

Т.В. Рева

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

### ВСТУП

Стрімке зростання темпів життя, збільшення негативного впливу чинників довкілля вносять корективи у загальну картину захворюваності на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) серед населення України. Актуальність проблеми шлунково-стравохідного рефлюксу зростає у разі атипичних проявів захворювання та ускладнень, що знижують якість та обумовлюють невчасність діагностики і, відповідно, ускладнюють добір адекватної лікувальної тактики [1, 2]. Крім того, внаслідок погіршення екологічної ситуації в країні спостерігається стійка тенденція до поширення уражень щитоподібної залози, зокрема, тиреоїдиту та гіпотиреозу. Частішають і випадки поєднання ГЕРХ і гіпотиреозу.

Досвід останніх десятиліть довів, що клінічна діагностика гіпотиреозу далеко не завжди надійна. Адже його симптоматика варіює залежно від ступеня тяжкості клінічного перебігу та тривалості тиреоїдної недостатності, а також віку пацієнта і наявності супутньої патології.

За дефіциту тиреоїдних гормонів, абсолютно необхідних для нормального функціонування практично кожної клітини, розвиваються патологічні зміни в усіх без винятку органах і системах, у тому числі у травній системі. Виникають гепатомегалія, дискінезія жовчовивідних шляхів і товстої кишки, метеоризм і схильність до закріпів, зниження апетиту та атрофічний гастрит [3–5]. Усе це разом у поєднанні з гіподинамією та збільшенням маси тіла створює сприятливі передумови для розвитку ГЕРХ.

Мета дослідження — визначення особливостей розвитку, клінічного перебігу та діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у хворих зі зниженою функцією щитоподібної залози.

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Нами було обстежено 128 хворих зі зниженою функцією щитоподібної залози. Серед них жінок було 112, чоловіків — 16. Розподіл хворих за віком і статтю наведено на рис. 1.

Як видно з наведених даних, серед обстежених переважали жінки віком від 41 до 60 років. Вік чоловіків складав від 51 до 80 років. Основними причинами розвитку гіпотиреозу були такі: первинний ідіопатичний гіпотиреоз — 59 (46,09%) хворих, поопераційний гіпотиреоз — 46 (35,95%), аутоімунний тиреоїдит — 23 (17,96%) пацієнти.

За давністю захворювання хворі розподілились таким чином: від 1 до 5 років — 28 пацієнтів, від 5 до 10 років — 64, понад 10 років — 36 хворих.

Було проведено пролонговану рН-метрію стравоходу та шлунка впродовж 2–3 годин за допомогою приладу ИКЖ-2 (Кам'янець-Подільський, Україна), ендоскопічне дослідження, яке за необхідністю доповнювали біопсією, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та щитоподібної залози, пробу з метиленовим синім, рентгенологічне дослідження з контрастуванням стравоходу та шлунка, під час якого також визначали час евакуації контрасту зі шлунка. Під час ендоскопічного дослідження також брали проби шлункового вмісту та рефлюксату з нижньої третини стравоходу для подальшого визначення у ньому наявності холестерину та жовчних кислот. Визначали рівень тиреотропного гормону гіпофіза (ТТГ), вільного тироксину ( $T_4$ ) і вільного трийодтироніну ( $T_3$ ).

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В обстежених переважали скарги на загальну кволість, швидку втомлюваність — 121 (94,5%) пацієнт, сонливість — 64 (50%), гіркий присмак у роті — 61 (47,65%), за грудничний біль — 82 (64,06%), відрижку — 73 (57,03%), часті зригування — 19 (14,8%), тривале відчуття важкості в епігастрії після їди — 116 (90,6%), зниження апетиту — 84 (65,62%), у 73% випадків спостерігались закрепи та здуття живота.

Усіх пацієнтів обстежено клінічним методом, проведено антропометричні вимірювання. Розраховували індекс маси тіла (ІМТ), вимірювали окружність талії (ОТ) і стегон (ОС), визначали співвідношення ОТ/ОС. Нор-

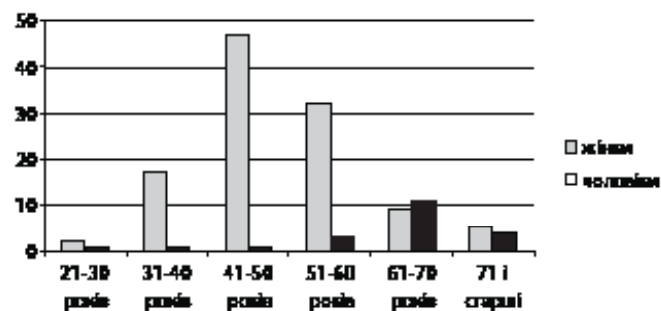


Рис. 1. Розподіл хворих за віком і статтю.

мальний ІМТ відзначено у 19 (14,8%) хворих, надмірну масу тіла (ІМТ 25,0–29,9 кг/м<sup>2</sup>) — у 34 (26,5%), ожиріння 1-го ступеня (ІМТ 30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup>) — у 35 (27,34%), 2-го ступеня (ІМТ 35,0–39,9 кг/м<sup>2</sup>) — у 19 (14,8%), 3-го ступеня (ІМТ понад 40,0 кг/м<sup>2</sup>) — у 21 (16,4%) пацієнта. У 58 хворих було діагностовано ожиріння з абдомінальним типом відкладення жиру (індекс ОТ/ОС від 0,89 до 1,11). У 34 пацієнтів із надмірною масою тіла тип розподілу жирових відкладень носив центральний характер (індекс ОТ/ОС від 0,86 до 1,04).

Шляхом езофагогастроуденофіброскопії виявлено такі зміни у слизовій нижньої третини стравоходу та шлунка:

- ерозивний езофагіт — 27 (21,09%) хворих;
- катаральний езофагіт — 52 (40,6%) хворих;
- атрофічний гастрит — 114 (89,06%) хворих.

За результатами аналізу шлункового вмісту жовчні кислоти та холестерин виявлено у 117 (91,4%) пацієнтів. Водночас рефлюксат нижньої третини стравоходу містив жовчні кислоти та холестерин лише у 76 (59,37%) хворих.

Рентгенологічне обстеження засвідчило зйняття кардії у 104 (81,25%) хворих, потовщення складок слизової стравоходу та закид контрастної речовини зі шлунка у стравохід — у 99 (77,34%) випадках. Відзначено різке уповільнення шлункової перистальтики, зменшення амплітуди скорочення шлунка в усіх обстежених. Звертали на себе увагу ознаки дуоденостазу та дуоденогастрального рефлюксу. Під час рентгенологічного обстеження ми визначали час випорожнення шлунка, час надходження першої порції контрасту у дванадцятипалу кишку (ДПК) і час повної евакуації контрасту зі шлунка.

Отримані дані свідчать, що у переважній більшості — 85 (66,4%) — хворих контрастна речовина потрапляла у ДПК у перші 10 хвилин із моменту надходження її у шлунок, у значної частини — 43 (33,6%) — пацієнтів контраст потрапляв у ДПК лише через 15 хвилин і більше (рис. 2).

Дані, наведені на рис. 3, свідчать, що у переважній більшості хворих мало місце уповільнення шлункової евакуації, а у 43 (33,59%) пацієнтів повна евакуація контрасту зі шлунка тривала понад 3 години.

Шляхом рН-метрії стравоходу виявлено, що у 70 пацієнтів значення рН було у межах норми і в середньому склали  $6,8 \pm 0,2$ . У решти 58 хворих відзначено підви-

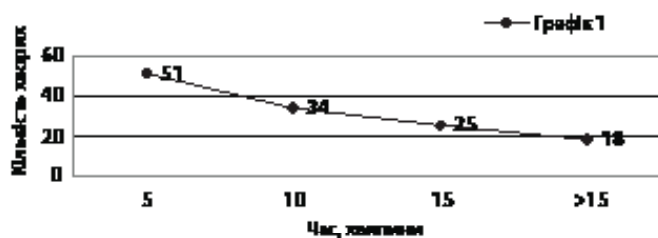


Рис. 2. Швидкість надходження контрасту у ДПК.

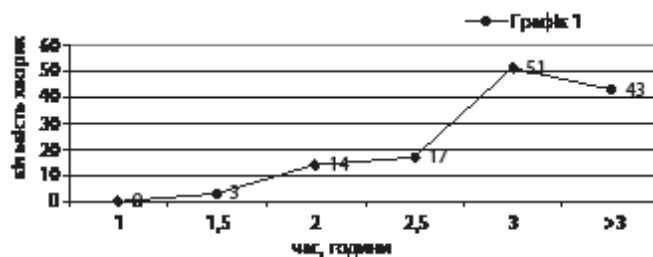


Рис. 3. Час повної евакуації контрасту зі шлунка.

щення рН до  $7,6 \pm 0,2$ . Зафіксовано також значне підвищення показників рН у шлунку — у середньому до  $5,4 \pm 0,2$ .

Тиреоїдний гомеостаз вивчали імуноферментним методом. Середній рівень ТТГ склав 27,9  $\mu\text{МО/мл}$  і коливався у межах від 16,8 до 84,7  $\mu\text{МО/мл}$ . Середній вміст вільного Т<sub>4</sub> склав  $7,8 \pm 0,2$  пмоль/л, вільного Т<sub>3</sub> —  $1,3 \pm 0,2$  пмоль/л.

За допомогою УЗД щитоподібної залози виявлено ознаки гіпотиреозу: зменшення розмірів та об'єму (за методом Brunp) правої і лівої часток, товщини перешийка — у 105 (82,03%) хворих, відсутність однієї частки або її частини — у 46 (35,94%) осіб, гіпоехогенність тканини залози — у 128 (100%) хворих, неоднорідність ехоструктури за рахунок ділянок фіброзу — у 87 (67,97%) пацієнтів. УЗ ознаки тиреоїдиту з вузлуотворенням — у 14 (10,94%) хворих, УЗ ознаки тиреоїдиту без вузлуотворення — у 9 (7,03%) хворих.

Проба з метиленовим синім, проведена за стандартною методикою, дала позитивний результат лише у 52 (40,6%) хворих.

## ВИСНОВКИ

1. У переважній більшості хворих на гіпотиреоз розвиваються атрофічний гастрит та явища дуоденостазу, що обумовлюють уповільнення шлункової евакуації у 78,9% випадків.

2. Явища дуоденогастрального рефлюксу виникають у 77,34% хворих із давністю захворювання понад 2 роки.

3. До діагностичного комплексу для даної категорії хворих слід включати рентгенологічне та ендоскопічне дослідження з біопсією за показаннями.

4. Діагностичну цінність рН-метрії у даної категорії хворих знижено внаслідок наявності у них гіпо- або анацидного стану.

Перспективи подальших досліджень. Планується вивчити зміни концентрації жовчних кислот і холестерину залежно від типу і тяжкості перебігу гіпотиреозу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеенко С.А. Алгоритмы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / С.А.

- Алесеенко // Фарматека. — 2006. — № 1. — С. 48–49.
2. *Бабак О.Я.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / О.Я. Бабак, Г.Д. Фадеенко — К.: Интерфарма. — 2000. — 175 с.
  3. *Фадеев В.В.* Современные концепции диагностики и лечения гипотиреоза у взрослых / В.В. Фадеев // Проблемы эндокринологии — 2004. — № 2. — С. 1–7.
  4. *Болезни щитовидной железы.* Пер. с англ. / Под ред. Л.И. Бравермана. — М.: Медицина, 2000. — 432 с.
  5. *Балаболкин М.И.* Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.М. Кремминская. — М.: Медицина, 2002. — 752 с.

## РЕЗЮМЕ

**Особенности диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на фоне гипотиреоза*****T.B. Reva***

В работе приведены данные обследования 128 больных гипотиреозом. Изучена частота развития дуоденогастроэзофагеального рефлюкса. Произведены рентгенологическое, эндоскопическое и антропометрическое исследования, рН-метрия, изучена скорость желудочной эвакуации.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гипотиреоз, щелочной рефлюкс, диагностика.

## SUMMARY

**Peculiarities of gastroesophageal reflux disease diagnostics under hypothyroidism*****T. Reva***

The results of investigation of 128 patients with hypothyroidism are presented. Frequency of gastroesophageal reflux disease development is studied. Radiographic, endoscopic, antropometric investigation, pH-metry and gastric evacuation speed were determined.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, hypothyroidism.

Дата надходження до редакції 10.05.2010 р.