

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Калинина Н. В., Загорский В. А.* Протезирование при полной потере зубов. — М.: Медицина, 1999. — 90 с.

2. *Гударьян А. А.* Состояние альвеолярной кости, показатели ее метаболизма и кальций-фосфорного обмена у больных генерализованным пародонтитом, ассоциированным с

сахарным диабетом 1-го и 2-го типа // Совр. стоматология. — 2004. — № 1. — С. 69-72.

3. *Ибрагимов Т. Н.* Стоматологическая реабилитация больных при нарушениях метаболизма и регионарного кровотока, обусловленных соматическими заболеваниями: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2001. — 47 с.

4. *Загорский В. А., Рединов И. С.* Восстановление функции органов полости рта при потере зубов // Стоматология. — 2001. — № 3. — С. 47-49.

5. *Окороков А. Н.* Диагностика болезней внутренних органов. Т. 10. Диагностика болезней сердца и сосудов. — М.: Мед. лит., 2005. — 384 с.

6. *Прикладная иммунология* / Ред. А. А. Сохотин, Е. Ф. Чернушенко. — К.: Здоров'я, 1994. — 320 с.

УДК 616. 329-002-07

І. В. Шкварковський

# ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СИМПТОМАТИКИ ЗАХВОРЮВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

## Вступ

Клінічні ознаки рефлюкс-езофагіту відомі протягом багатьох століть, однак тривалий час цей симптомокомплекс розглядався як «супровідне захворювання» при інших патологічних процесах шлунка, дванадцятипалої кишки й органів панкреатобіліарної системи. Згодом стало відомо, що рефлюкс-езофагіт має власну етіологію, патогенез і набув всесвітнього визнання як самостійна нозологічна одиниця. За результатами епідеміологічних досліджень щороку збільшується кількість пацієнтів, що звертаються по медичну допомогу з клінічними проявами гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), а за останні 10 років популяція хворих на ГЕРХ зростає настільки, що в 1997 р. на Європейському гастроентерологічному семінарі в Бірмінгемі було проголошено: «XX століття — століття виразкової хвороби, XXI століття — століття ГЕРХ». За даними деяких авторів, розповсюдженість ГЕРХ коливається від 20 до 50 %, конкуруючи з холециститом і виразковою хворо-

бою. Особливого значення проблема набуває з огляду на постійне збільшення частоти такого ускладнення рефлюкс-езофагіту, як стравохід Баррета, який діагностується у 14 % хворих і розглядається як передраковий стан [1; 2].

Основним патогенетичним субстратом ГЕРХ є потрапляння кислотно-пептичного шлункового вмісту у стравохід внаслідок порушення функції нижнього стравохідного сфінктера, що може бути зумовлено:

— функціональними розладами (порушення моторики стравоходу, уповільнення евакуації шлункового вмісту, зниження тону нижнього стравохідного сфінктера, пригнічення секреції слини, зниження резистентності слизової оболонки стравоходу, дуоденогастроєзофагеальний рефлюкс);

— анатомічними передумовами (грижа стравохідного розтвору діафрагми, важкість дотримання вертикального положення тіла);

— застосування лікарських засобів, що безпосередньо ушкоджують слизову оболонку стравоходу (аспірин, нестеро-

їдні протизапальні препарати, кортикостероїди), а також медикаментів, що мають непряму дію в результаті зниження тону нижнього стравохідного сфінктера (теофілін, нітрати, блокатори кальцієвих каналів, антихолінергічні препарати) [3].

На початкових стадіях захворювання зміни слизової оболонки мінімальні, однак при вираженій «агресивності» шлункового вмісту, зниженні захисних властивостей слизової оболонки та відсутності адекватного лікування процес набуває прогресуючого характеру. При ураженні сполучнотканинної пластинки слизової оболонки виникають виразки, які, в свою чергу, ускладнюються кровотечами або перфорацією. В разі розповсюдження запального процесу на м'язову оболонку розвиваються рубцева деформація, періезофагіт, фіброзний медіастиніт.

**Мета** дослідження. З огляду на існуючий поліморфізм етіологічних причин виникнення ГЕРХ, дослідити трансформацію клінічних проявів й інформативність окремих діагностичних методів у верифікації шлунково-стравохідного рефлюксу.



## Матеріали та методи дослідження

Аналіз власних результатів показав, що основною причиною ГЕРХ у всіх 114 хворих була грижа стравохідного розтвору діафрагми (аксіального, параезофагеального та змішаного типу). Більшість хворих госпіталізовані до хірургічного стаціонару в плановому порядку після тривалого й недостатньо ефективного лікування у терапевтичних відділеннях гастроентерологічного та пульмонологічного профілю (83 хворих, 72,8 %), решта надійшли до клініки за ургентними показаннями з приводу загострення жовчонкам'яної хвороби; гострого панкреатиту; виразкової хвороби, ускладненої кровотечею. У 105 хворих наявність грижі стравохідного розтвору діафрагми була діагностована на етапі передопераційного обстеження, в 9 випадках — під час оперативного втручання з приводу хронічного калькульозного холециститу та виразкової хвороби.

### Результати дослідження та їх обговорення

Поглиблене вивчення ГЕРХ як однієї з найбільш актуальних проблем сучасної хірургії привело до перегляду не тільки основних положень етіопатогенезу, а й інтерпретації клінічної симптоматики захворювання. Проведений ретроспективний аналіз клінічного матеріалу показав, що симптоматика ГЕРХ надзвичайно різноманітна (таблиця). За нашими даними, клінічний прояв, який часто виявляється у хворих дослідної групи, — це біль (у 97,2 % осіб), інтенсивність і локалізація якого були різними. Так, локалізація в епігастрії відзначена більш ніж у половини хворих (61,4 %), за грудниною — у 26 %. Розповсюдженість болю на правий підреберний простір у наших спостереженнях була зумовлена супровідним запальним процесом у жовчному міхурі та відзначалася у 12,6 % хворих. Сьо-

Таблиця  
Характеристика клінічних проявів ГЕРХ

Клінічна симптоматика	Частота, %
Біль	97,2
в епігастрії	61,4
за грудниною	26,0
у правій половині грудної клітки	12,6
Печія	69,0
Відрижка	8,6
Стенокардитично-подібні прояви	68,7
Погіршення стану в горизонтальному положенні	75,0
Нудота	25,4
Дисфагія	10,0
Зригування	18,3
Задишка	—
Бронхіальна астма	—
Аспіраційна пневмонія	11,3
Ларингофарингіт	—

годні належність болю за грудниною до проявів ГЕРХ встановлюють у 61 % хворих [4].

Меншою виявилася частота виникнення печії та відрижки у хворих — 69 і 8,6 % відповідно. Водночас погіршення стану хворих із посиленням вказаних вище ознак було характерним у горизонтальному положенні. На сучасному етапі вивчення ГЕРХ наявність печії визнана основним симптомом гастроезофагеального рефлюксу і діагностується у 95 % хворих [5].

Явища дисфагії у хворих з рефлюкс-езофагітом на фоні грижі стравохідного розтвору діафрагми розцінювались як результат її защемлення, що діагностовано у 10 % пацієнтів. Патологія органів дихання різного ступеня тяжкості виявлена у 11,3 % хворих. Слід пам'ятати, що при ГЕРХ можливе існування таких симптомів, як слинотеча, метеоризм, відчуття нудоти, зригування, які відмічені нами у 18,3–25,4 %.

Крім типової клінічної симптоматики ГЕРХ, сьогодні у клінічній практиці чітко виділяють «позастравохідні» прояви, які

здатні призвести до помилкового висновку і потребують диференційної діагностики з іншими захворюваннями. «Позастравохідні» прояви ГЕРХ досить різноманітні, втім, їх можна об'єднати у кілька груп:

— кардіальні (болі в лівій половині грудної клітки, порушення серцевого ритму);

— бронхіальні (хронічний кашель, рецидивні пневмонії, напади бронхоспазму);

— ларингофарингеальні (фарингіти, ларингіти, риніти);

— стоматологічні (карієс, періодонтит).

У наших спостереженнях типовий стенокардитичний характер перебігу захворювання був виявлений у 68,7 % хворих. У результаті проведення диференційної діагностики з використанням проб встановлено, що у 7 випадках скарги були зумовлені ішемічними змінами міокарда, а у решті 17 — «позастравохідними» кардіальними проявами ГЕРХ. Існування легеневої та ларингофарингеальної симптоматики не дало належної оцінки і трактувалося як прояви самостійної патології вказаних органів у 15 хворих. Сьогодні загальновідомим є той факт, що болі в лівій половині грудної клітки відмічаються у 25–30 % хворих із ГЕРХ. Їх особливістю є відсутність органічних змін при коронарографії, в зв'язку з чим ці болі називають некардіальними. Приблизно у половини хворих при проведенні ФЕГДС і добового моніторингу внутрішньостравохідного рН вдається виявити зміни, які є типовими для ГЕРХ [6].

Виділення ГЕРХ у самостійну нозологічну одиницю сприяло розширенню об'єму вивчення та перегляду значення окремих клінічних проявів. Відповідно до підсумків Генвальської конференції, прийнято рішення розглядати печію як найбільш частий та клінічно вагомий симптом ГЕРХ, наявний більше ніж у 95 % хворих.

Аналіз отриманих даних і вивчення сучасної літератури свід-



чить про зростання частоти верифікації печії та її трансформацію в основну скаргу, що характеризує ГЕРХ. Однак не всі хворі достатньо вірно трактують явища печії, деякі пацієнти не відносять на її рахунок відчуття пекучого дискомфорту за грудниною або в епігастральній ділянці. З огляду на це, було прийнято рішення розглядати печію як відчуття печіння, що розповсюджується від епігастрії або нижньої частини груднини до шиї. Основним механізмом виникнення цього симптому є контакт слизової оболонки стравоходу з кислотно-пептичним вмістом шлунка, а в окремих випадках — і з жовчаними кислотами та панкреатичними ферментами. Рефлюкс вважається патологічним, якщо його частота перевищує 50 епізодів за добу, а внутрішньостравохідне рН менше 4 упродовж більш ніж 4,2 % усього часу спостереження [7].

Типовим «позастравохідним» проявом ГЕРХ є хронічний кашель, особливо той, що виникає вночі. Вважається, що у 50 % пацієнтів цей клінічний прояв пов'язаний з існуванням ГЕРХ. Патогенетичні механізми виникнення кашлю у даного контингенту хворих зумовлені мікро- та макроаспірацією шлункового вмісту в бронхіальне дерево з подразненням слизової оболонки, а також вагус-опосередкованим впливом. Проте у 40–70 % хворих із рефлюкс-індукованим хронічним кашлем таких типових клінічних ознак ГЕРХ, як печія та зригування, може не бути [8].

Частота верифікації патологічного шлунково-стравохідного рефлюксу у хворих на бронхіальну астму коливається від 50 до 80 %. Одночасно з цим основні клінічні ознаки ГЕРХ вдається визначити у 64 % обстежених хворих на бронхіальну астму. Патогенетичний взаємозв'язок між ГЕРХ і бронхіальною астмою є доволі складним. З одного боку, наявність шлунково-стравохідного рефлюксу

сприяє виникненню бронхіальної астми, внаслідок бронхоспазму, зумовленого рефлексаторним вагусним механізмом, а також гіперреактивністю бронхів, що розвивається в результаті тривалої дії кислотно-пептичного шлункового вмісту, мікро- та макроаспірації. З другого боку, сама бронхіальна астма сприяє розвитку ГЕРХ за рахунок збільшення градієнта тиску між грудною та черевною порожнинами, високої частоти гриж стравохідного розтвору діафрагми та застосування бронходилаторів, здатних зменшувати тонус нижнього стравохідного сфінктера [9]. Відсутність у хворих документальних даних про взаємозв'язок між наявним рефлюкс-езофагітом і порушеннями серцевого ритму, бронхіальною астмою, ураженням гортані, зубів та ясен вказує на те, що до недавнього часу ці поліморфні прояви не пов'язували з наявністю ГЕРХ, а вважали супровідною патологією, яка в наших спостереженнях була діагностована у 64,3 % хворих.

## Висновки

1. Накопичений колективний досвід свідчить про трансформацію клінічної симптоматики шлунково-стравохідного рефлюксу та необхідність переоцінки інформативності окремих проявів даної нозології.

2. Печія у поєднанні з болями за грудниною, відрижкою кислим і дисфагією підтверджує кислотозалежний характер рефлюксної хвороби.

**Перспектива подальшого розв'язання проблеми** полягає у переоцінці діагностичного значення окремих інструментальних методів, що дозволить покращити діагностику гастро-езофагеальної рефлюксної хвороби й обґрунтовано підійти до вибору лікувальної тактики.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Арутюнов А. Г., Бурков С. Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пациентов пожилого и старческого возраста // Клини. перспекти-

вы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2005. — № 1. — С. 31-37.

2. Бабак О. Я., Фадеевко Г. Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. — К.: Интерфарма, 2000. — 175 с.

3. Вдовиченко В. І., Острогляд А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба: нерозв'язані питання і перспективи в світлі консенсусу "GERD 2003" // Medicus amicus. — 2005. — № 2. — С. 20.

4. Иванова О. В., Морозов С. В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Болезни органов пищеварения. — 2004. — № 2. — С. 15-21.

5. Колісник С. П., Чернобровий В. М. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба: актуальні питання сучасної діагностики, лікування та профілактики // Сучасна гастроентерологія. — 2006. — № 1 (27). — С. 93-96.

6. Richter J. Do we know the cause of reflux disease? // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 1999. — Vol. 11, N 1. — P. 3-9.

7. Касумов Н. А. Рефлюкс-эзофагит: современное состояние проблемы // Хирургия. — 2007. — № 4. — С. 62-65.

8. Маев И. В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клини. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2005. — № 5. — С. 56-67.

9. Любченко П. Н., Стоцкая Т. В., Терещенко С. Г. Гастроэзофагеальный рефлюкс у больных с легочной патологией // Эксперим. и клини. гастроэнтерология. — 2005. — № 2. — С. 91.

