

УДК 616.329-002:616.33/342-008.17]-036.1-071

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПОЄДНАННІ З ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ

Рева Т.В., Сучеван А.Г.

Буковинський державний медичний університет

У статті розглянуті основні патогенетичні ланки гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та значення жовчних рефлюксів. Вивчені клінічні особливості, показники біліметрії, езофагоскопії та добового моніторингу внутрішньостравохідного моніторингу рН у хворих з лужними рефлюксами. Супутній дуоденогастральний рефлюкс значно обтяжує перебіг ГЕРХ, характеризується збільшенням тривалості та кількості внутрішньостравохідних рефлюксів, частіше поєднується із ерозивними езофагітами, призводить до погіршення якості життя пацієнтів.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, жовчний рефлюкс, дуоденогастральний рефлюкс.

Постановка проблеми. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) займає лідируючі позиції в сучасній клінічній медицині у зв'язку з прогресуючим зростанням захворюваності, частими рецидивами і не завжди задовільною ефективністю лікування [1, 8]. Провідним патогенетичним механізмом хвороби є патологічний гастроєзофагеальний рефлюкс (ГЕР). Він виникає внаслідок недостатності замикального механізму кардії (передусім неспроможності нижнього стравохідного сфінктера і грижі стравохідного отвору діафрагми), а наслідок його дії на слизову оболонку стравоходу визначається складом (соляна кислота, пепсин, жовчні кислоти, лізолецитин, панкреатичні ферменти і т. ін.), тривалістю дії (адекватність стравохідного кліренсу) і власною резистентністю слизової оболонки. Сприяє виникненню ГЕР підвищення внутрішньочеревного (наприклад, при ожирінні, вагітності, закрепі) або внутрішньошлункового (функціональної або органічної природи шлунковий або дуоденальний стаз) тиску.

У значній кількості хворих розвитку рефлюкс-езофагіту сприяє закид у нижню третину стравоходу лужного дуоденального вмісту, при цьому дія лугів та жовчних кислот на слизову оболонку стравоходу може бути навіть більш вираженою, ніж дія кислот. За наявності дуоденогастрального рефлюксу на слизову оболонку шлунка та стравоходу негативний вплив здійснюють жовчні кислоти, що ушкоджують фосфоліпиди клітинних мембран, лізолецитин тощо [2, 9].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є однією із поширених патологій травної системи й охоплює від 20 до 40% дорослого населення [7]. Найважливішими причинами цієї недуги є порушення моторики травного каналу, ожиріння, малорухомий спосіб життя, стреси, порушення харчування тощо [3]. Питання особливостей перебігу та лікування хворих на ГЕРХ лишається актуальним, про що свідчать публікації як у вітчизняній [4], так і зарубіжній літературі [5].

Справжній рівень захворюваності на ГЕРХ дослідити складно. Розмаїття симптомів може маскувати згадану нозологію, або інші патологічні стани можуть маніфестувати у вигляді позастравохідних проявів ГЕРХ. Поширеність ГЕРХ на теперішній час недостатньо вивчена, що пов'язано з великою варіабельністю клінічних

проявів – від епізодичної печії до яскравих ознак ускладненого рефлюкс-езофагіту.

Особливістю перебігу ГЕРХ є розвиток взаємопов'язаних уражень інших органів травлення (зокрема, шлунка), що ускладнює клінічну картину, а також діагностику і лікування як основної, так і супутніх хвороб [6]. Взаємне обтяження захворювань свідчить про потребу в розробці ефективних методів діагностики та терапевтичної корекції з урахуванням супутньої патології.

Серед численних питань остаточно не визначені роль та місце у формуванні ГЕРХ стану пілородуоденального комплексу, порушення евакуації зі шлунка та характер рефлюксату. Суперечливі дані щодо залежності між клінічними проявами ГЕРХ та складом дуоденального рефлюксату потребують уточнення цього аспекту проблеми.

Вище наведене є підґрунтям для визначення причин, здатних сприяти формуванню ГЕРХ у хворих з розладами ліпідного обміну, моторно-евакуаторної функції шлунка, ДГР, характеру ушкоджуючої дії складових рефлюксату.

Мета статті: вивчити клініко-ендоскопічні особливості, а також дані рН-метрії та біліметрії у хворих на ГЕРХ із супутнім дуоденогастральним рефлюксом.

Виклад основного матеріалу. Обстежено 70 пацієнтів з ГЕРХ віком 28-63 років, середній вік становив $(41,5 \pm 8,3)$ років. В основну групу відібрано 40 хворих з ГЕРХ із супутнім ДГР. Групу порівняння склали 30 пацієнтів з типовими симптомами гастроєзофагеального рефлюксу.

Комплексне дослідження включало опитування, огляд, лабораторне та інструментальне дослідження. При клінічному спостереженні вивчався анамнез захворювань, аналізувалися скарги і результати фізикального обстеження. Під час вивчення анамнезу хвороби звертали увагу на супутні хвороби, наявність оперативних втручань на органах черевної порожнини. Інтенсивність симптомів оцінювалась за п'ятибальною шкалою Лайкерта (P. Terry et al., 2000; О.Н. Мишушкин, 2006). Показник інтенсивності симптомів для кожної ознаки розраховувався окремо шляхом множення вираженості симптому (у балах за вище викладеною шкалою) на частоту повторень даного симптому протягом доби (J. Ronkainen et al., 2006). Антропометричні методи включали визначення маси тіла і зросту хворих, із наступним обчисленням ІМТ, а також вимірюванням обводу

талії та стегон. Тяжкість ожиріння оцінювали за класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (1997). Дослідження кислотоутворюючої функції шлунка проводили за добовою рН-метрією з використанням програмного забезпечення за допомогою комп'ютерної системи рН-метрії «АГ-1Д-01». Езофагогастроуденофіброскопія проводилась за допомогою ендоскопа «Olympus CIF-XQ 40». При цьому оцінювали стан слизової оболонки стравоходу та шлунка. Рефлюкс-езофагіт оцінювали за Лос-Анджелеською класифікацією (1999). Концентрацію жовчних кислот у лунковому вмісті визначали методом J.G. Reinhold, D.W. Wilson (1932). Ступінь ДГР оцінювали при ранжуванні концентрації жовчних кислот за Г.Г. Івановим, (1978): I ступінь – 0,01–0,2 ммоль/л, II ступінь – 0,2–0,4 ммоль/л, III ступінь – більше 0,4 ммоль/л (С.А. Касум'ян, Р.А. Алибегов, 1997). Усім хворим проводилось УЗД органів черевної порожнини. Статистична обробка результатів досліджень здійснювалась методами параметричної та непараметричної статистики, реалізованими стандартним пакетом прикладних програм SPSS 13.0 for Windows.

Серед хворих на ГЕРХ із ДГР переважали жінки 33 (82,5%), чоловіки складали 17,5% (7 хворих). Співвідношення жінок і чоловіків склало 4,7:1. Більшість хворих (32 осіб або 80%) – особи працездатного віку. У групі порівняння (ГЕРХ) переважали пацієнти чоловічої статі – 16 (53,3%), жінок було 14 (46,7%).

У клінічній картині ГЕРХ переважала печія, яка спостерігалася у 23 (57,5%) хворих з основної групи та у всіх обстежених з групи порівняння. Нічна печія спостерігалася у 15 (37,5%) хворих з основної і у 7 (23,3%) з групи порівняння. Відрижка повітрям або кислим виявлена у 13 (32,5%) хворих із супутнім ДГР, тоді як у групі порівняння на відрижку різної виразності скаржилися 13 (43,3%) осіб. На одиофагію скаржилися 5 (12,5%) хворих з основної групи і 13 (43,3%) з групи порівняння. Ступінь виразності типових симптомів ГЕРХ наведено у таблиці 1.

Таблиця 1
Ступінь виразності типових симптомів ГЕРХ у хворих, бали

Клінічні прояви ГЕРХ	Сумарний показник важкості	
	Основна група ГЕРХ+ДГР (n = 40)	Група порівняння ГЕРХ (n = 30)
Печія	4,6±0,8	3,2±1,3*
Відрижка	2,1±1,4	3,9±1,3*
Одиофагія	2,6±0,8	1,2±0,3*

Примітка: * $p < 0,01$ різниця вірогідна порівняно з показниками основної групи

Серед інших скарг у пацієнтів із супутнім ДГР частіше, ніж у групі порівняння, спостерігалися гіркота в роті – 30 (75%) і 6 (20%), шкрябання в горлі – 10 (25%) і 4 (13,3%). Сухий кашель частіше спостерігався у хворих з основної групи – 7 (17,5%) та у 25 (83,3%) пацієнтів з групи порівняння. Посилена слинотеча турбувала однаково часто хворих обох груп – 3 (7,5%) і 2 (6,6%).

Під час вивчення анамнезу хвороби було з'ясовано, що пацієнти основної групи (ГЕРХ із супутнім ДГР) страждали на різноманітні патології жовчного міхура: у 17 (42,5%) хворих було

діагностовано хронічний некалькульозний холецистит, у 4 (10%) осіб жовчнокам'яну хворобу, у 10 (25%) – хронічний панкреатит, 9 (22,5%) пацієнтів перенесли холецистектомію. В групі порівняння (ГЕРХ) кількість хворих з проявами хронічного некалькульозного холециститу та жовчнокам'яної хвороби була нижче, та складала, відповідно, 4 (13,3%) та 1 (3,3%) осіб; пацієнти з цієї групи значно рідше потребували проведення оперативного втручання – холецистектомію перенесли 1 (3,3%) особа ($p < 0,05$).

Як видно з наведених у таблиці 2 даних нормальна маса тіла була відмічена у незначній кількості хворих основної та групи порівняння, у переважної більшості хворих спостерігалися надлишкова маса тіла та ожиріння I та II-го ступеня.

Таблиця 2
Розподіл хворих за індексом маси тіла (n, %)

ІМТ, кг/м ²	ГЕРХ+ДГР (n = 40)	ГЕРХ (n = 30)
Нормальна маса тіла (18,5-24,9 кг/м ²)	5 (12,5%)	7 (23,3%)
Надлишкова маса тіла (25,0-29,9 кг/м ²)	18 (45%)	15 (50%)
Ожиріння I ступеня (30,0-34,9 кг/м ²)	13 (32,5%)	8 (26,7%)
Ожиріння II ступеня (35,0-39,9 кг/м ²)	3 (7,5%)	-
Ожиріння III ступеня (понад 40 кг/м ²)	1 (2,5%)	-

У переважної більшості хворих (62,5%) основної групи переважав абдомінальний тип ожиріння.

У процесі дослідження показників добового моніторингування рН стравоходу (табл. 3) у більшості обстежених виявлено патологічні зміни. Кислі рефлюкси спостерігалися у 15 (37,5%) пацієнтів з основної і у 21 (70%) з групи порівняння. У хворих з ДГР загальна тривалість рН у стравоході <4,0 становила (19,2±5,3)%, в групі порівняння – (31,8±4,4)% ($p < 0,01$). В основній групі обстежених осіб виявлено збільшення кількості кислих рефлюксів за добу – (185±2,6), у групі порівняння – 279±45,2 ($p < 0,01$). У осіб з поєднанням ГЕРХ і ДГР за добу зафіксовано збільшену кількість слабо кислих рефлюксів – 311±36,7. У групі порівняння слабокислі рефлюкси, які збігалися з клінічними виявами, реєструвалися вірогідно рідше, середньодобовий показник становив 167±24,3. У 28 (70%) хворих з ДГР переважали лужні рефлюкси, в групі порівняння рефлюкси з рН>7,0 виявлено у 3 (10%) випадках. Для хворих із супутнім ДГР характерні тривалі рефлюкси. Рефлюкси тривалістю понад 5 хвилин спостерігалися в 15 (37,5%) хворих з основної групи і лише у 7 (23,3%) з групи порівняння. Середньодобова кількість рефлюксів понад 5 хвилин у хворих з ДГР становила 21,7±3,5, в групі порівняння – в середньому 9,3±4,7, що було вірогідно нижче ($p < 0,01$).

Під час проведення ендоскопії стравоходу у більшості хворих з групи порівняння у 22 (73,3%) була неерозивна форма ГЕРХ. У 23 (57,5%) обстежених осіб із супутнім ДГР діагностовано ерозії стравоходу: рефлюкс-езофагіт ступеня А зафіксовано у 16 (40%) хворих; рефлюкс-езофагіт ступеня В виявлено у 6 (15%) пацієнтів; сту-

Таблиця 3

Показники добової інтрастравохідної рН-метрії

Показник	% часу з рН<4	Кількість рефлюксів з рН<4, n	Кількість рефлюксів з рН 4-7, n	Кількість рефлюксів рН>7, n	Кількість рефлюксів, що тривали >5хв., n	Найбільш тривалий рефлюкс
ГЕРХ+ДГР (n = 40)	19,2±5,3	185±32,6	311±36,7*	184±23,2*	21,7±3,5	22 хв. 36 сек.*
ГЕРХ (n = 30)	31,8±4,4	279±45,2*	167±24,3	61±12,3	9,3±4,7*	11 хв. 18 сек.

Примітка: * $p<0,01$ – вірогідна міжгрупова різниця

пеня С – у 1 (2,5%). Поодинокі виразки стравоходу діагностовано у 2 пацієнтів з основної групи, в групі порівняння виразкові ураження стравоходу не спостерігалися.

Таблиця 4

Характеристика вмісту жовчних кислот у шлунковому соку

Ступінь ДГР	Основна група (n = 40)		Група порівняння (n = 30)	
	М+т, ммоль/л	%	М+т, ммоль/л	%
Норма	0,004±0,002	0	0,004±0,002	100
I ступінь	0,115±0,004	77,5	0	0
II ступінь	0,258±0,005*	15	0	0
III ступінь	0,510±0,010*	7,5	0	0

Примітка: * $p<0,001$ – вірогідна міжгрупова різниця

На підставі комплексу ендоскопічних ознак також виділяли наступні ступені ДГР: I ступінь – пілоричний сфінктер не змикається; II ступінь – пілоричний сфінктер не змикається, пролабування слизової оболонки ДПК в шлунок без її фіксації; III ступінь – пілоричний сфінктер не змикається, пролабування слизової оболонки ДПК в шлунок з частковою її фіксацією.

Грижу стравохідного отвору діафрагми виявлено у 13 (32,5%) хворих з основної групи та у 7 (23,3%) з групи порівняння. Недостатність нижнього стравохідного сфінктера спостерігалася у

17 (42,5%) хворих із супутнім ДГР і у 10 (33,3%) без ДГР з нормальною масою тіла.

При розподілі жовчних кислот за концентрацією було встановлено ступені дуоденогастрального рефлюксу (табл. 4).

Концентрація жовчних кислот корелювала із частотою візуальної реєстрації ДГР під час ендоскопії ($r=0,492$, $p<0,001$)/

За даними УЗД органів черевної порожнини в основній групі у 31 (77,5%) хворих виявлена наявність ознак хронічного холециститу (у 4 хворих на тлі жовчнокам'яної хвороби) та хронічного панкреатиту. У групі порівняння хронічний холецистит виявлений у 5 (16,7%) хворих, із них тільки в 1 на тлі жовчнокам'яної хвороби, у 2 (6,7%) – хронічний панкреатит, а ознаки гіпомоторної дискінезії жовчного міхура у 9 (30%) хворих.

Висновки. Супутній дуоденогастральний рефлюкс є чинником, що обтяжує перебіг рефлюксної хвороби. У хворих на ГЕРХ та супровідним ДГР спостерігаються більш інтенсивні клінічні прояви, що погіршує якість життя пацієнтів. Хворих із супутнім ДГР, окрім типових симптомів ГЕРХ, частіше турбують гіркота в роті, шкрябання в горлі, сухий кашель. Для цієї групи пацієнтів характерні супутні захворювання **більшарно** системи та підшлункової залози. Під час дослідження добового моніторингу рН у хворих з ДГР частіше спостерігаються лужні та слабкокіслі рефлюкси, переважає ерозивна форма ГЕРХ.

Список літератури:

1. Бабак О. Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / О. Я. Бабак, Г. Д. Фадеенко // К.: Интерфарма-Киев, 2000. – 350 с.
2. Бабак О. Я. Желчный рефлюкс: современные взгляды на патогенез и лечение / О. Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – № 1 (11). – С. 28-30.
3. Белоусов С. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и дуоденогастральный рефлюкс / С. С. Белоусов, С. В. Муратов. – Н. Новгород: НГМА, 2005. – С. 16-21.
4. Будзинский А. А. Современные возможности эндоскопической диагностики заболеваний пищевода / А. А. Будзинский, Г. В. Белова, В. М. Садоков // Альманах эндоскопии. – 2002. – № 1. – С. 6-7.
5. Вдовиченко В. І. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба: нерозв'язані питання і перспективи в світлі Консенсусу «GERD 2003» / В. І. Вдовиченко // Сучасна гастроентерологія. – 2004. – № 3. – С. 18-21.
6. Вискребенцева С. А. Нарушения моторики желудка при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / С. А. Вискребенцева, В. В. Алферов // РЖ гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2005. – № 6. – С. 35-39.
7. Минушкин О. Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эпидемиологические, патогенетические, клинико-диагностические и терапевтические аспекты / О. Н. Минушкин, Л. В. Масловский, О. Ю. Теплухина [и др.] // Гастроэнтерология. – 2006. – № 2. – С. 31-37.
8. Степанов Ю. М. ГЭРБ и хеликобактерная инфекция / Ю. М. Степанов, Л. М. Шендрик, Арби Мохамед // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 1 (51). – С. 62-69.
9. Vaezi M. F. Duodenogastro-oesophageal reflux / M. F. Vaezi, J. E. Richter // Baillieres Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 14, № 5. – P. 719-729.

Рева Т.В., Сучеван А.Г.

Буковинський державний медичний університет

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Аннотация

В статье проанализированы основные патогенетические моменты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и роль желчных рефлюксов. Изучены клинические особенности, показатели билиметрии, эзофагоскопии и суточного мониторинга внутрипищеводного pH у больных с щелочными рефлюксами. Сопутствующий дуоденогастральный рефлюкс значительно утяжеляет течение ГЭРБ, характеризуется увеличением длительности и количества внутрипищеводных рефлюксов, чаще сочетается с эрозивными эзофагитами в пищеводе, приводит к ухудшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, желчный рефлюкс, дуоденогастральный рефлюкс.

Reva T.V., Sucheivan A.G.

Bucovinian State Medical University

PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE WITH CONCOMITANT DUODENOGASTRIC REFLUX

Summary

In article the main pathogenetic moments of gastroesophageal reflux disease (GERD) and the role of bile reflux have been analyzed. Clinical peculiarities, indicators of a bilimetriya, and indexes of esophagoscopy and 24-hours monitoring of intraesophageal pH have been studied in patients with the alkaline reflux. The concomitant duodenogastric reflux considerably aggravates GERD course, and is characterized by the increase of duration and amount of intraesophageal reflux. It is more often combined with the development of intraesophageal erosions, resulting in the worsening of the patients' quality of life.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, alkaline reflux, duodenogastric reflux.

УДК 616-092.19:616.712-001.36-076

ГОСТРОФАЗОВА ВІДПОВІДЬ РАНЬОГО ПЕРІОДУ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ ТЯЖКОЇ ПОЄДНАНОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ ТРАВМИ

Ступницький М.А.

Харківський національний медичний університет

Метою дослідження було вивчення динаміки гострофазових показників плазми крові травмованих пацієнтів з тяжкою поєднаною торакальною травмою протягом раннього посттравматичного періоду та їх значення у патофізіологічних механізмах декомпенсації травматичної хвороби. Обстежено 73 пацієнти чоловічої статі віком від 20 до 68 років. Виявлено зниження концентрації гострофазових білків, що залежить від тяжкості травми. Застосування значних об'ємів інфузійно-трансфузійної терапії негативно впливає на концентрацію церулоплазміну, гаптоглобіну та загальної залізовв'язуючої здатності (трансферину), а концентрація фібриногену впливу не зазнає. У пацієнтів, що загинули, спостерігаються більш значні та тривалі відхилення досліджуваних гострофазових показників від норми порівняно з пацієнтами, котрі одужали. Чіткий зв'язок між концентрацією церулоплазміну, гаптоглобіну та ступенями травматичного шоку дає можливість застосування їх у практиці для підтвердження тяжкого травматичного шоку на 1-2-у добу.

Ключові слова: Тяжка поєднана торакальна травма, травматичний шок, церулоплазмін, гаптоглобін, фібриноген, загальна залізовв'язуюча здатність.

Постановка проблеми. Після черепно-мозкової травми, торакальна травма – найчастіша причина летальності внаслідок нещасних випадків [8, 36]. У мирний час травми грудної клітки займають третє місце за поширеністю та

складають 8-10% усіх механічних пошкоджень тулуба. В умовах сучасних принципів лікування пацієнтів з поєднаною травмою, а саме концепції «контролю пошкоджень», виникає проблема моніторингу показників функціонального стану па-