

УДК: 616.24-007.272:616.329-002]-092-08

## ЧАСТОТА ПОЗАСТРАВОХІДНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Г.Г. Миронів, К.О. Дєбрєнов, М.В. Ніколаїчук  
Державний вищий навчальний заклад "Ужгородський національний університет", м. Ужгород

*Робота є фрагментом комплексної наукової теми кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти УжНУ „Вивчення превентивного впливу нестероїдних протизапальних препаратів на частоту аденом та раку товстого кишечника та асоційованих шлунково-кишкових і кардіоваскулярних уражень”, номер держаної реєстрації 0110U002521, ДБ-754.*

В статті висвітлено проблему клінічних проявів так званих «масок» гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби за даними вітчизняних та зарубіжних літературних джерел по гастроентерології, кардіології, пульмонології, отоларингології, стоматології та порівняно з власними дослідженнями, отриманими в роботі з архівним матеріалом терапевтичного відділення ВКЛ ст. Ужгород та обласної стоматологічної поліклініки м. Ужгород. Виявлено, що прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби значною мірою обумовлені супутньою кислотоасоційованою патологією. Порушення вторинної перистальтики стравоходу, що зустрічаються майже у половини хворих на ГЕРХ, сприяють виникненню важких позастравохідних ускладнень.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, рефлюксіндукована бронхіальна астма, рефлюкс-езофагіт.

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є одним із небагатьох захворювань, в патогенезі якого більшістю дослідників провідна роль приділяється руховій дисфункції стравоходу. В клінічній практиці досить обмежені можливості методичної бази для діагностики дискінезій стравоходу, які зустрічаються при даній патології [5]. Тому основним напрямком стратегії лікування ГЕРХ, як і раніше, залишається усунення кислотно-пептичного чинника. Останніми роками відбувся достатньо швидкий перехід від уявлень про ГЕРХ, як про дистальний рефлюкс-езофагіт, до сприйняття її як захворювання всього організму. Це обумовлено відкриттям позастравохідних ускладнень даного захворювання, що сприяло виникненню широкого інтересу до даної проблеми у дослідників найрізноманітніших спеціальностей: кардіологів, пульмонологів, стоматологів, отоларингологів, хірургів і онкологів.

До позастравохідних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби відносяться легеневі (хронічний бронхіт з формуванням бронхоектазів, бронхіальна астма, аспіраційні пневмонії, абсцеси легенів, пароксизмальне нічне апное, ідіопатичний легеневий фіброз), отоларингологічні (ларингіт, ларингіальний круп, виразки, гранулеми і поліпи голосових зв'язок, стеноз гортані, середній отит, оталгії, риніт), орофарингіальні (запалення носоглотки і під'язикової мигдалини, фарингіт, відчуття грудки в горлі, карієс, дентальні ерозії, періодонтит) і кардіальні (рефлекторна стенокардія, рефлекторні аритмії, рефлекторна гіпертензія) симптоми [8]. Більшість авторів дотримуються думки про відсутність зв'язку важкості захворювання з вираженістю симптомів, які можуть мати місце і при ендоскопічно негативному перебігу захворювання.

**Метою** роботи було вивчення частоти позастравохідних проявів у хворих на ГЕРХ та порівняння власних досліджень, отриманих в роботі з архівним матеріалом терапевтичного відділення ВКЛ ст. Ужгород та обласної стоматологічної поліклініки м. Ужгород, з оглядом вітчизняних та іноземних джерел по гастроентерології, кардіології, пульмонології, отоларингології, стоматології.

**Матеріал та методи дослідження.** Проведено аналіз 345 історій хвороб пацієнтів з БА та хронічним бронхітом, 245 історій хвороб з патологією ЛОР-органів та 168 історій хвороб осіб хворих на ішемічну хворобу серця.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Провідне місце в групі позастравохідних проявів ГЕРХ займає підгрупа легеневих симптомів. Є два основні патогенетичні механізми розвитку легеневих уражень на фоні ГЕРХ: рефлекторний (вагусний) і аспіраційний. Згідно так званої рефлекторної теорії подразнення рецепторів слизової оболонки дистальної частини стравоходу кислим шлунковим вмістом стимулює опосередкований парасимпатичним відділом вегетативної нервової системи бронхоспазм (ваговагальний рефлекторний вплив на бронхи). Відповідно до аспіраційної теорії закид шлункового вмісту з проксимальних відділів стравоходу в трахею і бронхи є потужним стимулом для бронхokonстрикції

за допомогою активації рефлекторної дуги, яка складається з аферентних волокон, ядер блукаючого нерву і еферентних волокон, що приводить до появи хронічного кашлю і/або розвитку бронхоспазму. Рефлюкс може виступати не лише в ролі пускового механізму в патогенезі певного відсотка випадків бронхіальної астми (БА), але також може ускладнювати її перебіг, навіть якщо вона виникла під дією зовсім інших ендогенних і екзогенних чинників. Про це свідчить той факт, що в медичній літературі з'явився термін "рефлюксіндукована бронхіальна астма", в етіопатогенезі якої ГЕРХ відіграє провідну роль [9]. Ще одним проявом ГЕРХ з боку органів дихання є хронічний кашель. Пацієнти з хронічним кашлем, зустрічаються в 10-70% випадків в структурі хворих з ГЕРХ [20]. Клінічні прояви ГЕРХ виявляються у 82% пацієнтів, що хворіють на бронхіальну астму, у 75% -хронічним бронхітом, у 78% - ларингітом з хронічною осиплістю [21]. У нашому власному дослідженні ми проаналізували 345 історій хвороб хворих на БА та хронічний бронхіт. Діагноз ГЕРХ був встановлений у 55,5% випадків; також був відмічений корелятивний зв'язок між важкістю перебігу астми і вираженістю клінічних ознак ГЕРХ. Крім того, у хворих на БА у поєднанні з ГЕРХ достовірно частіше спостерігаються зміни, що приводять до розвитку останньої. У 65,3% хворих на хронічний бронхіт відмічалися симптоми рефлюкс-езофагіту.

Псевдокардіальні прояви при порушенні функції стравоходу можуть призводити до зменшення коронарного кровообігу та ішемії міокарду внаслідок вісцero-вісцeralьного рефлексу. В основі порушень серцевого ритму лежить збудження кислотно-пептичним рефлюксатом рефлексогенних зон дистальної частини стравоходу з розвитком вісцero-вісцeralьних рефлексів, які через блукаючі нерви призводять до коронарораспазму та аритмії. ГЕРХ може бути причиною больового синдрому в грудній клітині у пацієнтів із незміненими коронарними артеріями (у 30% випадків при загрузинних болях коронарографія не виявляє змін в судинах), а також, за даними Dent J.(2001) та Pass R., Winters G.F. (2001) привести до виникнення екстрасистолії і порушень внутрішньосерцевої провідності в результаті ініціації езофагокардіального рефлексу [19]. В той же час Димшиц М.А. і співавтори (2003) довели, що до 10% пацієнтів можуть мати поєднання ГЕРХ, у тому числі ендоскопічно негативної, з ішемічною хворобою серця. Нами опрацьовано 168 історій хвороб осіб, що хворіли на ішемічну хворобу серця. 34,4% в анамнезі мали такі прояви ГЕРХ як печія, відрижка, гіркота в роті. При цьому 14,5% хворих на ГЕРХ відмічали дискомфорт в лівій частині грудної клітини, серцебиття, задишку, але змін на ЕКГ та при проведенні ехокардіоскопії не виявлялося.

Отоларингологічні прояви. В основі розвитку наведеної симптоматики лежить тривалий вплив кислоти та пепсину шлункового соку, жовчі, трипсину на тканини ЛОР-органів, що призводить до ерозування та набряку слизових оболонок. 20-60% хворих на ГЕРХ мають отоларингологічну патологію: ларингіт, фарингіт, синусит, рецидивуючий ларингоспазм. Симптоми ГЕРХ виявляються у 78% хворих ларингітом з хронічною охриплістю голосу. При аналізі власних даних за результатами ендоскопічного обстеження пацієнтів із захворюваннями гортані або глотки (аналіз 245 історій хвороб) у 68,7% був виявлений рефлюкс-езофагіт різного ступеня; при цьому типові скарги (печія, відрижка) відмічені менше ніж у половини пацієнтів.

Стоматологічні прояви. Дія різних кислотних субстанцій на тканини порожнини рота відомі, але тільки недавно цей фактор був визнаний причиною змін в ротовій порожнині. Howden G.F. вперше відзначив так звану «стоматологічну маску» ГЕРХ. Діагностика цих проявів ГЕРХ може бути утруднена через незначні клінічні зміни на ранніх стадіях даного процесу, поліморфної клінічної картини ураження і можливої дії інших чинників, здатних приводити до схожих уражень [19]. Всі зміни ротової порожнини при ГЕРХ умовно можна поділити на ураження м'яких тканин (червоної облямівки губ, слизової оболонки, язика, тканин пародонту) і твердих тканин зуба.

Jarvinen V. et. al. вивчали стан щелепно-зубної системи 109 пацієнтів із симптомами ГЕРХ. Майже у 55% хворих з рефлюкс-езофагітом діагностували такі прояви як відчуття печії в порожнині рота, болючі виразки. Storr M.S. et. al. провели оцінку тканин ротової порожнини у 117 хворих на ГЕРХ. Більшість пацієнтів скаржилися на часто виникаюче відчуття сухості в роті, печію слизової оболонки, фарингіт. Уразова Р.З. при обстеженні підлітків з патологією стравоходу і шлунку встановила схильність до генералізації запального процесу, а також виражені зміни з боку слизової ротової порожнини і червоної облямівки губ [14].

Зміни твердих тканин зубів у пацієнтів з ГЕРХ характеризуються розвитком ерозії емалі зуба. На відміну від обмеженої інформації про прояви на м'яких тканинах, ерозія емалі зуба вивчена більш глибоко [15,18]. У всіх дослідженнях, згідно міжнародної класифікації хвороб, розглядається ерозія, обумовлена персистуючою регургітацією або блювотою [5]. Отримані дані власних досліджень, проведених на базі терапевтичного відділення ВКЛ ст. Ужгород та обласної стоматологічної поліклініки м. Ужгород (аналіз медичної документації), свідчать про виражений взаємозв'язок ГЕРХ

із змінами в ротовій порожнині. 81,9% пацієнтів з патологією ясен, що проявляється в появі набрякості і кровоточивості, в анамнезі відмічали печію, біль в грудній клітині, відрижку. При огляді язика у 94,5% хворих на ГЕРХ відмічався наліт на кінчику, бічних поверхнях, відбитки зубів та збільшення в розмірі. У 55,7% обстежуваних з ерозіями зубної емалі та дентину в анамнезі мають місце хронічні гастрити, виразка шлунку та дванадцятипалої кишки, ГЕРХ.

#### Висновки

- Прояви ГЕРХ значною мірою обумовлені супутньою кислотоасоційованою патологією. Порушення вторинної перистальтики стравоходу, що зустрічаються майже у половини хворих на ГЕРХ, сприяють виникненню важких позастравохідних ускладнень.
- у 55,5% хворих на бронхіальну астму відмічаються симптоми ГЕРХ; також існує корелятивний зв'язок між важкістю перебігу астми і вираженістю клінічних ознак гатроезофагеальної рефлексної хвороби. Крім того, у хворих на БА у поєднанні з ГЕРХ достовірно частіше спостерігаються зміни, що приводять до розвитку останньої. За результатами ендоскопічного обстеження пацієнтів із захворюваннями гортані і глотки у 68,7% був виявлений рефлюкс-езофагіт різного ступеня; при цьому типові скарги (печія, відрижка) відмічені менше ніж у половини пацієнтів.
- 81,9% пацієнтів з патологією ясен, що проявляється в появі набрякості і кровоточивості в анамнезі відмічали печію, біль в грудній клітині, відрижку. При огляді язика у 94,5% хворих на ГЕРХ відмічався наліт на кінчику, бічних поверхнях, відбитки зубів та збільшення в розмірі. У 55,7% обстежуваних з ерозіями зубної емалі та дентину в анамнезі мають місце хронічні гастрити, виразка шлунку та дванадцятипалої кишки, рефлекс-езофагіт.

*Перспективи подальших досліджень у даному напрямку. Після ретельного вивчення даних літератури та проведення глибокого аналізу архівних матеріалів планується проведення практичної частини роботи з хворими на ГЕРХ, яка включає і розробку практичних рекомендацій щодо діагностики та лікування даної патології*

#### Література

1. Активність протеолітичних ферментів загальної та специфічної дії, інгібітора протеїназ, лізоциму і каталази в ротовому секреті у пацієнтів із запальними захворюваннями верхніх дихальних шляхів / К.М. Веремеєнко, О.Й. Кизим, О.П. Голобородько [та ін.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 2006. - № 6. - С. 2-7.
2. Бабак О.Я. Новые стандарты ведения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / О.Я. Бабак // Здоров'я України. - 2008. - № 3. - С. 11-15.
3. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский. - М., 2003. - 840 с.
4. Вдовиченко В.І. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба: нерозв'язані питання і перспективи в світлі консенсусу «GERD 2003» / В.І. Вдовиченко, А.В. Острогляд // Medicus amicus. - 2005. - № 2. - С. 20.
5. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О.В. Иванова, В.А. Исаков, С.В. Морозов [и др.] // Бол. органов пищевар. - 2004. - №2. - С.15-21.
6. Иванова М.А. Лечение рецидивирующих воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух у часто и длительно болеющих пациентов / М.А. Иванова // Рос. ринология. - 2006. - №1. - С. 35-36.
7. Касумов Н.А. Рефлюкс-езофагит: современное состояние проблемы / Н.А. Касумов // Хирургия. - 2007. - № 4. - С. 62-65.
8. Колісник С.П. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба: актуальні питання сучасної діагностики, лікування та профілактики / С.П. Колісник, В.М. Чернобровий // Сучасна гастроентерологія. - 2006. - № 1. - С. 93-96.
9. Ларингофарингеальный рефлекс / А.Г. Балабанцев, В.В. Богданов, Н.В. Лукашик [та ін.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 2007. - №3. - С. 23-24.
10. Пискунов С.З. Бактериологическое и вирусологическое обследование слизистой оболочки полости носа при хроническом рините / С.З. Пискунов // Вестн. оториноларингологии. - 1986. - №3. - С. 49-52.
11. Проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в полости рта / Г.М. Барер, И.В. Маев, Г.А. Бусарова [и др.] // Cathedra. - 2004. - №9. - С. 58-61
12. Тишко Ф.О. Синдром хронічного фарингіту / Ф.О. Тишко, В.О. Павлова // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 2007. - №3-с. - С. 261.
13. Уразова Р.З. Состояние слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта у детей с гастродуоденальной патологией, ассоциированной с Helicobacter Pylori / Р.З. Уразова, Н.Ш. Шамсутдинов // Стоматология. - 2001. - №1. - С.20-22.
14. Шептулин А. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / А. А. Шептулин // Журнал доказательной медицины для врачей. - 2000. - т.2. - №7. - С.6-9.
15. Acid reflux is a poor predictor for severity of erosive reflux esophagitis / B. Avidan, A. Sonnenberg, T.G. Schnell [et al.] // Dig. Dis. Sci.- 2002. - Vol.47, № 11. - P.2565-2573.
16. Auescher H.D. Diagnosis of gastroesophageal reflux / H.D. Auescher // Schweiz. Rundsch. Med. Prax.- 2002.- Vol.91, №18.- P.779-790.

17. Bartlett D.W. Evaluation of the pH of a new carbonated soft drink beverage: An in vivo investigation / D.W. Bartlett, G.P. Burean // J. Prosthodont. – 2003. – Vol.12. – P.21-25.
18. Dent J. Symptom evaluation in reflux disease: workshop, background, processes, terminology, recommendation, and discussion outputs / J. Dent, D. Armstrong, B. Delaney // Gut. - 2004. - Vol.53 (suppl.4).
19. Evaluation and outcome of patients with chronic non-productive cough using a diagnostic protocol / L.P. McGarvey, L.G. Heaney, J.T. Lawson [et al.] // Thorax. – 1998. – Vol.53. – P.738-43.
20. Managing gastroesophageal reflux disease / S.W. Ray, J. Secrest, A.P. Ch'ien [et al.] // Nurse Pract. - 2002. - №.5. - P.36-53.
21. Reflux-associated diseases of the otorhinolaryngology tract / F. Rosanowski, T. Rabenstein, E.G. Hahn [et al.] // Laryngorhinootologie. - 2001. - Vol.80, №8. - P.487-496
22. Williams C.N. GERD - what is this? / C.N. Williams // Can. J. Gastroenterology. - 2003. - Vol.31. - P.201-203.

Реферат

**ЧАСТОТА ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ  
У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ  
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Мигович И.И., Дебретсени К.А., Николайчук М.В.**

В статье отражена проблема клинических проявлений так называемых «масок» гастроэзофагеальной рефлюксной болезни по данным отечественных и зарубежных литературных источников по гастроэнтерологии, кардиологии, пульмонологии, отоларингологии, стоматологии, и проведено сравнение с собственными исследованиями, полученными в работе с архивным материалом терапевтического отделения ОКБ ст. Ужгород и областной стоматологической поликлиники г. Ужгород. Выявлено, что проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в значительной мере обусловлены сопутствующей кислотоассоциированной патологией. Нарушения вторичной перистальтики пищевода, которые встречаются почти у половины больных на гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, способствуют возникновению тяжелых внепищеводных осложнений.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюксиндуцированная бронхиальная астма, рефлюкс-эзофагит.

Стаття надійшла 12.04.10

**FREQUENCY OF EXTRAESOPHAGEAL  
MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH  
GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

**Myhovich I.I., Debretseni K.O., Nikolaychuk M.V.**

The article highlights the problem of clinical manifestations of so-called "masks" of gastroesophageal reflux disease, according to domestic and foreign literature in gastroenterology, cardiology, pulmonology, otolaryngology, dentistry and comparison with your own research, obtained in the archival material from the internal medicine department of Railway Clinical Hospital st. Uzhgorod and Uzhgorod regional dental polyclinic. It was revealed that the manifestations of gastroesophageal reflux disease are largely caused by concomitant acid-associated pathology. Violation of secondary esophageal peristalsis, occurring in almost half of patients with GERD, facilitates severe extraesophageal complications.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, reflux-induced bronchial asthma, reflux-esophagitis.

УДК 616 – 008.9:616.329 – 002:616.33.342[ - 072.1

**КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ СТРАВОХОДУ ПРИ  
МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ**

*І.О. Мигушко, А.М. Брагачев, Ю.А. Мали, І.О. Дебретсени, І.А. Мигович  
УДНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород  
ЗДЛ «Крило здоров'я», ДП санаторій «Наян»*

*Робота є фрагментом комплексної наукової теми кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти УжНУ „Вивчення превентивного впливу нестероїдних протизапальних препаратів на частоту аденом та раку товстого кишечника та асоційованих шлунково-кишкових і кардіоваскулярних уражень”, номер держаної реєстрації 0110U002521, ДБ-754.*

В роботі приведені результати порівняльного аналізу уражень стравоходу у пацієнтів з метаболічним синдромом. Вивчені також особливості поєднання патології стравоходу з ураженнями шлунку та дванадцятипалої кишки.

**Ключові слова:** метаболічний синдром, рефлюкс-езофагіт, езофагогастроуденоскопія, гастроэзофагальна рефлюксна хвороба, рН-метрія.

На сьогоднішній день ерозивні ураження шлунку та стравоходу відносяться до найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту. За матеріалами зарубіжних та вітчизняних досліджень, на ці захворювання страждає практично кожен десятий житель Європи [4, 11]. Така широка поширеність хронічних кислотозалежних захворювань органів травлення, частий розвиток