УДК 616.342-002.44+616.329

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНО РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

[1] О.М. Ткаленко, [2]С.В. Латишенко, [1]Н.М. Саламащак

[1]Українська військово-медична академія

[2]Національний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ"

Резюме. *Проведено комплексний аналіз клініко-ендоскопічних особливостей поєднаного перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та гастроезофагеально рефлюксної хвороби у військовослужбовців ЗС України. Визначено, що частота виявлення у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки гастроезофагеально рефлюксної хвороби становить 71,0±4,5% і серед них її ендоскопічно позитивна (ерозивна) форма зустрічається у 53,4±5,8%. Отриманні дані є підґрунтям для розробки підходів щодо оптимізації діагностики та лікування поєднаного перебігу даної патології у військовослужбовців.*

Ключові слова: *виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, діагностика, лікування.*

Вступ. Захворювання верхніх відділів травного тракту є одними із найпоширеніших захворювань у військовослужбовців. Серед них найбільш розповсюдженими є виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДПК) та гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Публікації останніх років свідчать про тенденцію до широкої розповсюдженості як ВХДПК так і ГЕРХ. Проте, дані про поширеність ГЕРХ ґрунтуються тільки на виявлених випадках і, відповідно, дійсна поширеність захворювання є вищою. Так, клінічні ознаки ГЕРХ мають від 20% до 60% дорослого населення, а 17% населення потребує застосування лікарських засобів хоча б один раз на тиждень. При проведенні фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС) ознаки різних ступенів рефлюкс-езофагіту діагностуються більше, ніж у 10% хворих. Діапазон виявлення при ВХДПК рефлюкс-езофагіту може складати від 13% до 60%. Поєднання ВХДПК та ГЕРХ призводить до змін в перебігу захворювання, клінічної картини, знижує ефективність терапії і погіршує прогноз.

Мета дослідження: Дослідити клініко-ендоскопічні особливості поєднаного перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та гастроезофагеально рефлюксної хвороби у військовослужбовців

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та розв'язання задач методом випадкової вибірки було проведено загальноклінічне та лабораторно-інструментальне обстеження 120 військовослужбовців хворих на Нр-асоційовану ВХДПК віком від 18 до 59

років (102 чоловік (85%) та 18 (15%) жінок) та 30 клінічно здорових осіб. Із 120 хворих на ВХДПК 99 мали поєднання із ГЕРХ, а у 21 патологічний гастроезофагеальний рефлюкс (ГЕР) був відсутній. Для визначення розповсюдженості ГЕРХ у хворих з Нр-асоційованою ВХДПК у групі із 100 випадково відібраних пацієнтів із ВХДПК з'ясовували частоту наявності патологічного ГЕР. В залежності від ендоскопічної картини стравоходу стравоходу були сформовані наступні групи хворих: I група – ВХДПК та ерозивна гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ЕРХ) (n=51), II група – ВХДПК та неерозивна гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (НЕРХ) (n=49).

За результатами дослідження сформована комп'ютерна база даних, статистична обробка якої проводилась з використанням програми Microsoft Excel 2010 та стандартного статистичного пакету STATISTICA 6,0, із розрахунком відносних (P), середніх (M) величин, їх середніх похибок (m), критерію Стьюдента (t), рівня вірогідності (p).

В комплексному лікуванні пацієнтів застосовувались антибактеріальні та антисекреторні препарати згідно Маастрихтських консенсусів. Потім пацієнти продовжували приймати антисекретанти та прокінетики в стандартних дозах до 4-8 тижнів лікування, в подальшому – за потребою.

Результати досліджень та їх обговорення. В результаті проведеного обстеження випадково відібраних 100 пацієнтів виявлено, що у хворих на Нр-асоційовану ВХДПК частота виявлення ГЕРХ склала 71,0±4,5%. Із них у 53,4±5,8% хворих була наявна ЕРХ, а у 46,6±5,8% – НЕРХ. У 29,0±4,5% хворих ВХДПК перебігала з відсутністю патологічного ГЕР.

Серед 120 обстежених хворих важкий перебіг ВХДПК достовірно ($p<0,05$) частіше (у 10,9±2,8%), а легкий – достовірно ($p<0,05$) рідше (у 9,4±2,6%) зустрічався у пацієнтів при поєднанні з ГЕРХ порівняно із хворими з відсутністю патологічного ГЕР (відповідно 0% та 46,7±12,9%). Тривалість виразкового анамнезу у пацієнтів із поєднанням ВХДПК та ГЕРХ склала більше 5 років у більшості хворих (85,4±2,9%) на відміну від хворих на ВХДПК із відсутністю патологічного ГЕР (50,0±9,1%, $p<0,05$).

Ретельний аналіз клініко-анамнестичних даних 120 пацієнтів, показав, що для клінічної картини поєднаного перебігу ВХДПК із ГЕРХ, окрім суттєво більшого діапазону виявлення ($p<0,05$) больового, диспептичного та астено-вегетативного синдрому є притаманним той чи інший симптомокомплекс позастравохідних проявів та наявність вищевказаного синдромокомплексу і при неактивній пептичній виразці.

Особливістю больового синдрому при поєднанні ВХДПК та ГЕРХ була достовірно частіша ($p<0,05$) наявність в клінічній картині захворювання порівняно з групою хворих без патологічного ГЕР болів пекучого (20,8±3,3%) та стискаючого (22,8±3,4%) характеру із загрудинною локалізацією (24,2±3,5%)

та їх іррадіація в ділянку нижньої щелепи, шию, ліве плече та ліву руку у 18,1±1% пацієнтів (p<0,05). Печія при поєднанні ВХДПК та ГЕРХ спостерігалась у (82,6±3,1%) пацієнтів, відрижка кислим – у (91,3±2,3%) хворих, а при відсутності патологічного ГЕР такі симптоми не були виявлені взагалі (p<0,05). Підсилення печії після вживання кави, паління, фізичного навантаження та вживання медикаментів, що мають розслаблюючий ефект на нижній стравохідний сфінктер, спостерігалось тільки у пацієнтів із поєднанням ВХДПК та ГЕРХ, і виявлено у 28,9±3,7% хворих. Серед хворих на ВХДПК із відсутністю патологічного ГЕР у жодного хворого не було виявлено ознак, які можна розцінити як позастравохідні прояви ГЕРХ (p<0,05). В цілому, вищевказані клініко-анамнестичні особливості і суттєво більший діапазон їх виявлення зумовили значно більший за даними анкетування сумарний клінічний бал в групі пацієнтів із поєднанням ВХДПК та ГЕРХ, ніж у хворих на ВХДПК із відсутністю патологічного ГЕР (54,8±3,9 та 25,9±2,1 відповідно, p<0,05).

В результаті проведених патоморфологічних досліджень було виявлено широкий діапазон співвідношення клініко-інструментальних, ендоскопічних ознак ГЕРХ із морфологічними змінами слизової стравоходу. При визначенні розподілу ступенів рефлюкс-езофагіту виявлено, що більшість хворих пацієнтів (38,5±6,7%) із ерозивними змінами в стравоході мали рефлюкс-езофагіт ступеня В і тільки у 11,5±4,4% пацієнтів виявлено ступінь D (p<0,05). При вивченні особливостей внутрішньошлункової кислотопродукції виявлено, що при загостренні ВХ ДПК у всіх групах хворих переважав стан гіперацидності, що перевищував рівень 70%.

Вищевикладені особливості клінічної картини та ендоскопічно-гістоморфологічного і pH-метричного статусу езофагогастродуоденальної зони при поєднанні ВХДПК та ГЕРХ переконливо свідчать не тільки про поєднаність цих захворювань, але й про їх коморбідність із подальшим формуванням синдрому взаємного обтяження, що ускладнює перебіг захворювань та знижує ефективність терапії. Отриманні дані є підґрунтям для розробки підходів щодо оптимізації діагностики та лікування поєднаного перебігу даної патології у військовослужбовців.

Висновки

1. Встановлено, що частота виявлення у хворих на ВХДПК ГЕРХ становить 71,0±4,5% і серед них її ендоскопічно позитивна (ерозивна) форма зустрічається у 53,4±5,8%.

2. Для клінічної картини поєднаного перебігу ВХДПК із ГЕРХ характерними є диспептичний (91,3±2,3%), больовий (91,9±2,2%), астено-вегетативний (46,9±4,1%) синдроми та симптомокомплекс позастравохідних проявів (30,2±3,8%).

3. Для виникнення ГЕРХ у хворих на ВХДПК діагностично значимими є тривала маніфестація останньої після загоєння пептичної виразки, ініційоване Helicobacter pylori запалення слизової езофагогастродуоденальної зони.

Література

1. Вдовиченко В.1., Острогляд А.В. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба: нерозв'язані питання і перспективи в світлі консенсусу "GERD 2003" // Сучасна гастроентерологія. " 2004. " № 3. " С. 18-21.

2. Кислотозависимые заболевания / [Передерий В., Ткач С., Кузенко Ю., Скопченко С.]. " К. : „ААБ" и „ВСБ", 2008. " 425 с.

3. Маев И. В. Современные подходы к лечению больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / И. В. Маев // Российские медицинские вести. - 2010. " Т. 15, № 1. " С. 75"78.

4. Осьодло Г. В. Практичні аспекти сучасної гастроентерології / Осьодло Г. В., Козачок М. М., Куц Т. В. " Вінниця : ТОВ „Консоль", 2010 " 368 с.

5. Фарбер А. В. Стандарты лечебно-диагностической помощи при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. В. Фарбер, Е. Л. Никонов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. " 2009. " № 2. " С. 42"49.

6. Шило Г.В. Підхід до диференційної діагностики та лікування патологічного гастроезофагеального рефлюксу у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки // Міжвідомчий збірник "Гастроентерологія". – Дніпропетровськ: Журфонд, 2004. – Випуск 35. – С. 234-240.

7. Louw J. A. The management of peptic ulcer disease / J. A. Louw, I. N. Marks // Current Opinion in Gastroenterology. " 2009. " Vol. 19, № 2. " P. 553-539.

Резюме. *Проведено комплексный анализ клинико-эндоскопических особенностей сочетанного течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у военнослужащих ВС Украины. Определенно, что частота выявления у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни составляет 71,0±4,5% и среди них ее эндоскопически положительная (эрозивная) форма встречается у 53,4±5,8%. Полученные данные является основой для разработки подходов к оптимизации диагностики и лечения сочетанного течения данной патологии у военнослужащих.*

Ключевые слова: *язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальная рефлюксная болезни, диагностика, лечение.*

Summary. *A comprehensive analysis of clinical and endoscopic features of the combined flow of duodenal ulcer and gastroesophageal reflux disease in soldiers Ukrainian Armed Forces. Specifically, the frequency of detection of patients with duodenal ulcer disease gastroesophageal reflux disease is 71,0 ± 4,5%, and among them it endoscopically positive (erosive) form is found in 53,4 ± 5,8%. The data is the basis for the development*

of approaches to optimize the diagnosis and treatment of combined flow of this pathology in the military.

Keywords: *duodenal peptic ulcer, gastroesophageal reflux diseases, diagnostics, treatment.*

УДК 616.33-002.44+615.03:355

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ Й ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Г.В. Осьодло, М.В. Радушинська

Українська військово-медична академія

Резюме. *У статті проаналізовано результати досліджень щодо частоти, структури та особливостей клінічного перебігу гастроезофагеальної рефлюксної хвороби в учасників антитерористичної операції (АТО); визначено вплив вегетативної дисфункції на перебіг гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).*

Ключові слова: *гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, структура, учасники АТО, клінічний перебіг.*

Вступ. Гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) відносять до найпоширеніших захворювань травного тракту. Загальновизнано, що печія — кардинальний симптом ГЕРХ. Печію кожного дня відчувають від 4 до 10% припустимо здорових людей, близько 40% населення відзначають цей симптом не менше ніж 1 раз на місяць. Досвід бойових дій свідчить про високу поширеність ГЕРХ, включаючи її неерозивну форму – НЕРХ, зростання частки ерозивної форми ГЕРХ з 5 до 22%.

Психічна дезадаптація та вегетативна дисфункція беруть участь в патогенезі багатьох захворювань органів травлення [7,8]. Ще роботами І.П. Павлова доведено стійкі механізми зв'язку між нервовою і травною системами, підтверджено роль вегетативної нервової системи (ВНС) у виникненні гострих гастродуоденальних ерозій та виразок [1]. У попередніх дослідженнях показано роль вегетативного дисбалансу в перебігу захворювань езофагогастродуоденальної зони, в тім числі ГЕРХ та коморбідної кислотозалежної патології [3,5,6,9].

Метою дослідження було вивчення частоти, структури та особливостей клінічного перебігу гастроезофагеальної рефлюксної хвороби в учасників АТО; визначення впливу вегетативної дисфункції на перебіг гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).