

УДК: 616-018.2-007.17-008.6-036.1

Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани

О.Н. Крючкова, С.Н. Чернуха

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: ГЭРБ, течение, соединительная ткань, дисплазия

Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), распространенность которых за последние годы имеет тенденцию к увеличению, занимают одно из ведущих мест в клинике внутренних болезней [9, 11]. Существует несколько основных патогенетических механизмов, которые определяют хроническую патологию верхних отделов пищеварительного тракта - это пептический фактор, нарушение моторно-эвакуаторной функции, а также воспаление [1, 7]. Однако, всегда существуют патологические изменения, которые резистентны к стандартным методам лечения и не соответствуют общепринятым взглядам на определённые патогенетические процессы [5, 8].

В последние десятилетия значительно возрос интерес к проблеме, которая касается разнообразных проявлений системной дисплазии соединительной ткани (СДСТ), возникающей в связи с неполноценностью синтеза коллагена и аномалией коллагеновых структур [4, 6]. Полиморфизм клинических проявлений этой патологии обусловлен множественным характером поражений практически всех органов и систем. Особенно активно изучаются кардиальные проявления этого состояния, из которых наиболее распространенными являются пролапс митрального клапана и дополнительные хорды сердца [2, 3]. Однако, не менее актуальной, но практически не изученной проблемой являются патологические изменения пищеварительного

тракта, которая могут варьировать от (ПЯДПК) при СДСТ (26 человек).

Для изучения особенностей течения патологии верхних отделов ЖКТ у больных с СДСТ проводилось клинико - инструментальное обследование, которое включало: анкетный опрос больных, оценку фенотипических проявлений СДСТ [6], фиброэзофагогастродуоденоскопию, рН-метрию, инвазивную диагностику хеликобактерного статуса морфологическим методом и с помощью быстрого уреазного теста. Оценивался объективный статус пациентов клинической группы и проводился ряд общепринятых клинико-лабораторных исследований.

Материал и методы исследования

Для изучения особенностей клинических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) при СДСТ проводили сравнительную оценку полученных результатов клинико-инструментального обследования в трёх группах больных: 1-я группа - больные с СДСТ и ГЭРБ (47 человек); 2-я группа - больные с ГЭРБ без СДСТ (32 человека); 3-я группа - больные с ГЭРБ и пептической язвой двенадцатиперстной

кишки не сопровождалась рефлюксами. В

Результаты и обсуждение

При обследовании верхних отделов пищеварительного тракта у 79 из 82 пациентов с СДСТ при клиническом опросе и эндоскопическом исследовании наблюдались патологические изменения. Причем подавляющее большинство составили Нр-положительные - 71 больной (86,6%). Выявленные у больных с СДСТ патологические изменения верхних отделов пищеварительного тракта свидетельствуют о том, что среди 82 пациентов с установленным диагнозом СДСТ у 73 человек (89%) была выявлена ГЭРБ, причем у 26 больных (31,7%) она сочеталась с ПЯ, у 19 человек имелось сочетание ПЯ с гастроэзофагеальным и дуоденогастральным рефлюксами. ПЯ была диагностирована у 32 пациентов (39%), и только у 2 человек она не сопровождалась рефлюксами. В

свою очередь, дуоденогастральный рефлюкс встречался также достаточно часто – у 52 пациентов (63,4%).

Анализ клинических симптомов заболевания в группах сравнения показал, что наиболее частыми жалобами в группе обследованных больных с СДСТ и ГЭРБ были жалобы на регургитацию (91,5%) и, практически, с такой же частотой на изжогу (87,2%). У пациентов с ГЭРБ без СДСТ самыми частыми жалобами были жалобы на изжогу (78,1%). Болевой синдром (25%), регургитация (46,9%), различные внепищеводные проявления ГЭРБ (34,4%) встречались приблизительно в 2 раза реже, чем у предыдущей группы пациентов. В третьей группе процент больных, которые предъявляли жалобы на регургитацию (88,5%) встречался, практически, так же часто, как в первой группе и в два раза превышала показатели в группе пациентов с ГЭРБ без СДСТ. Кроме того, наблюдался самый высокий процент пациентов, которые жаловались на изжогу (92,3%) боли (96,2%) и внепищеводные проявления (80,8%), что свидетельствует о более тяжелых клинических проявлениях ГЭРБ в сочетании с ПЯ, у больных с СДСТ.

При распределении обследованных пациентов в зависимости от частоты возникновения изжоги было выявлено, что более половины пациентов с ГЭРБ без СДСТ отмечали ежедневно возникающую изжогу (53,9%), около трети (26,9%) – 1 раз в неделю, количество больных с эпизодически возникающей изжогой, в этой группе составило – 19,2%. Процент больных, чьих изжога беспокоила ежедневно был одинаково высоким у больных с СДСТ, как в первой (87,8%), так и в третьей группах (91,6%), 1 раз в неделю эта жалоба возникала у 7,3% пациентов первой группы и 4,2% второй, а один раз в месяц – 4,9% и 4,2%, соответственно. Среди всех обследованных более половины (52,9%) пациентов, у которых изжога имела эпизодический характер, возникала 1 раз в неделю или же 1 раз в месяц, отмечалась четкая связь с преимущественно избыточным употреблением еды, алкоголя, кофе, фруктовых соков, газированных напитков и выпечки. У 42 пациентов (46,2%) с изжогой и регургитацией наблюдался симптом "боязни" употреблять пищу, поскольку вышеуказанные симптомы были связаны именно с этим фактором. Среди исследуемых больных с ГЭРБ 72,4% больных (76 человек) отметили в анамнезе курение, некурящие составили

соответственно 27,6% (29 человек). Боль преимущественно в эпигастральной области – 43 (41%), спастического характера и возникающая после употребления еды у 19,1% больных. Голодные, ночные боли беспокоили 23 больных (21,9%), в 100% случаев это были пациенты, у которых сочеталась ГЭРБ с ПЯДПК. Боль в области нижней трети груди беспокоила 17 больных (16,2%), имела преимущественно жгущий характер. Регургитацию отмечали 77,1% пациент (81 человек), чаще кислым желудочным содержимым после употребления еды или же утром натощак. Постоянную дисфагию чувствовали лишь 8 больных (7,6%), тогда как периодически, чаще после употребления твердой еды, она беспокоила 19 пациентов (18,1%). Ощущение «комка» во время глотания наблюдалось у 13 пациентов (12,4%). На отрыжку воздухом жаловались более чем половина обследованных – 72 человека (68,6%).

У 52 пациентов (57,1%) наблюдалась четкая зависимость появления изжоги от изменения положения туловища. Во время физической нагрузки и наклонах вперед изжога возникала у 43 больных (82,7%), причем из них было 25 пациентов с СДСТ (58,1%). У 19 больных (36,5%) изжога появлялась в горизонтальном положении, в т.ч. ночью у 16 из 19 человек (84,5%). Следует отметить, что 11 из 16 больных (68,8%) с ночной изжогой теряли работоспособность на следующий день. Изжога, как единственную жалобу, отмечали 19 больных (18,1%), у 72 пациентов (68,6%) она сочеталась с другими симптомами, и только у 14 человек (13,3%) присутствовали другие симптомы диспепсии.

При оценке соотношения между самостоятельным симптомом изжоги и в сочетании с другими симптомами ГЭРБ было выявлено, что в первой и третьей группах наибольший процент составили больные, у которых изжога сочеталась с другими жалобами (78,7% и 88,6%), достоверно ниже был процент больных, жаловавшихся только на изжогу (8,5% и 3,8%), и наименьшее количество составили пациенты с другими проявлениями ГЭРБ (12,8% и 7,6%). Причем в первой группе количество больных с жалобами только на изжогу было достоверно выше, чем в третьей группе. При оценке полученных данных во второй группе наблюдается несущественное различие между количеством больных, у которых изжога была основной жалобой – 14 человек (43,8%), и теми пациентами, которые кроме изжоги предъявляли другие диспепсические жалобы – 12 человек (37,5%). Наименьший удельный вес (18,8%) в этой группе составили больные с другими проявлениями ГЭРБ, которые не сопровождалась изжогой (6 человек). При сравнении с первой и третьей группами наблюдается достоверно большее количество больных с жалобами только на изжогу, а также с другими проявлениями ГЭРБ, и достоверно меньшее количество пациентов, у которых изжога сочеталась с другими жалобами.

Кроме жалоб на изжогу у обследованных пациентов была отмечена

Внепищеводные проявления ГЭРБ выявлены у 57 пациентов (54,3%). Достаточно часто (63,8% больных) наблюдались и кишечные расстройства, преимущественно запоры. Проявления астеноневротического синдрома имели место у 48 больных (45,7%). Во время осмотра пациентов специфических признаков течения этого заболевания, в зависимости от наличия или отсутствия СДСТ, не найдено.

При проведении эндоскопического исследования симптомы рефлюкс-эзофагита зафиксированы у 83 пациентов, что составляет 79,1% от тех, кому установлен диагноз ГЭРБ, что значительно превышает литературные данные [1, 9, 13], согласно которым около 70% больных с ГЭРБ не имеют повреждений СОП. Вероятно, полученные нами результаты не согласуются с литературными, по причине того, что отражают структуру рефлюксной болезни у больных, требующих госпитализации. Кроме того, необходимо также изучить различия в степени тяжести ГЭРБ у пациентов в зависимости от наличия или отсутствия СДСТ. В Табл. 1 отображено соотношение больных в группах сравнения в зависимости от степени повреждения СОП. Как видно из представленных данных, в общем более трети всех больных имели рефлюкс-эзофагиты А и приблизительно одинаковый процент составили пациенты с эндоскопически отрицательной ГЭРБ и рефлюкс-эзофагитами В. Наименьшее количество больных имели наиболее тяжелую степень проявления ГЭРБ. Эта закономерность наблюдается и при струк-

Табл. 1

Структура степени тяжести рефлюксной болезни у пациентов в зависимости от наличия СДСТ, согласно Лос-Анжелеской классификации (1998)

Степень	Группа 1		Группа 2		Группа 3		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0	17	36,2	10	31,2	3	11,5	30	28,6
A	18	38,3	14	43,7	6	23,1	38	36,1
B	7	14,9	6	18,8	13	50,0	26	24,8
C	5	10,6	2	6,3	4	15,4	11	10,5
Всего	47	44,8	32	30,5	26	24,7	105	100

турном анализе состояния СОП у пациентов с ГЭРБ без СДСТ во второй группе, хотя количество рефлюкс-эзофагитов В снижается. При более детальном анализе, прослеживаются некоторые особенности степени повреждения СОП в остальных двух группах пациентов с СДСТ. У больных с ГЭРБ на фоне СДСТ практически одинаковый процент составили эндоскопически отрицательная ГЭРБ и рефлюкс - эзофагиты А, а количество рефлюкс-эзофагитов В и С не отличалось от аналогичных показателей в группе пациентов с ГЭРБ без

представлено в Табл. 2. Полученные данные свидетельствуют о том, что в группе больных без СДСТ удельный вес пациентов с жалобами на изжогу, регургитацию, боль за грудиной при ГЭРБ А-С превышал удельный вес пациентов с аналогичными жалобами при эндоскопически отрицательных рефлюкс-эзофагитах. Внепищеводные проявления встречались в два раза чаще при ГЭРБ А-С.

У больных с СДСТ четкой зависимости между степенью повреждения СОП и удельным весом симптомов

Дополнительно изучался удельный вес пациентов с различными степенями поражения СОП в зависимости от длительности течения заболевания у пациентов групп сравнения.

В группе больных с ГЭРБ без СДСТ удельный вес пациентов увеличивается в зависимости от стажа заболевания, как при эндоскопически отрицательной ГЭРБ, так и при рефлюкс-эзофагитах А-С. У пациентов с СДСТ эта зависимость отсутствует. Кроме того, в этой группе наблюдается превалирование удельного веса пациен-

Табл. 2

Длительность заболевания и удельный вес симптомов в зависимости от степени повреждения слизистой оболочки пищевода у пациентов с рефлюкс-эзофагитами при наличии или отсутствии СДСТ

Симптомы	Пациенты с СДСТ				Пациенты без СДСТ			
	ГЭРБ 0		ГЭРБ А-С		ГЭРБ 0		ГЭРБ А-С	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Изжога	19	95,0	46	86,8	7	70,0	19	86,4
Регургитация	18	90,0	48	90,6	4	40,0	11	50,0
Дисфагия	6	30,0	16	30,2	2	20,0	6	27,3
Боль в эпигастрии	5	20,0	28	52,8	3	30,0	7	31,8
Боль за грудиной	7	35,0	11	20,7	1	10,0	5	22,7
Внепищеводные проявления	9	45,0	44	41,9	2	20,0	9	40,9
Всего	20	19,1	53	50,5	10	9,5	22	20,9
До 1 года	8	40,0	18	33,9	1	10,0	3	13,6
От 1 до 5 лет	7	35,0	16	30,2	1	10,0	5	22,7
От 5 до 10 лет	4	20,0	11	20,8	3	30,0	6	27,3
Более 10 лет	1	5,0	8	15,1	5	50,0	8	36,4
M ± m, лет	3,43±0,59*		4,64±0,48*		8,95±1,48		9,25±1,3	

Примечание. * - достоверная разница между аналогичными показателями в группах сравнения ($p < 0,05$).

СДСТ. Однако, при сочетании ГЭРБ и ПЯ достоверно увеличивается процент больных с рефлюкс-эзофагитами В ($p < 0,05$) по сравнению с двумя предыдущими группами, а также наблюдается наибольшее, среди всех групп сравнения, количество пациентов с рефлюкс-эзофагитами С. Кроме того, существенно снижается количество эндоскопически отрицательной ГЭРБ ($p < 0,05$). Полученные нами результаты совпадают и с существующими литературными данными, которые свидетельствуют об отягощающей роли ПЯ при ГЭРБ и большей степени структурных повреждений СОП [7, 10, 12].

Дополнительно оценивалась также клиническая симптоматика ГЭРБ в зависимости от степени повреждения слизистой оболочки пищевода у пациентов с рефлюкс-эзофагитами при наличии или отсутствии СДСТ, что

ГЭРБ не наблюдалось. Такие клинические симптомы как регургитация, дисфагия, внепищеводные проявления одинаково часто встречались при различных вариантах поражения СОП, а также при эндоскопически отрицательной форме ГЭРБ.

Такие клинические симптомы как изжога и боль за грудиной чаще встречались у пациентов с ГЭРБ без поражения СОП. Удельный вес пациентов с ГЭРБ А-С, предъявляющих жалобы на боли в эпигастриальной области, превышал удельный вес пациентов с эндоскопически отрицательными рефлюкс-эзофагитами. Вероятно, это связано с более тяжелыми структурными изменениями СОП, а также с тем фактом, что более половины этих больных имели сочетание

ГЭРБ с относительно небольшим стажем заболевания.

Выводы

- У пациентов с патологией верхних отделов пищеварительного тракта и СДСТ наибольший удельный вес (89%) составляет ГЭРБ.
- У больных с ГЭРБ на фоне СДСТ отсутствует четкая зависимость клинической симптоматики от степени повреждения СОП и выявляется преобладание удельного веса большинства симптомов (изжога при ГЭРБ 0, регургитация, дисфагия, боль в эпигастрии при ГЭРБ А-С, боль за грудиной при ГЭРБ 0, внепищеводные проявления при ГЭРБ 0) по сравнению с показателями группы пациентов без СДСТ.

- ♦ У пациентов с СДСТ отсутствует зависимость между степенью повреждения СОП и длительностью течения ГЭРБ, которая наблюдается при ГЭРБ без СДСТ. Выявлено, что средний стаж рефлюкс-эзофагитов у пациентов с СДСТ достоверно ниже ($p < 0,05$) по сравнению с средней длительностью заболевания у пациентов без СДСТ, как при эндоскопически отрицательной ГЭРБ, так и при ГЭРБ А-С.
- Литература**
1. Бабак О.Я., Фадеенко Г.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – К.: СП ЗАО «Интерфарма-Киев», 2000. – 175 с.
 2. Аномально расположенные хорды как проявление синдрома дисплазии соединительной ткани сердца / О.Б. Стенура, О.А. Остроумова, А.С. Пак и др. // Кардиология. – 1997. – № 12. – С.74–76.
 3. Богослов Т.В., Новошенина А.И., Годіонова В.В. Клінічні варіанти синдрому пролапсу мітрального клапана // Медичні перспективи. – 2001. – Т.6, № 3. – С.43–44.
 4. Кадурина Т.П. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика и диспансеризация). – СПб: Невский диалект, 2000. – 271 с.
 5. Клеменов А.В., Мартынов В.А., Торгушина Н.С. Недостаточность баугиниевой заслонки как висцеральное проявление недифференцированной соединительной ткани // Терапевт. архив. – 2003. – Т. 75, № 4. – С.44–46.
 6. Климанська Н.В. Діагностика та лікування захворювань сполучної тканини: Навч. посіб. для старш. курсів вищ. мед. закл. освіти, лікарів-інтернів та терапевтів. – Суми: СумДУ, 2004. – 120 с.
 7. Bowrey D.J., Williams G.T., Carey P.D. et al. Inflammation at the cardio-oesophageal junction: relationship to acid and bile exposure // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2003. – № 15(1). – P. 49–54.
 8. Chandra A., Moayyedi R., Bartlett D. et al. A review of the atypical manifestations of gastroesophageal reflux disease // Int. J. Clin. Pract. – 2004. – № 58(1). – P. 41–48.
 9. Dent J., Armstrong D., Delaney B., Moayyedi P., Talley N.J., Vakil N. Symptom evaluation in reflux disease: workshop background, processes, terminology, recommendations, and discussion outputs // Gut. – 2004. – № 53. – Suppl 4. – P. 1–24.
 10. Dixon M.F., Mapstone N.P., Neville P.M., Moayyedi P., Axon A.T. Bile reflux gastritis and intestinal metaplasia at the cardia // Gut. – 2002. – № 51(3). – P. 351–355.
 11. Galmiche J.P., Stephenson K. GERD and functional disorders of upper gut // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2004. – № 16(9). – P. 819–821.
 12. Irvine E.J. Quality of life assessment in gastro-oesophageal reflux disease // Gut. – 2004. – № 53. – Suppl 4. – P. 35–39.
 13. Fass R. Epidemiology and pathophysiology of symptomatic GERD // Am J Gastroenterol. – 2003. – Vol.98. – № 3. – P. 2–7.

Особливості перебігу гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби у пацієнтів з синдромом дисплазії сполучної тканини

О.М. Крючкова, С.М. Чернуха

У статті представлені результати клінічного і ендоскопічного дослідження з вивчення особливостей прояву ГЕРХ у пацієнтів з синдромом дисплазії сполучної тканини.

Features of gastroesophageal reflux disease flow at patients with syndrome of connective tissue dysplasia

O. N. Kryuchkova, S.N. Chernuha

In the article the results of clinical and endoscopical research are represented on the study of GERD features at patients with the syndrome of connective tissue dysplasia.