

УДК 616.33/.342–002.2+616.33/342–00 2.44–06:616.333–008.22



В.Ю. Полешко, І.В. Лінчук,
Н.М. Никитченко, І.В. Євстигнєєв

Особливості клінічного перебігу, діагностика та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби при патології верхніх відділів травного каналу

Дорожня клінічна лікарня на ст. Дніпропетровськ
Придніпровської залізниці,
Міська клінічна лікарня № 11, м. Дніпропетровськ
Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, хронічний гастрит, хронічний дуоденіт, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, ендоскопія, лікування.

Хвороби органів травлення є не лише медичною, а й економічною та соціальною проблемою, посідаючи одне з перших місць у структурі загальної захворюваності. Результати епідеміологічних досліджень свідчать про зміну структури захворювань верхніх відділів травного каналу у світі: зниження частоти випадків виразкової хвороби та збільшення кількості хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) [1, 3]. Це дає підстави вважати ХХ ст. епохою виразкової хвороби, а ХХІ — ГЕРХ [4, 6]. Серед дорослого населення промислово розвинених країн поширеність ГЕРХ становить близько 30%. При цьому симптоми захворювання виникають у 10% осіб — щоденно, у 30% — щотижня, у 50% — щомісяця. Спостерігається тенденція до зростання кількості хворих на ГЕРХ [2, 5, 7].

Згідно з клінічною класифікацією ГЕРХ, прийнятою у 2002 р. на Всесвітньому конгресі гастроентерологів у Лос-Анджелесі, розрізняють неерозивну рефлюксну хворобу (НЕРХ), ерозивний езофагіт (або ерозивну ГЕРХ) та стравохід Барретта, який фактично є ускладненням ГЕРХ і характеризується заміщенням (метаплазією) багаточарового плоского епітелію слизової оболонки стравоходу на циліндричний епітелій шлункового або кишкового типу. Під НЕРХ розуміють ендоскопічно негативний варіант за наявності клінічних даних та даних рН-метрії стравоходу, що підтверджують патологічні гастроєзофагеальні рефлюкси (ГЕР), або наявність катарального езофагіту за даними фіброєзофагогастроуденоскопії (ФЕГДС). Патологічними ГЕР вважаються рефлюкси з рН у стравоході менше 4,0 або більше 7,0 тривалістю понад 5 хв, понад 50 епізодів протягом доби загальною тривалістю понад 4 год на добу, які існують не менше 3 міс. За даними світової статистики, частота НЕРХ становить понад 60% усіх випадків ГЕРХ. Ерозивний езофагіт (наявність ерозивних або ерозивно-виразкових дефектів слизо-

вої стравоходу) діагностують приблизно у 37% хворих на ГЕРХ у світі. Стравохід Барретта трапляється у 3% хворих на ГЕРХ.

При епідеміологічних дослідженнях ГЕРХ одним з основних методів є індивідуальне анкетування з вивченням клінічного симптому — печії як вірогідного критерію ГЕРХ із високою чутливістю та специфічністю. Крім цього, використовують результати ФЕГДС із виявленням рефлюкс-езофагіту та добової рН-метрії стравоходу. Спектр клінічних проявів ГЕРХ надзвичайно широкий, особливо враховуючи «позастравохідні» прояви ГЕРХ, «кардіальні», що зумовлює труднощі при проведенні диференційної діагностики.

Мета роботи — вивчити клінічні прояви ГЕРХ у хворих, проаналізувати частоту її поєднання з найпоширенішими захворюваннями верхніх відділів стравохідного тракту на підставі даних масового ФЕГДС-дослідження та динаміку симптомів ГЕРХ після виписки зі стаціонару протягом 12 місяців.

Матеріали та методи

Під наглядом у гастроентерологічному відділенні та поліклініці перебувало 178 хворих на ГЕРХ. До та після лікування проводили загальноприйняті клініко-лабораторні дослідження (загальний та біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, УЗД органів черевної порожнини, ФЕГДС, визначення наявності *Helicobacter pylori* швидким уреазним тестом).

Проаналізовано результати ФЕГДС-досліджень, виконаних у 2006–2007 рр. у Дорожній клінічній лікарні на ст. Дніпропетровськ Придніпровської залізниці. Критеріями ГЕР за даними ФЕГДС були: зяяння розетки кардії, гіперемія слизової оболонки і/або закидання шлункового чи кишкового вмісту до нижнього відділу стравоходу; ерозивної ГЕРХ — ерозивні та/або виразкові дефекти слизової оболонки стравоходу.

Результати та їхнє обговорення

Порівняння клінічних симптомів за наявністю або відсутністю патологічних змін слизистої стравоходу у разі ГЕРХ тривалістю до 2 років не виявило чіткого взаємозв'язку між клінічними проявами та ураженням слизової за даними ФЕГДС. Симптоми ГЕРХ у хворих умовно розподілили на стравохідні та позастравохідні. Серед стравохідних симптомів домінувала печія (100% випадків), яку хворі описували як відчуття печіння за грудниною, що поширювалося вгору від мечоподібного відростка, та смак кислоти у роті. Печія частіше виникала під час їди або невдовзі після вживання їжі і посилювалася у горизонтальному положенні тіла та при нахилі.

Понад 2/3 пацієнтів з ГЕРХ скаржилися на відрижку кислим вмістом або повітрям, важкість у епігастрії після їди, майже 1/3 хворих – на гіркоту в роті, близько 1/4 відзначали дисфагію під час вживання їжі та невдовзі після цього. Диференційна діагностика ускладнювала наявність «масок» ГЕРХ, коли діагноз встановлювали із затримкою, і пацієнти проходили обстеження у фахівців з інших хвороб.

Значні труднощі у диференційній діагностиці позастравохідних проявів ГЕРХ становлять болі за грудниною. Хворі відзначали нетривалий характер болю за грудниною, рідше – постійний, але пов'язували його із прийманням їжі, зміною положення тіла (посилення болю у людей, які лежать або нахиляються). Частина хворих скаржилися також на іррадіацію болю у ліву руку, спину. Враховуючи, що це були переважно пацієнти середнього та похилого віку, необхідно було виключити ішемічну хворобу серця або її поєднання із ГЕРХ. Варіант атипової (кардіальної) симптоматики ГЕРХ у діагностиці є надзвичайно складним. Диференційна діагностика болю за грудниною ускладнюється ще й необхідністю виключити спастичну дискінезію стравоходу, ахалазію кардії, дивертикули стравоходу (ускладнені дивертикулітом), злоякісні новоутворення стравоходу.

Враховуючи рефлекторні впливи через *p.vagus*, під час епізоду ГЕР, окрім болю за грудниною, подібного до стенокардитичного, можуть спостерігатися задишка, напади серцебиття, відчуття запаморочення. Слід пам'ятати, що у хворих похилого віку болі за грудниною можуть мати коронарогенний, псевдокоронарогенний або поєднаний характер. Цікавим є взаємозв'язок ГЕРХ із функціональними розладами серцево-судинної системи, станом вегетативної нервової системи. Після курсу лікування ГЕРХ частина хворих відзначала відсутність болю за грудниною, нападів серцебиття та задишки.

До гастроентерологів терапевти та лікарі ін-

ших спеціальностей направляють пацієнтів із «легеневими масками» ГЕРХ. При цьому хворі як провідний мають бронхообструктивний синдром, скаржаться на хронічний кашель (особливо вночі), у них можуть бути рецидивуючі пневмонії та прогресування легеневого фіброзу. Хронічний кашель та ГЕР вимагають проведення диференційної діагностики. Кашель вважається хронічним, якщо він триває протягом 3 та більше тижнів. ГЕРХ необхідно виключати при нез'ясованому хронічному кашлі, що триває протягом 3 тижнів і довше, є єдиним симптомом у пацієнта, без кровохаркання, за відсутності в анамнезі хронічного респіраторного захворювання, яке могло призвести до кашлю, якщо проведене рентгенологічне обстеження органів грудної клітки не виявило жодних змін. Виділяють три найчастіших причини хронічного кашлю: 1) бронхіальна астма; 2) застосування назальних судинозвужувальних крапель; 3) ГЕР.

Бронхолегеневі прояви при ГЕРХ залежать від частоти аспірації, кількості та складу рефлюктата. ГЕРХ як можливу причину бронхообструкції необхідно виключати у пацієнтів з легеневою патологією у разі низької ефективності застосованої терапії, схильності до постійно рецидивуючого перебігу. Аспіраційні ускладнення частіше виникають уночі, особливо у разі переїдання перед сном, після приймання снодійного, алкоголю. За наявності мікроаспірації у разі непоясненого хронічного кашлю як провідного клінічного симптому та відсутності характерної для ГЕР симптоматики слід припустити наявність легневих аспіраційних синдромів, рецидивуючих пневмоній, легеневого прогресуючого фіброзу, включаючи прогресуючий легеневий склероз, хронічного бронхіту, особливо з бронхообструктивним синдромом легеневого абсцесу, та бронхоектазів.

Враховуючи наявність вагального рефлексу між стравоходом і легенями, особливо важливим є проведення диференційної діагностики ГЕРХ з бронхіальною астмою за наявності хронічного персистуючого кашлю як провідного симптому. ГЕР у хворих на бронхіальну астму може мати перебіг з типовими симптомами у вигляді печії, кислоти відрижки, пекучого відчуття в епігастрії та за грудниною, які частіше виникають після їди, при нахилі тулуба вперед або у нічний час, з ретростернальними болями. Труднощі у діагностуванні виникають при атиповому перебігу, коли легеневі прояви виступають як єдина клінічна ознака ГЕР. У цих пацієнтів спостерігається більш тяжкий прогресуючий перебіг бронхіальної астми.

Проаналізовано висновки 1725 езофагогастро-дуоденоскопічних досліджень. Вік пацієнтів становив від 18 до 75 років, середній – 45 років. Згід-

Таблиця 1

Частота розподілу патології стравоходу за даними ФЕГДС

Патологія стравоходу	Кількість хворих
Функціональні порушення стравоходу:	
гастроезофагеальний рефлюкс	26 (15%)
дуоденогастроезофагеальний рефлюкс	11 (6%)
Органічні ураження стравоходу:	
катаральний езофагіт	70 (40,6%)
ерозивний езофагіт	65 (37%)
пептична виразка	3 (1,6%)
стриктура	1 (0,6%)
стравохід Барретта	2 (1,2%)

но з даними ФЕГДС, проведених у 2006–2007 рр., хвороби стравоходу виявлено у 178 (10,3%) пацієнтів. Установлено, що у чоловіків патологія стравоходу траплялася утричі частіше, ніж у жінок, з максимальною частотою у віці 40–45 років. У жінок патологічні зміни стравоходу частіше діагностували у віці понад 55 років. Більше 2/3 пацієнтів були працездатного віку. Відповідно до класифікації ГЕРХ, із врахуванням клінічної симптоматики і даних ФЕГДС, виявлено 107 (62%) хворих із негативно-ендоскопічною рефлюксною хворобою та 65 (37,7%) – з ендоскопічною рефлюксною хворобою (ЕРХ), ускладненою у 6 хворих ГЕРХ.

Результати ендоскопічних досліджень наведено в табл. 1. Пептична виразка, стриктура та стравохід Барретта як прояви ускладненої ГЕРХ були виявлені у 6 хворих. Катаральний езофагіт встановлений майже у кожного другого пацієнта, ерозивний – у кожного третього.

За даними ФЕГДС було також проаналізовано частоту захворювань верхніх відділів травного каналу в поєднанні з ерозивним езофагітом та ГЕР (табл. 2). Ерозивний езофагіт у пацієнтів найчастіше поєднувався з ерозивним гастритом та ерозивним дуоденітом, така сама закономірність відзначена й для гастроєзофагеального рефлюксу. Найрідшим було поєднання ерозивного езофагіту з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та гастроєзофагеального рефлюксу з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки.

25 із 100 хворих на ерозивний езофагіт не мали супутньої патології верхніх відділів травного каналу. Виявлена пряма кореляція між ерозивним езофагітом, поверхневим та ерозивним гастритом дає підстави припустити, що наявність процесів запалення у слизовій оболонці шлунка може бути фактором ризику виникнення ерозивного езофагіту як прояву ендоскопічної ГЕРХ. За такого по-

єднання перебіг загострень ГЕРХ був торпідним, ерозивний езофагіт гірше піддавався курсу протирецидивного лікування, будучи до нього більш резистентним, клінічні симптоми зберігалися протягом тривалого часу.

ГЕР виявлено у 34 хворих зі встановленою патологією стравоходу за даними ФЕГДС. Супутні патологічні зміни не спостерігали у 38–43% пацієнтів з ГЕР. За наявності супутніх захворювань верхніх відділів травного каналу між ними та ГЕР кореляційного взаємозв'язку не зареєстровано, що, ймовірно, пояснюється багатофакторними функціональними порушеннями при ГЕР.

Таким чином, аналіз даних ФЕГДС за 2006–2007 рр. виявив патологічні зміни стравоходу в 10,3% пацієнтів, які пройшли ендоскопічне обстеження. Домінуючими органічними ураженнями стравоходу були катаральний езофагіт (40,6% випадків) та ерозивний езофагіт (37%). Факторами ризику виникнення патологічних змін стравоходу були чоловіча стать з максимальною частотою у віці 40–45 років. У жінок ризик виникнення захворювань стравоходу підвищується у пізньому віці (понад 55 років). Найбільш значущим функціональним порушенням стравоходу є гастроєзофагеальний рефлюкс (майже у кожного п'ятого пацієнта). У разі поєднання ерозивного езофагіту з поверхневим та ерозивним гастритом перебіг ГЕРХ характеризувався тривалішими рецидивами із резистентністю до терапії, що проводилася.

Лікування було спрямовано на купірування симптомів, терапію езофагіту, профілактику рецидивів та ускладнень ГЕРХ, поліпшення якості життя хворих. У профілактиці рецидивів провідну роль відведено виявленню факторів ризику та, за можливості, їх усуненню. Хворі повинні бути ознайомлені із факторами ризику, оцінити вартість протирецидивного лікування, свідомо допомагати ліка-

Таблиця 2

**Поєднання ерозивного езофагіту та гастроєзофагеального рефлюксу
із супутньою патологією верхніх відділів травного каналу**

Супутня патологія	Ерозивний езофагіт (n=65)	Гастроєзофагеальний рефлюкс (n=26)
Поверхневий гастрит	7 (11%)	2 (8%)
Ерозивний гастрит	24 (37%)	10 (37%)
Поверхневий дуоденіт	6 (9%)	2 (8%)
Ерозивний дуоденіт	17 (26%)	9 (36%)
Виразкова хвороба шлунка	7 (11%)	2 (8%)
Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки	4 (6%)	1 (3%)

реві у профілактиці рецидивів. Основними факторами ризику ГЕРХ є: вимушене положення тіла (тривалі та часті нахили тулуба), звичка їсти перед сном, ожиріння, вживання алкоголю, куріння.

Хворі мали дотримуватися дієти з вилученням гострої, кислої їжі, обмеженням продуктів, які спричиняють газоутворення, газованих напоїв, кави, шоколаду; приймати їжу не пізніше ніж за 3–4 год до сну, 5–6 разів на день; підняти на 15–20 см кінець ліжка, де лежить голова. Також враховувалося приймання хворими препаратів, які можуть несприятливо впливати на слизову оболонку стравоходу та знижують тонус нижнього стравохідного сфінктера (антидепресанти, антагоністи кальцію, β -адреноблокатори, антихолінергічні засоби, спазмолітики, нітрати, препарати прогестерону).

Антациди призначали хворим з ендоскопічно-негативною ГЕРХ при лікуванні нечастих і невиражених симптомів (частіше печії), які виникали при порушенні рекомендацій щодо способу життя. Після виписування зі стаціонару пацієнтам з ГЕРХ без патологічних змін слизової оболонки стравоходу призначали амбулаторний прийом за необхідності антацидів, рабепразолу в добовій дозі 10 мг або прокінетиків — домперидон у разовій дозі 10 мг та добовій — 30 мг. При лікуванні ендоскопічно позитивної ГЕРХ за наявності катарального езофагіту застосовували базовий курс рабепразолу у дозі 10 мг на добу. Препарат усував наявні симптоми у 90% хворих, через 6 місяців у 80% хворих із катаральним езофагітом спостерігалася ендоскопічна ремісія, хворі не відзначали зниження якості життя у разі дотримання рекомендацій лікаря.

Хворим на ерозивний езофагіт як базисний курс призначали рабепразол у добовій дозі 20 мг, при підтримувальній терапії рабепразолом доза становила 10–20 мг залежно від перебігу ГЕРХ. Такі пацієнти потребували тривалої профілактичної терапії рабепразолом, її максимальний термін не перевищував 48 тиж до досягнення клінічної та ендоскопічної ремісії.

Хворим на ГЕРХ із ерозивним езофагітом у поєднанні з ерозивним гастритом та ерозивним дуоденітом було проведено швидкий уреазний тест для виявлення *Helicobacter pylori*. Частота позитивних результатів становила 85–90%. При контролі ерадикації *Helicobacter pylori* через 4 тижні після відміни антибіотиків перевагу надавали дихальному тесту із ^{13}C -сечевиною, у частини хворих — із використанням швидкого уреазного тесту.

Антигелікобактерну терапію проводили згідно з Маастрихтським консенсусом—3 (2005). Вона включала терапію першої лінії із призначенням протягом 7 днів рабепразолу, кларитроміцину та амоксициліну. Ефект ерадикації *Helicobacter pylori* був підтверджений у всіх пацієнтів. Відповідно до рекомендацій консенсусу, необхідність тривалого лікування хворих на ГЕРХ блокаторами протонної помпи розглядається як одне з відносних показань до проведення ерадикаційної терапії, яка у таких випадках запобігає прогресуванню атрофічних змін у слизовій оболонці фундального відділу шлунка.

У подальшому необхідно провести вивчення частоти рецидивів ГЕРХ після ерадикації *Helicobacter pylori*, варіабельності клінічних проявів при рецидивах, поєднання із захворюваннями верхніх відділів травного каналу. Важливим видається вивчення проявів ГЕРХ у хворих на виразкову хворобу після успішної ерадикації *Helicobacter pylori*, в яких до антигелікобактерної терапії симптомів ГЕРХ не було, а також дослідження динаміки морфологічних змін у слизовій оболонці стравоходу (дисплазії, метаплазії) у пацієнтів з виразковою хворобою до та після проведення ерадикаційної терапії.

ГЕРХ, враховуючи її «маски» позастрохідних клінічних проявів, має бути включена до диференційно-діагностичного пошуку за наявності больового синдрому у грудній клітці, бронхообструктивного синдрому, дисфагії, шлунково-кишкової кровотечі. Більшість пацієнтів із загруднин-

ними болями, в яких виключена ішемічна хвороба серця, мають патологію стравоходу (рефлюксну хворобу, езофагоспазм або їх поєднання) і повинні бути обстежені із застосуванням 24-годинної внутрішньостравохідної рН-метрії, манометрії стравоходу, ендоскопічного ультразвукового дослідження стравоходу та інших сучасних методів.

Висновки

1. Патологічні зміни стравоходу виявлені у 10–11% пацієнтів, які пройшли ФЕГДС-обстеження.

2. Найчастішими ураженнями стравоходу були катаральний езофагіт (40–45%) та ерозивний езофагіт (30–35%).

3. У хворих на ерозивний езофагіт у поєднанні з ерозивним гастритом та дуоденітом рецидиви характеризувалися тривалішим перебігом із резистентністю до терапії, що проводилася.

4. Ерозивний гастрит та ерозивний дуоденіт, враховуючи наявність їхніх кореляційних взаємозв'язків із ГЕРХ, можуть бути факторами ризику розвитку ерозивної форми ГЕРХ.

Література

1. Бабак О.Я. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба (діагностика і лікування). – Харків, 2005. – 21 с.
2. Острогляд А.В. Перший досвід вивчення епідеміології гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби в Україні // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 1 (27). – С. 30–32.
3. Чернявський В.В. Клінічні рН-метричні паралелі при різних формах гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби // Там само. – 2004. – № 5 (19). – С. 33–36.
4. De Vault K.R., Castell D.O. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux diseases // Am. J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 100. – P. 190–200.
5. Kahrilas P.J. Review article: gastroesophageal reflux disease as a functional gastrointestinal disorder // Aliment. Pharmacol Ther. – 2004. – Vol. 20 (suppl). – P. 50–55.
6. Meining A., Bajbory M., Stein H.J., Schmid R.M. Diagnosis and therapy of weakly-acid/non acidic gastroesophageal reflux disease // Dtsch. Med. Wochenschr. – 2005. – Bd. 130. – S. 2266–2269.
7. Pettit M. Treatment of gastroesophageal reflux disease // Pharm. World. Sci. – 2005. – Vol. 27. – P. 432–435.

В.Ю. Поleshko, И.В. Илинчук, Н.Н. Никитченко, И.В. Евстигнеев

Особенности клинического течения, диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при патологии верхних отделов пищеварительного канала

Рассмотрены вопросы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, включая данные эндоскопических обследований за последние два года. Проанализированы внепищеводные атипические клинические формы и формы, резистентные к лечению. Подтверждено предположение о том, что хронический гастрит и дуоденит могут быть факторами риска возникновения эрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

V. Yu. Poleshko, I. V. Ilinchuk, N. M. Nikitchenko, I. V. Evstigneev

The gastroesophageal reflux disease: the peculiarities of clinical course, diagnostics and treatment at the pathology of upper sections of digestive tract

The article is devoted to the problems of diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease, including the data of endoscopic investigations for the last two years. The analysis has been made for the non-esophageal clinical forms and resistant disease forms. The confirmation has been made for the provision that chronic gastritis and duodenitis can be risk factors of erosive form of gastroesophageal reflux disease.