

Δ II, IV 20.8%). The ulcer healing rate was better in patients who additionally received lactobacteria-containing probiotics (89.3% and 84.4% group I and II, respectively) compared to the control group (70.8%). Adding Biform to eradication therapy has not affected Hp eradication or ulcer healing.

Key words: Helicobacter pylori, eradication, anti-Helicobacter pylori therapy, probiotics.

Відомості про автора:

Демидова Анна Леонідівна - к. мед. н., асистент кафедри терапії № 1 та медичної діагностики ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Адреса: Львів, вул. Пекарська, 69, тел.: (032) 275-76-32 .

УДК 616.33

© Д. Т. ДЖАНЕЛИДЗЕ, 2014
Д. Т. Джанелидзе

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕЭРОЗИВНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

Введение. Совместное наличие двух заболеваний, функциональной диспепсии (ФД) и неэрозивной рефлюксной болезни (НЭРБ) одновременно, получило название перекрёстного синдрома (overlap syndrome, ФД/НЭРБ). Отсутствуют чёткие критерии диагностики ФД/НЭРБ, ограниченные данные доказательной медицины по лечению больных ФД/НЭРБ делают весьма актуальным дальнейшее изучение данного заболевания.

Цель. Разработка алгоритма диагностики и лечения больных с перекрёстным синдромом (ФД/НЭРБ) с учётом особенностей жалоб пациентов, взаимосвязи симптомов заболевания с данными суточного рН-мониторирования пищевода, наличием или отсутствием инфекции *H. pylori*.

Материалы и методы. Материалом исследования служили результаты клинического обследования и лечения 175 больных с неэрозивной рефлюксной болезнью, сочетанной с функциональной диспепсией (ФД/НЭРБ). Были выделены различные клинические варианты перекрёстного синдрома (ФД/НЭРБ): Нр положительные и Нр отрицательные, а также варианты, определяемые при рН мониторинга пищевода, когда клинические симптомы ФД и/или НЭРБ появлялись при патологическом кислотном гастроэзофагеальном рефлюксе (АЕТ+SI+) или при физиологическом кислотном гастроэзофагеальном рефлюксе (АЕТ-SI+).

Результаты и выводы. Нами установлено, что наиболее эффективной схемой лечения пациентов с перекрёстным синдромом (ФД/НЭРБ) является схема в зависимости от варианта ФД/НЭРБ учитывающиеся многообразие патофизиологических механизмов возникновения симптомов заболевания. Вышеуказанные схемы терапии не только улучшают клинические проявления болезни, но и нормализуют моторику желудка, улучшают психоэмоциональный статус, нормализуют число эпизодов гастроэзофагеального рефлюкса и кислотопродуцирующую функцию желудка.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, неэрозивная рефлюксная болезнь, перекрестный синдром.

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении последних десятилетий в структуре гастроэнтерологической патологии во многих странах мира отмечается устойчивая тенденция к увеличению распространённости функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1].

Согласно Римским критериям III (2006г.), функциональную диспепсию (ФД) определяют как наличие боли или дискомфорта в эпигастральной области возникающих после приёма пищи на протяжении 3 последних месяцев при условии манифестации жалоб в течение 6 месяцев при отсутствии органических заболеваний (по результатам эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС)), которые позволили бы объяснить имеющиеся симптомы [2].

Монреальская дефиниция гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) трактует это заболевание как «состояние, развивающееся, когда рефлюкс желудочного содержимого приводит к появлению жалоб, беспокоящих пациента, и/или развитию осложнений». ГЭРБ имеет две формы: эрозивная рефлюксная болезнь и неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ или нэ-ГЭРБ). НЭРБ как подгруппу ГЭРБ, диагностируют при наличии у пациента характерных рефлюксных жалоб и отсутствии повреждения слизистой оболочки пищевода по данным рутинной эндоскопии [3, 4].

Наличие двух заболеваний, ФД и НЭРБ одновременно, получило название перекрёстного синдрома (overlap syndrome, ФД/НЭРБ). Для перекрёстного синдрома (ФД/НЭРБ) характерна широкая распространённость, сопровождающаяся значительными экономическими затратами. Отсутствуют чёткие критерии диагностики ФД/НЭРБ, ограниченные данные доказательной медицины по лечению больных ФД/НЭРБ делают весьма актуальным дальнейшее изучение перекрёстного синдрома, в том числе и в направлении совершенствования существующих лечебно-диагностических алгоритмов.

Цель исследования - разработка алгоритма диагностики и лечения больных с перекрёстным синдромом (ФД/НЭРБ) с учётом особенностей жалоб пациентов, взаимосвязи симптомов заболевания с данными суточного рН-мониторирования пищевода, наличием или отсутствием инфекции *H. pylori*.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом исследования служили результаты клинического обследования и лечения 175 больных с неэрозивной рефлюксной болезнью, сочетанной с функциональной диспепсией (перекрёстный синдром или оверлап-синдром или ФД/НЭРБ). Были выделены различные клинические варианты перекрёстного синдрома (ФД/НЭРБ): Нр положительные и Нр отрицательные варианты, а также варианты, определяемые при рН мониторинга пищевода, когда клинические симптомы ФД и/или НЭРБ появлялись при патологическом кислотном гастроэзофагеальном рефлюксе (АЕТ+SI+) или при физиологическом кислотном гастроэзофагеальном рефлюксе (АЕТ-SI+), то есть когда патологический рефлюкс отсутствовал и наличие симптома не было связано с ним. Диагноз у всех больных устанавливался на основании клиничко-лабораторных, инструментальных и морфологических данных.

С целью исключения органической патологии использовали общеклинические методы исследования: опросники, клинические, лабораторные, морфологические, эзофагогастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, 13С октаноевый дыхательный тест, определение рН (экспресс-метод и 24-часовое мониторирование) желудка и пищевода.

Проводили общеклинические анализы крови, мочи и кала. Биоптаты при ЭГДС брались из пилорического отдела, верхней трети тела желудка по большой кривизне и из дна желудка. Для определения Нр использовались быстрый аммиачный дыхательный тест, Хелик-тест и метод полимеразной цепной реакцией (ПЦР) ДНК *H. pylori* в кале.

Для определения диспепсических симптомов использовалась форма опросника SF-LDQ (Short Form Leeds Dyspepsia Questionnaire – Лидская краткая форма опросника по диспепсии, 2006год), которая является сокращённой версией опросника качества жизни SF-36. Для определения психиэмоционального статуса пациентов использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS (Hospital anxiety and depression scale), которая была создана, Зигмондом и Снеизом в 1983 году и в основном употреблялась для оценки уровня депрессии и тревоги у больных.

Для изучения терапевтической эффективности различных схем лечения больные были распределены на четыре группы в зависимости от наличия или отсутствия Н.р. и от варианта рефлюкса (физиологический, патологический).

Первую группу составили 26 (14,9%) больных с оверлап-синдромом (ФД/НЭРБ) с наличием Нр и АЕТ+SI+. Всем пациентам первой группы назначалась десятидневная последовательная эрадикационная терапия, по рекомендациям Маастрихт 4, 2010 года: ИПП (рабепразол) 20мг два раза в сутки + амоксицилин 1000мг два раза в сутки – первые пять дней, затем ИПП (рабепразол) 20мг два раза в сутки + кларитромицин 500мг два раза в сутки + метронидазол 500мг два раза в сутки – следующие пять дней. После окончания эрадикационной терапии больные продолжили приём рабепразола по

20мг два раза в сутки, до завтрака и до обеда за 30-40 минут, четыре недели; прокинетик - итоприда гидрохлорид по 50мг три раза в сутки, за 15 минут до приёма пищи, четыре недели.

Во вторую группу включены 96 (54,9%) больных с оверлап синдромом (ФД/НЭРБ) с отсутствием Нр и АЕТ+SI+, которые получали ИПП, рабепразол по 20мг два раза в сутки, до завтрака и до обеда, четыре недели; прокинетик - итоприда гидрохлорид по 50мг три раза в сутки, за 15 минут до приёма пищи, четыре недели.

Третья группа включала 13 (7,4%) больных с ФД/НЭРБ с наличием Нр и АЕТ-SI+. Пациентам из третьей группы так же назначалась десятидневная последовательная эрадикационная терапия. После окончания эрадикационной терапии больные продолжили приём ИПП, рабепразол в половинной дозе по 20мг один раз в сутки, до завтрака две недели и дневной транквилизатор (Мебикар) по 0,3г три раза в сутки независимо от приёма пищи, четыре недели.

Четвёртую группу составили 40 (22,9%) больных с оверлап синдромом (ФД/НЭРБ) и отсутствием Нр и АЕТ-SI+. Пациенты данной группы получали ИПП, рабепразол в половинной дозе по 20мг один раз в сутки, утром до завтрака две недели и дневной транквилизатор (Мебикар) по 0,3г три раза в сутки независимо от приёма пищи, четыре недели.

Пятую группу (группа контроля) составили 12 практически здоровых добровольцев, прошедших все обследования, результаты которых были в пределах нормы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Среди 175 больных перекрёстным синдромом (ФД/НЭРБ), мужчины составили 43 (24,6%), а женщины 132 (75,4%); т. е. данная патология более часто встречается среди женщин. Соотношение между количеством мужчин и женщин составил 1:3.

Анализ возрастного состава больных показал, что преобладающее количество пациентов находилось в возрастной группе от 20 до 30 лет, 109 больных (62,69%) (средний возраст $26,95 \pm 0,4$). Это свидетельствует о том, что перекрёстный синдром (ФД/НЭРБ) чаще встречается у лиц молодого трудоспособного возраста.

Количество больных ФД/НЭРБ с АЕТ+SI+ составил 122 (69,7%), больные ФД/НЭРБ с АЕТ-SI+ - 53 (30,3%); наличие инфекции *H. pylori* обнаружено у 39 (22,3%) и отсутствовало у 136 (77,7%) пациентов из 175 обследованных. Различий в частоте инфицированности больных, как с патологическим, так и физиологическим кислотным рефлюксом не обнаружено.

Инфекция Нр выявлено у 39 из всех 175 обследованных больных. Частота выявления инфекции Нр не отличалась между группами больных с патологическим или физиологическим рефлюксом. Таким образом, можно сделать вывод, что Нр статус не влияет на частоту и продолжительность эпизодов рефлюкса у больных с перекрёстным синдромом.

Во всех группах больных после окончания назначенной дифференцированной терапии отмечено статистически достоверное снижение диспепсических проявлений и психоэмоциональных расстройств по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$). Полученные показатели опросников во всех четырех группах больных с ФД/НЭРБ перекрёстным синдромом после лечения статистически не отличались от группы контроля (здоровые) ($p > 0,05$) (рис. 1).



Рис. 1. Показатели опросников по диспепсическими проявлениями и тревожно-депрессивной шкале у больных с различными вариантами оверлап синдрома до и после лечения

Группа больных Нр (+) на себя обращает внимание тем, что средний показатель депрессии по шкале HADS составил 12,6 CI95% (11,7-13,5) - клинически выраженная депрессия. В группе больных Нр (-) средний показатель депрессии по шкале HADS составил 8,6 CI95% (7,99-9,23) - субклинически выраженная депрессия. В контрольной группе средний показатель депрессии по шкале HADS составил 3,25 CI95% (2,7-3,8) - что соответствует норме.

По результатом оценки опросника шкалы тревоги и депрессии, в группах Нр (+) и Нр (-) больных с ФД/НЭРБ было обнаружено, что у пациентов обеих групп наблюдается более выраженные тревога и депрессия по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). При этом в группе Нр (+) больных уровень депрессии был достоверно выше в сравнении с пациентами, у которых инфекция Нр не была обнаружена ($p < 0,05$). В то же время достоверных различий в уровнях тревоги между группами Нр+ и Нр- не наблюдалось ($p > 0,05$).

При дослідженні рівня депресії у больових з урахуванням наявності або відсутності патологічного ГЭР було виявлено, що середній показател депресії по шкалі HADS у пацієнтів з АЕТ-SI+ склав 10,43 СІ95% (9,7-11,5) - клінічно виражена депресія, що достовірно вище, в порівнянні з показателями як групи АЕТ+SI+, так і групи контролю (здорові), ($p < 0,05$). В групі больових ФД/НЭРБ з АЕТ+SI+ середній показател депресії по шкалі HADS склав 6,53 СІ95% (4,89-7,24), що відповідає нормі і статистично не відрізняється від показател контрольної групи (здорові), ($p > 0,05$) (рис. 2).



Рис. 2. Середні показател депресії по шкалі HADS з урахуванням варіанта ГЭР і Нр статусу

При проведенні 13С октанового дихального тесту з метою дослідження порушень моторно-евакуаторної функції шлунка в залежності від різних варіантів перехрестного синдрому (ФД/НЭРБ) нами виявлено наступне: Достовірно порушення моторики шлунка в порівнянні з контрольної групою ($p < 0,05$) спостерігалося у пацієнтів першої і другої груп, у яких реєструвалося наявність патологічного ГЭР.

У пацієнтів з третьої і четвертої груп, у яких відсутній патологічний рефлюкс, показател моторно-евакуаторної функції шлунка також були помірно порушені, однак достовірної різниці в порівнянні з групою контролю не виявлено ($p > 0,05$).

Во всіх групах больових після закінчення призначеної терапії отримані результати потрапляють в розділ нормальної моторної функції шлунка. Статистично достовірної різниці в порівнянні з показателями контрольної групи (здорові) немає ($p > 0,05$).

В лечебный комплекс больных третьей и четвертой группы входил дневной транквилизатор для купирования повышенного уровня тревоги и депрессии. Известно, что препараты из группы транквилизаторов, могут снижать тонус гладкой мускулатуры верхних отделов ЖКТ, что ограничивает их назначение для лечения психоэмоциональных расстройств у больных с ГЭРБ и ФД. Исходя из полученных нами результатов лечения и данных инструментальных обследовании, в частности дыхательного 13С октанового теста, у больных третей и четвертой группы выявлено, что назначенный дневной анксиолитик (Мебикар) не снижает коэффициент опорожнения желудка и не увеличивает время полувыведения твердой пищи из желудка (рис. 3).

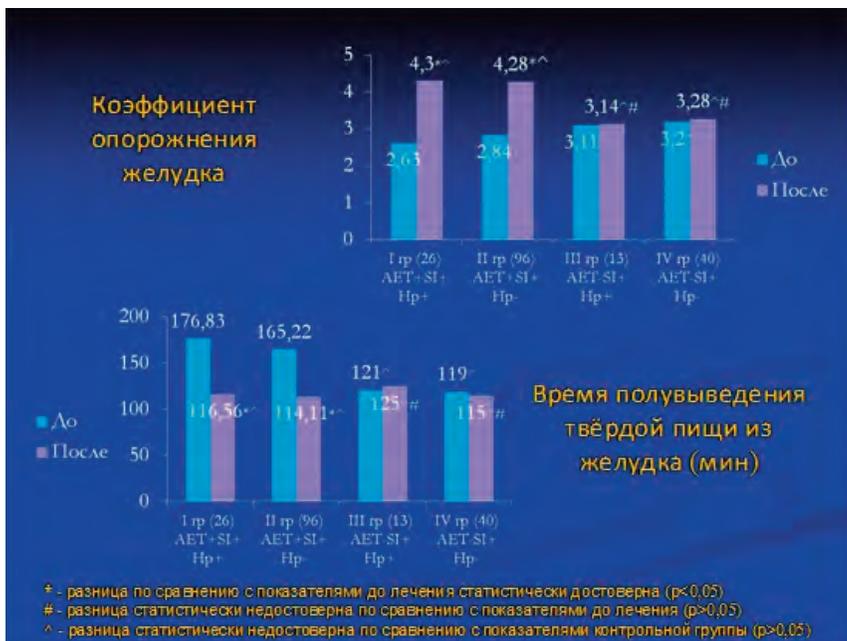


Рис. 3. Средние показатели 13С октанового теста в каждой группе больных до и после лечения

Во всех группах больных после проведения назначенной терапии полученные результаты суточного рН-мониторирования пищевода соответствуют нормальным показателям ГЭР и не отличались от показателей контрольной группы ($p > 0,05$).

В лечебный комплекс больных третьей и четвертой группы входил дневной транквилизатор для купирования повышенного уровня тревоги и депрессии. Известно, что препараты из группы транквилизаторов, в частности бензодиазепины, снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера и могут

увеличивать частоту эпизодов ГЭР, что ограничивает их применение в лечении психоэмоциональных расстройств у больных с ГЭРБ. Исходя из полученных результатов лечения и данных инструментальных обследований, в частности суточного рН-мониторирования пищевода, у больных третьей и четвертой группы выявлено, что назначенный дневной анксиолитик (Мебикар) не влияет на частоту и продолжительность ГЭР (рис. 4).

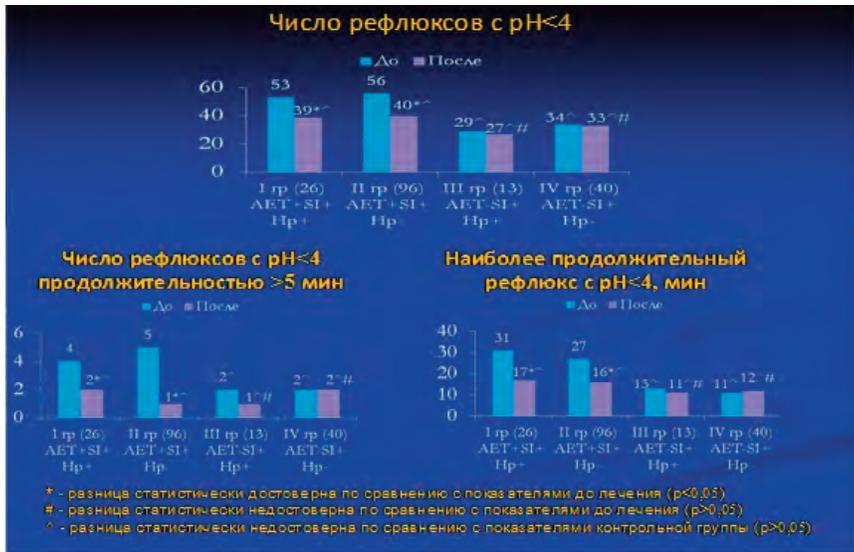


Рис. 4. Средние показатели суточного мониторирования рН пищевода в каждой группе больных до и после лечения

Таким образом, наши данные показывают, что в зависимости от различных вариантов перекрёстного синдрома (ФД/НЭРБ), лечение должно быть направлено на устранение моторной дисфункции желудка, эрадикацию Hp, подавление секреции соляной кислоты, устранение эпизодов патологического ГЭР, и нормализацию психоэмоционального статуса.

Результаты исследований позволяют предложить алгоритм диагностики и лечения больных с различными вариантами ФД/НЭРБ (рис. 5).

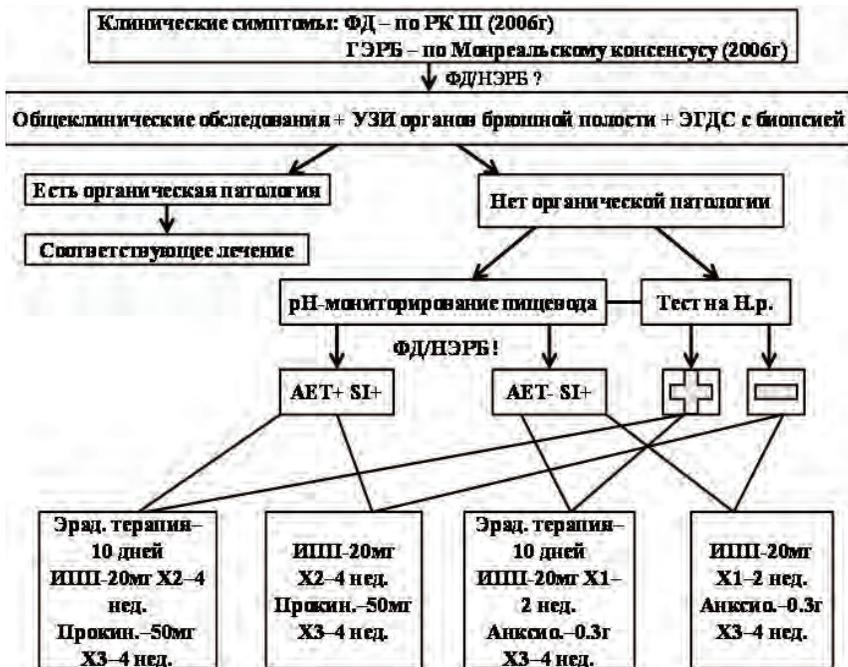


Рис. 5. Алгоритм диагностики и лечения больных с различными вариантами перекрёстного синдрома (ФД/НЭРБ)

ВЫВОДЫ

Нами установлено, что наиболее эффективной схемой лечения пациентов с перекрёстным синдромом (ФД/НЭРБ) является схема в зависимости от варианта ФД/НЭРБ учитывающиеся многообразие патофизиологических механизмов возникновения симптомов заболевания. Вышеуказанные схемы терапии не только улучшают клинические проявления болезни, но и нормализуют моторику желудка, улучшают психоэмоциональный статус, нормализуют число эпизодов гастроэзофагеального рефлюкса и кислотопродукующую функцию желудка.

Литература

1. Фадеенко Г. Д. Перекрёстный синдром, функциональная диспепсия и неэрозивная рефлюксная болезнь: тактика врача общей практики. / Г. Д. Фадеенко, Т. Л. Можина // «Здоров'я України». – 2009. – №6/1 – с.26-27.
2. Prevalence of acid reflux in functional dyspepsia and its association with symptom profile / Tack J., Caenepeel P., Arts J. [et al.] // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P.1370–1376.
3. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus / N. Vakil, S.V. van Zanten, P. Kahrilas [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – N 101. – p. 1900-1920.

4. McColl K.E. When saliva meets acid: chemical warfare at the oesophago-gastric junction. / McColl K.E. // Gut. – 2005. – Vol. 54. - P. 1-3.

Д. Т. Джанелідзе

Оптимізація діагностики і лікування хворих з неерозивною рефлюксною хворобою, поєднаною з функціональною диспепсією

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Спільна наявність двох захворювань, функціональної диспепсії (ФД) і неерозивної рефлюксної хвороби (НЕРХ) одночасно, отримало назву перехресного синдрому (overlap syndrome ФД/НЕРХ). Відсутні чіткі критерії діагностики ФД/НЕРХ, обмежені дані доказової медицини щодо лікування хворих ФД/НЕРХ роблять вельми актуальним подальше вивчення даного захворювання.

Мета. Розробка алгоритму діагностики і лікування хворих з перехресним синдромом (ФД/НЕРХ) з врахуванням особливостей скарг пацієнтів, взаємозв'язку симптомів захворювання з даними добового рН-моніторингу стравоходу, наявністю чи відсутністю інфекції *H. pylori*.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження служили результати клінічного обстеження та лікування 175 хворих з неерозивною рефлюксною хворобою, поєднаною з функціональною диспепсією (ФД/НЕРХ). Були виділені різні клінічні варіанти перехресного синдрому (ФД/НЕРХ): Нр позитивні і Нр негативні, а також варіанти, що визначаються при рН моніторингу стравоходу, коли клінічні симптоми ФД та/або НЕРХ з'являлися при патологічному кислотному гастроєзофагеальному рефлюксі (АЕТ+SI+) або при фізіологічному кислотному гастроєзофагеальному рефлюксі (АЕТ-SI+).

Результати та висновки. Нами встановлено, що найбільш ефективною схемою лікування пацієнтів з перехресним синдромом (ФД/НЕРХ) є схема, призначена в залежності від варіанту ФД/НЕРХ з урахуванням різноманітності патофізіологічних механізмів виникнення симптомів захворювання. Застосовувані схеми терапії не тільки зменшують клінічні прояви хвороби, а й нормалізують моторику шлунку, покращують психоемоційний статус пацієнта, знижують частоту епізодів гастроєзофагеального рефлюксу.

Ключові слова: функціональна диспепсія, неерозивна рефлюксна хвороба, перехресний синдром.

D. T. Janelidze

Optimization of diagnostic and treatment of patients with non-erosive reflux disease combined with functional dyspepsia
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. A condition when a patient presents with symptoms of two diseases, functional dyspepsia (FD) and non-erosive reflux disease (NERD) at the same time, is called overlap syndrome, FD/NERD. No clear criteria for diagnosing

FD/NERD and limited data of evidence-based medicine for the treatment of patients with FD/NERD make further study of this disease extremely urgent.

Materials and methods. The study involved investigation of results of clinical examination and treatment of 175 patients with non-erosive reflux disease combined with functional dyspepsia (FD/NERD). There were defined clinical versions of overlap syndrome (FD/NERD) as follows: Hp positive, Hp negative as well as those determined in pH monitoring of the esophagus when the clinical symptoms of FD and/or NERD appeared in pathological acid gastroesophageal reflux (AET+SI+) or in physiological acidic gastroesophageal reflux (AET-SI+).

Results and conclusions. We found a scheme related to FD/NERD version, which took into account the diversity of pathophysiological mechanisms of the disease symptoms, to be the most effective treatment regimen of patients with overlap syndrome (FD/NERD). The above-mentioned regimen not only improves the clinical manifestations of the disease, but also normalizes gastric motility, improves the psycho-emotional status, and reduces the number of gastroesophageal reflux episodes.

Key words: functional dyspepsia, non-erosive reflux disease, overlap syndrome.

Ведомости об авторе:

Джанелидзе Давид Теймуразович - аспирант кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО имени П. Л. Шупика. Адресс: Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

УДК 616.1/.4

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

Н.В.Драгомирецкая, И.Б.Заболотная, А.Н.Ижа

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК БИШОФИТОТЕРАПИИ В НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

ГУ «Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины»

Вступление. Согласно современным представлениям НАЖБП является одним из самых распространенных заболеваний ЖКТ в странах Западной Европы и США, где на ее долю приходится до 69% хронической патологии органа.

Цель. Изучить эффективности различных методик бишофитотерапии у больных неалкогольной жировой болезнью печени.

Материалы и методы. У 65 больных НАЖБП изучено функциональное состояние печени, в том числе показатели липидного спектра крови, показатели инсулинорезистентности, сонографии, течение сопутствующей патологии органов пищеварения под влияние различных методов бишофитотерапии.