %) – консультативної спеціалізованої допомоги та відпустки за станом здоров'я.

Наведені дані дозволяють скласти об'єктивний загальний висновок, що при позитивних результатах лікування у більшості хворих із патологією, яка підлягала вивченню, за прийнятими стандартними схемами, виникає необхідність їх удосконалення.

Окремо варто наголосити, що представлена вище динаміка розподілу хворих за групами тяжкості після лікування здійснювалася за запропонованою методикою на підставі прогностичних таблиць груп ризику (спосіб прогнозування характеру перебігу ВХ, поєднаної з ХП, та самостійної ВХ).

У 225 (88,6±2,0) % хворих даних підгруп зникли скарги – біль, диспепсичні прояви, ознаки астено-вегетативного синдрому. Разом з тим, у 29 (11,4±2,0) % – на тлі покращення загального стану відмічено швидку втомлюваність, відчуття дискомфорту в епігастральній ділянці, поодинокі випадки диспепсії, нудоти та відсутність апетиту. Аналіз цих випадків свідчить, що у 22 (75,9±1,8) % із 29 хворих, у яких залишилися скарги, які були до лікування. Виявлявся високий ступінь обсіменіння (рис. 1).

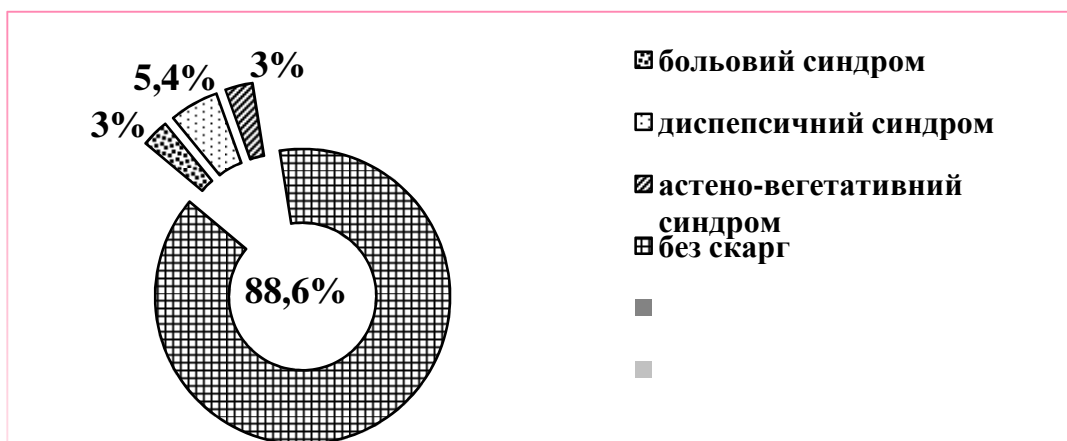


Рис. 1. Скарги хворих основної клінічної групи, після проведеного лікування за стандартними схемами.

Отже, ступінь обсіменіння Н. рурі є маркером тяжкості перебігу. Встановлено зв'язок між ступенем обсіменіння Н. рурі та важкістю перебігу ВХ ($rS= 0,38$; $p<0,001$). Отримані дані свідчать про подібний характер змін серед обох підгруп хворих. Так, у хворих підгрупи 1 слабкий ступінь обсіменіння був у $(25,8\pm 4,1)$ %, середній – у $(62,1\pm 3,9)$ %, високий – у $(12,1\pm 4,5)$ %, тоді як у підгрупі 2 показники були наступні: $(30,1\pm 4,2)$ %, $(59,3\pm 3,1)$ %, $(10,6\pm 2,9)$ % відповідно. Високий ступінь обсіменіння різко зростає і був характерним при тяжкому перебігу ВХ – мав місце у 50,0 % таких хворих, що більш притаманно для підгрупи 1, тоді як слабкий ступінь – для підгрупи 2.

У всіх нормалізувались показники загального аналізу крові. В аналізі сечі у 11 хворих $(9,6\pm 1,3)$ % лейкоцити досягали 10 в полі зору, дані хворі входили в підгрупу 1. Також при бактеріологічному дослідженні сечі у 11 хворих $(9,6\pm 1,3)$ % виявлена бактеріурія (10^2 КУО/мл). Дане дослідження проводилось всім хворим підгрупи 1 для виявлення патогенних мікроорганізмів, які можуть призвести до рецидиву ХП, щоб своєчасно розпочати антибіотикотерапію.

Цим хворим був виставлений діагноз: хронічний пієлонефрит, безсимптомна бактеріурія, у всіх інших хворих: хронічний пієлонефрит, фаза ремісії. ШКФ – без суттєвого порушення функції нирок у всіх хворих.

Позитивні результати лікування знайшли своє відображення за об'єктивними даними дуоденоскопічної візуалізації виразкових дефектів ДПК (табл. 3).

Обґрунтованою при цьому виглядає потреба у включенні до них препаратів, які мають спазмолітичні, протизапальні, імуномодельючі, репаративні і антисептичні властивості.

Таким вимогам відповідають антигомотоксичні препарати. Отже, лікування ВХ, поєднаної з ХП: стандартні схеми лікування до яких додаємо АГТП. Лікування ВХ: стандартні схеми лікування та АГТП.

Таблиця 3

**Розподіл пацієнтів за виразковим дефектом на ФЕГДС
до – та після лікування**

<i>Виразковий де- фект на ФЕГДС</i>	<i>До лікування</i>					
	<i>підгрупа 1</i>			<i>підгрупа 2</i>		
	<i>n</i>	<i>P</i>	<i>±mP</i>	<i>n</i>	<i>P</i>	<i>±mP</i>
d – <5мм	29	25,5*	4,0	39	27,9 ^x	3,7
d – 5–10мм	73	64,0**	4,5	83	59,3 ^x	4,2
d – 10-30мм	12	10,5*	2,8	18	12,8 ^x	7,8
<i>Виразковий де- фект на ФЕГДС</i>	<i>Після лікування</i>					
	<i>підгрупа 1</i>			<i>підгрупа 2</i>		
	<i>n</i>	<i>P</i>	<i>±mP</i>	<i>n</i>	<i>P</i>	<i>±mP</i>
d – <5мм	2	1,7*	1,2	0	0,0 ^x	9,8
d – 5–10мм	3	2,6**	1,4	2	1,4 ^x	1,1
d – 10-30мм	0	0,0*	9,8	0	0,0 ^x	9,8

Примітки: n – кількість хворих, P – наявність ознак у відсотках з вказівкою помилки – mP, * та ^x – різниця між величинами достовірна (p<0,05), ** – різниця між величинами достовірна (p<0,01).

Обґрунтований розподіл хворих на три групи за важкістю перебігу, та досвід лікування захворювання дозволив диференціювати та індивідуалізувати відповідно до них тактику запропонованих схем. Лікування по групах ризику ідентичне, спостерігали за кількістю хворих по групах ризику.

За даними схемами проліковано 95 хворих. Клінічна група порівняння представлена наступним чином: підгрупа 3 (40 – ВХ, поєднану з ХП), підгрупа 4 (55 – мали виключно ВХ). В даній групі, наголосимо, лікування проводилось за доповненими (удосконаленими) схемами лікування (до стандартних схем лікування додавали АГТП, для покращення ефективності лікування).

На першому етапі дано загальну оцінку ефективності ліку-

вання послідовно для хворих підгрупи 3 та підгрупи 4 (табл. 4, 5).

Таблиця 4

Динаміка ступенів ризику несприятливого перебігу захворювання в процесі лікування хворих підгрупи 3 клінічної групи порівняння, n=40

Групи	Сума балів	До лікування							
		n	P	±mP	Перебіг хвороби				
					сприятливий		несприятливий		
					n	P	n	P	
I	< 0	22	55,0 [*]	7,8	21	95,5	1	4,5	
II	0- (+20,0)	16	40,0	7,7	11	68,8	5	31,2	
III	>+20,1	2	5,0	3,4	–	–	2	100,0	
Групи	Сума балів	Після лікування							
		n	P	±mP	Перебіг хвороби				
					сприятливий		несприятливий		
					n	P	n	P	
I	< 0	33	82,5 [*]	6,0	33	100,0	–	–	
II	0- (+20,0)	7	17,5	6,0	7	100,0	–	–	
III	>+20,1	–	–	–	–	–	–	–	

Примітки: n – кількість хворих, P – наявність ознак у відсотках з вказівкою помилки – mP, ^{*} – p<0,05.

Як видно з даних таблиць, в усіх випадках отримано позитивний ефект. Більш того, після поглибленого вивчення динамічного ряду величин сумарного коефіцієнта хворих I групи розподілу виявилось, що у 30 із 33 (91 %) та у 43 із 46 (93,5 %) випадків – виключно підгрупи 3, відповідно, показник становив менше (-15) балів. Це свідчить, що вказана категорія пацієнтів здатна виконувати професійні обов'язки, перебуваючи при цьому на диспансерному спостереженні до того часу, поки протягом трьох

наступних наглядів динаміка сумарного коефіцієнту залишатиметься сталою або не збільшуватиметься. Водночас, решта хворих – 10 (25 %) та 12 (22 %) відповідно мали отримувати лікувальні заходи в амбулаторних умовах.

Керуючись принципами доказової медицини, була розрахована ймовірність сприятливого клінічного прогнозу подальшого перебігу ВХ у хворих, які лікувались за звичайними та удосконаленими схемами з урахуванням обтяжуючих факторів. Розрахунки базувались на інформації табл. 1, 2 та 4, 5. Отримані результати свідчать про те, що в усіх підгрупах ймовірність сприятливого клінічного прогнозу ВХ є вищою після лікування, ніж до нього. Але необхідно зауважити, що достовірні дані отримані тільки при лікуванні за допомогою удосконалених схем.

Таблиця 5

Динаміка ступенів ризику несприятливого перебігу захворювання в процесі лікування хворих підгрупи 4 клінічної групи порівняння, n=55

<i>Групи</i>	<i>Сума балів</i>	<i>До лікування</i>							
		<i>n</i>	<i>p</i>	<i>±mP</i>	<i>Перебіг хвороби</i>				
					<i>сприятливий</i>		<i>несприятливий</i>		
					<i>n</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	
I	<-5,0	30	54,5*	6,7	29	36,7	1	3,3	
II	(-5,0)-(+25)	23	41,8	6,6	17	74,0	6	26,0	
III	>+25	2	3,6	2,5	–	–	2	100,0	
<i>Групи</i>	<i>Сума балів</i>	<i>Після лікування</i>							
		<i>n</i>	<i>p</i>	<i>±mP</i>	<i>Перебіг хвороби</i>				
					<i>сприятливий</i>		<i>несприятливий</i>		
					<i>n</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	
I	<-5,0	46	83,6*	5,0	46	100,0	–	–	
II	(-5,0)-(+25)	9	16,4	5,0	9	100,0	–	–	
III	>+25	–	–	–	–	–	–	–	

Примітки: n – кількість хворих, P – наявність ознак у відсотках з вказівкою помилки – mP, * – p<0,05.

Відмітимо, що ймовірність сприятливого перебігу ВХ після лікування у підгрупі 1 є вищою у 1,01 рази, ніж до лікування (RR=1,01, ДІ 0,99-1,11, $p>0,7$), у підгрупі 2 – в 1,02 рази (RR=1,02, ДІ 0,95–1,10, $p>0,6$), у підгрупі 3 – в 1,25 разів (RR=1,25, ДІ 1,06-1,46, $p<0,01$), у підгрупі 4 – в 1,19 разів (RR=1,19, ДІ 1,06-1,35, $p<0,01$).

Отже, застосування запропонованих удосконалених схем у програмі лікування ВХ підвищує ймовірність сприятливого клінічного прогнозу на 25,0 % у хворих з ВХ та ХП в анамнезі ($p<0,01$) і на 19,0 % хворих з ізольованою ВХ ($p<0,01$).

У $(95,1\pm 2,2)$ % хворих скарг не було, лише у $(1,2\pm 1,1)$ % – диспепсичний синдром та у $(3,7\pm 1,9)$ % – астено-вегетативний (рис. 2).

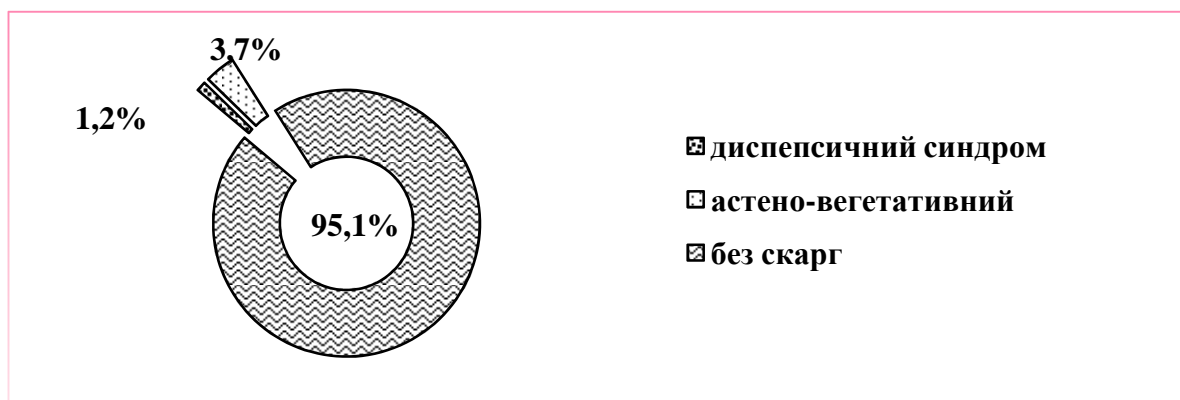


Рис. 2. Скарги хворих клінічної групи порівняння, після проведеного лікування за удосконаленими схемами.

Отже, $(95,1\pm 2,2)$ % були практично здорові. В подальшому вони потребували диспансерного нагляду із рекомендацією комплексного обстеження двічі на рік впродовж двухрічного періоду та щорічного впродовж наступних трьох років. За умов стабілізації стану (об'єктивним підтвердженням якого слід вважати сумарний коефіцієнт) через 5 років необхідно вирішувати питання про зняття з диспансерного нагляду.

Вважаємо, що категорія хворих, яка залишилась в I та II групах розподілу потребує лікувально-профілактичної тактики з

акцентом на соціальні аспекти життєдіяльності. Доцільним є активний нагляд за ними щоквартально впродовж першого року із сезонними лікуваннями та визначенням після нього сумарного коефіцієнта. Зміни величин цього коефіцієнта будуть служити об'єктивним критерієм моніторингу за станом здоров'я. Хворі потребують санаторно-курортного лікування протягом двох років, при потребі – консультативної допомоги. У разі позитивної динаміки хворий перебуває на диспансерному обліку до 5 років. У разі негативної динаміки – виникає необхідність звільнення військовослужбовця в запас.

Висновки

1. Запропоновані схеми лікування хворих підгрупи 3 та підгрупи 4 є обґрунтованими і забезпечують ефективність, яка за об'єктивними показниками переважає існуючі на 19,0–25,0 %.
2. Підтверджена дієвість прогнозування несприятливого перебігу має суттєве значення для практичної охорони здоров'я.

Література

1. Никула Т.Д., Фурлета В.В. Результати порівняльного аналізу обстеження хворих з використанням стандартних схем лікування при виразковій хворобі, поєднаній чи не поєднаній з хронічним пієлонефритом // АПН.- Вип. 19.- С. 85-95.
2. Никула Т.Д., Фурлета В.В. Особливості перебігу коморбідної патології (виразкової хвороби та хронічного пієлонефриту) // АПН.- Вип.20.- С. 54-76.
3. Никула Т. Д., Фурлета В. В. Вплив антигомотоксичної терапії на функціональний стан системи травлення у хворих на хронічний пієлонефрит // АПН.- вип.21.- С. 79- 86.
4. Передерій В. Г., Ткач С. М. Основи внутрішньої медицини: підручник у 3-х тт. — Т. 3 — Вінниця: Нова книга, 2010. — 998 с.

5. Moriyama T. et al. Helicobacter pylori status and esophagogastroduodenal mucosal lesions in patients with end-stage renal failure on maintenance hemodialysis / T. Moriyama, T. Matsumoto, K. Hirakawa, H. Ikeda, K. Tsuruya, H. Hirakata // J. Gastroenterol. – 2010.- P. 515-522.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ГАСТРО-РЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПОГРАНИЧНОЙ СЛУЖБЫ

Никула Т.Д., Фурлета В.В.

(Киев)

Цель исследования: повысить эффективность лечения больных сочетанной патологией у военнослужащих в условиях особого состояния. **Материал и методы:** Основу работы составили результаты обследования и лечения 349 больных, которые были отобраны из 1646 госпитализированных. Выделены две клинические группы: 254 больных вошли в основную клиническую группу, которая распределялась на подгруппу 1 (114 больных с ЯБ, совмещенную с ХП) и подгруппу 2 (140 больных с ЯБ). Клиническая группа сравнения представляла 95 больных: разделена на подгруппу 3 (40 больных с ЯБ, совмещенную с ХП) и подгруппу 4 (55 больных с ЯБ). **Результаты и обсуждение:** При ЯБ, сочетанной с ХП, если суммарный коэффициент меньше «0» прогнозируется благоприятное течение, а при на его величине свыше (+20,1) – неблагоприятное. Когда при изолированной ЯБ общий коэффициент меньше, чем «-5,0» – прогнозируется благоприятное течение, а при его размере свыше (+25) – неблагоприятное. **Выводы:** 1. Предложенные схемы лечения больных подгруппы 3 и подгруппы 4 являются обоснованными и обеспечивают эффективность, которая по объективным показателям преобладает существующие на 19,0-25,0%. 2. Подтверждена действенность про-

гнозирования неблагоприятного течения имеет существенное значение для практического здравоохранения в широком плане на всех этапах оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хронический пиелонефрит, индивидуализированные схемы, военнослужащие, сочетанная патология.

SUMMARY

PECULIARITIES OF COMBINED GASTRO-RENAL PATHOLOGY IN SOLDIERS OF BOUNDARY SERVICE

Nykula T. D., Furleta V. V.

(Kyiv)

The purpose of the study: increase efficiency of treatment of combined gastro-renal pathology in soldiers of boundary service. **Material and Methods :** The basis of the work amounted Survey and results of treatment of 349 patients. **Results and discussion:** the ENTRY FEE, associated with the CPS, with total factor less than "0" projected favourable progress, and at his size over (+ 20,1) – poor. When an isolated INPUT total coefficient of less than "-5.0" – the projected favourable progress, and at his size over (+25) it is poor. **Conclusions:** 1. The treatment of the patients of subgroup 3 and subgroup 4 are substantiated and ensure the effectiveness, which according to the objective indices predominates existing on 19,0-25,0%. 2. The effectiveness of the prognostication of unfavorable flow has vital importance for practical public health in the wide plan in all stages of rendering to medical aid.

Keywords: peculiarities, combined gastro-renal pathology, soldiers of boundary service.