

УДК 616.329 – 002 – 07 – 036.2 – 039

А.А. Опарин, О.А. Лобунец, З.Ш. Мехтиханова, О.Е. Шаповалова

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ И АГРЕССИИ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АНЕМИЕЙ У СТУДЕНТОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Работа является фрагментом НИР кафедры терапии, ревматологии и клинической фармакологии ХМАПО «Механизмы формирования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с сопутствующей патологией и разработки методов их патогенетической коррекции у студентов», номер государственной регистрации 0110U002448.

Вступление. За последние десять лет в структуре заболеваемости внутренних органов значительно увеличился удельный вес больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), в патогенезе которой ключевым звеном считается нарушение баланса между факторами агрессии и защиты [1,2,4,6,7]. Однако, многие вопросы, связанные как с повышением агрессивных свойств соляной кислоты, так и со снижением защитных свойств слизистой пищевода, а также с особенностями развития дисбаланса в этой сложной каскадной системе у больных ГЭРБ, особенно с сопутствующей патологией других органов, остаются до конца не раскрытыми и требуют дальнейшего исследования [3,5,8,9,10].

Целью исследования нашей работы стало изучение в сравнительном аспекте состояния факторов агрессии и защиты слизистой пищевода у больных ГЭРБ с учетом наличия сопутствующей железодефицитной анемии (ЖДА) легкой степени тяжести.

Объект и методы исследования. Исследования проведены в двух группах больных ГЭРБ с типичной клинической картиной пищеводных проявлений заболевания, подтвержденных данными эзофагогастрофиброскопического, рентгенологического и рН-метрического методов исследований. В первую группу вошли 25 студентов, больных ГЭРБ, без сочетанной патологии других органов в возрасте от 17 до 25 лет (средний возраст $20,4 \pm 1,8$ лет). Из них 20 пациентов (80%) были мужского пола и 5 больных (20%) – женского. Ведущим в клинике симптомом у 20 больных (80%) была изжога, у остальных 5 пациентов (20%) – диспепсические расстройства (отрыжка, тошнота). Общие анализы мочи, кала, а также крови, включая

содержание гемоглобина (в среднем $128,3 \pm 1,15$ г/л), количество эритроцитов (в среднем $4,29 \pm 0,03$ Т/л), цветной показатель (в среднем $0,96 \pm 0,04$), уровень железа (в среднем $19,1 \pm 1,86$ мкмоль/л) находились практически на одном уровне с нормой ($129,4 \pm 1,21$ г/л; $4,30 \pm 0,07$ Т/л; $0,98 \pm 0,08$ мкмоль/л и $19,4 \pm 1,78$ мкмоль/л – соответственно). Во вторую группу вошли 24 студента, больных ГЭРБ, с сопутствующей ЖДА, того же возраста (средний возраст $20,3 \pm 1,9$ лет) и пола – 20 мужчин (83,3%) и 4 – женщины (16,7%). Ведущим в клинике у 18 больных (75%) были диспепсические расстройства, у 6 пациентов (25%) – изжога. Уровень гемоглобина (в среднем $99,4 \pm 0,41$ г/л), количество эритроцитов (в среднем $3,34 \pm 0,03$ Т/л), цветной показатель (в среднем $0,69 \pm 0,03$), содержание железа (в среднем $7,36 \pm 0,14$ мкмоль/л) были статистически достоверно ($p < 0,001$) ниже, не только чем у здоровых лиц, но и больных первой группы ($p < 0,001$). В группу обследованных не включались больные со средней и тяжелой степенью тяжести проявлений ЖДА, также девушки в период менструального цикла и в течение 1,5 недель после них. Также всем пациентам девушкам были проведены исследования у гинеколога на предмет исключения патологии органов малого таза. Фактор агрессии оценивали по содержанию в крови уровня гастрина, и показателям рН-метрии в корпусе и антруме, в то время как фактор защиты – по скорости кровотока и размерам диаметра чревного ствола, а также показателям антиоксидантной активности (АОА), о которой судили по уровню ферментов супероксиддисмутазы (СОД) и глутатионпироксидазы (ГПО). Для оценки желудочной секреции использовали способ интрагастральной рН-метрии с применением специальных двухходовых рН-зондов с сурьмянокаломелевыми электродами (антральным и корпусным) на аппарате ИКЖ – 2 (производство Украина) по стандартной методике. Определение гастрина в сыворотке крови проводили иммуноферментным методом с использованием стандартного набора реактивов фирмы JBL (производство

Германия). Определение активности ГПО в сыворотке крови, как и определение активности СОД, проводили колориметрическим методом, описанным N.W. Tetz, W. Tietz, W.B. Sannders (1998). Скорость регионарного кровотока в чревном стволе и его диаметр оценивали методом эхограмм в режиме эхолокации и спектра потока крови имперсно-волновой доплерографии, выполненной на аппарате ALOKA – SSD – 650 (производство Япония) и ULTIMA pro – 30 (производство Украина). За норму были приняты средние показатели 20 практически здоровых студентов того же возраста и пола. Результаты исследований обработаны методом вариационной статистики с применением стандартных программ корреляционного анализа с вычислением средних арифметических величин M , m , G . Достоверность показателей оценивали по t – критерию Стьюдента, разницу считали при $p < 0,05$. Применяли также корреляционный анализ – метод парной корреляции (r).

Результаты исследований и их обсуждение. При исследовании нами установлено, что у большей части (у 92%) пациентов больных ГЭРБ без сочетанной патологии (1-ая группа) была более чем два раза повышена концентрация гастрина. В среднем, его уровень поднялся до $10,6 \pm 1,54$ нмоль/л и составлял по сравнению с нормой ($4,39 \pm 0,31$) статистически достоверную разницу ($p < 0,001$). Показатели рН-метрии у больных этой группы как в корпусе желудка ($0,82 \pm 0,08$), так и в антруме ($5,0 \pm 0,17$) были с той же степенью достоверности ($p < 0,001$) ниже, чем в группе здоровых лиц ($1,63 \pm 0,05$ и $7,2 \pm$

$0,38$ – соответственно). Одновременно у этих пациентов, хотя и несколько менее выражено, мы наблюдали статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение скорости кровотока в чревном стволе в среднем до $11,1 \pm 0,92$ (при норме $14,4 \pm 1,14$ см/с), сужение его диаметра в среднем до $0,76 \pm 0,06$ (при норме $0,91 \pm 0,004$ см), а также статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение активности СОД до $0,95 \pm 0,09$ мкг/мл (при норме $1,28 \pm 0,12$) и активности ГПО до $651,3 \pm 28,0$ мккат/л (при норме $726,4 \pm 15,1$). У больных с сопутствующей ЖДА (2-ая группа), наоборот, наиболее глубокие нарушения были отмечены в спектре показателей факторов не агрессии, а защиты. В частности, у них средняя скорость кровотока понизилась до $6,2 \pm 0,44$ см/с, диаметр чревного ствола уменьшился до $0,60 \pm 0,05$ см, активность СОД снизилась до $0,51 \pm 0,04$ мкг/мл, активность ГПО – до $426,7 \pm 14,1$ мккат/л, составив статистически достоверную ($p < 0,001$) разницу не только с нормой, но и показателями больных первой группы. В то же время, нарушения в спектре фактора агрессии вырисовывались менее рельефно. Уровень гастрина увеличился всего лишь, в среднем, до $5,7 \pm 0,58$, составив едва статистически достоверную разницу ($p < 0,05$) с нормой, а показатели рН – метрии снизились в корпусе до $1,48 \pm 0,09$ и в антруме – до $6,9 \pm 0,29$, практически не отличаясь ($p < 0,05$) от средних показателей здоровых людей, но становились статистически достоверно ($p < 0,05$) выше уровня данных показателей больных первой группы (табл.).

Таблица

**Показатели факторов агрессии и защиты
у больных ГЭРБ без сочетанной патологии и с сопутствующей ЖДА**

Показатели		Больные ГЭРБ		Контрольная группа n = 20	p
		1-ая группа n = 25	2-ая группа n = 24		
Уровень гастрина, пмоль/л		$10,6 \pm 1,54$	$5,7 \pm 0,58$	$4,39 \pm 0,31$	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,001$
рН-метрия	Корпус	$0,82 \pm 0,08$	$1,48 \pm 0,09$	$1,63 \pm 0,05$	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,001$
	Антрум	$5,0 \pm 0,17$	$6,9 \pm 0,29$	$7,2 \pm 0,38$	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,001$
Скорость кровотока в чревном стволе, см/с		$11,1 \pm 0,92$	$6,2 \pm 0,44$	$14,4 \pm 1,14$	$p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$
Диаметр чревного ствола, см		$0,76 \pm 0,06$	$0,60 \pm 0,05$	$0,91 \pm 0,04$	$p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,05$

СОД, мкг\мл	$0,95 \pm 0,09$	$0,51 \pm 0,04$	$1,28 \pm 0,12$	$p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$
ГПО, мккат/л	$651,3 \pm 28,0$	$426,7 \pm 14,1$	$726,4 \pm 15,1$	$p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$

Примечание: p_1 – степень достоверности разницы между нормой и больными 1 группы; p_2 – степень достоверности разницы между нормой и больными 2 группы больных; p_3 – степень достоверности разницы между группами больных.

Таким образом, выявленные нами факторы лишний раз свидетельствуют о том, что у больных студентом ГЭРБ в организме возникает дисбаланс между факторами агрессии и защиты. У больных ГЭРБ без сочетанной патологии сдвиг в этой патогенетической цепи с большей степенью достоверности происходит за счет подъема фактора агрессии, в то время как у больных ГЭРБ с сопутствующей ЖДА – за счет снижения в организме фактора защиты.

Следовательно, лечение данной категории больных с целью коррекции нарушенного дисбаланса между факторами агрессии и защиты, являющегося ключевым звеном патогенеза ГЭРБ, должно быть дифференцированно направленно у больных ГЭРБ без сопутствующей патологии, в первую очередь, на подавление фактора агрессии, в то время как у больных ГЭРБ с сопутствующей ЖДА – на повышение процессов антиоксидантной защиты.

Выводы.

1. У студентов, страдающих ГЭРБ, отмечаются выраженные нарушения в системе факторов защиты и агрессии, проявляющихся в снижении скорости и диаметра чревного ствола, снижении АОА, повышении уровня гастрина.
2. Показано, что у пациентов, страдающих ГЭРБ с сопутствующей ЖДА, сдвиг в системе факторов защиты и агрессии проявляется, в основном, за счет снижения факторов защиты, в то время, как у пациентов без сочетанной патологии – за счет повышения факторов агрессии.
3. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки дифференцированной коррекции ГЭРБ в зависимости от особенностей нарушения баланса между факторами защиты и агрессии, направленных то ли, в первую очередь, на подавление факторов

агрессии, то ли на повышение факторов защиты и с учетом сопутствующей ЖДА.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении состоят в том, что изучение состояния факторов агрессии и защиты при ГЭРБ с учетом сопутствующей ЖДА, будет способствовать успешной разработке дифференцированной коррекции ГЭРБ, что позволит не только добиться более быстрой и качественной ремиссии сочетанной патологии, но и способствовать профилактике дальнейшего прогрессирования сопутствующей ЖДА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабак О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Стратегия поддерживающей терапии / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 4 (42). – С. 8 – 11.
2. Лазебник Л.Б. Изжога и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь проблемы и решения / Л.Б. Лазебник // Тер. архив. – 2008. – № 2 – С. 5 – 11.
3. Симон А. Патогенетическая роль соляной кислоты при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. Симон // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2008. – № 2 (18). – С. 55 – 58.
4. Скрипник И.Н. Взаимосвязь стоматологических и фаринголарингеальных проявлений у пациентов с ГЭРБ / И.Н. Скрипник Н.Ю. Емельянова // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – №1 (45). – С. 18 – 20.
5. 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.
6. Фадеенко Г.Д., Бабак М.О., Можина Т.Л. Новый алгоритм медикаментозной терапии при ГЭРБ / Фадеенко Г.Д., Бабак М.О., Можина Т.Л. // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – №4. – (42). – С. 4 – 7.
7. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные проблемы / А.А. Шептулин // Клин. мед. – 2008. – № 6. – С. 8 – 13.
8. Tytgat G.N.J. Gastroesophageal reflux disease: reflection AN02006. / Tytgat G.N.J. // J. Clin. Gastroenterol. – 2007. – № 41 (Suppl. 2). – P. 222 – 225.
9. Grigoron F, Bravi J., Cantu P. et. ol. Is The acid pocket on patients with gastroesophageal reflux disease different. / Grigoron F, Bravi J., Cantu P // Astudy wish wireless pH monitoring. // Gut. – 2007. – № 56 (suppl.III). – P. 211.
10. Moss S.F., Kidd J.M., The status of the hiatus: the role of hernia in gastroesophageal reflux disease. J. / Moss S.F., Kidd J.M. // Clin. Gastroenterol. – 2007. – №41 (suppl.2) – P. 144 – 153.

УДК 616.329 – 002 – 07 – 036.2 – 039**ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ФАКТОРІВ ЗАХИСТУ ТА АГРЕСІЇ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ З СУПУТНЬОЮ АНЕМІЄЮ У СТУДЕНТІВ****Опарін О.А., Лобунець О.О., Шаповалова О.Є., Мехтіханова З.Ш.**

Резюме. У роботі проведено дослідження стану факторів захисту та агресії при ГЕРХ без супутньої та з урахуванням супутньої ЗДА. Доведено, що у пацієнтів без супутньої патології превалює підвищення чинників агресії за рахунок підвищення рівня гастрину та кислотності, а у пацієнтів на поєднану патологію - за рахунок зниження факторів захисту показників АОА та погіршення функції ендотелію, що необхідно враховувати при розробці диференційованої терапії ГЕРХ.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, залізодефіцитна анемія, гастрин, ендотеліальна дисфункція, кислотність.

UDC 616.329 – 002 – 07 – 036.2 – 039**FEATURES of FACTORS for the PROTECTION and AGGRESSION with GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE with CONCOMITANT ANAEMIA STUDENTS****Oparin A., Lobunec O., Shapovalova O., Mekhtikhanova Z.**

Summary. In this paper we study the state of protective factors and aggression in GER in the light of concomitant IDA. It is shown that in patients without concomitant diseases prevalent factors increase aggression (by raising the level of gastrin, lipid peroxidation products) and in patients with combined pathology at the expense of protective factors (reduction of AOA and the deterioration of the function of endothelin), which should be considered when developing differentiated treatment GERD.

Key words: gastroesophageal reflux disease, iron deficiency anemia, gastrin, endothelial dysfunction, acidity, oxidative stress.

Стаття надійшла 5.05.2010 р.

УДК 616.89-06:616.1/.7[-07-085.851+615.814.1**Н.С. Панченко****ВЕГЕТАТИВНЫЕ СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА:
ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ НА
ЭТАПАХ КЛИНИКО – ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА****Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)****Харьковский базовый медицинский колледж №1 (г. Харьков)**

Исследование выполнено по плану Харьковской медицинской академии последипломного образования, в частности – научно-исследовательской работы кафедры психотерапии (зав.каф. – д-р мед. наук, проф. Б.В.Михайлов) «Непсихотические психические расстройства у больных сердечно – сосудистыми и сосудисто – мозговыми заболеваниями» (госрегистрация №0109U002826; 2009-2011), и является фрагментом квалификационной научной работы автора.

Вступление. Интегральная организация на основе принципа функциональных систем [1, 25] составляет физиологическую основу функционирования органов и систем. Поэтому, помимо существующих методов, требуются средства диагностики и методы коррекции, соответствующие не только системному, но и организменному принципу обеспечения соматического состояния. В этой связи, особую актуальность приобретает использование и дальнейшая разработка электрометрических методов диагностики, в част-