

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616.33-002+616-007

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ТА *HELICOBACTER PYLORI*

Буфан М.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЗАВИСИМО ОТ НАЛИЧИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА И *HELICOBACTER PYLORI*

Буфан М.М.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

FEATURES OF CLINICAL COURSE OF CHRONIC GASTRITIS IN DEPENDENCE THE PRESENCE OF DUODENOGASTRIC REFLUX AND *HELICOBACTER PYLORI*

Bufan M.M.

Lviv National Medical University named after Danylo Galician

Резюме. Було обстежено 106 хворих на хронічний гастрит (ХГ) на тлі дуоденогастрального рефлюксу (ДГР) на стадії загострення, 68 чоловіків і 38 жінок. Більшість обстежених пацієнтів належали до вікової групи 21-40 років (60,4%), з піком захворюваності у віці від 31 до 40 років (32,1%). За результатами швидкого уреазного тесту та гістологічного методу діагностики гелікобактерної інфекції, залежно від наявності чи відсутності *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) в СОШ хворі були розділені на дві групи: I група – 38 (35,8%) хворих на ХГ на тлі ДГР без *H.pylori*; II група – 68 (64,2%) хворих на ХГ на тлі ДГР з *H.pylori*.

Отримані результати досліджень свідчать про поліморфізм клінічної картини перебігу ХГ на тлі ДГР з певними особливостями, залежно від наявності *H.pylori*-інфекції. За наявності ХГ на тлі ДГР з *H.pylori* у хворих переважали „голодні” (42,6%) та нічні (8,8%, $p < 0,05$) болі, порівняно з пацієнтами без *H.pylori*, для яких характерним була поява болю відразу після прийому їжі (60,5%). Серед поліморфізму симптомів шлункової та кишкової диспепсії у хворих на ХГ на тлі ДГР без *H.pylori* порівняно з *H.pylori*-асоційованим ХГ на тлі ДГР достовірно частіше виявляли відчуття тяжкості в епігастрії, відрижку гірким, блювання з домішками жовчі, проноси.

Ключові слова: *хронічний гастрит, дуоденогастральний рефлюкс, Helicobacter pylori.*

Резюме. Было обследовано 106 больных хроническим гастритом (ХГ) на фоне дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) в стадии обострения, 68 мужчин и 38 женщин. Большинство обследованных пациентов находились в возрастной группе 21-40 лет (60,4%), с пиком заболеваемости в возрасте от 31 до 40 лет (32,1%). По результатам быстрого уреазного теста и гистологического метода диагностики геликобактерной инфекции, зависимо от наличия или отсутствия *H.pylori* в слизистой оболочке желудка больные были разделены на две группы: I группа – 38 (35,8%) больных ХГ на фоне ДГР без *H.pylori*; II группа – 68 (64,2%) больных ХГ на фоне ДГР с *H.pylori*.

Полученные результаты исследований свидетельствуют о полиморфизме клинической картины течения ХГ на фоне ДГР с некоторыми особенностями зависимо от наличия *H.pylori*-инфекции. При наличии ХГ на фоне ДГР с *H.pylori* у больных преобладали „голодные” (42,6%) и ночные (8,8%, $p < 0,05$) боли сравнительно с пациентами без *H.pylori*, для которых характерным было появление боли сразу после приема пищи (60,5%). Среди полиморфизма симптомов желудочной и кишечной диспепсии у больных ХГ на фоне ДГР без *H.pylori* сравнительно с *H.pylori*-ассоциированным ХГ на фоне ДГР достоверно чаще выявляли чувство тяжести в эпигастрии, отрыжку горьким, рвоту с примесью желчи, поносы.

Ключевые слова: *хронический гастрит, дуоденогастральный рефлюкс, Helicobacter pylori.*

Summary. 106 patients (68 men and 38 women) with chronic gastritis (CG) concomitant with duodenogastric reflux (DGR) in the acute stage were examined. Most of the patients were in the age group 21-40 years (60.4%), with peak incidence between the ages of 31 and 40 (32.1%). According to the results of rapid urease test and histological diagnosis of helicobacter pylori infection, the patients were divided into two groups: group I 38 (35.8%) patients, with CG concomitant with DGR and without *H.pylori* in the stomach mucosa layer; group II - 68 (64.2%) patients with CG concomitant with DGR and with *H.pylori* in the stomach mucosa layer. Obtained results indicate polymorphisms of the clinical course of CG concomitant with DGR with certain characteristics depending on the presence of *H.pylori* infection. In the presence of CG concomitant with DGR and *H.pylori* in patients was predominant “hungry” (42.6%) and night (8.8%, $p < 0.05$) pain compared with patients without *H.pylori*, which have a characteristic appearance of pain immediately after the meal (60.5%). Among the polymorphisms symptoms of gastric and intestinal dyspepsia in patients with CG and DGR without *H.pylori* compared with *H.pylori*-associated CG and DGR significantly more often showed a sense of heaviness in the epigastrium, belching bitter, vomiting with bile, diarrhea.

Key words: *chronic gastritis, duodenogastric reflux, Helicobacter pylori.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Хронічний гастрит (ХГ) – одне з найбільш поширених захворювань у людської популяції, на яке страждає близько 40% усього дорослого населення планети, а в структурі захворювань органів травлення посідає одне з провідних місць [1, 6]. Поширеність ХГ в Україні за останні п'ять років збільшилась на 26,6%, а захворюваність зросла на 19,9% [8].

Аналіз літературних джерел свідчить про доволі часте поєднання гастродуоденальної патології з одним із загально-визнаним фактором агресії – дуоденогастральним рефлюксом (ДГР), який суттєво впливає як на клінічну картину, так і на ефективність лікування, ускладнюючи діагностику та обтяжуючи перебіг супутньої патології, проте, таке твердження поділяється не усіма науковцями [2, 5, 10].

Зокрема, нема єдності поглядів щодо особливостей клінічних проявів ДГР, їх специфічності та залежності характеру й інтенсивності симптомів від вираженості дуоденальної регургітації. Ще більш суперечливим та дискусійним залишається питання взаємозв'язку між ДГР та *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) [3, 4]. Актуальність проблеми зумовлена також тим, що на патологію гастродуоденальної зони на тлі ДГР страждає найбільш працездатна категорія населення [6, 7].

Метою дослідження було вивчення впливу ДГР та гелікобактерної інфекції, як „факторів агресії” на клінічний перебіг ХГ.

Матеріали і методи

Було обстежено 106 хворих на ХГ на тлі ДГР на стадії загострення, 68 чоловіків і 38 жінок. Більшість обстежених пацієнтів у межах вікової групи 21-40 років (60,4%), з піком захворюваності у віці від 31 до 40 років (32,1%). У нашому обстеженні більша частина хворих була представлена особами чоловічої статі (64,2%). У 21 пацієнта тривалість захворювання була до 1 року, у 33 – від 1 до 5 років, у 39 – від 5 до 10 років, у 13 пацієнтів – більше 10 років.

Групу контролю склали 20 практично здорових осіб (донори).

Хворі на ХГ на тлі ДГР були розподілені за результатами швидкого уреазного тесту та гістологічного методу діагностики гелікобактерної інфекції, залежно від наявності чи відсутності *H.pylori* в СОШ на дві групи:

I група – 38 (35,8%) хворих на ХГ на тлі ДГР без *H.pylori*;
II група – 68 (64,2%) хворих на ХГ на тлі ДГР з *H.pylori*.

Всім хворим проводили загально клінічне обстеження та езофагофіброгастродуоденоскопію (ЕФГДС) верхніх відділів травного тракту з використанням гнучкого ендоскопу типу „Olympus” (Японія). Виявлення *H.pylori*-інфекції у обстежуваних хворих здійснювали методом швидкої уреазної реакції та гістологічним методом. Статистичне опрацювання отриманих результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері з використанням програми “Statistica 7.1 for Windows”.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами аналізу скарг і даних анамнезу хвороби виявили, що серед поліморфізму та великої кількості скарг провідними клінічними синдромами у хворих з гастродуоденальною патологією на тлі ДГР були больовий абдомінальний та диспепсичний синдроми (табл. 1). У хворих I групи біль локалізувався переважно в епігастральній ділянці (55,3%) та лівому підребер'ї (36,8%), виникав у 60,5% випадків відразу після прийому їжі, чим достовірно відрізнявся ($p < 0,05$) від болю у хворих II групи. А саме, у пацієнтів на ХГ на тлі ДГР з *H.pylori* біль носив більш інтенсивний характер (30,9%), був пізнім за часом виникнення (42,6%), а полегшення спостерігалось відразу після прийому їжі (35,3%) або антацидів (41,2%). Однак, майже не спостерігався у нічні години (8,8%). Щодо характеру больового синдрому, з'ясувалось, що у більш, ніж 60% випадків хворі на ХГ на тлі ДГР мали тупий ниючий постійний біль. Більша частина хворих I групи (76,3%) характеризувалась наявністю болю помірної інтенсивності, хоча 23,7% хворих скаржились на сильний біль, що усувався за допомогою спазмолітиків.

Слід зазначити, що більша частина хворих I групи (52,6%, $p < 0,05$) застосовувала спазмолітики для усунення болю, що достовірно переважало у 2,2 рази кількість хворих у II клінічній групі, де лише у 23,5% випадках потребували такої допомоги.

Проаналізовано особливості диспепсичного синдрому

Таблиця 1. Характеристика больового синдрому у хворих на хронічний гастрит на тлі дуоденогастрального рефлюксу

Групи хворих		ХГ з ДГР (n=106)			
		I група, n=38		II група, n=68	
Клінічні ознаки		Абс.	%	Абс.	%
Тип болю	Голодні (пізні)	4	10,5*	29	42,6*
	Після їжі (ранні)	23	60,5*	14	20,6*
	Постійні	14	36,8	19	27,9
	Нічні	1	2,6	6	8,8*
Характер болю	Тупий, ниючий	23	60,5	44	64,7*
	Гострий, нападоподібний	15	39,5	24	35,3
Локалізація болю	Епігастрій	21	55,3	40	58,8*
	Пілородуоденальна ділянка	15	39,5	29	42,6
	Праве підребер'я	9	23,7	19	27,9
	Ліве підребер'я	14	36,8*	12	17,6
Інтенсивність	Помірні	29	76,3	47	69,1
	Виражені	9	23,7	21	30,9
Чим усувається біль	Їжа	0	0* ¹⁻²	24	35,3
	Антациди	18	47,4	28	41,2*
	Спазмолітики	20	52,6*	16	23,5*

Примітки: абс. – абсолютна кількість хворих; * – показник достовірності відмінності між I та II клінічними групами, $p < 0,05$;

у хворих з гастродуоденальною патологією на тлі ДГР (табл. 2). Достовірними ($p < 0,05$) ознаками шлункової та кишкової диспепсії у хворих I групи у порівнянні з II групою були: відчуття гіркоти в роті (52,6%) та тяжкості в епігастрії (76,3%), відрижка гіркотою (57,9%), нудота (65,8%) та блювання з домішками жовчі (66,7%), метеоризм (44,7%) та проноси (42,1%).

Дещо інша закономірність симптомів шлункової та кишкової диспепсії спостерігалась у пацієнтів II групи – хворих на ХГ на тлі ДГР з *H.pylori*-інфекцією. Так, найбільш частими клінічними проявами диспепсичного синдрому у цій групі були: відрижка кислим (41,2%), нудота з наступним блюванням кислим вмістом (56,5%) або з домішками жовчі (43,5%), схильність до закрепів (33,8%). Такі симптоми як печія та відчуття тяжкості в епігастрії відзначали в однаковій

Таблиця 2. Характеристика диспепсичного синдрому у хворих на хронічний гастрит на тлі дуоденогастрального рефлюксу

Групи хворих		ХГ з ДГР (n=106)			
		I група, n=38		II група, n=68	
Клінічні ознаки		Абс.	%	Абс.	%
Симптоми шлункової диспепсії:					
- печія		8	21,0	22	32,3
- гіркота в роті		20	52,6*	13	19,1
- тяжкість в епігастрії		29	76,3*	22	32,3
Відрижка					
- повітрям		14	36,8	14	20,6
- кислим		8	21,0	28	41,2
- гірким		22	57,9*	10	14,7
Нудота		25	65,8*	35	51,7
Блювання		21	55,3*	23	33,8
- кислим вмістом		7	33,3	13	56,5
- з домішками жовчі		14	66,7*	10	43,5*
Симптоми кишкової диспепсії:					
- метеоризм		17	44,7	18	26,5
- закрепи		8	21,0	23	33,8
- проноси		16	42,1*	12	17,6

Примітки: абс. – абсолютна кількість хворих; * – показник достовірності між I та II клінічними групами, $p < 0,05$

кількості пацієнтів цієї групи (32,3%). У групі порівняння переважаючими ознаками диспепсичного синдрому були: печія – у 56,2% випадків, відрижка кислим та повітрям – у 39,2% та 44,5% відповідно, нудота та блювання кислим вмістом – у 80,0%, з домішками жовчі – у 20,0% та закрепи – у 42,6% випадках.

При об'єктивному обстеженні у пацієнтів I групи більш, ніж у половині випадків відзначалась болючість при пальпації в епігастральній ділянці (55,3%), дещо менше в пілородуоденальній (39,5%) та лівому підребер'ї (у 36,8%). Схожа картина при фізикальному обстеженні спостерігалась і у пацієнтів II групи – болючість в епігастральній та пілородуоденальній ділянках (58,8% та 42,6% випадків відповідно), проте з іррадіацією здебільшого в праве підребер'я (27,9%). У пацієнтів з групи порівняння, хворих на ВХДПК з ДГР, при поверхневій пальпації домінувала болючість в пілородуоденальній зоні (63,3%), рідше виявлялась в епігастральній ділянці (33,3%) та лише у поодиноких випадках біль спостерігався у правому (13,3%) та лівому (3,3%) підребер'ях. При об'єктивному огляді у всіх обстежених хворих не виявлено напруження передньої черевної стінки та симптомів подразнення очеревини (Менделя і Щоткіна-Блумберга).

Висновки

1. Отримані результати досліджень свідчать про поліморфізм клінічної картини перебігу ХГ на тлі ДГР з певними особливостями залежно від наявності Н.рулогі-інфекції.

2. За наявності ХГ на тлі ДГР з Н.рулогі у хворих переважали „голодні” (42,6%) та нічні (8,8%, $p < 0,05$) болі порівняно з пацієнтами без Н.рулогі, для яких характерним була поява болю відразу після прийому їжі (60,5%).

3. Серед поліморфізму симптомів шлункової та кишкової диспепсії у хворих на ХГ на тлі ДГР без Н.рулогі порівняно з Н.рулогі-асоційованим ХГ на тлі ДГР достовірно частіше виявляли відчуття тяжкості в епігастрії, відрижку гірким, блювання з домішками жовчі, проноси.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності вітчизняних медикаментозних засобів у хворих на ХГ тлі ДГР і Н.рулогі-інфекції.

Література

1. Бабак О.Я. Достижения и перспективы гастроэнтерологии / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія – 2009. – №6 (50). – С. 23–25.
2. Белоусов С.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и дуоденогастральный рефлекс / С.С. Белоусов, С.В. Муратов, А.М. Ахмад. – Н. Новгород: Издательство Нижегород. гос. мед. академии, 2005. – 120 с.
3. Глушко Л.В. Виразкова хвороба: гендерні та вікові особливості кислото творення / Л.В. Глушко, Т.І. Маковецька // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. – 2000. – № 2. – С. 27-30.
4. О роли дуоденогастрального рефлюкса в патогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / В.С. Волков, И.Ю. Колесникова, Г.С. Беляева // Клиническая и экспериментальная гастроэнтерология. – 2003. – №1. – С. 12-17.
5. Особливості інфікування *Helicobacter pylori*, наявність дуоденогастрального та гастроэзофагеального рефлюкса у хворих на ерозивний гастрит / А.С.Свінцицький, К.М.Ревенок, Г.А.Соловейова, Л.Б. Бардах// Лікарська справа. – 2002. – №8. – С. 42-46.
6. Степанов Ю.М. Хронический гастрит: современный взгляд на проблему / Ю.М. Степанов, А.В. Латфулина // Гастроентерологія: міжвід. зб. – 2004. – Вип. 35. – С. 103–112.
7. Фадеенко Г.Д. Атрофичний гастрит: механізми виникнення, окремі питання діагностики та оборотності розвитку / Г.Д. Фадеенко, К.О. Просоленко, Т.А. Соломенцева // Сучасна гастроентерол. – 2007. – №2 (34). – С. 8–12.
8. Філіппов Ю.О. Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення / Ю.О. Філіппов, С.Ю. Скирда // Гастроентерологія.–2005.–Вип. 36.– С. 9-17.
9. Bartnik W. Clinical aspectsof *Helicobacter pylori* infection // Pol. Arch. Med. Wewn. – 2008. – Vol. 118 (7–8). – P. 426–430.
10. El-Zimaity H. Gastritis and gastric atrophy // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 24 (6). – P. 682–686.

Одержано 19.03.2012 року.