

УДК 616.3:616-036.87:616.33-002.44

Т.В.Майкова, І.А.Сиротенко

ПОРУШЕННЯ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РЕЦИДИВУВАННЯ ЕРОЗИВНИХ УШКОДЖЕНЬ ШЛУНКА

ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України", м. Дніпропетровськ

Резюме. При вивченні рухової активності шлунка у хворих на ерозивний гастрит встановлені фактори частого його рецидивування: недостатня ефективність шлункової евакуації внаслідок зменшення регулярності

перистальтичних хвиль антрального відділу шлунка та дуоденогастрального рефлюксу.

Ключові слова: ерозії, шлунок, перистальтика, евакуація.

Вступ. Одним із патологічних станів гастро-дуоденальної зони (ГДЗ), що найчастіше виявляються при ендоскопічному дослідженні, є ерозивні ураження слизової оболонки (СО) шлунка [9, 12]. Незважаючи на те, що популяційні ендоскопічні дослідження шлункових ерозій нечисленні, окремі дані свідчать, що частота їх виявлення становить 10-25 % [12, 5], а в деяких країнах сягає 49,9 % з прогресуючим зростанням [11]. Актуальність вивчення природи ерозивних уражень СО шлунка зумовлюється тяжкими ускладненнями, що розвиваються при їхньому прогресуванні. Перш за все це стосується кровотечі, джерелом яких є ерозії [9]. Епідеміологічні дослідження грецьких вчених показали, що в південній частині Європи причиною третини гострих кровотеч були ерозивні ушкодження шлунка [10]. Тривожними також є результати досліджень, які показали можливість трансформації ерозій у поліпи та рак шлунка [10].

На сьогодні залишається неясним питання відносно факторів, які сприяють схильності ерозій до рецидивів [3, 4]. На підставі тривалого спостереження за пацієнтами з ерозивними ураженнями шлунка В.Д.Водолагін дійшов висновку, що рецидує лише частина ерозивних ушкоджень [7].

У патогенезі ерозій головною визначена концепція мікроциркуляторних порушень у пошкодженні СО шлунка [1, 4, 5, 9]. Поряд з нею сучасні уявлення про механізми ерозивного ушкодження СО ГДЗ також передбачають важливу роль порушеної моторики шлунка [4, 5, 9]. Вивчення цього питання Я.М.Вахрушевим, Е.В.Никишиною дозволили авторам презентувати гіпотезу формування ерозій у СО шлунка, згідно з якою встановлена патогенетична роль порушень його рухової функції, переважно за гіперкінетичним типом [3].

Проте при рецидивному перебігу ерозивного гастриту на теперішній час недостатньо висвітлений стан моторно-евакуаторної функції шлунка. Пошуки відповіді на це питання потребують поглибленого вивчення цієї функції.

Мета дослідження. Вивчити стан моторно-евакуаторної функції шлунка при рецидивному перебігу ерозивного гастриту.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходилось 48 пацієнтів з ерозивним гастритом, з них 28 жінок (58,3 %) та 20 чоловіків (41,7 %)

віком (50,8±1,9) років. У всіх пацієнтів загострення захворювання спостерігалось більше ніж двічі (2,8±0,7) на рік. Критеріями включення до дослідження були наявність ерозій у шлунку, критеріями виключення – гепатогенні ерозії, гострі хірургічні стани, цукровий діабет.

Дослідження організовано за типом випадок-контроль. Контрольну групу склали 16 умовно здорових осіб.

Ерозивні ураження СО виявлені при ендоскопічному дослідженні ГДЗ, яке проводили за загальноприйнятою методикою фіброгастро-дуоденоскопом "Olympus" (Японія) [6]. Моторно-евакуаторну функцію шлунка вивчали методом ультразвукової діагностики за допомогою сонографічної системи Sonoscope-30 фірми "Kraencbuehler" (Німеччина) у реальному масштабі часу з використанням конвексних трансдюсерів частотою 3,5 й 5 МГц.

Еходослідження шлунка проводилося натще та після навантаження деаерованою рідиною в кількості 500,0 мл, після чого аналізували перистальтичну діяльність антрального відділу (АВ) шлунка за реєстрацією кількості перистальтичних хвиль за 5-хвилинний інтервал часу та вимірюванням їх амплітуди (АПХ) [8]. Повне звільнення шлунка оцінювали як термін шлункової евакуації. За наявності ретроградного закиду рідини з дванадцятипалої кишки (ДПК) у порожнину шлунка діагностувався дуоденогастральний рефлюкс (ДГР).

Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася методами варіаційної статистики, реалізованими стандартним пакетом прикладних програм SPSS 13.0 for Windows. Кореляційний аналіз виконували за методом Пірсона та Спірмена, залежно від того, в яких шкалах виражені дані [2].

Усі засоби вимірів, що використані в роботі, пройшли держперевірку у встановленому порядку. Всі проведені дослідження відповідали етичним нормам Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації перегляду 2008 р.

Результати дослідження та їх обговорення. Розлади моторно-евакуаторної функції шлунка спостерігалися у 93,8 % хворих, при цьому порушення перистальтики та шлункової евакуації спостерігалися майже однаково часто (рис. 1).

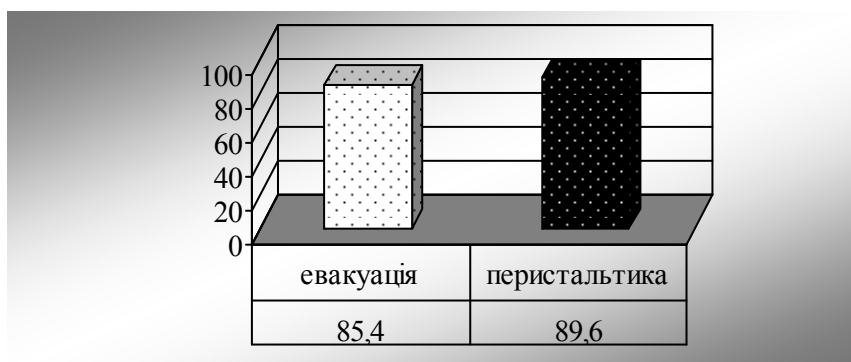


Рис. 1. Частота виявлення моторно-евакуаторних розладів шлунка в обстежених пацієнтів (%)

Таблиця 1

Характеристика евакуаторної функції шлунка за часом шлункової евакуації (хв)

Група пацієнтів (n=48)				Контрольна група (n=16)	P між групами
Ехоскопічна ознака та характеристика стану	n	%	M±m		
нормальна	7	14,6	21,0±0,4	21,9±1,7	p<0,001
уповільнена	28	58,3	51,9±2,1		
прискорена	13	27,1	13,5±0,6		

Таблиця 2

Характеристика шлункової перистальтики за регулярністю та амплітудою перистальтичної хвилі антрального відділу шлунка обстежених пацієнтів

Ехоскопічна ознака та характеристика стану, (од. виміру)	n	%	M±m	Контрольна група (n=16)	P між групами
амплітуда перистальтичної хвилі, (мм)				9,9±0,43	p<0,001
нормальна	14	29,2	10,0±0,1		
підвищена	19	39,6	14,9±0,8		
знижена	15	31,3	6,7±0,5		p<0,001
регулярність перистальтичної хвилі, мм/5хв				3,1±0,3	p<0,001
нормальна	9	18,8	3,1±0,1		
збільшена	13	27,1	5,3±0,4		
зменшена	26	54,2	1,9±0,1		p<0,001

Зміни евакуаторної функції частіше проявлялись уповільненням зі зростанням часу евакуації у 2,4 раза порівняно з умовно здоровими особами ($p<0,001$) (табл. 1).

Прискорена евакуація спостерігалась у 2,2 раза рідше ($\chi^2=8,34$; $p=0,004$), при цьому час евакуації зі шлунка скорочувався в 1,6 раза ($p<0,001$). Встановлена зворотна кореляційна залежність між частотою рецидивів захворювання протягом року та часом шлункової евакуації ($r=-0,76$; $p=0,001$).

Розподіл пацієнтів за характером шлункової перистальтики представлений у табл. 2, з якої видно, що підвищена та знижена АПХ АВ шлунка спостерігалася майже в однаковій кількості осіб, хоча мала місце тенденція до надлишкової висоти АПХ

($\chi^2=0,41$; $p=0,52$). При цьому рівень підвищення АПХ АВ менший в 1,5 раза ($p<0,001$), ніж рівень зниження – у 3,2 раза ($p<0,001$).

При вивченні регулярності перистальтичної хвилі АВ більше ніж у половини осіб встановлено її зменшення в 1,6 раза ($p<0,001$), тоді як зростання кількості перистальтичних хвиль за 5-хвилинний інтервал часу спостерігалось у 2 рази рідше ($\chi^2=6,22$; $p=0,01$). Тобто, на відміну від інших дослідників [3], нами виявлено переважання гіпокінетичного типу перистальтики шлунка.

Слід відзначити, що зі зменшенням кількості перистальтичних хвиль зростає час шлункової евакуації ($r=-0,52$; $p=0,001$).

Ретроградний закид рідини з ДПК у порожнину шлунка спостерігався у 20 осіб (41,6 %),

частота його виявлення корелювала з часом шлункової евакуації ($r=0,55$; $p=0,003$) та частотою рецидивів захворювання ($r=0,72$; $p=0,02$), залежала від віку пацієнтів ($r=0,64$; $p=0,05$).

Висновки

1. Фактором рецидивування ерозивних уражень шлунка є розлади його моторно-евакуаторної функції, які переважно проявляються зменшенням регулярності перистальтичних хвиль антрального відділу в 1,6 раза ($p<0,001$), внаслідок чого збільшується час шлункової евакуації в 1,6 раза ($p<0,001$).

2. До факторів, які сприяють зростанню частоти рецидивування ерозивного гастриту, слід віднести дуоденогастральний рефлюкс, що спостерігався майже в половини пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати дозволяють більш широко осмислити проблему рецидивування ерозивних уражень СО шлунка. Зважаючи на високу частоту порушень рухової активності шлунка при рецидивах ерозивного гастриту, перспективним є розробка цілеспрямованої корекції її розладів.

Література

1. Сучасні уявлення про патогенез ерозій шлунка / А.С.Свінцицький, К.М.Ревенок, Г.А.Соловйова [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 4. – (24). – С. 4-8.
2. Бабич П.Н. Применение статистических методов в практике клинических исследований / П.Н.Бабич, А.В.Чубенко, С.Н.Лапач // Укр. мед. часопис. – 2004. – № 2 (40). – С. 138-143.
3. Вахрушев Я.М. К вопросу о патогенезе и лечении эрозивных гастритов и дуоденитов / Я.М.Вахрушев, Е.В.Никишина // Клини. мед. – 1999. – № 2. – С. 28-31.
4. Диагностика и диспансерное наблюдение за хроническими эрозиями антрального отдела

желудка / П.А.Никифоров, А.Ю.Ниценко, С.Г.Хомерики [и др.] // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2008. – № 4. – С. 66-69.

5. Микроциркуляторные нарушения при хронических эрозиях желудка / И.В.Маев, А.Н.Казюлин, М.Г.Гаджиева [и др.] // Клини. мед. – 2003. – № 6. – С. 37-42.
6. Минимальная стандартная терминология в эндоскопии пищеварительной системы: пособие для врачей / [Е.Д.Федоров, С.Ю.Орлов, П.Л.Чернякевич и др.] – М.: ЗАО «Бизнесшкола «Интел-Синтез», 2001. – 80 с.
7. Руководство по гастроэнтерологии: [в 3 т.] / [Под ред. Комарова Ф. И., Гребенева А. Л.] – М.: Медицина, 1995. – Т. 1. – 604 с.
8. Ультразвуковой способ диагностики дуоденогастрального рефлюкса: інф. лист МОЗУ № 237 / Майкова Т.В., Мосійчук Л.М., Кушніренко І.В. – Вип. 7. – К.: Укрмедпатентінформ, 2008. – 3 с.
9. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология : избранные разделы / Я.С.Циммерман. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2009. – 416 с.
10. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years / K.C.Thomopoulos, K.A.Vagenas, C.E.Vagianos [et al.] // Eur. J. of Gastroenterology & Hepatology. – 2004 – Vol. 16, № 2. – P. 177-182.
11. Epidemiology of gastroduodenal erosions in the general population: endoscopic results of the systematic investigation of gastrointestinal diseases in China (SILC) / X.Ma, Y.Zhao, R.Wang [et al.] // Scandinavian journal of gastroenterology. – 2010. – № 45 (12). – P. 1416-1423.
12. Kashiwagi H. Ulcers and gastritis / H.Kashiwagi // Endoscopy. – 2003. – № 35 (1). – P. 9-14.

НАРУШЕНИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ЭРОЗИВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛУДКА

Т.В.Майкова, И.А.Сиротенко

Резюме. При изучении двигательной активности желудка у больных с эрозивным гастритом установлены факторы частого его рецидивирования: недостаточная эффективность желудочной эвакуации вследствие уменьшения регулярности перистальтических волн антрального отдела желудка и дуоденогастральный рефлюкс.

Ключевые слова: эрозии, желудок, перистальтика, эвакуация

DISTURBANCES OF THE MOTOR-EVACUATING FUNCTION OF THE STOMACH AS A RISK FACTOR OF A RELAPSE OF EROSIIVE LESIONS OF THE STOMACH

T.V.Maikova, I.A.Syrotenko

Abstract. While studying the motor activity of the stomach in patients with erosive gastritis the factors of its frequent recurrence were established: insufficient efficacy of gastric evacuation as a consequence of a decrease of the regularity of peristaltic waves in the antral portion of the stomach and duodenogastral reflux.

Key words: erosions, stomach, peristalsis, evacuation.

SI «Institute of Gastroenterology of Ukraine's NAMS» (Dnipropetrovsk)

Рецензент – проф. Т.М.Христинч

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 2 (58). – P. 229-231

Надійшла до редакції 4.02.2011 року