

О.Е. Шаповалова

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

КОРРЕКЦИЯ МОТОРНО-СЕКРЕТОРНЫХ РАСТРОЙСТВ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

В работе установлено, что у студентов больных ГЭРБ с сопутствующей ЖДА отмечается повышение гастрина, снижение уровня мелатонина и показателей качества, находящиеся между собой в тесной корреляционной зависимости, и все эти показатели выше и ниже не только по сравнению с контрольной группой, но и данными исследований у больных с ГЭРБ без сопутствующей патологии. Так же установлено, что включение в стандартную схему даларгина, способствует повышению качества жизни, сокращения сроков наступления клинической ремиссии, подъему уровня мелатонина и выраженному снижению уровня гастрина.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, железодефицитная анемия, качество жизни.

Работа является фрагментом НИР кафедры терапии, ревматологии и клинической фармакологии ХМАПО «Механизмы формирования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с сопутствующей патологией и разработка методов её патогенетической коррекции у студентов». Номер государственной регистрации 0110U002441.

На сегодня гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), включенная в перечень наиболее распространенных заболеваний XXI столетия, по-прежнему остается актуальной проблемой клинической медицины [1,2,3,8,10], так как многие вопросы, связанные как с раскрытием патогенеза болезни, особенностями ее пищеводных и внепищеводных клинических проявлений, так и с конкретными рекомендациями по лечению этой категории больных остаются далеко не раскрытыми [5,6,7,9,11,12].

Одна из причин этих нерешенных проблем, как нам кажется, кроется в том, что признавая ключевую роль в патогенезе формирования ГЭРБ нарушение баланса между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки пищевода с доминированием факторов агрессии, не всегда учитываются при составлении плана лечебных мероприятий причины, способствующие возникновению этого дисбаланса, и прежде всего роль центральных координирующих систем, ответственных за регуляцию секреторной и моторной функций желудочно-кишечного тракта [4].

Целью работы была оптимизация коррекции моторно-секреторных расстройств при ГЭРБ с сопутствующей ЖДА у лиц молодого возраста.

Материал и методы исследования. Для исследования нами были взяты две группы больных ГЭРБ. В первую группу вошли 38 больных ГЭРБ без сопутствующей патологии, которые были разделены на две клинически однородные группы (первую и вторую), первая из которых получала, согласно рекомендаций сформулированных на международном собрании экспертов-гастроэнтерологов в 2008 г. в г. Гшад, стандартное лечение, состоявшее из приема ИПП по 20 мг ежедневно два раза в день в течение четырех недель, а вторая дополнительно даларгин по 1 мл внутримышечно два раза в сутки в течение четырех недель.

Во вторую группу вошло 40 больных ГЭРБ с сопутствующей ЖДА, которые были разделены на две клинически однородные подгрупп (третью и четвертую).

Первая получала стандартную терапию из ИПП 2 раза в день, а вторая дополнительно даларгин по 1 мл внутримышечно два раза в сутки в течение четырех недель.

Качество жизни (КЖ) оценивали при помощи опросника SF-36 (версия 1), состоящего из 8 шкал: физическое функционирование (PF), рулевое функционирование (RP), общее здоровье (ЦН), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональность (VT), психологическое здоровье (МН). Каждая из них находится в диапазоне от 0 (самый низкий уровень) до 100 (максимальный уровень).

Уровень мелатонина и гастрин в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием (соответственно) стандартных наборов реактивов JRL (производство Германия). Статистическую обработку полученных результатов проводили стандартными методами вариационной статистики с использованием пакета стандпрограмм. Достоверность различий определяли параметрическим методом с выделением критерия t – Стьюдента. Значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании нами установлено, что при поступлении у больных как первой, так и второй лечебных групп в равной степени выступали клинические проявления болезни и нарушения в спектре изучаемых показателей.

В частности, у них отмечены статистически достоверно ($p < 0,001$) низкие, чем в группе здоровых лиц контрольной группы, показатели уровней ролевого, социального и эмоционального функционирования, общего здоровья и жизнеспособности, а также шкал физического и социального функционирования, показателей шкалы интенсивности боли (табл. 1). Параллельно у больных как в первой, так и во второй группе отмечалось с одинаковой степенью статистически достоверное ($p < 0,001$) по сравнению с нормой снижение уровня мелатонина и повышение уровня гастрин (табл. 2). При дальнейшем наблюдении за больными этих групп в процессе лечения нами установлено, что у больных уже через несколько дней стало наблюдаться снижение частоты и степени

выраженности изжоги и диспептических расстройств. Однако, у больных первой группы средние сроки исчезновения этих клинических симптомов (которые в среднем составляли $9,4 \pm 0,8$ дней) сохранялись (на 3-4 дня) дольше и по сравнению со средними сроками больных второй группы ($4,9 \pm 0,51$ дней) были статистически достоверно ($p < 0,01$) более длительными.

Таблица 1

Динамика показателей КЖ по шкалам опросника SF-36 у больных ГЭРБ с сопутствующей и без сопутствующей ЖДА в процессе лечения

Шкалы КЖ (балл)		Лечебные группы больных ГЭРБ				Контроль
		ГЭРБ без сопутствующей ЖДА		ГЭРБ с сопутствующей ЖДА		
		1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	
Физическое функционирование (PF)	До лечения	50,8±3,8	50,9±3,9	48,2±2,7	47,2±2,7	84,5±4,0
	После лечения	69,5±3,7	80,1±4,1	79,4±3,8	77,8±3,7	
Ролевое физическое функционирование (RP)	До лечения	35,2±2,8	35,1±2,8	22,3±2,0	24,5±0,2	71,4±3,1
	После лечения	59,9±3,1	68,4±3,3	69,2±3,4	68,4±3,5	
Интенсивность боли (BR)	До лечения	30,7±4,1	30,7±4,0	25,5±3,8	24,8±3,7	76,3±4,0
	После лечения	66,3±4,2	72,8±4,2	75,2±4,0	32,4±3,5	
Общее здоровье (GH)	До лечения	41,9±4,2	39,9±4,1	34,2±3,2	35,4±3,5	74,9±4,1
	После лечения	62,8±4,4	70,8±4,2	71,4±4,1	34,5±4,0	
Жизнеспособность (VT)	До лечения	51,4±3,1	51,5±3,2	43,2±3,0	42,2±2,9	80,5±3,2
	После лечения	69,3±3,0	76,1±4,0	78,5±4,0	48,9±3,0	
Социальное функционирование (SF)	До лечения	51,1±3,9	51,2±3,9	39,4±3,4	38,5±3,5	81,4±4,2
	После лечения	72,9±3,8	80,3±4,1	78,5±4,0	45,7±3,7	
Ролевое эмоциональное функционирование(RF)	До лечения	45,4±3,1	45,3±3,1	37,2±3,0	38,4±3,1	78,6±3,4
	После лечения	60,4±3,1	77,9±4,1	77,4±4,1	45,8±3,5	
Психическое здоровье (MH)	До лечения	42,4±3,2	42,3±3,1	29,4±3,1	27,4±3,0	75,4±3,7
	После лечения	53,2±3,6	74,9±4,0	73,8±3,7	39,5±3,2	

Таблица 2

Динамика показателей уровня мелатонина и гастрина в разных лечебных группах больных ГЭРБ с сопутствующей и без сопутствующей ЖДА

Показатели (пмоль/л)		Лечебные группы больных ГЭРБ				Контроль
		ГЭРБ без сопутствующей ЖДА		ГЭРБ с сопутствующей ЖДА		
		1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	
Мелатонин	До лечения	15,2±1,4	15,1±1,5	11,8±1,1	12,0±1,2	24,2±1,2
	После лечения	19,0±1,4	22,9±1,3	23,1±1,1	14,5±1,3	
Гастрин	До лечения	9,7±0,74	9,8±0,86	10,8±0,57	9,9±0,72	4,39±0,31
	После лечения	6,5±0,62	4,9±0,50	4,8±0,42	8,3±0,78	

Одновременно, нами отмечено, что динамика подъема показателей КЖ также была более наглядной у больных, получавших при лечении дополнительно далаггин. В частности, у них уровень всех показателей поднялся статистически достоверно выше (по сравнению с исходными) и практически приблизился к норме ($p > 0,05$), в то время как у больных первой группы, у которых хотя и произошли существенные положительные сдвиги ($p < 0,05$), но они оставались ниже не только нормы ($p < 0,05$), но и средних показателей уровня КЖ больных второй группы ($p < 0,05$). Особенно это отставание проявлялось в коррекции по шкале ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья (см. табл. 1).

Параллельно к концу курса лечения мы констатировали статистически достоверное повышение в крови уровня мелатонина и снижение уровня гастрина.

Однако, у больных первой группы положительная динамика в спектре этих гормонов также была менее выраженной и к концу курса лечения средний уровень гастрина ($6,9 \pm 0,62$) оставался статистически достоверно ($p < 0,05$) выше не только нормы, но и среднего показателя уровня гастрина больных второй группы ($4,9 \pm 0,50$).

Уровень мелатонина, наоборот, с большей степенью достоверности ($p < 0,001$) поднялся у больных второй группы и в среднем (до $22,9 \pm 1,3$) практически приблизился к норме ($p > 0,05$), в то время как у больных первой группы, его уровень хотя и статистически достоверно вырос (до $19,0 \pm 1,4$), но оставался статистически достоверно ниже ($p < 0,05$) не только нормы ($24,2 \pm 1,2$), но и средних показателей больных второй группы, находившихся на базисной терапии с дополнительным включением в нее далаггина.

Таким образом, выявленные нами изменения в спектре изучаемых показателей и наличие между ними тесной корреляционной связи ($r = 0,93$) несомненно свидетельствуют о том, что включение далаггина в стандартную схему лечения больных ГЭРБ, улучшая показатели КЖ больных, способствует одновременно

позначенню рівня мелатоніну і зниженню рівня гастрину, усуваючи тим самим дисбаланс в мелатоніно-гастриновій системі (як одного з факторів секреторно-двигальних розладів органів ЖКТ).

Висновки

1. Показано, що у студентів хворих ГЕРБ з супутньою ЖДА відзначається достовірне підвищення рівня гастрину, зниження рівня мелатоніну і показників якості життя, які знаходяться між собою в тісній кореляційній залежності і достовірно вище не тільки з даними показателями у осіб контрольної групи, але і показателями у хворих ГЕРБ без супутньої патології.
2. Показано, що включення даларгіну в стандартну схему лікування студентів хворих ГЕРБ, особливо з супутньою ЖДА сприяє підвищенню у них рівня КЖ, скороченню термінів настання клінічної ремісії (скороченню термінів і частоти изжоги і диспепсії), статистично достовірно більш високому підйому рівня мелатоніну і більш вираженому зниженню рівня гастрину в сироватці крові.

Перспективи дальніших досліджень. Розробка схем терапії ГЕРБ з супутньою ЖДА з урахуванням психосоматичного статусу пацієнтів буде сприяти не тільки оптимізації терапії обох даних захворювань, але і сприяти покращенню психосоматичного статусу і підвищенню якості життя у даній категорії пацієнтів.

Література

1. Бабак О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Стратегия поддерживающей терапии // О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – Т. 42, №4. – С.8-10.
2. Бабак О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от понимания механизмов развития заболевания к уменьшению клинических симптомов // О.Я. Бабак, О.Е. Колесникова // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – Т. 65, №3. – С. 32-38.
3. Васильев Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Ю.В. Васильев // - М.: Планида, 2011. – 24 с.
4. Ивашкин В.Т. Эволюция представлений о роли нарушений двигательной функции пищевода в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов // Рос. журн. гастроэнтер., гепатол. и колопроктол. – 2010. – № 2. – С. 13–19.
5. Кендзерская Т.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: старая проблема – новые акценты // Т.Б. Кендзерская, Т.Н. Христюк, О.С. Хухлин // Гастроэнтерология. – 2006. – №1. – С.8-18.
6. Лазебник Л.Б. Изжога и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: проблемы и решения // Л.Б. Лазебник // Тер. арх. – 2008. – №2. – С.5-11.
7. Осадчук М.Н. Роль диффузной нейроэндокринной системы в патогенезе и сходе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // М.Н. Осадчук, А.В. Калинин, Т.Е. Липатова // Рос. журн. Гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2007. – №3. – С.35-39.
8. Пасечников В.Д. Современные представления о патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // В.Д. Пасечников // Газ. «Новости медицины и фармации». Гастроэнтерология. – 2011. – №382 – С.26-30.
9. Решетников О.В. Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса и качество жизни: популяционное исследование // О.В. Решетников, С.А. Курилович, Г.И. Симонов // Тер. Архив. – 2008. – №2. – С.11-14.
10. Ткач С.М. Современные подходы к лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с ожирением // С.М. Ткач // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – №1 (45). – С.46-50.
11. Фадеев Г.Д. Новый алгоритм медикаментозной терапии при ГЕРБ // Г.Д. Фадеев, М.О. Бабак, Т.Л. Можина // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – №4 (42). – С.4-7.
12. Фадеев Г.Д. Особливості морфологічного стану слизової оболонки стравоходу у хворих на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу // Г.Д. Фадеев, В.Ю. Гальчинська, І.Е. Кушнір // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – №5 (67). – С.13-19.
13. Федів О.І. Функціональна диспепсія та неерозивна рефлюксна хвороба: патофізіологічний і клінічний перехрест, тактика лікування // О.І. Федів // Здоров'я України. – 2012. – № 4 (281). – С. 28–29.
14. Чернявський В.В. Ведення хворих з гастроэзофагеальною рефлюксною хворобою: лікування, засноване на доказах // В.В. Чернявський // Сучасна гастроентерол. – 2011. – № 3 (59). – С. 87–92.
15. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы // Клини. мед. – 2008. – №6. – С.8-12.
16. Bretagne J.F., Honnorat C., Richard-Molard B. et al. Comparative study of characteristic and disease management between subjects with frequent and occasional gastro-esophageal reflux symptoms // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – №23 – P.607-616.
17. Holtman G. GERD: how to have a better day? // G. Holtman // J. Clin. Gastroenterol. – 2007. – 41(suppl. 2). – P.204-208.
18. Naran S. Bile salts differential G ly sensitize esophageal squamous cells to CD95 (Fas/ApoG1 receptor) mediated apoptosis // S. Naran, P. Abrams, P.Q. de Oliveira // J. Surg. Res. – 2011. – Vol. 171, N 2. – P. 504–509.
19. Titgat G.N. Gastroesophageal reflux: reflection ANO 2006 // G.N.J. Titgat // J. Clin. Gastroenterol. – 2007. – 41 (suppl.2). – P.222-225.
20. Tytgat G.N. New algorithm for the treatment of gastro-esophageal reflux disease // G.N. Tytgat, K. Meccol, J. Tack // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2008.

Реферати

КОРЕКЦІЯ МОТОРНО-СЕКРЕТОРНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ З СОПУТНЬОЮ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Шапавалова О.Є.

У роботі встановлено, що у студентів хворих ГЕРХ з супутньою ЗДА відзначається підвищення гастрину, зниження рівня мелатоніну і показників якості життя, що знаходяться між собою в тісній кореляційній залежності, і всі ці показники вище і нижче не тільки порівняно з контрольною групою, але і даними досліджень у хворих з ГЕРХ без супутньої патології. Так само встановлено, що включення в стандартну схему даларгіну, сприяє підвищенню якості життя, скорочення термінів настання клінічної ремісії, підйому рівня мелатоніну та вираженого зниження рівня гастрину.

Ключові слова: гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба, залізодефіцитна анемія, якість життя.

Стаття надійшла 26.04.2013 р.

CORRECTION MOTOR-SECRETORY DISORDERS IN GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE ASSOCIATED WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA IN YOUNG ADULTS

Shapovalova O.

It is found that the students of GERD patients with IDA marked increase gastrin, reduced melatonin levels and quality of life, which are together in close correlation, and all of these indicators above and below not only comparison with the control group, but the data studies in patients with GERD without comorbidities. It is also found that the inclusion of a standard scheme dalargin contributes to the quality of life, reducing the timing of clinical remission, melatonin levels rise and pronounced reduction of gastrin.

Key words: gastroesophageal reflux disease, iron deficiency anemia, the quality of life.

Рецензент Катеринчук І.П.