

СИМПТОМАТИКА У ХВОРИХ ПРИ ПОЄДНАННІ ВИРАЗКОВО ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛО КИШКИ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

СИМПТОМАТИКА У ХВОРИХ ПРИ ПОЄДНАННІ ВИРАЗКОВО ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛО КИШКИ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ – Було проаналізовано клінічну симптоматику у 846 хворих на ВХ (із них 540 – на виразкову хворобу дванадцятипало кишки і 306 – на виразкову хворобу шлунка). Вивчено структуру ускладнень виразково хвороби. Клінічний перебіг визначали за методом анкетування, в т.ч. на підставі типових “стравохідних” та атипових “позастравохідних” скарг, та при аналізі медичних карт. Стверджено, що наявність типового рефлюксного стравохідного синдрому в сполученні з “позастравохідними” симптомами повинне схилити до думки про наявність поєднано патології ВХ та ГЕРХ. Виявлено, що латентний перебіг для ВХ шлунка при супутній ГЕРХ не характерний, а маскоподібний варіант перебігу ВХ зустрічається частіше при поєднанні з ГЕРХ. Для ВХ при поєднанні з ГЕРХ є характерним переважання диспептичного синдрому в клінічному перебігу та стенозування у структурі ускладнень.

СИМПТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ – Была проанализирована клиническая симптоматика у 846 больных ЯБ (из них 540 – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и 306 – язвенной болезнью желудка). Изучена структура осложненной язвенной болезни. Клиническое течение определяли методом анкетирования, в т.ч. на основании типичных “пищеводных” и атипичных “экстрапищеводных” жалоб, и при анализе медицинских карт. Выяснено, что наличие типового рефлюксного пищеводажного синдрома в сочетании с “экстрапищеводными” симптомами должно склонять к мысли о наличии сочетанной патологии ЯБ и ГЭРБ. Виявлено, что латентное течение для ЯБ желудка при сопутствующей ГЭРБ не характерно, а маскообразный вариант течения ЯБ встречается чаще при ее сочетании с ГЭРБ. Для ЯБ при сочетании с ГЭРБ характерно преобладание диспептического синдрома в клиническом течении и стенозирования в структуре осложненной.

SYMPTOMS IN PATIENTS WITH A COMBINATION OF GASTRIC AND DUODENAL ULCERS AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE – Clinical symptoms were analyzed in 846 patients with peptic ulcer disease (including 540 duodenal ulcers and 306 gastric ulcers). The structure of complications of peptic ulcer was shown. The clinical course was evaluated using questionnaires, including those, based on the typical “esophageal” and atypical “extraesophageal” complaints, and on the basis of the analysis of case reports. The presence of typical esophageal reflux syndrome in combination with “extraesophageal” symptoms should incline to idea of presence of the combined pathology of peptic ulcer and GERD. It was revealed that latent course is not typical for gastric ulcers, associated with GERD, and the masked variant of course of peptic ulcer disease is more common when it is combined with GERD. For peptic ulcer disease, when combined with GERD, the predominance of dyspeptic syndrome in the clinical course and stenosis in the structure of complications is common.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, виразкова хвороба, оцінка симптомів, позастравохідні симптоми.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь, оценка симптомов, экстрапищеводные симптомы.

Key words: gastroesophageal reflux disease, peptic ulcer disease, symptoms evaluation, extraesophageal symptoms.

ВСТУП Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), за даними різних літературних джерел, зустрічається у 11–63,3 % хворих на виразкову хворобу (ВХ) [1, 2, 3, 6]. Симптоматика у пацієнтів з даними захворюваннями, що наявні ізольовано, часто є схожою, а в окремих випадках й ідентичною, що пов'язано з х кислото залежною природою [7, 8]. Зокрема, такі симптоми як печія, регургітація, біль в епігастрі, прояви диспепсії (нудота, блювота, закрепи тощо) спостерігаються доволі часто як при ГЕРХ, так і при ВХ [5, 8]. Проте позаяк у патогенезі цих патологій верхнього відділу шлунково-кишкового тракту важливу роль відіграють інші патогенетичні чинники, а адекватне лікування, операційне і консервативне відрізняється, оцінка симптомів у пацієнтів із ВХ, ГЕРХ та при х поєднанні набуває першочергового значення [4, 8].

Метою дослідження стало узагальнити та проаналізувати симптоматику поєднаного перебігу ГЕРХ та ВХ, визначити патогномонічні симптоми чи х сполучення, вивчити структуру ускладнень, що дасть змогу оптимізувати диференційну діагностику при ГЕРХ та ВХ, а відтак оптимізувати вибір лікувальної тактики.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Було проаналізовано клінічну симптоматику у 846 хворих на ВХ (із них 540 – із виразковою хворобою дванадцятипало кишки (ВХДПК) і 306 – на виразкову хворобу шлунка (ВХШ)), яким проводили хірургічне лікування на клінічних базах ТДМУ імені І. Я. Горбачевського з 1991 по 2011 рр. Вік пацієнтів складав 20–79 років. Чоловіків було 78 %, жінок – 22 %. Тривалість виразкової анамнезу складала 10,5 років. Клінічний перебіг визначали за методом анкетування, в т.ч. на підставі типових “стравохідних” та атипових “позастравохідних” скарг, та при аналізі медичних карт. Пацієнтам проводили ендоскопічне обстеження верхніх відділів ШКТ (езофагогастродуоденоскопію) з багатоточковою біопсією стравоходу та шлунка. За наявності “позастравохідних” скарг діагностичний комплекс для виключення супутньо патології серцево-судинно та дихально систем, ЛОР-органів, стоматологічних та неврологічних захворювань включав за показниками електрокардіографію, рентгенологічне обстеження легень, ультрасонографію органів черевно порожнини та консультації вузьких профільних спеціалістів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ ГЕРХ було діагностовано у 137 (25,4 %) із 540 хворих на виразку дванадцятипало кишки і у 33 (10,8 %) із 306 – на виразку шлунка.

За характером симптоматики пацієнтів поділили наступним чином (табл. 1):

Як видно з таблиці 1, у всіх пацієнтів із поєднанням ГЕРХ та ВХ спостерігали рефлюксний стравохідний синдром, що найчастіше проявлявся печією (95,9 %) та регургітацією (88,9 %). Близько у третини пацієнтів цієї групи були скарги на періодичні болі за грудниною, що не мали стенокардитичного характеру і зазвичай

Таблиця 1. Характер симптомів та синдромів у хворих на ВХ та ГЕРХ

Синдром	Окремі симптоми	ВХ (n=676)		ВХ плюс ГЕРХ (n=170)	
		абс.	%	абс.	%
Рефлюксний стравохідний		204	30,2	170	100,0
	Печія	181	26,8	163	95,9
	Регургітація	69	10,2	151	88,8
	Дисфагія	32	4,7	19	11,2
	Одинофагія	3	0,4	23	13,5
	Біль за грудниною (нестенокардитичний)	75	11,1	56	32,9
Гастритичний (диспептичний)		188	27,8	76	44,7
Легеневий (респіраторний)		36	5,3	29	17,1
Оториноларингологічний		30	4,4	25	14,7
Кардіальний		45	6,7	55	32,4
Стоматологічний		27	4,0	15	8,8
Астеновегетативний		201	29,7	86	50,6

були пов'язані зі споживанням жиру. Дисфагія та одинофагія турбували 19 (11,2 %) та 23 (13,6 %) хворих із поєднанням ГЕРХ та ВХ відповідно. Разом з тим, у пацієнтів із ВХ частота рефлюксного стравохідного синдрому знаходилась на рівні 30,2 %, тобто менш ніж у третини. Печія зустрічалась у близько чвертини (26,8 %) хворих, регургітація та нестенокардитичні болі за грудниною у 10,2 та 11,1 % пацієнтів даної групи. Одинофагія турбувала лише 3 (0,4 %) хворих. Таким чином, печія, регургітація, дисфагія, одинофагія, як прояви рефлюксного стравохідного синдрому, є частими симптомами при поєднанні ГЕРХ та ВХ, при чому типовим є поєднання відразу кількох з них.

Диспептичний синдром відмічено на доволі високому рівні в обох групах пацієнтів: при ізольованій ВХ у 188 випадках, що склало 27,8 %, та при поєднанні ВХ із ГЕРХ у 76 (44,7 %), з достовірною відмінністю на рівні $p < 0,001$ при використанні критерію Фішера між групами. Примітно, що біль в епігастральній ділянці, як один з елементів диспептичного синдрому, спостерігається при поєднанні ВХ з ГЕРХ рідше, ніж при ВХ.

Прояви астеновегетативного синдрому виявлено у половини (50,1 %) хворих з поєднанням ВХ та ГЕРХ і у лише 29,7 % хворих на ВХ.

Достовірно ($p < 0,01$) частіше при поєднанні патології зустрічались прояви респіраторного (17,1 % проти

5,3 %), оториноларингологічного (14,7 % проти 4,4 %), кардіального (32,4 % проти 6,7 %) та стоматологічного (8,8 % проти 4 %) синдромів.

За характером ускладнень пацієнтів поділили наступним чином (табл. 2).

Як видно з таблиці 2, при ВХДПК пенетрацію виразки, стенозування та кровотечу спостерігали з приблизно однаковою частотою, з деяким переважанням пенетрації (у 33,3 % випадків), разом з тим, як для поєднання ВХДПК з ГЕРХ значно характернішим було стенозування, що відмічено у майже половини (47,4 %) пацієнтів. Найчастішим ускладненням у хворих ВХШ та при поєднанні з ГЕРХ була пенетрація (у 41,4 та 39,4 % випадків відповідно). Проте відмічено відсоток стенозів при поєднанні ВХШ із ГЕРХ; частота стенозування становила 28,2 % при ВХШ та 36,4 % при ВХШ із ГЕРХ.

Надалі пацієнтів було згруповано згідно з переважними клінічними синдромами виразкової хвороби залежно від локалізації та типу виразок, що показано у таблицях 3–6.

Як видно з таблиці 3, при ВХШ найчастіше спостерігається больовий синдром із частотою 41,8 %. Диспептичний синдром займає друге місце у структурі ускладнень ВХШ і знаходиться на рівні 27,8 % (76 спо-

Таблиця 2. Структура ускладнень ВХШ і ВХДПК ізольовано та із супутньою ГЕРХ

	Ускладнення								Усього
	пенетрація		стенозування		кровотеча		перфорація		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Виразка ДПК	134	33,3	108	26,8	115	28,5	46	11,4	403
Виразка ДПК з ГЕРХ	28	20,4	65	47,4	36	26,3	8	5,8	137
Виразка шлунка	113	41,4	77	28,2	67	24,5	16	5,9	273
Виразка шлунка з ГЕРХ	13	39,4	12	36,4	7	21,2	1	3,0	33
Усього	288	34,0	262	31,0	225	26,6	71	8,4	846

Таблиця 3. Частота клінічних синдромів у хворих на ВХШ

		Клінічні синдроми ВХ						Усього
		больовий	змішаний	геморагічний	диспептичний	латентний	маскоподібний	
Виразка шлунка	I тип	78	33	12	50	2	8	183
	II тип	11	4	3	8	1	1	28
	III тип	25	11	4	18	2	2	62
Усього		114	48	19	76	5	11	273

Таблиця 4. Частота клінічних синдромів у хворих із поєднанням ВХШ та GERX

	Клінічні синдроми ВХ						Усього
	больовий	змішаний	геморагічний	диспептичний	латентний	маскоподібний	
Виразка шлунка	I тип	4	2	1	4		13
	II тип	2	1		2		5
	III тип	3	2	1	7		15
Усього	9	5	2	13		4	33

Таблиця 5. Частота клінічних синдромів у хворих на ВХДПК

	Клінічні синдроми ВХ						Усього
	больовий	змішаний	геморагічний	диспептичний	латентний	маскоподібний	
Виразка ДПК	142	80	35	112	21	13	403

Таблиця 6. Частота клінічних синдромів у хворих із поєднанням ВХДПК та GERX

	Клінічні синдроми ВХ						Усього
	больовий	змішаний	геморагічний	диспептичний	латентний	маскоподібний	
Виразка ДПК	26	22	14	63	2	10	137

стережень). Змішаний, маскоподібний та геморагічний синдроми спостерігали на рівні 17,6, 4 та 7 % відповідно.

Як показано в таблиці 4, при ВХШ у поєднанні з GERX найчастіше спостерігається диспептичний синдром із частотою 39,4 %, при чому його частота залежить від типу виразки і знаходиться на рівні 30,8; 40 та 46,7 % при I, II та III типах виразки шлунка відповідно. Больовий клінічний варіант перебігу ВХ при наявності GERX відмічено загалом на рівні 27,3 % (9 спостережень). Змішаний, маскоподібний та геморагічний синдроми спостерігали на рівні 15,2; 12,1 та 6,1 % відповідно. При поєднанні ВХШ з GERX латентного клінічного перебігу не виявлено при жодному типі шлункових виразок.

Дані, отримані в ході проведеного дослідження, та відображені у таблиці 5, показують, що для ВХДПК характернішим є больовий (виразкоподібний) клінічний синдром, який відмічено на рівні 35,2 %. Дещо рідше спостерігали диспептичний синдром (у 27,8 % випадків). Змішаний, маскоподібний та геморагічний синдроми спостерігали на рівні 19,9, 3,2 та 8,7 % відповідно. Маскоподібний синдром у дано категорії хворих спостерігали у 3,2 % випадків.

При поєднанні ВХДПК з GERX спостерігали у клінічному перебігу суттєве переважання диспептичного синдрому, що знаходився на рівні 46 %. Суттєво рідше відмічено больовий, геморагічний та змішаний – у 19; 10,2 та 16,1 % випадків відповідно. Маскоподібний синдром спостерігали у 7,3 % хворих.

ВИСНОВКИ 1. Наявність типового рефлюксового стравохідного синдрому у сполученні з “позастравохідними” симптомами повинна схилити до думки про наявність поєднаної патології ВХ та GERX.

2. Латентний перебіг для ВХШ при супутній GERX не характерний.

3. Маскоподібний варіант перебігу ВХ зустрічається частіше при поєднанні з GERX.

4. Для ВХШ та ВХДПК при поєднанні з GERX є характерним переважання диспептичного синдрому у клінічному перебігу та стенозування у структурі ускладнень ВХ, що є більш вираженим при ВХДПК і має бути враховано на етапах хірургічного лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Хвороби верхніх відділів шлунково-кишкового тракту як чинник ризику виникнення гастроєзофагеально рефлюксно хвороби / В. І. Вдовиченко, М. А. Бичков, Я. М. Савицький [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2007. – № 2(34). – С. 31–34.
2. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, сочетанной с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Г. К. Жерлов, В. Э. Гюнтер, С. В. Козлов [та ін.] // Вестник хирургии. – 2007. – Т. 166, № 1. – С. 51–54.
3. Иванов Н. Н. Выбор способа коррекции кардии при выполнении селективной проксимальной ваготомии и резекции желудка / Н. Н. Иванов // Хирургия. – 1992. – № 9–10. – С. 9–13.
4. Пинчук Т. П. Гастроэзофагеальный рефлюкс при острой хирургической патологии: автореф. дисс. на соискание научной степени д.м.н., 14.00.15 – патологическая анатомия, 14.00.27 – хирургия / Т. П. Пинчук. – Москва: НИИ СП, 2007. – 47 с.
5. Рішко В. В. Поєднане хірургічне лікування виразково хвороби дванадцятипалої кишки та рефлюкс-езофагіту / В. В. Рішко. – 2006. – № 1. – С. 17–19.
6. Свінціцький А. С. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба як актуальна проблема сучасно клінічної практики / А. С. Свінціцький, М. І. Дзєман, Г. В. Шило // Український медичний часопис. – 1999. – № 5(13). – С. 50–55.
7. Фролова-Романюк Е. Ю. Позастравохідні прояви гастроєзофагеально рефлюксно хвороби / Е. Ю. Фролова-Романюк // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2009. – № 5 (18). – С. 21–24.
8. Циммерман Я. С. Особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при их сочетанном течении / Я. С. Циммерман, Л. Г. Воложанина // Клиническая медицина. – 2007. – № 3. – С. 53–58.

Отримано 25.10.11