

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба: шляхи вирішення клінічних проблем у загальній практиці–сімейній медицині

В.М. Чернобровий, С.Г. Мелащенко, О.О. Ксенчин

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Мета дослідження: дослідити особливості кислотопродукції шлунка та рівні кислотної агресії стравоходу у пацієнтів з ізольованим перебігом гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та артеріальної гіпертензії (АГ), а також коморбідним перебігом цих захворювань.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 78 пацієнтів, розподілених на 4 групи: група пацієнтів з ГЕРХ, група з АГ, група з коморбідним перебігом ГЕРХ і АГ та група без ГЕРХ і АГ. В умовах клініко-діагностичної міждисциплінарної гастроентерологічної лабораторії на базі кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова усім пацієнтам було виконано 3-канальний езофаго-гастро-рН-моніторинг. Був проведений 3-годинний варіант даного обстеження зі стандартизованим провокуючим сніданком. Усім пацієнтам проводили оцінювання шлункової секреції за оригінальними інтегративними показниками, які враховували базальний рівень рН, тривалість залуження шлунка або збудження секреції при гіпоацидності.

Результати. Хворі на ГЕРХ з АГ та без неї демонстрували однакову кількість кислотних та усіх (кислотних + некислотних) рефлюксів 18,9 проти 19,8 ($p>0,05$). Але відмінність між цими двома групами була у тому, що у хворих з супутньою АГ спостерігали більш тривалі найдовші рефлюкси 309,3 проти 179,1 ($p<0,05$). У цілому кислотна експозиція мала тенденцію до подовження – 25,9 проти 20,9 ($p>0,05$).

Проведений нами аналіз стану шлункової секреції за результатами інтрагастрального 200-хвилинного рН-моніторингу продемонстрував очікувано більш інтенсивне кислотоутворення в обох групах пацієнтів з ГЕРХ. Найбільш «кислими» виявились хворі на ГЕРХ з АГ, але, у порівнянні з такими самими хворими без АГ, різниця не була вірогідною внаслідок відносно малого розміру вибірок.

Заключення. Коморбідний перебіг ГЕРХ та АГ характеризується більш вираженими патологічними порушеннями моторики у нижній третині стравоходу на відміну від ізольованої ГЕРХ, що відображає на збільшенні кислотної експозиції та схильності до тривалих рефлюксів. Фактором, який додатково може обтяжувати ГЕРХ у сполученні з АГ, може бути шлункова гіперацидність та явна схильність до ожиріння.

Ключові слова: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, артеріальна гіпертензія, 3-канальний езофаго-гастро-рН-моніторинг.

Систематичний огляд результатів 15 епідеміологічних досліджень засвідчив, що поширеність гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) серед населення країн Західної Європи та Північної Америки становить 10–20% [9]. Але частота поширеності ГЕРХ серед населення вочевидь є вищою, ніж свідчить статистика. Це пов'язано з тим, що лише незначна частина пацієнтів з печією звертаються за медичною допомогою, та тим що не всі лікарі, а особливо лікарі загальної практики, приділяють достатню увагу цій проблемі.

Водночас однією з особливостей сучасної клінічної медицини є те, що захворювання втрачають мононозологічний характер і частіше мають коморбідний перебіг. Останнім часом все частіше повідомляється про такі комбінації, як артеріальна гіпертензія (АГ) та кислото-залежні захворювання (КЗЗ), а серед них ГЕРХ [1]. Так, бразильські автори висвітили результати дослідження, в якому вивчали частоту та структуру супутніх ГЕРХ захворювань у пацієнтів 18–80 років. Було встановлено, що АГ була найбільш частим супутнім захворюванням, яке зустрічалось у 21% пацієнтів з ГЕРХ [12]. Взаємодія між травним трактом (ТТ) та серцево-судинною системою викликає безсумнівний інтерес. Спільні патогенетичні та етіологічні процеси свідчать про те, що коморбідний перебіг цих захворювань не випадковий, а є однією з клінічних проблем, зокрема у загальній практиці–сімейній медицині.

Мета дослідження: дослідити особливості кислотопродукції шлунка та рівні кислотної агресії стравоходу у пацієнтів з ізольованим перебігом ГЕРХ та АГ, а також коморбідним перебігом цих захворювань.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 78 пацієнтів, розподілених на 4 групи: група пацієнтів з ГЕРХ, група з АГ, група з коморбідним перебігом ГЕРХ і АГ та група без ГЕРХ і АГ. Характеристики груп за віком та гендерними особливостями наведена у таблиці. За основу діагностики ГЕРХ були взяті положення Монреальського консенсусу 2006 року. При цьому використовували наступні критерії:

- 1) ерозії стравоходу при езофагогастроуденоскопії;
- 2) епізоди печії частіше одного разу на тиждень;
- 3) еквіваленти печії (кашель, кардіалгія, осиплість голосу тощо), підтвержені патологічним рефлюксом або сполученням останнього з симптомами при інтраезофагеальному рН-моніторингу;
- 4) позитивні результати тижневого ІПП-тесту [8].

Наявність двох будь-яких перерахованих вище критеріїв вважали підтвердженням діагнозу ГЕРХ. Наявність АГ визначали за критеріями уніфікованого клінічного протоколу МОЗ України. У групи пацієнтів без ГЕРХ увійшли диспепсичні хворі, які за віком та гендерним складом були подібні до груп з ГЕРХ. Найбільш частим діагнозом була «функціональна диспепсія» (ФД), а також інші варіанти шлункової диспепсії – НР- та НПЗП-асоційовані.

Критерії виключення пацієнтів із дослідження: вік до 30 років або після 75 років; вагітність та лактація.

Внаслідок того, що досліджували АГ, пацієнти усіх груп в основному були середньої вікової групи – 45-65 років. Не включалися пацієнти, які мали пептичну виразку, перенесли резекцію шлунка, мали синдром Золлінгер-Еллісона, неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона в активній фазі, хронічну серцеву недостатність вище ІІФК за NYHA, хронічні захворювання нирок з ШКФ менше 30 мл/хв, леге-

Зведена таблиця даних за групами дослідження

Показники	Групи пацієнтів			
	Без ГЕРХ, без АГ	ГЕРХ без АГ	АГ без ГЕРХ	ГЕРХ з АГ
Кількість пацієнтів у групі	19	19	19	21
з них чоловіків	6	7	6	7
з них жінок	13	12	13	14
Середній вік (років, M±m)	52,1±3,1	49,6±2,5	59,6±1,4	58,4±1,6
ІМТ (кг/м ² , M±m)	25,2±1,3	25,6±1,1	29,1±1,1	30,4±1,1
Ендоскопічно позитивна ГЕРХ	0	4	0	5
Кількість кислотних рефлюксів, M±m	3±0,9	11,3±1,6	0,9±0,5	11,1±1,4
Загальна кількість рефлюксів (M±m)	11,7±1,6	19,8±2,4	10,4±1,5	18,9±2,3
Тривалість найдовшого рефлюксу (с, M±m)	44,3±24,2	179,1±43,1*	27,6±15,8	309,3±58,13*
Відсоток часу з рН <4 у стравоході (M±m)	3,77±2,3	20,9±5,6	0,05±0,05	25,9±6,01

Примітка: * – показники, де є статистично достовірна відмінність.

неву недостатність вище II ступеня, явища печінкової енцефалопатії вище II ст., портальної гіпертензії II–IV ст. за Baveno.

В умовах клініко-діагностичної міждисциплінарної гастроентерологічної лабораторії на базі кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова усім пацієнтам було виконано 3-канальний езофаго-гастро-рН-моніторинг. Був проведений 3-годинний варіант даного обстеження зі стандартизованим провокувальним сніданком. Обстеження включало 45 хв реєстрації рН до провокаційного стандартного сніданку (507 кКал) та 140 хв після. Реєстрацію проводили у трьох локасах (мал. 1): у стравоході (5 см вище нижнього стравохідного сфінктера), кардіальному відділі шлунка (6 см нижче НСС) та тілі шлунка (17 см нижче НСС). Критерієм підтвердження наявності патологічного рефлюксу вважали наявність більше 6 кислотних рефлюксів протягом 3-годинного обстеження [3]. Усім пацієнтам проводили оцінювання шлункової секреції за оригінальними інтегративними показниками, які враховували базальний рівень рН, тривалість залуження шлунка або збудження секреції при гіпоацидності [4].

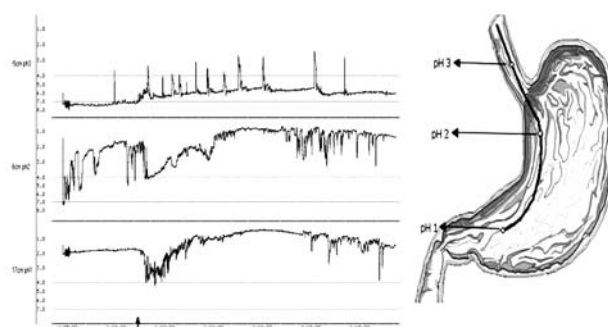
Статистичне оброблення даних проводили з використанням пакета прикладної статистичної програми «MedCalc 11.3.3.0» (MedCalc software bvba, Holland) з обрахуванням середньої арифметичної величини, її стандартної похибки, коефіцієнта рангової кореляції Манна–Уїтні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведені дослідження внутрішньопорожнинної ацидності у клінічних групах дозволили скласти загальну уяву про характер патологічних рефлюксів та фізіології кислотоутворення у пацієнтів з розладами травлення верхніх відділів ТТ у сполученні з підвищенням артеріального тиску (див. таблицю).

Аналізуючи ІМТ у всіх чотирьох групах дослідження, очевидним був факт того, що хворі на АГ як з ГЕРХ так і без неї були вірогідно більш схильними до ожиріння – 29,9±0,8 проти 25,6±0,8 (p=0,0002). У той самий час із даних літератури відомо, що і при ГЕРХ ожиріння є важливою ланкою патогенезу. Але в наших спостереженнях ми не знайшли підвищення ІМТ у групі ГЕРХ без АГ. Отже ожиріння в більшій мірі асоційоване з АГ, ніж з ГЕРХ.

Хворі на ГЕРХ з АГ та без неї демонстрували однакову кількість кислотних та усіх (кислотних + некислотних) рефлюксів 18,9 проти 19,8 (p>0.05). Але відмінність між цими двома групами була в тому, що у хворих з супутньою АГ спостерігали більш тривалі рефлюкси 309,3 проти 179,1 (p<0,05) та в цілому кислотна експозиція мала тенденцію до подовження – 25,9 проти 20,9 (p>0,05). Подовження перерахованих показників можна пояснити або присутністю грижі стравохідного отвору діафрагми або погіршенням механічного та хімічного кліренсу стравоходу



Мал. 1: Приклад запису 3-годинного 3-канального езофаго-гастро-рН-моніторингу (рискою вказане вживання їжі)

після потрапляння в нього рефлюкату, що є найбільш ймовірною. Останнім часом обговорюється значення такого розладу як неефективна стравохідна моторика (ineffective esophageal motility – ІЕМ), що обтяжує перебіг ГЕРХ [10]. У літературі є свідчення про негативний вплив домінування симпатичної системи на моторику стравоходу [7]. Враховуючи ту обставину, що у хворих з АГ є гіперсимпатикотонія, стає зрозумілим погіршення показників кислотної експозиції у стравоході. Патогенетичним тригером декомпенсації слід вважати вегетативну дисфункцію з наступним погіршенням перебігу ГЕРХ, що розглядається як фактор неінфекційної шлунково-кишкової патології [2].

Проведений аналіз стану шлункової секреції за результатами інтрагастрального 200-хвилинного рН-моніторингу показав очікувано більш інтенсивне кислотоутворення в обох групах пацієнтів з ГЕРХ (мал. 2). У половині хворих (20 з 40) спостерігався патерн гіперацидності. У той самий час сумарно у групах «без ГЕРХ без АГ» та «АГ без ГЕРХ» пацієнтів з гіперацидністю було лише 20% (p<0,009, за точним тестом Фішера). Поясненням цього явища може бути та обставина, що пацієнти обох груп без ГЕРХ складались з диспептичних хворих (ФД, НР- і НПЗП-асоційовані) переважно середнього віку (45–65 років), в яких доволі частими є атрофічні зміни слизової оболонки шлунка. Печія та інших проявів ГЕРХ у них немає через те, що рефлюкат не є агресивним – кислим. У той самий час закиди в стравохід слабокислих та лужних рефлюксів у них були достатньо частими (див. таблицю).

Найбільш «кислими» виявились хворі на ГЕРХ з АГ, але, у порівнянні з хворими без АГ, різниця не була вірогідною внаслідок відносно малої кількості вибірок. Ймовірним поясненням такої гіперацидності пацієнтів з АГ може бути стан домінування симпатичної автономної системи [11]. Ацидність, яку вимірюють при інтрагастральній рН-метрії, залежить не тільки від атрофії/гіперплазії залоз, але і від того наскільки ак-

тивно реагує шлунок на механічне та хімічне подразнення. Ми звернули увагу на те, що у групі пацієнтів з ГЕРХ без АГ досить часто реєстрували гальмівний патерн кислотності (див. мал. 2), тобто у таких пацієнтів збудження секреції відбувалося тільки після стандартизованого сніданку, а до того вміст органу був майже анацидний. З 21-го хворого групи ГЕРХ з АГ такий особливий варіант секреції був лише в одного пацієнта.

ВИСНОВКИ

Коморбідний перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та артеріальної гіпертензії (АГ) характеризується більш вираженими патологічними порушеннями моторики у нижній третині стравоходу на відміну від ізольованої ГЕРХ, що впливає на збільшення кислотної експозиції та схильність до тривалих рефлюксів.

Фактором, який додатково може обтяжувати ГЕРХ у сполученні з АГ може бути шлункова гіперацидність та явна схильність до ожиріння.

Перспективи подальших досліджень.

Більш важкий гастроєзофагеальний рефлюкс у хворих на ГЕРХ у сполученні з АГ, вимагає більш детального вивчення патогенезу цих розладів, пошуку ефективних лікувальних заходів. Гіпотетичне припущення щодо гіпертонусу симпатичної нервової системи та можливий негативний вплив грижі стравохідного отвору діафрагми потребує про-

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: пути решения клинических проблем в общей практике—семейной медицине

В.Н. Чернобровий, С.Г. Мелашченко, О.А. Ксенчин

Цель исследования: изучение особенностей кислотопродукции желудка и уровней кислотной агрессии пищевода у пациентов с изолированным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и артериальной гипертензией (АГ), а также коморбидным течением этих заболеваний.

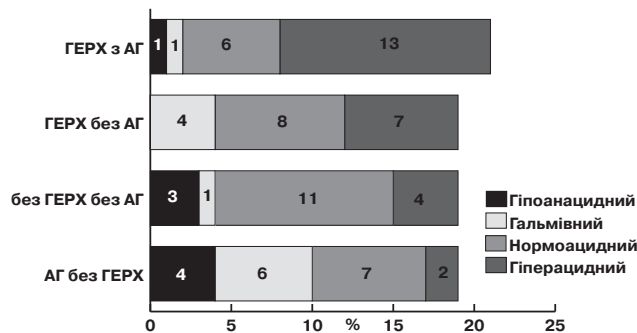
Материалы и методы. В исследование были включены 78 пациентов, распределенных на 4 группы: группа пациентов с ГЭРБ, группа с АГ, группа с коморбидным течением ГЭРБ и АГ и группа без ГЭРБ и АГ. В условиях клинико-диагностической междисциплинарной гастроэнтерологической лаборатории на базе кафедры внутренней и семейной медицины Винницкого национального медицинского университета имени М.И. Пирогова всем пациентам был выполнен 3-канальный эзофаго-гастро-рН-мониторинг. Был проведен 3-часовой вариант данного обследования со стандартизированным провоцирующим завтраком. Всем пациентам оценивали желудочную секрецию по оригинальным интегративным показателям, которые учитывали базальный уровень рН, продолжительность защелачивания желудка или возбуждения секреции при гипоацидности.

Результаты. Больные ГЭРБ с АГ и без нее демонстрировали одинаковое количество кислотных и всех (кислотных + некислотных) рефлюксов 18,9 против 19,8 (p>0,05). Но разница между этими двумя группами была в том, что у больных с сопутствующей АГ наблюдались более длительные рефлюксы 309,3 и 179,1 соответственно (p<0,05). В целом кислотная экспозиция имела тенденцию к увеличению – 25,9 против 20,9 (p>0,05).

Проведенный нами анализ желудочной секреции по результатам интрагастрального 200-минутного рН-мониторинга продемонстрировал ожидаемо более интенсивное кислотообразование в обеих группах пациентов с ГЭРБ. Наиболее «кислыми» оказались больные ГЭРБ с АГ, но, по сравнению с такими же больными без АГ, разница не была достоверной вследствие относительно малого размера выборки.

Заключение. Коморбидное течение ГЭРБ и АГ характеризуется более выраженными патологическими нарушениями моторики в нижней трети пищевода, в отличие от изолированной ГЭРБ, что проявляется увеличением кислотной экспозиции и склонностью к длительным рефлюксам. Фактором, который дополнительно может обременять ГЭРБ в сочетании с АГ, может быть желудочная гиперацидность и явная склонность к ожирению.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, артериальная гипертензия, 3-канальный эзофаго-гастро-рН-мониторинг.



Мал. 2. Результати інтрагастрального 200-хвилинного рН-мониторингу після вживання стандартизованого сніданку. Наведений кількісний розподіл хворих за патернами шлункової кислотності

ведення досліджень з одночасним оцінюванням тонузу автономної нервової системи та якісною діагностикою діафрагмальних гриж. Рішення цих проблем, загальних для обох нозологій важливе для лікарів загальної практики, оскільки переважну кількість таких хворих лікується на первинному рівні, і саме лікар загальної практики, зустрічаючи таких пацієнтів, має враховувати сполучення цих захворювань.

GERD: clinical solutions of problems in general practice

V.N. Chernobroviy, S.G. Melashchenko, O.A. Ksenchyn

The objective: To explore the features of acid level and aggravation in stomach and esophagus in patients with isolated GERD, hypertension and their comorbidity.

Patients and methods. For this study were selected 4 groups: group of patients with GERD, a group of patients with hypertension, the group of patients with comorbid hypertension and GERD and group without GERD and hypertension (total 78 patients). To all patients were performed 3-channel gastro esophageal pH monitoring. In our case, we conducted a 3-hour version of the survey with standardized provoking breakfast. All patients underwent assessment of gastric secretion by original integrative indicators that reflect basal pH, number of different types of refluxes, duration of alkalization in stomach after meal.

Results. GERD patients with hypertension and without are demonstrating an equal number of acid and all (nonacid + acid) reflux which is 18,9 against 19,8 (p>0,05). But the difference between the two groups was that in patients with concomitant hypertension observed longer refluxes 309,3 to 179,1 (p<0,05) and a total acid exposure tends to be prolonged – 25,9 to 20,9 (p>0,05).

Our analysis of the state of gastric secretion on the results of 200-minute intra gastric pH monitoring, showed as expected more intensive acid in both groups of patients with GERD. The most «acidic» patients were GERD patients with hypertension, but compared with similar patients without hypertension, the difference was false due to the relatively small size of the samples.

Conclusion. Comorbidity of GERD and hypertension is characterized by severe pathological dysmotility in the lower third of the esophagus, unlike isolated GERD, which affects the increase in acid exposure and susceptibility to long reflux. A factor that may add to burden of GERD in combination with hypertension may be gastric hyperacidity and a clear predisposition to obesity.

Key words: gastroesophageal reflux disease, hypertension, 3-channel gastroesophageal-pH monitoring.

Сведения об авторах

Чернобровый Вячеслав Николаевич – Кафедра внутренние и семейной медицины Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 69-07-59, (067) 984-93-98. E-mail: pavlocao1963@mail.ru

Мелашенко Сергей Григорьевич – Кафедра внутренние и семейной медицины Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 69-00-43, (097) 391-21-08. E-mail: Melashk15@gmail.com

Ксенчин Олег Александрович – Кафедра внутренние и семейной медицины Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 60-32-28, (097) 900-91-40. E-mail: vinshura@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вдовиченко В.І., Острогляд А.В., Курченко Л.М. Поширеність гастроэзофагеальной рефлюксної хвороби у хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію // Укр. терап. журн. – № 2. – С. 35–38.
2. Головской Б.В., Хомаева Я.Б. Периферические вегетативные синдромы при гастроэнтерологических заболеваниях // Гастро-бюллетень. – 2000. – № 1–2, прил. 1. – С. 19.
3. Мелашенко С.Г., Кузенко Ю.Г. Способ диагностики ГЕРХ. Патент № 2014 00749 від 27.01.2014 р.
4. Мелашенко С.Г., Єрмілова Г.В., Ткачук Т.М., Низькошапка С.М. Способ диагностики атрофичного та гіперсекреторного гастритів. Патент UA 80751U від 10.06.2013 р.
5. Трухманов А.С., Кайбышева В.О. pH-импедансометрия пищевода. Посobie для врачей // Под ред. акад. РАМН, проф. В.Т. Ивашкина. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М». – 2013. – С. 32.
6. Чернобровый В.М., Колісник С.П., Заїка С.В. Способ экспрес-діагностики та контролю лікування гастроэзофагеальной рефлюксної хвороби. Пат. № 13105 від 15.03.2006, Бюл. № 3, 2006 р.
7. Chen C.L., Orr W.C. et al. Cardiac autonomic regulation differentiates reflux disease with and without erosive esophagitis. // Scand. J. Gastroenterol. – 2006. – V. 41(N9). – P. 1001–1006.
8. de Leone A., Tonini M., Dominici P., Grossi E., Pace F. The proton pump inhibitor test for gastroesophageal reflux disease: Optimal cut-off value and duration // Dig. Liver. Dis. – 2010. – V. 42, № 11. – P. 785–790.
9. Dent J., El-Serag H.B., Wallander M.A., Johansson S. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: A systematic review // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P. 710–717.
10. Lee K.J., Kim J.H., Cho S.W. Prevalence of ineffective esophageal motility and its relevance to symptoms and esophageal acid exposure in korean patients referred for foregut symptoms. // Digestion. – 2006. – V. 73 (№ 2–3). – P. 171–177.
11. Mancia G, Grassi G. The Autonomic Nervous System and Hypertension // Circ Res. – 2014. – V. 114. – P. 1804–1814.
12. Nandankar S., Talley N.J. Epidemiology and natural history of reflux disease // Baillieres best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 5. – P. 743–757.

Статья поступила в редакцию 05.12.2016

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

НЕОБЫЧНЫЙ СПОСОБ ЗАМЕРА САХАРА ПРЕДЛОЖИЛИ АМЕРИКАНСКИЕ УЧЕНЫЕ

Калифорнийский университет разработал новый способ безболезненного мониторинга уровня сахара в крови.

Как передает "Дни24", идея в анализе не крови, а пота человека. И с этим прекрасно справляются особые носки со встроенными сенсорами.

Они не только производят довольно точный анализ, но и пе-

редают собранную информацию на телефон пользователя. В специальном приложении отображаются данные об уровне сахара и молочной кислоты. Отличительная особенность носков - применение уникальных, гибких сенсоров.

Похожие методики ученые используют уже давно. Однако конструктивные ограничения не

давали возможность встраивать сенсоры в предметы одежды. Между тем, это логичное и удобное решение, ведь оно производит мониторинг практически 24 часа в сутки. По словам разработчиков носков, обычные глюкометры вскоре исчезнут вовсе.

Источник:

<http://www.meddaily.ru>