

ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МОТОРНО-СЕКРЕТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Работа выполнена согласно тематике научно-исследовательской работы кафедры терапии, ревматологии и клинической фармакологии Харьковской медицинской академии последипломного образования «Механизмы формирования ГЭРБ с сопутствующей патологией и разработка методов ее патогенетической коррекции у студентов», № гос регистрации 0110U002441.

Вступление. Гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) по праву считают заболеванием XXI века, так как в последние годы наблюдается отчетливая тенденция к увеличению заболеваемости, особенно среди лиц трудоспособного возраста [1, 4, 10]. Особенно актуальной эта проблема является для индустриально развитых стран, в которых практически у половины взрослого населения выявляют ведущий симптом ГЭРБ – периодически возникающую изжогу, которая существенно снижает качество жизни, а более чем у 10 % лиц – эндоскопические признаки. ГЭРБ – многофакторное заболевание, одним из наиболее значимых факторов патогенеза которого являются моторно-эвакуаторные нарушения [2, 3, 7]. Несмотря на то, что данная проблема в течение значительного времени обсуждается в медицинской литературе, она продолжает оставаться актуальной в связи с отсутствием единого мнения относительно причин возникновения моторных нарушений желудочно-кишечного тракта и соответственно отсутствием адекватных физиологических методов их диагностики и лечения [6, 8, 9]. Изучение моторно-секреторных нарушений при ГЭРБ, разработка методов и схем их ранней диагностики представляют научный интерес и практическую значимость, что и обусловило цель данного исследования.

Цель исследования – изучить особенности моторно-секреторных нарушений при различных клинических формах гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у студентов.

Объект и методы исследования. Было проведено обследование 50 студентов больных ГЭРБ без наличия сопутствующей патологии. Диагноз ГЭРБ устанавливался согласно МКБ-10 на основании подробного опроса, оценки жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного. Для постановки диагноза ГЭРБ выполнялось следующее условие: наличие причиняющей беспокойство больному изжоги один и более раз в неделю в течение последних 6 месяцев (согласно рекомендациям клиники Мэйо и Монреальского консенсуса 2005 г.), а также данных эндоскопического исследования. Группу составляли

23 (43,3 %) мужчины и 27 (56,6 %) женщин в возрасте от 19 до 27 лет, средний возраст которых составил $22 \pm 0,72$ лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц (9 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 18 до 24 лет.

Моторно-эвакуаторные изменения определяли с помощью ультразвукового исследования, проводимого на аппарате ULTIMA pro-30 (производство Украины): в положении больного на левом боку и на спине; в эпигастриальной области и на уровне проекции пищеводного отверстия диафрагмы; натощак, а также через 5, 10 и 15 минут после приема 0,5 литра жидкости [5]. В ходе исследования определяли толщину стенки пищевода, диаметр пищеводного отверстия диафрагмы, ширину просвета пищевода в нижней трети, а также наличие или отсутствие рефлюкса (по обратному затеканию жидкости из желудка в пищевод).

Определение кислотности желудочного сока проводили методом интрагастральной pH-метрии, выполненной на аппарате ИКЖ-2 (производство Украины). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием системы статистической обработки данных Statistica 6.0. При нормальном распределении использовался t-критерий Стьюдента, в случае отклонения от нормального распределения применялись непараметрические критерии Уилкинсона. Корреляционный анализ проводили с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение.

Среди обследованных ведущей жалобой была изжога, которую отмечали 90 % больных, так же больные предъявляли жалобы на боли в эпигастриальной области (80 % больных), отрыжку (60 % больных), дисфагию при приеме твердой пищи (6 % больных). У 20 % больных наблюдались внепищеводные проявления ГЭРБ, которые проявлялись в основном в виде респираторного синдрома (сухой кашель после физической нагрузки, наклонов тела, приема пищи). При фиброгастродуоденоскопии среди обследованных больных была диагностирована эрозивная форма ГЭРБ у 30 % пациентов, неэрозивная – у 70 %. В ходе проведенного ультразвукового исследования желудка и нижней трети пищевода было установлено, что ширина нижней трети пищевода у больных эрозивной формой ГЭРБ составила $2,84 \pm 0,1$ см., неэрозивной – $2,58 \pm 0,2$ см., при норме – $2,11 \pm 0,1$ см. Диаметр пищеводного отверстия диафрагмы у больных эрозивной формой ГЭРБ

составил $1,99 \pm 0,1$ см, неэрозивной – $1,81 \pm 0,2$ см, при норме – $1,51 \pm 0,12$ см. У 26 пациентов (6 – с эрозивной формой и 20 – с неэрозивной) диагностирован гастроэзофагеальный рефлюкс, продолжительность которого при эрозивной форме составила в среднем $6,1 \pm 0,2$ мкл и при неэрозивной – $4,8 \pm 0,12$ мкл. Таким образом, установлено, что при ультразвуковом исследовании у больных ГЭРБ наблюдается достоверное увеличение диаметра пищевода и отверстия диафрагмы, расширение нижней трети пищевода и наличие гастроэзофагеального рефлюкса ($p < 0,05$).

Кислотность желудочного сока в теле желудка при эрозивной форме составила в среднем $1,02 \pm 0,03$, при неэрозивной – $1,1 \pm 0,03$ (при норме $1,8 \pm 0,04$). Показатели кислотности в антруме составили при эрозивной форме $5,0 \pm 0,06$, при неэрозивной – $5,8 \pm 0,09$ (при норме $6,75 \pm 0,05$). Показатели кислотности желудочного сока у больных с эрозивной формой ГЭРБ были значимо выше показателей больных с неэрозивной формой ($p < 0,05$). Была установлена четкая корреляционная зависимость между степенью выраженности ГЭРБ при ФГДС, продолжительностью и тяжестью изжоги, данных рН-метрии и показателями, полученными при УЗИ ($r = 0,73$).

Выводы.

1. Установлено, что у больных с эрозивной формой ГЭРБ при проведении интрагастральной рН-

метрии показатели кислотности желудочного сока достоверно выше, чем у больных с неэрозивной формой ($p < 0,05$), при этом показатели кислотности желудочного сока у обеих категорий больных ГЭРБ достоверно выше, чем у лиц контрольной группы ($p < 0,05$).

2. Показано, что при ультразвуковом исследовании у больных ГЭРБ наблюдается достоверное, по сравнению со здоровыми лицами, увеличение диаметра пищевода и отверстия диафрагмы, расширение нижней трети пищевода и наличие гастроэзофагеального рефлюкса ($p < 0,05$), особенно выраженные при эрозивной форме ГЭРБ.

3. Установлена корреляционная зависимость между данными рН-метрии, моторно-эвакуаторными нарушениями и клиническими формами ГЭРБ ($r = 0,73$).

4. При обследовании больных ГЭРБ наряду с традиционно принятыми в клинической практике диагностическими методами ультразвуковое исследование можно рекомендовать как дополнительный метод при обследовании больных, предъявляющих жалобы на длительную и упорную изжогу.

Перспективы дальнейших исследований состоят в том, что изучение механизмов формирования моторно-секреторных нарушений при ГЭРБ будет способствовать оптимизации ее ранней диагностики и разработке схем дифференцированной патогенетической терапии.

Литература

5. Бабак О. Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Стратегия поддерживающей терапии / О. Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – №4 (12). – С. 8-10.
6. Балаганский Д. А. Возможности трансабдоминальной ультрасонографии в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей / Д. А. Балаганский, А. П. Кошель, М. Л. Врублевская // Бюллетень сибирской медицины. – 2011. – №3. – С. 111-115.
7. Джахая Н. Л. Возможности 24-часового мониторинга рН в пищеводе в диагностике и контроле эффективности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Н. Л. Джахая, А. С. Турухманов, О. А. Склянская, А. А. Шептулин, В. Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии – М., 2012. – №1. – С. 23-30.
8. Лазебник Л. Б. Изжога и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: проблемы и решения / Л. Б. Лазебник // Тер. архив. – 2008. – № 2. – С. 5–11.
9. Опарин О. А. Роль ультразвукового исследования в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у студентов / О. А. Опарин, Н. В. Лаврова, О. А. Лобунец // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2009. – №4 (28). – С. 161-163.
10. Опарин А. А. Роль и место нейропептидов в комплексной коррекции секреторно-двигательных расстройств при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у студентов / А. А. Опарин, А. Г. Опарин, О. Е. Шаповалова, Н. В. Лаврова // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – №5 (55). – С. 49-51.
11. Adachi K. Radially asymmetric gastroesophageal acid reflux in the distal esophagus: examinations with novel pH sensor catheter equipped with 8 pH sensors / K. Adachi, S. Ohara, K. Furuta // Journal of Gastroenterology. – 2012. – Vol. 47, №11. – P. 1221-1227.
12. Heine K. J. Crural diaphragm and lower esophageal sphincter as ant reflux barriers / K. J. Heine, R. K. Mittal // Viewpoints in Digestive Diseases. – 2010. – 23 p.
13. Mittal R. Sphincter mechanisms at the esophago-gastric junction / R. Mittal // Springer New York – 2013. – P. 319-341.
14. Mittal R. Transient lower esophageal sphincter relaxation / R. Mittal, H. Holloway, R. Penagini [et al.] // Gastroenterology – 2011. – P. 109-601.

УДК 616. 329-002-07-036. 2-042

ОСОБЕННОСТИ МОТОРНО-СЕКРЕТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Опарин А. А., Лаврова Н. В., Корниенко Д. А.

Резюме В работе показано, что у больных с эрозивной формой ГЭРБ при проведении интрагастральной рН-метрии показатели кислотности желудочного сока достоверно выше, чем у больных с неэрозивной формой ($p < 0,05$), при этом показатели кислотности желудочного сока у обеих категорий больных ГЭРБ достоверно выше, чем у лиц контрольной группы ($p < 0,05$). Показано, что при ультразвуковом исследовании

у больных ГЭРБ наблюдается достоверное, по сравнению со здоровыми лицами, увеличение диаметра пищевода отверстия диафрагмы, расширение нижней трети пищевода и наличие гастроэзофагеального рефлюкса ($p < 0,05$), особенно выраженные при эрозивной форме ГЭРБ. Установлена корреляционная зависимость между данными рН-метрии и моторно-эвакуаторными нарушениями ($r = 0,73$). Таким образом, при обследовании больных ГЭРБ наряду с традиционно принятыми в клинической практике диагностическими методами ультразвуковое исследование можно рекомендовать как дополнительный метод при обследовании больных, предъявляющих жалобы на длительную и упорную изжогу.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, кислотность, моторно-эвакуаторные нарушения.

УДК 616. 329-002-07-036. 2-042

ОСОБЛИВОСТІ МОТОРНО-СЕКРЕТОРНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Опарін О. А., Лаврова Н. В., Корнієнко Д. О.

Резюме. У роботі показано, що у хворих на ерозивну форму ГЕРХ при проведенні інтрагастральної рН-метрії показники кислотності шлункового соку достовірно вище, ніж у хворих на неерозивну форму ($p < 0,05$), показники кислотності шлункового соку в обох категорій хворих на ГЕРХ достовірно вище, ніж в осіб контрольної групи ($p < 0,05$). Показано, що при ультразвуковому дослідженні хворих на ГЕРХ спостерігається достовірно, порівняно зі здоровими особами, збільшення діаметра стравохідного отвору діафрагми, розширення нижньої третини стравоходу та наявність гастроэзофагеального рефлюксу ($p < 0,05$), особливо виражені у хворих на ерозивну форму ГЕРХ. Встановлено кореляційну залежність між даними рН-метрії та моторно-евакуаторними порушеннями ($r = 0,73$). Таким чином, при обстеженні хворих на ГЕРХ поряд з традиційно прийнятими в клінічній практиці діагностичними методами можна рекомендувати ультразвукове дослідження як додатковий метод при обстеженні хворих, що скаржаться на тривалу печію.

Ключові слова: гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба, кислотність, моторно-евакуаторні порушення.

UDC 616. 329-002-07-036. 2-042

Features of Motility and Secretory Disorders in Different Forms of Gastroesophageal Reflux Disease

Oparin A. A., Lavrova N. V., Kornienko D. A.

Summary. *Background.* Gastroesophageal reflux disease (GERD) is increasingly common worldwide. GERD is a disease of the XXI century, affecting approximately 40 % of the population in the developed countries, especially people of working age. Symptoms differ between individuals and endoscopically visible injury is present in only about 50 % of cases. Although GERD is a disorder of gastrointestinal motility and structure, the motility disorder is one of the main reasons for GERD. Study of motility and secretory disorders associated with GERD, development of methods for the early diagnosis of GERD has a great scientific interest and practical importance.

Patients and methods. The surveyed group consisted of 50 students (23 men and 27 women, the average age being around $22 \pm 0,72$) suffering from chronic GERD and without the presence of comorbidities. All the patients had objectively verified GERD, the diagnosis being based on GERD symptoms and endoscopy findings. The main symptoms noticed by patients were heartburn (90 % of the cases), pain in the epigastric region (80 %), regurgitation (60 %), extraesophageal manifestations of GERD (20 %), dysphagia (6 %). 30 % of the patients had an erosive form of reflux disease (ERD) while the rest of them (70 %) – a non-erosive one (NERD). The controls consisted of 20 subjects (9 men and 11 women, the average age being 21).

The motility and evacuational changes were determined by ultrasound investigation (model ULTIMA pro-30, made in Ukraine). The study consisted of measuring the thickness of the wall of the esophagus, hiatal diameter, width, height in the lower third of the esophagus, as well as the presence or absence of reflux (the reverse reflux of fluid from the stomach into the esophagus).

The determination of the acidity of the gastric juice was performed by intragastric pH-metry (model ИКЖ-2, made in Ukraine).

Results. The patients with the erosive form of GERD had a significantly higher level of the gastric acidity than the patients with the none-erosive one ($1,02 \pm 0,03$ vs. $1,1 \pm 0,03$; $p < 0,05$), the level of the gastric acidity in both categories of patients with GERD being significantly higher than that of the gastric acidity in the controls ($p < 0,05$).

The ultrasound research helped to discover that the diameter of the hiatal and the expansion of the lower third of the esophagus were bigger in the group with GERD than in the controls ($p < 0,05$).

There was a correlation established among the results of pH-metry, evacuation and motility disorders and clinical forms of GERD ($r = 0,73$). Thus, along with the traditionally accepted methods, the ultrasound methods can be recommended as an additional method for examining patients complaining about prolonged and persistent heartburn.

Key words: gastroesophageal reflux disease, acidity, motility disorder.

Рецензент – проф. Скрипник І. М.

Стаття надійшла 19.06.2013 р.