

# Стратегія ведення пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою, сполученою з гіпертонічною хворобою II стадії

Л.П. Кузнецова, Т.В. Богослав, Ю.І. Решетілов, О.О. Кравченко,  
В.В. Медведєв, С.Г. Пузік

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Проведено оцінювання особливостей коморбідного перебігу гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) і супутньої гіпертонічної хвороби (ГХ) II стадії, вплив небівололу і амлодипіну на клінічний ефект і якість життя хворих, результатів проспективного спостереження за 120 хворими у віці з 20 до 60 років. Установлено, що ГХ зумовлює обтяження клінічного перебігу ГЕРХ при їх сполученні внаслідок постійного застосування антигіпертензивних препаратів. При проведенні порівняльного аналізу впливу на репарацію слизової оболонки стравоходу амлодипіну і небівололу на тлі базисної терапії ГЕРХ, виявлено, що небіволол, вірогідно, в більшій кількості випадків (90%) сприяє більш позитивній не тільки клінічній, а й ендоскопічній картині, ніж амлодипін (62%). Проведення комплексної терапії з включенням небівололу теж сприяє значному поліпшенню якості життя хворих на ГЕРХ в поєднанні з ГХ, в тому числі і при проспективному спостереженні.

**Ключові слова:** гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, гіпертонічна хвороба, лікування, якість життя.

Серед захворювань стравоходу найпоширенішою є ГЕРХ – хронічне рецидивне захворювання, що характеризується наявністю патологічного шлунково-стравохідного рефлюксу (ШСР) і певними клінічними проявами з ураженням або без ураження слизової оболонки стравоходу (СОС) [6]. Актуальність проблеми ГЕРХ полягає в її високій поширеності, наявності як типових езофагеальних, так і нетипових позастравохідних симптомів, які ускладнюють діагностику захворювання, та значно погіршують якість життя захворілих [3, 4]. Загальносвітовий досвід свідчить про те, що ГЕРХ у цей час є лідируючим захворюванням у сучасній гастроентерології, що має стійку тенденцію до подальшого поширення [7]. За даними британських й американських авторів щодня основний симптом ГЕРХ (печію) зазнають 7–11% дорослого населення, не менш одного разу на тиждень – 12%, одного разу на місяць – 40–50%, а тринадцять відсоткам дорослих проводили медикаментозне лікування [2]. В Україні глобальних епідеміологічних досліджень не проводили, але є всі підстави вважати, що рівень захворювання в нас не нижче, ніж в Європейських країнах і США.

Серйозність ГЕРХ визначається також можливим розвитком ускладнень, таких, як кровотечі (в 1% випадків), пенетрації (10–13%), стриктури стравоходу (4–8%) і стравохід Баррета (10%), який характеризується заміщенням багатошарового плоского епітелію стравоходу циліндричним з наявністю поряд зі шлунковим епітелієм (фундального й кардіального типу) не повністю метаплазованого тонкокишкового епітелію (характеризується недостатньо всмоктувальною здатністю на відміну від дійсних

ентероцитів), що може вести до розвитку аденокарциноми стравоходу в 0,5% випадків при низькому ступені дисплазії у рік і в 6% – при дисплазії високого ступеня [8].

За сучасними уявленнями ГЕРХ розглядається як захворювання з первинним порушенням моторики стравоходу та шлунка. Важлива роль у виникненні ГЕРХ належить зниженню тонусу нижнього стравохідного отвору (НСО), його гіпотонії в базальних умовах, або збільшенню частоти і тривалості його спонтанних релаксацій [2]. З патофізіологічної точки зору ГЕРХ є кислотно-залежним захворюванням, що виникає на тлі первинного порушення рухової функції верхніх відділів травного тракту й неспроможності механізмів, що забезпечують захист СОС від зрідка потрапляючого в нього рефлюксата, що містить соляну кислоту, пепсин, жовчні кислоти, панкреатичні ферменти та ін. [5] Серед різних факторів агресії шлункового вмісту комбінація кислоти і пепсину має очевидно найбільше значення в патогенезі ГЕРХ та зумовлює тяжкість її клінічного перебігу.

Наявність супутньої патології у хворих із ГЕРХ також негативно впливає не тільки на перебіг захворювання, а й на якість життя хворих, зумовлює подовження терміну загострень, характеризується більшою вираженістю клінічних проявів як типових, так і нетипових, частіше сприяє непрацездатності хворих. Однією із частих супутніх захворювань у пацієнтів із ГЕРХ – є ГХ, яка у структурі серцево-судинних захворювань посідає провідне місце. Так, за даними ВООЗ поширеність ГХ становить від 30% до 40% дорослого населення (ВООЗ, 2013). В останні роки у пацієнтів із ГХ почали частіше виявляти патологію верхніх відділів травного каналу (ВВТК). З одного боку, пацієнти із ГЕРХ, у яких ще немає ГХ, мають в два рази більший ризик розвитку артеріальної гіпертензії (АГ) і, навпаки, пацієнти з ГХ, які повинні постійно застосовувати антигіпертензивні препарати, багато яких спричиняють розслаблення НСО та зумовлюють виникнення патологічного рефлюксу, – складають групу підвищеного ризику захворіти на ГЕРХ.

В останнє десятиріччя отримало розвиток учення про якість життя (ЯЖ). ЯЖ – це характеристика фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування, заснованого на суб'єктивному сприйнятті. В медицині ініціюються дослідження ЯЖ людини, пов'язаної зі здоров'ям. ВООЗ рекомендує для оцінювання ефективності тактики ведення будь-якого захворювання, особливо хронічного, оцінювати результат усіх сторін, включаючи ЯЖ. Було встановлено, що симптоми ГЕРХ впливають на ЯЖ пацієнтів, як симптоми інших важких захворювань, наприклад ГХ, ішемічної хвороби серця (ІХС), цукрового діабету (ЦД) та ін. [1]. На цей час для оцінювання ЯЖ розроблені спеціальні опитувальники, які стали офіційно

визнаними інструментами з узгодженою системою інтерпретації результатів.

**Мета дослідження:** оцінити особливості коморбідного перебігу ГЕРХ із супутньою ГХ, вплив небіволулу і амлодипіну на клінічний ефект і ЯЖ хворих, простежити результати проспективного спостереження за хворими.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під наглядом знаходились 120 хворих на ГЕРХ у віці з 20 до 60 років, які неодноразово лікувалися в гастроентерологічному та терапевтичному відділеннях. Із числа обстежених чоловіків було 57, жінок – 63. Середній вік хворих складав  $52,7 \pm 1,9$ , причому як чоловіки, так і жінки переважали у віці 21–40 років. Діагноз ГЕРХ ґрунтувався на клінічній симптоматиці, був підтверджений рентгенологічним, ендоскопічним (ЕФГДС) методом з прицільною біопсією і наступним гістологічним дослідженням. За допомогою дихального тесту вивчали кислототвірну функцію шлунка та наявність гелікобактерної інфекції. Серед пацієнтів із ГЕРХ, що знаходились під наглядом, – 49 пацієнтів: 27 жінок та 22 чоловіка, страждали на ГЕРХ із супутньою ГХ II стадії (1-го та 2-го ступеня підвищення АТ). Верифікацію ГХ II стадії проводили за стандартними критеріями згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів (УАК) з діагностики та лікування АГ (2012 р.) та за даними амбулаторних карт. Оцінювання морфофункціональних показників серця проводили за допомогою двомірної трансторакальної ехокардіоскопії на ультразвуковому діагностичному приладі HD 11 XE «Phillips» з одночасним записом ЕКГ. ЯЖ оцінювали на початку включення хворих до дослідження за допомогою стандартного опитувальника SF-36, та протягом 1 року проспективного диспансерного спостереження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед скарг у хворих з коморбідним перебігом ГЕРХ і ГХ мали місце: печія – у 37 (77%) хворих, відрижка – у 28 (57%), біль в епігастральній ділянці – у 24 (49%), позастернальний біль – у 17 (37%), дисфагія – у 22 (40%) хворих. При пальпації черевної порожнини незначну болісність зазначили 42 (90%) пацієнта. Більшість хворих скаржились на частий помірний головний біль, підвищену роздратованість, поганий сон, значні коливання артеріального тиску (АТ).

За даними ЕФГДС ерозивне ураження стравоходу різного ступеня було виявлено у 28 із 49 хворих. За Лос-Анджелеською класифікацією ступінь «А» зареєстровано у 18 (39%) хворих, ступінь «В» – у 10 (20,4%), ступінь «С» – у 6 (12%). У 21 хворого ендоскопічно були виявлені ознаки запального процесу: гіперемія, набряк, що було розцінено як наявність неерозивної рефлюксної хвороби (НЕРХ). Результати гістологічного дослідження підтвердили наявність запального процесу в СОС. Серед клітин зон запалення переважали лімфоцити і плазматичні клітини та поодинокі гістіоцити. У 3 пацієнтів із ГЕРХ була виявлена метаплазія шлункового епітелію в абдомінальному відділі стравоходу і у 1 хворого – кишкового, що характерно для ГЕРХ ступеня «Д» (стравохід Баррета). Тривалість захворювання на ГЕРХ і ГХ у цих пацієнтів складала від 6 до 10 років. Перебіг коморбідної патології у них був більш тяжким, а ЯЖ за шкалами PF, GH, SF, MN – значно гіршою. Рентгенологічне дослідження дало можливість у 13 із 49 хворих верифікувати наявність грижи стравохідного отвору діафрагми I–III стадії. Всі вони мали надлишкову масу тіла (9) та ожиріння II–III ступеня (4). У 36 хворих за методом рН-метрії була виявлена

підвищена кислототвірна функція шлунка, збережена – у 13, у 8 хворих – наявність Н. рулорі, яким була згідно з рекомендаціями проведена ерадикація.

У всіх пацієнтів із ГХ реєстрували гіпертрофію міокарда лівого шлуночка, що дало підставу віднести їх до II стадії ГХ. У 32 хворих виявлені порушення ритму серця: суправентрикулярні екстрасистоли – у 29 хворих, шлуночкові поодинокі екстрасистоли – у 15 хворих, у 3 пацієнтів із ГЕРХ («С» і «Д» ступеня) – спостерігалась пароксизмальна фібриляція передсердь.

Пацієнтів з коморбідним перебігом ГЕРХ і ГХ, залежно від способів лікування, було поділено на дві групи: до 1-ї групи увійшли 20 хворих (серед них 14 – з ерозивним ураженням СОС), які застосовували препарати базисної терапії ГЕРХ (інгібітори протонної помпи, прокінетики, гавіскон, гастропротектори) і ГХ (діуретик індапамід 1,5 мг та антагоніст кальцію амлодипін 10 мг); 2-гу групу склали 19 хворих, серед них теж 14 хворих з ерозивною ГЕРХ, які додатково до базисної терапії ГЕРХ для лікування ГХ застосовували діуретик індапамід-ретард 1,5 мг і  $\beta$ -блокатор небіволулу в дозі 5 мг на добу.

Аналізуючи результати проведеного лікування пацієнтів із ГЕРХ в поєднанні з ГХ, дійшли висновку про позитивний вплив призначеної медикаментозної терапії відносно обох захворювань. Були усунуті скарги та основні симптоми ГЕРХ вже в першій тиждень лікування, стабілізувались показники АТ, поліпшились результати ЕКГ. Дані контрольної ЕФГДС через 4 тиж у хворих, які на тлі базисної терапії ГЕРХ застосовували в якості антигіпертензивної терапії небіволулу і індапамід, констатували явні позитивні зміни СОС у 90% випадків, а в групі, де вживали амлодипін з індапамідом, – у 62%. Позитивна динаміка у хворих була відзначена не тільки в клінічному перебігу коморбідної патології, а й в аналізі показників ЯЖ. Установлено значне поліпшення ЯЖ, згідно з опитувальником SF-36, за шкалами PF (фізичне функціонування) і за шкалами GH, VT і MN (відповідно: загальне здоров'я, життєпридатність і психічне здоров'я). Проспективне спостереження за хворими протягом року, систематичне вживання рекомендованих антигіпертензивних препаратів, використання антисекреторних та прокінетичних ліків курсами та на вимогу – сприяли і в подальшому покращанню ЯЖ, а враховуючи вік хворих (в більшості працездатний), – зменшенню госпіталізацій, скороченню термінів непрацездатності та витрат на лікування.

### ВИСНОВКИ

1. Гіпертонічна хвороба (ГХ) зумовлює обтяження клінічного перебігу, гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) при їх сполученні внаслідок постійного вживання антигіпертензивних препаратів.
2. При проведенні порівняльного аналізу впливу на репарацію слизової оболонки стравоходу амлодипіну і небіволулу на тлі базисної терапії ГЕРХ виявлено, що небіволулу вірогідно частіше (90%) сприяє більш позитивній не тільки клінічній, а й ендоскопічній картині, ніж амлодипін (62%).
3. Проведення комплексної терапії з включенням небіволулу також сприяє значному поліпшенню якості життя пацієнтів з ГЕРХ в поєднанні з ГХ, в тому числі і при проспективному спостереженні.
4. Отримані результати проведеного дослідження можуть бути рекомендовані для впровадження в практичну діяльність лікарів терапевтичних відділень лікарень та первинної ланки поліклінік та амбулаторій, а саме лікарів загальної практики-сімейної медицини, яким першими доводиться мати справу з такими хворими.

**Стратегия ведения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в сочетании с гипертонической болезнью II стадии**  
**Л.Ф. Кузнецова, Т.В. Богослав, Ю.И. Решетиллов, Е.А. Кравченко, В.В. Медведев, С.Г. Пузик**

**Strategy management of patients with gastroesophageal reflux disease in combination with arterial hypertension stage II**  
**L.F. Kuznetsova, T.V. Bogoslav, U.I. Reshetilov, E.A. Kravchenko, V.V. Medvedev, S.G. Puzik**

Проведена оценка особенностей коморбидного течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) с сопутствующей гипертонической болезнью (ГБ), влияние небиволола и амлодипина на клинический эффект и качество жизни больных, результатов проспективного наблюдения за 120 больными в возрасте от 20 до 60 лет. Установлено, что ГБ отягощает клиническое течение ГЭРБ вследствие постоянного приема антигипертензивных препаратов. При проведении сравнительного анализа влияния на репарацию слизистой оболочки пищевода амлодипина и небиволола на фоне базисной терапии ГЭРБ выявлено, что небиволол достоверно чаще (90%) способствует более положительной не только клинической, но и эндоскопической картине, чем амлодипин (62%). Включение небиволола в комплексную терапию больных ГБ и ГЭРБ способствует также значительному улучшению качества жизни больных, в том числе при проспективном наблюдении.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гипертоническая болезнь, лечение, качество жизни.

Evaluated features comorbid course of gastroesophageal reflux disease with concomitant arterial hypertension, and the effect of nebivolol on clinical effect of amlodipine and quality of life of patients, the results of prospective study in 120 patients aged 20 to 60 years. Found that arterial hypertension leads to the weighting of the clinical course of gastroesophageal reflux disease when combined as a result of continuous use of antihypertensive drugs. A comparative analysis of the impact on the repair of esophageal mucosa amlodipine and nebivolol with basic therapy of gastroesophageal reflux disease, revealed that nebivolol significantly in more cases (90%) contributes to a more positive not only clinical but also endoscopic picture than amlodipine (62%). Conducting complex therapy with nebivolol also significantly improves the quality of life in patients with GERD in conjunction with arterial hypertension, including when prospective follow.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, arterial hypertension, treatment, quality of life.

**Сведения об авторах**

**Кузнецова Любовь Филипповна** – кафедра общей практики–семейной медицины и гастроэнтерологии ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69000, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (050) 957-38-48

**Решетиллов Юрий Иванович** – кафедра общей практики–семейной медицины и гастроэнтерологии ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69000, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (0612) 52-85-53, (097) 506-99-29

**Богослав Татьяна Викторовна** – кафедра общей практики–семейной медицины и гастроэнтерологии ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69000, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (050) 900-58-49. E-mail: bogoslav\_zp@mail.ru

**Кравченко Елена Александровна** – кафедра нервных болезней ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69118, г. Запорожье, ул. 40-летие Победы, б. 57, кв. 19; тел.: (066) 971-26-36

**Медведев Владимир Вениаминович** – терапевтическое отделение «Витацентр», 69096, г. Запорожье, ул. М. Чуйкова, 20-а, 34; тел.: (099) 069-82-22

**Пузик Светлана Григорьевна** – кафедра общей практики–семейной медицины и гастроэнтерологии ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69000, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (050) 628-72-62

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРА**

- Ахунов И.И. Медико-социальное исследование образа и качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Казань, 2009.
- Бабак О.Я., Колесникова Е.В. // Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь от понимания механизмов развития к уменьшению клинических проявлений // Сучасна гастроентерол. – 2012. – № 3 (65). – С. 32–38.
- Лазебник Л.Б., Бородин Д.С., Машарова А.А. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генвея к Монреалу // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 5. – С. 4–10.
- Осьодло Г.В. Позастравохідні маски гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби // Сучасна гастроентерол. – 2012. – № 5 (67). – С. 44–53.
- Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П., Пахомова И.Г., Барышникова Н.В. // Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: новое решение старой проблемы. – Новости медицины и фармации. – № 5 (311). – март, 2010.
- Фадеев Г.Д., Просолов К.О. Оцінка ефективності та безпечності використання препарату «Опразол» у пацієнтів з гастроэзофагеальною рефлюксною хворобою // Сучасна гастроентерол. – 2011. – № 2 (58). – С. 56–59
- Щербинина М.Б. Современные патофизиологические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Оптимизация терапии // Сучасна гастроентерол. – 2013. – № 6 (74). – С. 76–83.
- Galmiche J.P., Zerbib F., Bruley Des Varannes S. Respiratory Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2008. – Vol. 27 (6). – P. 449–464.

Статья поступила в редакцию 17.12.2014