

ПОШИРЕНІСТЬ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

*В.І. Вговиченко, А.В. Острогляд, М.Г. Курченко,
Л.М. Терлецька, М.А. Бичков*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, фактори ризику, атипична клінічна картина, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, період менопаузи.

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є значною проблемою сучасної гастроентерології. Відомо, що це захворювання дуже поширене, у низці випадків має малосимптомну або атипичну клінічну картину, що перешкоджає його вчасній діагностиці; у разі тривалого перебігу може ускладнюватися розвитком стравоходу Барретта з подальшою малігнізацією [1]. Згідно з даними сучасної періодичної літератури, у промислово розвинених країнах на симптоми ГЕРХ щоденно скаржаться 4—10% населення, щотижня — 30%, щомісяця — 50% [2]. Тяжкі ускладнення ГЕРХ — пептичні виразки стравоходу, кровотечі, стриктури — розвиваються у 2—5% хворих [1—3]. У 10% пацієнтів з ерозивною формою ГЕРХ захворювання супроводжується стравоходом Барретта, а в подальшому — й аденокарциномою стравоходу (за даними Трухманова А.С., 1999, її реєструють у 0,5% хворих зі стравоходом Барретта при дисплазії епітелію низького ступеня та у 6% — при дисплазії високого ступеня) [4].

Виникнення ГЕРХ провокує дія цілої низки факторів ризику, до яких належить хронічне психоемоційне навантаження, ожиріння, вагітність, куріння, кили стравохідного отвору діафрагми, а також певні особливості харчування (зловживання гострими, кислими стравами, міцним чаєм, кавою, тощо), прийом деяких ліків, що знижують тонус нижнього стравохідного сфінктера (антагоністи кальцію, нітрати та інші).

Окрім відомих типових симптомів ГЕРХ — печії, дисфагії, кислого зригування, у частини пацієнтів з ГЕРХ спостерігаються позастравохідні, або атипичні симптоми, які, імітуючи захворювання інших органів та систем людини, ускладнюють діагностику ГЕРХ, наслідком чого є тривале, дороге й головне — неефективне лікування з приводу неправильно встановленого діагнозу. До позастравохідних проявів ГЕРХ відносять отоларингофарингеальні захворювання (фарингіт, ларингіт, поліпи го-

лосових зв'язок, стеноз гортані, середній отит); стоматологічний синдром (дентальні ерозії, періодонтит); бронхо-легеневі (кашель, напади задухи, особливо вночі) та кардіологічні скарги (серцевий біль, відчуття перебоїв у роботі серця, вегетативні кризи), а також асоційовані захворювання бронхо-легеневої та серцево-судинної систем — хронічний аспіраційний бронхіт, бронхіальна астма, аспіраційна пневмонія, рефлекторні стенокардія, аритмії, артеріальна гіпертензія [5—11]. У випадках атипичної клінічної картини ГЕРХ коли немає типових скарг, діагностика цього захворювання особливо складна. Крім цього, деяке медикаментозне лікування, зокрема з призначенням препаратів, що призводять до розслаблення нижнього стравохідного сфінктера (антагоністи кальцію, нітрати, бронхолітичні засоби), може навіть погіршувати стан хворого та обтяжувати перебіг ГЕРХ. Тому в сучасній гастроентерології багато уваги приділяється проблемі вчасного виявлення атипичних симптомів ГЕРХ та диференційної діагностики між ГЕРХ та відповідними захворюваннями серцево-судинної, дихальної систем та ЛОР-органів.

Проведення в нашій країні досліджень епідеміології ГЕРХ серед різних контингентів населення, включаючи хворих кардіологічного та пульмонологічного профілів (тобто пацієнтів із потенційними «масками» ГЕРХ) та вивчення переважаючих факторів ризику є дуже актуальним. Мета роботи — вивчення поширеності типових виявів ГЕРХ серед хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та артеріальну гіпертензію (АГ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено анкетування (за допомогою модифікованої анкети Лікерта) хворих на ІХС і АГ (основна група), та людей, які вважають себе цілком здоровими (група контролю). Анкетування є визнаним методом епідеміологічних досліджень ГЕРХ. Поширеність ГЕРХ оцінювали на підставі найтипич-

віщої для цього захворювання скарги — печії. Достовірність різниці між основною та контрольною групою визначали за критерієм χ^2 Пірсона.

Проанкетовано 1823 особи контрольної групи: чоловіки — 381 (20,9%), жінки — 1442 (79,1%), віком від 17 до 77 років, середній вік — $(27,8 \pm 0,3)$ року; та 404 хворих на ІХС та АГ: чоловіки — 209 (52,0%), жінки — 193 (48,0%), віком від 16 до 88 років, середній вік — $(57,6 \pm 0,7)$ року (основна група).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХНЄ ОБГОВОРЕННЯ

З'ясувалося, що в групі контролю на печію скаржилися 556 осіб (30,5% від загальної кількості опитаних), чоловіки — 161 (42,3% від загальної кількості чоловіків, жінки — 395 (27,4% від загальної кількості жінок). Щоденні скарги висловлювали 58 осіб (3,2%), один раз на тиждень — 326 (17,9%), один раз на місяць — 172 особи (9,4%). В основній групі печія була у 194 хворих (48,0% від загальної кількості хворих), чоловіки — 99 (47,4% від загальної кількості чоловіків), жінки — 95 (49,2% від загальної кількості жінок). Щоденні скарги в цій групі реєстрували у 42 пацієнтів (10,4%), один раз на тиждень — у 98 (24,3%), один раз на місяць — у 38 (9,4%).

Статистичний аналіз свідчить, що в цілому серед хворих на ІХС та АГ скарги на печію спостерігаються достовірно частіше, ніж у контрольній групі, зокрема й серед осіб жіночої статі ($P < 0,01$). Серед чоловіків такої різниці не встановлено ($P > 0,05$). Щодо частоти печії, то вона в основній групі достовірно частіше непокоїла пацієнтів щоденно ($P < 0,01$) та щотижнево ($P < 0,01$). Скарги на печію раз на місяць реєстрували не частіше, ніж у групі контролю (табл. 1).

Основним результатом цього дослідження стала демонстрація достовірного переваження частоти печії серед хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію порівняно з групою контролю, на підставі чого можна вважати ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію факторами ризику ГЕРХ.

Іншою дуже цікавою знахідкою нашого дослідження стало переваження частоти реєстрації печії в основній групі саме серед осіб жіночої статі. На нашу думку, це може бути зумовлено більшим середнім віком хворих у основній групі, ніж у групі контролю ($(57,6 \pm 0,7)$ та $(27,8 \pm 0,3)$ року відповідно), який збігається з типовим віком настання менопаузи. Це дає підстави припускати етіопатогенетичну роль дисбалансу жіночих статевих гормонів у період менопаузи в патогенезі ГЕРХ, але цей висновок потребує подальших досліджень.

Щоб нівелювати вікову різницю між обома групами та підтвердити зазначене вище припущення, ми поділили опитаних пацієнток в обох групах на два вікових діапазони — 25—44 років та 45—65 років і підраховали частоту печії в кожній із цих груп окремо. Було виділено такі 4 групи опитаних: I група контролю, 25—44 роки — 188 осіб, середній вік $(32,2 \pm 0,5)$ року; II група контролю, 45—65 років — 113, середній вік $(52,7 \pm 0,6)$ року; III (основна) група, 25—44 роки — 24 особи, середній вік $(36,1 \pm 1,3)$ року; IV (основна) група, 45—65 років — 99, середній вік $(55,4 \pm 0,6)$ року.

Виявилось, що в групі контролю частота печії серед осіб 45—65 років є достовірно вищою (34,5%), ніж серед жінок молодшого віку (25—44 років) — 23,4% ($P < 0,05$). В основній групі також спостерігалось значне переважання частоти печії у жінок 45—65 років порівняно з підгрупою пацієнток 25—44 років (25 та 54,5% відповідно, $P < 0,05$). Це підтверджує висновок про можливу роль вікових змін у організмі жінки, зокрема періоду менопаузи (особливо в разі його патологічному перебігу), в патогенезі ГЕРХ (табл. 2).

У групі жінок 45—65 років основної групи скарги на печію висловлюють 54,5% опитаних, що достовірно перевищує аналогічний показник в групі контролю серед осіб цього ж вікового діапазону — 34,5% ($P < 0,01$) (див. табл. 2). На підставі цих результатів можна стверджувати про прямий кореляційний зв'язок між наявністю ІХС та АГ і поширеністю ГЕРХ серед жінок.

Таблиця 1. Частота печії в групі контролю та основній групі

Показник	Група контролю	Основна група	P
Кількість пацієнтів, разом	1823 (100,0)	404 (100,0)	—
чоловіків	381 (20,9)	209 (52,0)	—
жінок	1442 (79,1)	193 (48,0)	—
Середній вік, роки	$27,8 \pm 0,3$	$57,6 \pm 0,7$	—
Пацієнти з печією, разом	556 (30,5)	194 (48,0)	$< 0,01$
чоловіків	161 (42,3)	99 (47,4)	$> 0,05$
жінок	395 (27,4)	95 (49,2)	$< 0,01$
зі щоденною печією	58 (3,2)	42 (10,4)	$< 0,01$
з печією 1 раз на тиждень	326 (17,9)	98 (24,3)	$< 0,01$
з печією 1 раз на місяць	172 (9,4)	38 (9,4)	$> 0,05$

Примітка. Туту і далі в дужках зазначено кількість пацієнтів у відсотках.

Таблиця 2. Частота печії серед жінок 25—44 років та 45—65 років групи контролю та основної групи

Показник	Жінки 25—44 років	Жінки 45—65 років	P
Група контролю			
Разом	188 (100,0)	113 (100,0)	—
Пацієнти з печією	44 (23,4)	39 (34,5)	< 0,05
Середній вік, роки	32,2 ± 0,5	52,7 ± 0,6	—
Основна група			
Разом	24 (100,0)	99 (100,0)	—
Печія	6 (25,0)	54 (54,5)	< 0,05
Середній вік, роки	36,1 ± 1,3	55,4 ± 0,6	—

Для підтвердження впливу періоду менопаузи на виникнення ГЕРХ ми також порівняли поширеність печії серед чоловіків контрольної групи (розподіливши їх, подібно до жінок, на два вікових діапазони — 25—44 та 45—65 років); а також частоту печії серед чоловіків та жінок основної групи 45—65 років (для нівелювання впливу наявності ІХС та АГ). Чоловіків віком 25—44 років у групі контролю було 184, середній вік (34,2 ± 0,4) року; віком (45—65) років — 122, середній вік (52,4 ± 0,5) року. За даними статистичного аналізу, достовірної різниці між частотою печії серед чоловіків 25—44 років та 45—65 років у групі контролю не виявлено (табл. 3). Але, як було зазначено вище, в аналогічних групах у жінок (контрольна група) спостерігалось зростання поширеності ГЕРХ у групі старшого віку (табл. 2).

При порівнянні поширеності печії серед чоловіків та жінок основної групи старшого вікового діапазону спостерігалось достовірне переваження частоти печії в групі осіб жіночої статі (40,0% та 55,4% відповідно, P < 0,05), що також підтверджує вплив менопаузального періоду на розвиток ГЕРХ у жінок (табл. 4).

Отримані дані свідчать про те, що ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія, а також пе-

ріод менопаузи в жінок можна вважати факторами ризику розвитку ГЕРХ. Хворі 45—65 років, що страждають від ІХС та АГ, перебувають під впливом водночас двох факторів ризику виникнення ГЕРХ — вікової перебудови та жіночих статевих гормонів (період менопаузи) та кардіологічного захворювання (особливо якщо воно вимагає призначення засобів, які сприяють зниженню тону нижнього стравохідного сфінктера), що спричиняє високу поширеність ГЕРХ серед цієї категорії осіб. Дані, що свідчать про роль періоду менопаузи як фактора ризику ГЕРХ, можна взяти за основу для включення добової рН-метрії, ендоскопії до переліку діагностичних процедур під час обстеження жінок з патологічним перебігом періоду менопаузи в разі кардіологічних скарг окремо чи в поєднанні з типовими ознаками ГЕРХ.

Можна очікувати, що отримані нами дані привернуть увагу практичних лікарів до проблеми ГЕРХ серед хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію, що, враховуючи можливу роль ГЕРХ в патогенезі деяких кардіологічних захворювань (зокрема рефлекторної стенокардії, аритмії, гіпертензії) сприятиме детальнішому обстеженню таких пацієнтів на предмет виявлення ГЕРХ.

Таблиця 3. Частота печії серед чоловіків 25—44 років та 45—65 років групи контролю

Показник	Чоловіки 25—44 років	Чоловіки 45—65 років	P
Кількість пацієнтів, разом	184 (100,0)	122 (100,0)	—
Пацієнти з печією, разом	71 (38,6)	46 (37,7)	> 0,05
Середній вік, роки	34,2 ± 0,4	52,4 ± 0,5	—

Таблиця 4. Порівняння частоти печії серед чоловіків та жінок 45—65 років основної групи

Показник	Чоловіки 45—65 років	Жінки 45—65 років	P
Кількість пацієнтів, разом	95 (100,0)	99 (100,0)	—
Пацієнти з печією, разом	38 (40,0)	54 (54,5)	< 0,05
Середній вік, роки	54,3 ± 0,6	55,4 ± 0,6	—

ВИСНОВКИ

1. Загалом серед хворих на ІХС та АГ скарги на печію реєструються достовірно частіше, ніж у контрольній групі, зокрема й серед жінок. Серед чоловіків така тенденція не простежується. В основній групі частіше виникають щоденні та щотижневі скарги на печію. Скарги на печію раз на місяць не частіші, ніж у групі контролю.

2. Як у групі контролю, так і в основній частота печії серед осіб віком 45—65 років є достовірно ви-

щою, ніж серед молодших жінок (25—44 років). Достовірної різниці між частотою печії в чоловіків 25—44 років та 45—65 років у групі контролю не виявлено.

3. У групі жінок 45—65 років основної групи на печію скаржаться достовірно більше опитаних, ніж у групі контролю серед осіб цього ж вікового діапазону.

4. При порівнянні поширеності печії серед чоловіків та жінок основної групи старшого вікового діапазону спостерігалось достовірне переважання частоти печії в жінок.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабак О.Я., Фадеев Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.— К.: Ингерфарма, 2000.— 175 с.

2. Гриневиц В.Б., Саблин О.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ее внепищеводные проявления: современные представления о диагностике и лечении.— СПб: ООО «Береста», 2004.— 171 с.

3. Маев И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Рос. мед. журн.— 2002.— № 3.— С. 43—46.

4. Трухманов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Барретта // Рос. мед. журн.— 1999.— № 1.— С. 39—44.

5. Фадеев Г.Д. Непищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: как их распознать? // Сучасна гастроентерологія.— 2004.— № 3.— С. 12—17.

6. Champion G.L., Richter J.E. Atypical presentation of gastroesophageal reflux disease: chest pain, pulmonary, and

ear, nose, throat manifestations // Gastroenterologist.— 1993.— Vol. 1, N 1.— P. 18—33.

7. Cherian P., Smith Z.F., Bardkan K.D. et al. Esophageal tests in the evaluation of non-cardiac chest pain // Dis. Esophagus.— 1995.— Vol. 8.— P.129—133.

8. Cooke R.A., Anggiansah A., Chambers J.B., Owen W.J. A prospective study of esophageal function in patients with normal coronary angiograms and controls with angina // Gut.— 1998.— Vol. 42.— P. 323—329.

9. Dobrzycki S., Baniukiewicz A., Musial W.J. et al. Ischemic heart disease and gastro-oesophageal reflux disease — simultaneous 24 monitoring of ECG and oesophageal pH // Przegl. Lek.— 2002.— Vol. 59 (9)— P. 675—677.

10. Lemire S. Assessment of clinical severity and investigation of uncomplicated gastroesophageal reflux disease and noncardiac angina-like chest pain // Hepatogastroenterology.— 1999.— Vol. 46 (25)— P. 39.

11. Napierkowski J., Wong R.K. Extraesophageal manifestations of GERD // Am. J. Med. Sci.— 2003.— Vol. 326 (5)— P. 285—299.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В.И. Вдовиченко, А.В. Острогляд, М.Г. Курченко, Л.М. Терлецкая, Н.А. Бычков

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) может проявляться атипичной симптоматикой, в том числе кардиологическими жалобами, а также индуцировать развитие рефлекторных заболеваний сердечно-сосудистой системы (рефлекторные стенокардия, аритмия, артериальная гипертензия). Путем анкетирования (модифицированная анкета Ликерта) исследована распространенность наиболее типичного симптома ГЭРБ — изжоги у 404 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ). Обнаружено достоверное преобладание частоты изжоги у этой категории лиц в сравнении с контрольной группой (1823 человека, считающих себя здоровыми) в целом, а также среди женщин. На основании полученных данных был сделан вывод о том, что ИБС и АГ, а также период менопаузы у женщин, являются факторами риска ГЭРБ.

PREVALENCE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND ARTERIAL HYPERTENSION

V.I. Vdovychenko, A.V. Ostroglyad, M.G. Kurchenko, L.M. Terlets'ka, M.A. Bychkov

Gastroesophageal reflux disease (GERD) may be presented by atypical symptoms, including cardiologic ones. It may also induce some reflex cardiovascular diseases (reflex angina, arrhythmia, and arterial hypertension). Using questioning (modified Lickert's questionnaire) the rate of GERD most typical symptom - heartburn was investigated in 404 patients with ischemic heart disease and arterial hypertension. It was found that the rate of heartburn in this group is significantly higher than in control group in the overall (1823 healthy volunteers) and particularly among women. Basing on the data obtained the conclusion was made that the ischemic heart disease and arterial hypertension as well as menopausal period are the risk factors of GERD.