

УДК 616.33-002.44+615.03:355

Г.В.Осьодло

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ І СТРУКТУРА ПОЗАСТРАВОХІДНИХ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА МЕТОДИ ЇХ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

Українська військово-медична академія, м. Київ

Резюме. У статті наведений огляд літератури та аналіз результатів власних досліджень щодо етіопатогенезу, розповсюдженості, діагностики та лікування позастравохідних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у військовослужбовців.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, позастравохідні прояви, військовослужбовці.

Вступ. Внаслідок широкого розповсюдження та наявності позастравохідних проявів, зумовлених патологічним рефлюксом, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) набула актуальності не тільки для гастроентерологів, а й для лікарів суміжних спеціальностей. Сьогодні ГЕРХ все частіше розглядається не як «гастроентерологічна», а як «інтернальна» патологія, а симптоми хвороби розподіляють на езофагеальні й естраезофагеальні [1, 2, 4]. Характерними езофагеальними симптомами є печія (83 %), відрижка кислим чи повітрям (більше 50 %), дисфагія (19 %), рідше біль за грудниною та гикавка. Серед частих абдомінальних проявів ГЕРХ виступають епігастральний больовий синдром, синдром раннього насичення, блювання, тяжкість у животі після їжі й метеоризм. При поєднанні симптомів ГЕРХ і шлункової чи кишкової диспепсії говорять про оверлап-синдром ГЕРХ/функціональна диспепсія чи ГЕРХ/синдром подразненого кишечника.

Частим респіраторним позастравохідним проявом ГЕРХ є хронічний кашель. Показано, що на частку ГЕРХ, хронічний синусит та бронхіальну астму припадає до 90 % випадків хронічного кашлю, а ГЕРХ виступає самостійною його причиною у 10-70 % випадків. Нерідко ГЕРХ асоціюється із бронхіальною астмою, що пов'язано із рефлекторним вагусним і аспіраційним механізмами. З одного боку, подразнення рецепторів слизової оболонки дистального відділу стравоходу кислим шлунковим вмістом через вагвагальний рефлекторний вплив на бронхи може стимулювати кашель і бронхоспазм. З іншого боку, при недостатності стравохідного сфінктерного апарату, закид шлункового вмісту із проксимальних відділів стравоходу в трахею і бронхи служить стимулом кашлю й бронхоконстрикції за рахунок активації рефлекторної дуги, центром якої служать ядра блукаючого нерва. При цьому патологічні гастроєзофагеальні рефлюкси не тільки виступають як пусковий фактор бронхіальної астми, але й можуть обтяжувати перебіг наявної хвороби. Для встановлення можливого взаємозв'язку ГЕРХ і бронхолегеневих проявів використовують стандартні методи діагностики ГЕРХ (ЕФГДС, рН-моніторинг, ППП-тест) і спеці-

альні методики у вигляді анкетування, рентгенографії грудної клітки, дослідження функції зовнішнього дихання (бодиплетизмографія, пневмотахометрія, комп'ютерна спірометрія, пікфлоуметрія), сцинтиграфії легень [2, 4, 6].

Загруднинний біль при ГЕРХ нерідко може нагадувати кардіогенний, а за механізмом буває псевдокоронарним, пов'язаним із виникненням езофагоспазму, і коронарним, за рахунок рефлекторного виникнення нападу стенокардії внаслідок патологічного рефлюксу [1, 2, 4, 5, 7]. Враховуючи широке розповсюдження захворювань стравоходу, які в 20-60 % супроводжуються больовим синдромом за грудниною [1, 4, 5], необхідно виділити чіткі і зручні критерії для проведення диференційного діагнозу. Насамперед, слід виключити коронарогенне походження болю, виявивши фактори ризику (вік, спадковість, артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія), об'єктивні дані (гіпертрофія лівого шлуночка, зміни тонів серця), провівши інструментальні дослідження (ЕКГ-моніторинг, велоергометрія, ЕхоКГ, доплерографія, сцинтиографія міокарда, МРТ, коронарографія). Однак якщо загруднинний біль виникає в нічний час і супроводжується печією, то діагностичний пошук, зазвичай, спрямовують на виявлення ГЕРХ (ЕФГДС, рН-моніторування, проба з ППП, імпедансометрія, біліметрія, одночасне рН- і ЕКГ-моніторування).

Проблема діагностики й лікування позастравохідних проявів ГЕРХ набирає особливої актуальності у військовослужбовців Збройних Сил України. Це зумовлено широким розповсюдженням ГЕРХ серед військовиків [3], особливостями дислокації окремих категорій військових, де може бути обмеженим доступ до специфічних інструментальних досліджень та різним прогнозом щодо проходження військової служби, оскільки ступінь придатності при ГЕРХ із позастравохідними проявами, бронхіальної астми та ІХС суттєво відрізняється. На сьогодні в ЗСУ не проводилося досліджень щодо вивчення частоти та структури позастравохідних проявів ГЕРХ у військовослужбовців, не оцінювався зв'язок ерозивної (ЕРХ) та неерозивної рефлюксної хвороби (НЕРХ) із позастравохідними проявами.

Мета дослідження. Встановити частоту і структуру позастравохідних проявів ГЕРХ серед військовослужбовців молодого віку та оцінка ефективності патогенетичної терапії.

Матеріал і методи. Проведене опитування 108 військовослужбовців віком від 18 до 26 років (середній вік $20,2 \pm 2,6$), індекс маси тіла ($IMT=22,8 \pm 2,07$ кг/м²), у яких спостерігалися скарги на печію та мали місце ендоскопічні ознаки ГЕРХ. Опитування здійснювалося за допомогою спеціальної анкети для виявлення клінічних симптомів ГЕРХ, факторів ризику виникнення печії та особливостей перебігу захворювання, характеру і поширеності позастравохідних проявів. Усім пацієнтам проводились ЕФГДС з одночасною індикацією гелікобактерної інфекції (Hr) за допомогою швидкого уреазного тесту, ультрасонографічне дослідження органів черевної порожнини, ЕКГ, великокадрова флюорографія грудної клітки, клінічний та біохімічний аналізи крові. Двадцяти пацієнтам із кардіальними проявами ГЕРХ проводили внутрішньостравохідне рН-моніторування та ЕКГ-моніторування. Двадцятидвом пацієнтам із респіраторними проявами ГЕРХ у вигляді суб'єктивного відчуття нестачі повітря в нічний час додатково досліджували функцію зовнішнього дихання.

Для аналізу ефективності патогенетичної антирефлюксної терапії на вираженість екстраезофагеальних проявів ГЕРХ пацієнти розподілені на дві групи: до I групи ввійшли 30 пацієнтів із респіраторними позастравохідними проявами ГЕРХ, до II групи – 30 пацієнтів із кардіальними екстраезофагеальними проявами. При цьому 15 осіб IA підгрупи із респіраторними симптомами, у яких при рН-моніторинні дистальних відділів стравоходу виявляли переважання кислих патологічних рефлюксів ($pH < 4$), отримували омепразол 20 мг двічі за день упродовж 12 тижнів. П'ятнадцять пацієнтів IB підгрупи, у яких при рН-моніторинні дистальних відділів стравоходу виявляли переважання лужних патологічних рефлюксів ($pH > 7$), отримували однократно препарат лімзер, що містить 20 мг омепразолу і добову дозу 30 мг домперидону в поєднанні з урсодезоксихолевою кислотою 250 мг двічі за день упродовж восьми тижнів. П'ятнадцять осіб IIA під-

групи із кардіальними екстраезофагеальними проявами ГЕРХ у вигляді больового синдрому в ділянці серця (з переважанням кислих патологічних рефлюксів, $pH < 4$) отримували рабепразол 20 мг двічі за день упродовж 12 тижнів. П'ятнадцять осіб IIB підгрупи отримували омепразол 20 мг двічі за день упродовж 12 тижнів.

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз даних анкетування свідчить про високу частоту позастравохідних проявів ГЕРХ серед військовослужбовців віком до 30 років: у 72,2 % (78 із 108 хворих) спостерігалися респіраторні прояви, у 45,4 % (49 із 108) – кардіальні прояви. Ці показники перевищують дані, отримані в інших аналогічних дослідженнях, які проводилися серед цивільного населення.

На підставі аналізу ЕФГДС у обстежених пацієнтів встановлено переважання в структурі хвороби НЕРХ, яку виявляли у 84 (77,8 %) чоловіків, а ерозивну форму ГЕРХ констатували у 24 (22,2 %) осіб, що відображено на рис. 1.

Серед 84 хворих на НЕРХ позастравохідні прояви траплялися частіше, ніж при ерозивній формі хвороби. Так, респіраторні симптоми виявляли у 65 (77,4 %), а кардіальні – у 40 (47,6 %) пацієнтів з НЕРХ. Серед 24 хворих на ЕРХ респіраторні прояви виявляли у 13 (54,2 %), а кардіальні – у 9 (37,5 %) пацієнтів.

Аналізуючи фактори ризику виникнення печії, згідно з даними анкетування, виявлено, що найчастіше (у 77,8 % респондентів) її появу зумовлювали значні фізичні навантаження та прийняття жирної їжі (рис. 2). Переїдання призводило до виникнення печії у 50,9 % опитаних, куріння – у 39,8 %, вживання алкоголю – у 27,7 %, прийом кави – у 9,3 % опитаних.

Оториноларингологічні та респіраторні позастравохідні маски: відчуття першіння в горлі, захриплість голосу, сухий кашель, за відсутності простудних захворювань, констатували 72,2 % (78 із 108) опитаних хворих (рис. 3). На захриплість голосу скаржились 55 (50,9 %) осіб, відчуття грудки за грудниною відмічали 39 (36,1 %) осіб, кашель, пов'язаний з прийомом їжі і/або з печією – 35 (32,4 %) осіб, відчуття нестачі повітря й кашель у нічний час доби – 22 (20,4 %) осіб. Аналіз даних рН-моніторингу стравоходу в

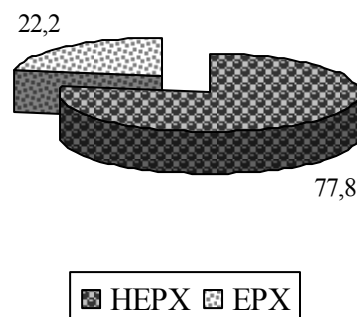


Рис. 1. Клінічні варіанти ГЕРХ у обстежених військовослужбовців

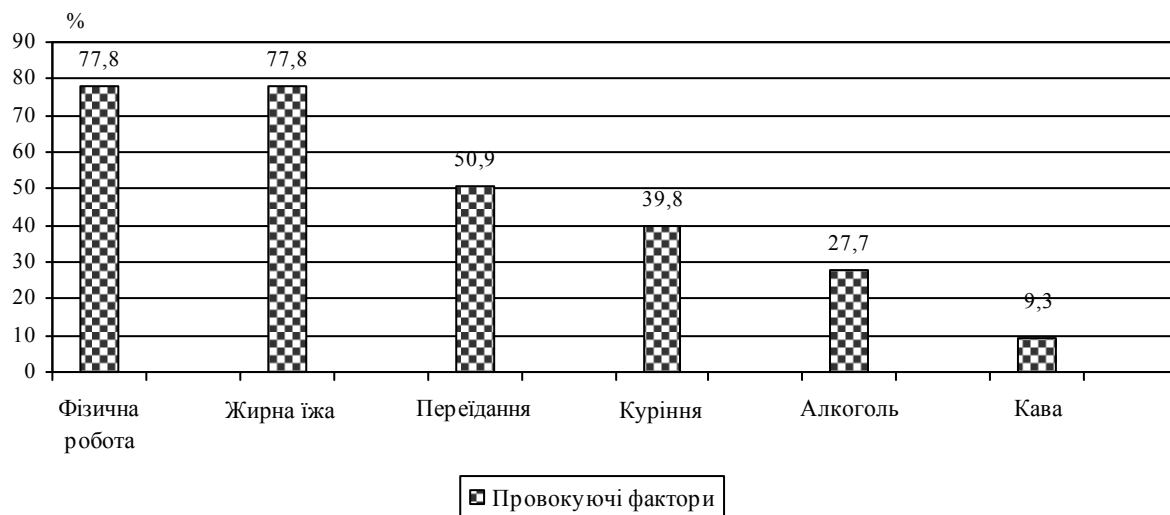


Рис. 2. Провокуючі фактори виникнення печії у військовослужбовців, хворих на ГЕРХ

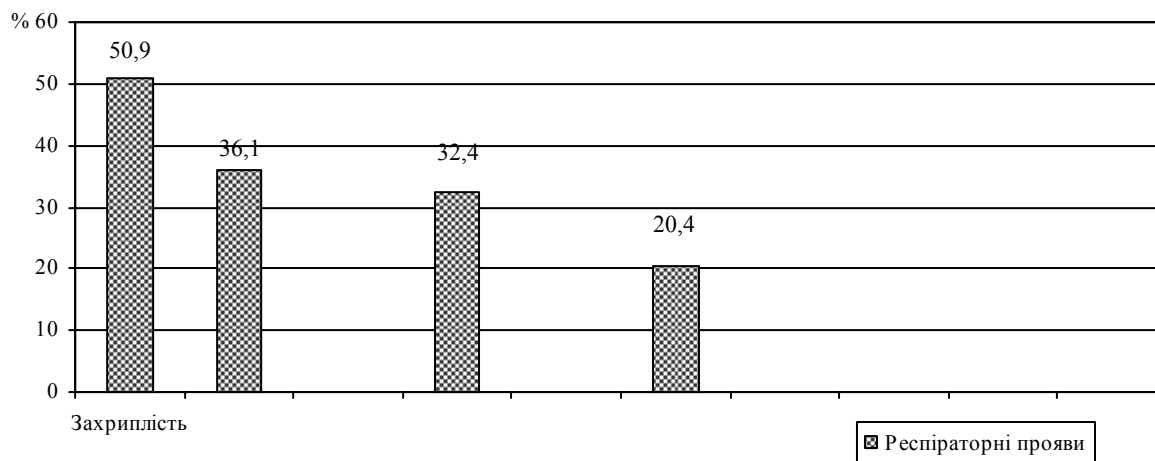


Рис. 3. Частота і структура оториноларингологічних і респіраторних позастравохідних проявів ГЕРХ у військовослужбовців

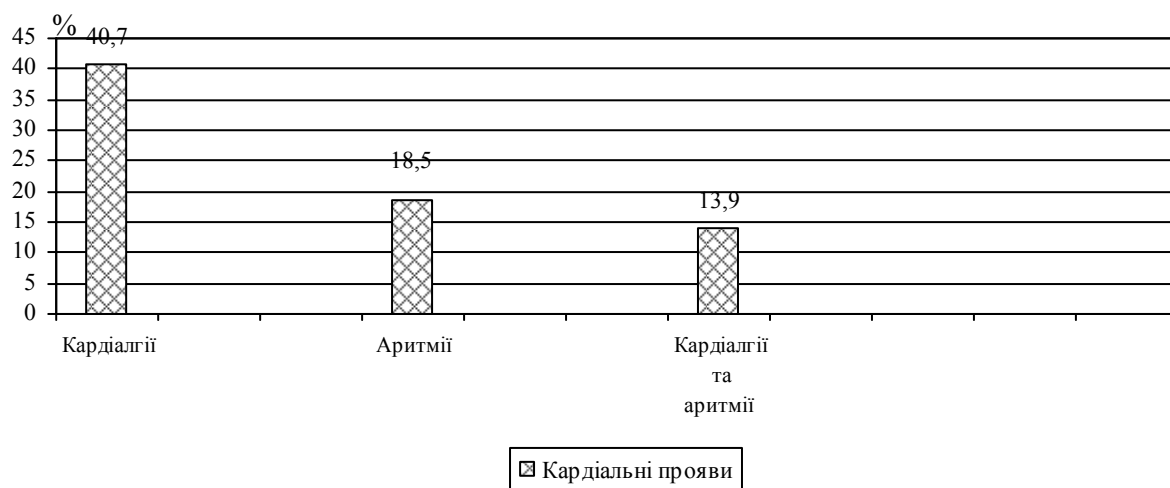


Рис. 4. Частота і структура кардіальних позастравохідних проявів ГЕРХ у військовослужбовців

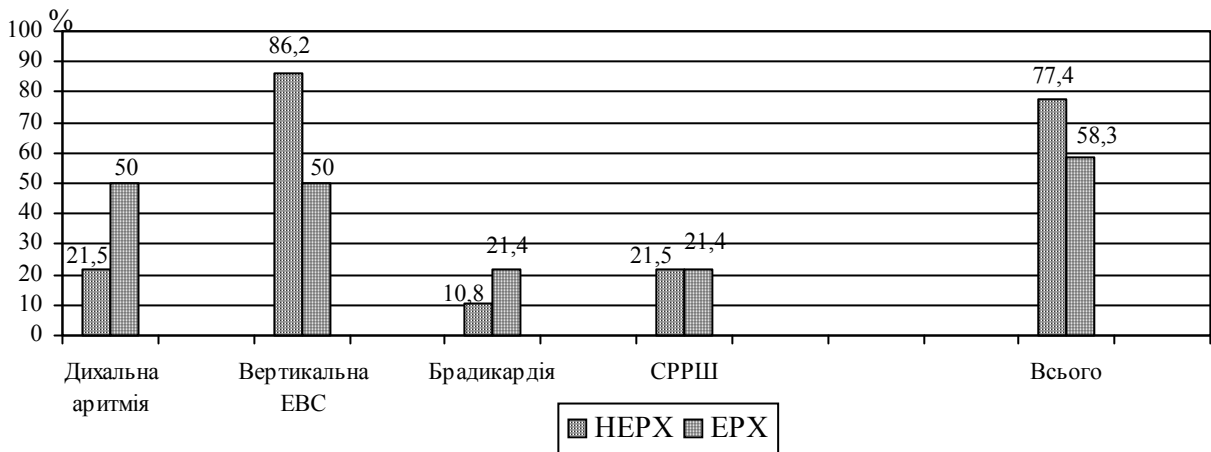


Рис. 5. Особливості ЕКГ у хворих на GERX із кардіальними проявами

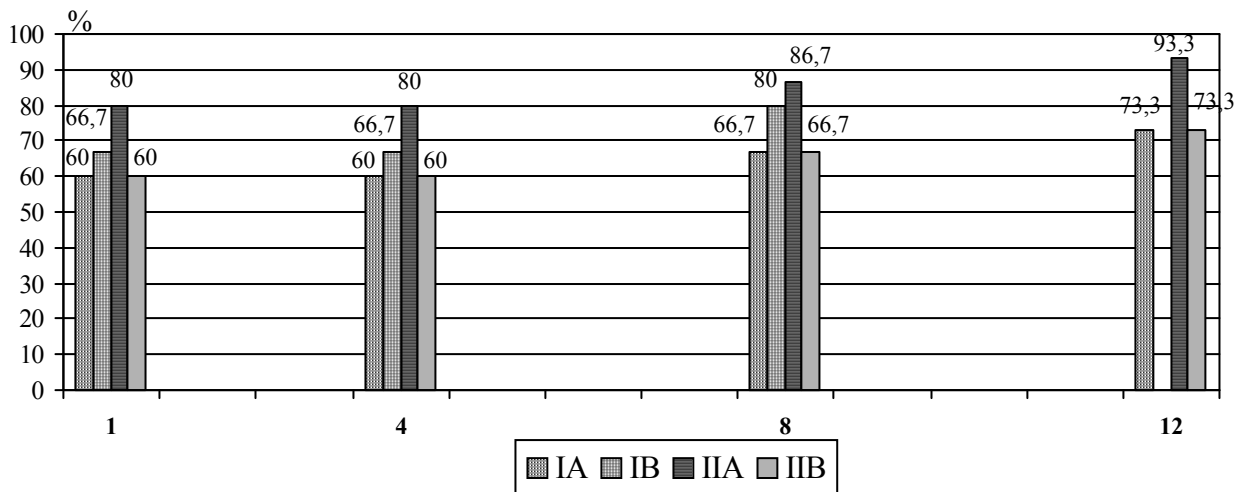


Рис. 6. Динаміка усунення екстраезофагеальних проявів GERX при курсовому патогенетичному лікуванні через 1,4,8 та 12 тижнів (у %)

пацієнтів із позастравохідними респіраторними симптомами свідчить на користь незначного переважання у 12 (54,5 %) із 22 пацієнтів кислого рефлюксу, коли рівень рН знижувався <4 більше 4,2 % часу спостереження. Проте в 10 (45,5 %) осіб мав місце патологічний лужний рефлюкс із підвищенням рН>7.

Позастравохідні прояви з боку серцево-судинної системи траплялися у військовослужбовців із GERX дещо рідше, ніж респіраторні. Так, біль у ділянці серця спостерігався у 44 (40,7 %) респондентів, суб'єктивні порушення серцевого ритму, пов'язані з прийомом їжі і/або печією – у 20 (18,5 %), а 13,9 % опитаних констатували поєднання обох симптомів (рис. 4). Аналіз даних рН-моніторингу стравоходу у 20 осіб із позастравохідними кардіальними симптомами свідчить на користь значного переважання у 75,0 % (у 15 із 20) пацієнтів ознак кислого рефлюксу з рН<4.

Результати анкетування свідчать про високу частоту метеоризму серед респондентів, які підтверджують дані попередніх досліджень щодо

негативного впливу здуття живота на виникнення і прогресування GERX. Так, 106 (98,1 %) осіб періодично турбує здуття живота: менше трьох разів на місяць – 19 (17,6 %), більше трьох разів на місяць – 59 (54,6 %) осіб, три рази на тиждень – 28 (25,9 %) опитаних. Причому вища частота здуття живота асоціюється із патологічним лужним рефлюксом і наявністю бронхолегеневих позастравохідних проявів.

У всіх 22 хворих на GERX із респіраторними позастравохідними проявами у вигляді кашлю й відчуття нестачі повітря показники функції зовнішнього дихання не виходили за межі нормальних величин.

Зміни на ЕКГ виявляли у 79 (73,2 %) хворих на GERX. При цьому в групі 24 осіб із ЕРХ зміни на ЕКГ реєструвались у 14 (58,3 %): дихальна аритмія і вертикальна електрична вісь серця (ЕВС) – у 7 (50 %) із них, брадикардія і синдром ранньої реполяризації шлуночків (СРПШ) – у 3 (21,4 %). У групі 84 хворих на НЕРХ зміни на ЕКГ реєструвались у 65 (77,4 %), з них дихальна

аритмія – у 14 (21,5 %), вертикальна ЕВС мала місце в 56 (86,2 %) осіб, брадикардія спостерігалась у 7 (10,8 %), СРРШ – у 14 (21,5 %) пацієнтів (рис. 5).

Антирефлюксна терапія 15 пацієнтів ІА підгрупи із респіраторними естраезофагеальними проявами (при переважанні кислих рефлюксів), омепразолом у дозі 20 мг двічі за добу впродовж трьох днів виявилася ефективною щодо зникнення і вагомого (не менше, ніж на 50 %) зниження естраезофагеальних проявів ГЕРХ у 7 (46,7 %) пацієнтів. Динаміка усунення естраезофагеальних проявів ГЕРХ через 1, 4, 8 і 12 тижнів патогенетичного лікування відображена на рис.6. Через 12 тижнів терапія омепразолом виявилася ефективною щодо респіраторних естраезофагеальних розладів у 11 (73,3 %) осіб. Серед 15 пацієнтів ІВ підгрупи (з переважанням лужних рефлюксів), яким призначали лімзер однократно в поєднанні з урсодезоксихолевою кислотою 500 мг за добу, зникнення і вагоме зниження кашлю й відчуття нестачі повітря спостерігалось у 10 (66,7 %) пацієнтів на 3-й день лікування. Через вісім тижнів усунення чи вагоме зниження респіраторних проявів спостерігалось у 12 (80 %) пацієнтів.

Зниження інтенсивності болювого синдрому в прекардіальній ділянці в ІА підгрупі осіб, які отримували рабепразол, спостерігалось у 80,0 % пацієнтів уже на третій день лікування. У той же час у ІВ підгрупі осіб, які отримували омепразол, зменшення болювого синдрому на третій день зафіксоване тільки в 7 (46,7 %) пацієнтів ($P < 0,05$). До 12-го тижня антисекреторної терапії повне зникнення болювого синдрому чи його вагоме зменшення досягнуто в 14 (93,3 %) осіб ІА підгрупи і в 11 (73,3 %) осіб ІВ підгрупи ($P < 0,05$).

Висновки

1. Серед військовослужбовців віком до 30 років спостерігається висока частота позастравохідних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Так, оториноларингологічні й респіраторні симптоми у вигляді відчуття першіння в горлі, захрипlosti голосу, сухого кашлю, за відсутності застудних захворювань, спостерігались у 72,2 % пацієнтів і асоціювались як із кислим, так і з лужним патологічним рефлюксами. Кардіальні прояви у вигляді болю в ділянці серця та порушення серцевого ритму, пов'язані з прийомом їжі і/або печією, спостерігались у 45,4 % респондентів і частіше асоціювались із кислим рефлюксом.

2. Аналіз структури позастравохідних проявів при різних варіантах гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби свідчить про переважання як респіраторних (77,4 %), так і кардіальних (47,6 %) проявів хвороби при неерозивній її формі. Відповідно при ерозивній рефлюксій хворобі респіраторні симптоми виявляли у 54,2 %, а кардіальні – у 37,5 % пацієнтів. Особливостями електрокардіограми при кардіальних позастравохідних проявах гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у військовослужбовців молодого віку є вертикальне положення електричної вісі серця (у 86,2 % пацієнтів – при нееро-

зивній рефлюксій хворобі і у 50 % пацієнтів – при ерозивній рефлюксій хворобі) та дихальна аритмія (у 50 % пацієнтів – при ерозивній рефлюксій хворобі та у 21,5 % пацієнтів – при неерозивній рефлюксій хворобі).

3. Застосування інгібіторів протонної помпи у хворих із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою приводить до швидкого усунення як стравохідних, так і позастравохідних проявів хвороби. Призначення інгібіторів протонної помпи може застосовуватись як ефективний неінвазивний тест при диференційній діагностиці позастравохідних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (хронічного кашлю і болювого синдрому в грудній клітці некардіального походження). При цьому доцільнішим є застосування рабепразолу як більш швидкого і ефективного препарату порівняно з омепразолом.

4. Комбінація лімзеру та урсодезоксихолевої кислоти в осіб із біліарним рефлюксом і позастравохідними проявами гастроєзофагеальної хвороби виявилася безпечною і ефективною у 80 % пацієнтів через вісім тижнів застосування.

Перспективи подальших досліджень. У зв'язку із широким розповсюдженням позастравохідних проявів гастроєзофагеальної хвороби у військовослужбовців молодого віку потребує уточнення структура та особливості перебігу позастравохідних проявів гастроєзофагеальної хвороби у старших вікових групах.

Література

1. Алексеева О.П. Эндоскопически негативная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина боли в левой половине груди: дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца / О.П.Алексеева // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. – № 6. – С. 81-83.
2. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В.Маев, Г.Л.Юрнев, С.Г.Бурков [и др.] // Терапевт. арх. – 2007. – № 3. – С. 57-66.
3. Осьодло Г.В. Епідеміологічні та клінічні аспекти гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у різних категорій військовослужбовців / Г.В.Осьодло, Ю.А.Щукін // Пробл. військової охорони здоров'я. – 2010. – № 27. – С. 146-148.
4. Фадеенко Г.Д. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: как их распознать? / Г.Д.Фадеенко // Сучасна гастроентерол. – 2004. – № 3. – С. 12-17.
5. Щербиніна М.Б. Кардіальні прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби: тактика ведення пацієнта / М.Б.Щербиніна, І.Я.Будзак. – Київ, 2008. – 23 с.
6. Щербиніна М.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – К.: Медкнига, 2009. – 100 с.
7. The effect of a therapeutic trial of high-dose rabeprazole on symptom response of patients with non-cardiac chest pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial / R.Dickman, S.Emmons, H.Cui [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2005. – № 22. – P. 547-555.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
И МЕТОДЫ ИХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

Г.В.Осёдло

Резюме. В статье представлен обзор литературы и анализ результатов собственных исследований по этиопатогенезу, распространенности, диагностике и лечению внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у военнослужащих.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, внепищеводные проявления, военнослужащие.

**PREVALENCE AND STRUCTURE OF EXTRAESOPHAGEAL SYMPTOMS OF
GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AMONG SERVICEMEN AND METHODS
OF ITS PHARMACOLOGICAL CORRECTION**

H.V.Osiodlo

Abstract. The paper presents a bibliographical review and an analysis of the authors' own investigations concerning the ethiopathogenesis, prevalence, diagnostics and treatment of the gastroesophageal reflux disease in servicemen.

Key words: gastroesophageal reflux disease, extraesophageal symptoms, servicemen.

Ukrainian Military-Medical Academy (Kyiv)

Рецензент – проф. О.І.Федів

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 2 (58). – P. 232-237

Надійшла до редакції 12.04.2011 року