



**В.І. Вдовиченко,  
Мкадмі Джігед, А.В. Острогляд**

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

## Ефективність лікування гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у хворих на цукровий діабет 2 типу

### Ключові слова

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, цукровий діабет 2 типу, домперидон, омепразол, урсодезоксихолева кислота.

Нині гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є одним з найпоширеніших захворювань людини. Її частота становить від 4 до 70 % загальної популяції. Найчастіше ГЕРХ трапляється серед жителів країн Європи та Північної Америки [18], значно рідше — країн Азії і Далекого Сходу [16]. Поширеність цукрового діабету (ЦД) становить від 1,5–4 %, а в розвинених країнах — 8–10 % загальної популяції [10].

У літературі є недостатньо даних щодо поєднання ГЕРХ та ЦД [5]. Існує хибне уявлення про нечасте ураження стравоходу при ЦД на відміну від захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки [11–14]. Проте відомо, що факторами ризику ГЕРХ є надмірна маса тіла та ожиріння, які часто спостерігаються при ЦД 2 типу [1, 6, 7].

За даними клінічних досліджень, у хворих на ЦД мають місце сповільнення моторики стравоходу та зниження тону нижнього стравохідного сфінктера [7]. Вважається, що цей феномен пов'язаний з автономною нейропатією [17, 22], яка клінічно виявляється такими симптомами як дисфагія і гастропарез [19, 20]. Це часто зумовлює малосимптомний перебіг ГЕРХ у поєднанні з ЦД [15, 21].

Є дані про те, що наявність автономної нейропатії у хворих на ЦД може призводити до розвитку порушень моторної функції гастродуоденальної зони, що клінічно виявляється дуоденогастральним рефлюксом (ДГР) [3, 11, 12, 15]. Да-

них про особливості клінічної картини та лікування хворих з ДГР та гастроезофагеальним рефлюксом (ГЕР) на тлі ЦД 2 типу в медичній літературі недостатньо.

На сьогодні препаратами вибору при ГЕРХ є інгібітори протонної помпи (ІПП), а при ДГР — прокінетики [2, 4, 8, 9]. Оскільки публікацій щодо лікування ГЕРХ у хворих на ЦД 2 типу мало, це стало підставою для проведення нашого дослідження.

### Матеріали та методи

Спостерігали 90 хворих з поєднанням ГЕРХ та ЦД 2 типу. Чоловіків було 39 (43,3 %), жінок — 51 (56,7 %), вік пацієнтів — від 35 до 88 років (середній вік —  $(61,3 \pm 1,2)$  року). Тривалість захворювання на ЦД 2 типу в обстежених пацієнтів становила від 1 міс до 50 років (середня тривалість —  $(9,4 \pm 0,83)$  року). Пероральні протидіабетичні препарати приймали 66 хворих, інсулін — 17, перебували на дієті — 7. Хворих з ЦД 1-го ступеня тяжкості було 48 (53,3 %), 2-го — 27 (30,0 %), 3-го ступеня — 15 (16,7 %).

Усім хворим виконували загальноклінічні дослідження, загальний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження, що включали визначення рівня білірубину, АСТ, АЛТ, ЛФ та глікозильованого гемоглобіну. Усім хворим було проведено езофагогастродуоденофіброскопію (Olympus, Fujinon). За результатами ендоскопічного дослідження хворі були розподілені на дві групи:

1-ша — 55 (61,1 %) хворих без ДГР, 2-га — 35 (38,9 %) хворих з ДГР. Обидві групи хворих, крім протидіабетичної терапії, приймали впродовж 2–3 тиж домперидон по 10 мг тричі на добу і омепразол по 20 мг двічі на добу. Друга група хворих додатково приймала урсодезоксихолеву кислоту (УДХК) по 250 мг 2 рази на добу.

### Результати та обговорення

Хворі, які страждали на ЦД і GERX, висловлювали типові скарги: на печію — 90 (100 %) хворих, кисле зригування — 79 (87,8 %), дисфагію — 22 (24,4 %); другорядні скарги: на гикавку — 74 (82,2 %), відрижку — 86 (95,6 %), неприємний присмак у роті — 71 (78,9 %), осиплість голосу — 55 (61,1 %), «комок» у горлі — 60 (66,7 %). Украй рідко хворих турбували одинофагія — 4 (4,4 %) та біль за грудниною — 5 (5,6 %).

До лікування такі скарги як печія, відрижка, кисле зригування, гикавка, осиплість голосу та неприємний присмак у роті спостерігались приблизно з однаковою частотою у хворих з ДГР та без нього (табл. 1). Лише дисфагія достовірно частіше мала місце у хворих без ДГР.

Стан хворих з GERX і ЦД (без ДГР) після лікування суттєво поліпшився (табл. 2). Кількість хворих, які мали типові скарги, достовірно зменшилася. Такі симптоми як одинофагія та біль за грудниною до лікування мали місце лише у двох хворих, що не дає змоги оцінити ефективність усунення цих симптомів.

Стан хворих з GERX і ЦД (з ДГР) також поліпшився (табл. 3). Такі симптоми як одинофагія та біль за грудниною до лікування мали місце лише у двох та трьох хворих відповідно, що не дає змоги оцінити ефективність усунення цих симптомів.

Таким чином, комбіноване лікування хворих на GERX та ЦД усуває типові симптоми у більшості хворих (76,5–81,8 %) та з частотою 88,9–100 % — другорядні ознаки GERX. За наявності ДГР (якщо GER має жовчний характер) усунення типових симптомів відзначено у 90,9–100 % випадків, а другорядних — у 88,9–100 %. Отже, додаткове призначення УДХК посилює ефект загальноприйнятого лікування GERX (провідні симптоми) та достовірно не впливає на другорядні вияви захворювання. У разі поєднан-

Таблиця 1. Симптоматика хворих на GERX та ЦД 2 типу залежно від наявності ДГР

Симптом	Хворі без ДГР	Хворі з ДГР	p
Печія	55 (100,0 %)	35 (100,0 %)	> 0,05
Кисле зригування	46 (83,6 %)	33 (94,3 %)	> 0,05
Дисфагія	17 (30,9 %)	5 (14,3 %)	< 0,05
Гикавка	47 (85,5 %)	27 (77,1 %)	> 0,05
Відрижка	52 (94,5 %)	34 (97,1 %)	> 0,05
Неприємний присмак у роті	44 (80,0 %)	27 (77,1 %)	> 0,05
Одинофагія	2 (3,6 %)	2 (5,7 %)	> 0,05
Біль за грудниною	2 (3,6 %)	3 (8,6 %)	> 0,05
Осиплість голосу	30 (54,5 %)	25 (71,4 %)	> 0,05
«Комок» у горлі	35 (63,6 %)	25 (71,4 %)	> 0,05

Таблиця 2. Ефективність лікування GERX у хворих на ЦД 2 типу без ДГР

Симптом	До лікування	Після лікування	p
Печія	55 (100,0 %)	10 (18,2 %)	< 0,01
Кисле зригування	46 (83,6 %)	10 (21,7 %)	< 0,01
Дисфагія	17 (30,9 %)	4 (23,5 %)	< 0,05
Гикавка	47 (85,5 %)	8 (17,0 %)	< 0,01
Відрижка	52 (94,5 %)	10 (19,2 %)	< 0,01
Неприємний присмак у роті	44 (80,0 %)	9 (20,5 %)	< 0,01
Одинофагія	2 (3,6 %)	1 (50,0 %)	> 0,05
Біль за грудниною	2 (3,6 %)	1 (50,0 %)	> 0,05
Осиплість голосу	30 (54,5 %)	5 (16,7 %)	< 0,01
«Комок» у горлі	35 (63,6 %)	5 (14,3 %)	< 0,01

Таблиця 3. Ефективність лікування GERX у хворих на ЦД 2 типу з ДГР

Симптом	До лікування	Після лікування	p
Печія	35 (100,0 %)	3 (8,6 %)	< 0,01
Кисле зригування	33 (94,3 %)	3 (9,1 %)	< 0,01
Дисфагія	5 (14,3 %)	0	< 0,05
Гикавка	27 (77,1 %)	3 (11,1 %)	< 0,01
Відрижка	34 (97,1 %)	3 (8,8 %)	< 0,01
Неприємний присмак у роті	27 (77,1 %)	2 (7,4 %)	< 0,01
Одинофагія	2 (5,7 %)	0	> 0,05
Біль за грудниною	3 (8,6 %)	0	> 0,05
Осиплість голосу	25 (71,4 %)	2 (8,0 %)	< 0,01
«Комок» у горлі	25 (71,4 %)	2 (8,0 %) %	< 0,01

ня GERX з ЦД 2 типу та за наявності ДГР лікувальний комплекс має включати ІПП, прокінетик та УДХК.

### Висновки

Симптоматика GERX у більшості випадків не залежить від наявності ДГР.

Під впливом лікування омепразолом та домперидоном кількість хворих, які мали основні симптоми GERX (без ДГР), зменшилася в 4–5 разів.

Після терапії комбінацією омепразолу, домперидону та урсодезоксихолевої кислоти кількість пацієнтів з провідними скаргами GERX (з ДГР) зменшилася в 10 разів.

### Список літератури

1. Бабак М.О. Фактори адипоцитарного походження в розвитку ГЭРБ і ускладнень при ожиренні, персоналізована тактика лікування в залежності від фармакогенетики // Сучасна гастроентерологія.— 2008.— № 6 (44).— С. 78–83.
2. Васильєв Ю.В. Лікарська терапія гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби // Внутрішня медицина.— 2008.— № 5–6 (11–12).— С. 9–10.
3. Геллер Л.И. і др. Патологія органів і систем при сахарному діабеті.— К.: Здоров'я, 1989.— С. 46–61.
4. Ждан В.Н., Бабанина М.Ю., Крачек А.А. і др. Клиническое применение «Гастромакса» в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сучасна гастроентерологія.— 2007.— № 6 (38).— С. 11–13.
5. Кириллов Д.А. Клинические и функционально-морфологические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с сахарным диабетом II типа: Дис. ...канд. мед. наук.— 2002.— С. 19.
6. Крюк М.А. Эндоскопические, функциональные особенности пищевода и желудка у больных хроническим панкреатитом в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и ожирением // Укр. мед. альманах.— 2008.— № 4.— С. 80–82.
7. Острогляд А.В. Индекс маси тіла як фактор ризику гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби // Практична медицина.— 2005.— № 5.— С. 17–20.
8. Рева Т.В., Рева В.Б. Сучасні тенденції лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу // Одес. мед. журн.— 2009.— № 2 (112).— С. 55–58.
9. Ткач С.М., Кузенко Ю.Г. Подходы к диагностике и лечению рефрактерной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сучасна гастроентерологія.— 2007.— № 5 (37).— С. 65–70.
10. Тронько М.Д. Епідеміологія цукрового діабету в Україні // Здоров'я України.— 2005.— № 18 (127).— С. 15.
11. Фадеєнко Г.Д., Можина Т.Л. Діабетична гастропатія: сучасний стан проблеми // Сучасна гастроентерологія.— 2006.— № 2 (28).— С. 89–96.
12. Хворостинка В.Х., Кривоносова Е. Клинические аспекты диабетических гастропатий у больных сахарным диабетом // Ліки України.— 2004.— № 9.— С. 131–132.
13. Хухліна О.С., Нечіпай Ж.А., Воевідка О.С. Морфологічні зміни слизової оболонки шлунка при діабетичній гастропатії залежно від типу супровідного цукрового діабету // Одес. мед. журн.— 2009.— № 1.— С. 69–71.
14. Щербак А.В. Патологія органів і систем при сахарному діабеті.— К.: Здоров'я України, 1989.— 134 с.
15. Щербак О.В. Діабетичні ураження травного каналу // Укр. мед. часопис.— 2002.— № 3 (29).— С. 26–30.
16. Bennet J.R. The oesophagus // Recent Adv. Gastroenterol.— 1990.— Vol. 8.— P. 81–100.
17. De Boer S.Y., Masclee A.A., Lamers C.B. Effect of hyperglycemia on gastrointestinal and gallbladder motility // Scand. J. Gastrointestinal.— 1992.— Vol. 27 (suppl. 194).— P. 13–18.
18. Deron P. Dysphagia with systemic diseases // Acta Otorhinolaryngol Belg.— 1994.— Vol. 48 (2).— P. 191–200.
19. Frokjaer J.B., Anderson S.D., Ejskaer N. et al. Gut sensations in diabetes autonomic neuropathy // Pain.— 2007.— Vol. 131 (3).— P. 239–240.
20. Narbonne H., Paquis-Fluckinger V., Valero R. et al. Gastrointestinal tract symptoms in maternally inherited diabetes and deafness (MIDD) // Diabetes Metab.— 2004.— Vol. 30 (1).— P. 61–66.
21. Roubalik J. Diabetes mellitus and the digestive tract // Vnitř Lek.— 1993.— Vol. 39 (4).— P. 408–415.
22. Stewart I.M., Hosking D.J., Preston B.J., Atkinson M. Oesophageal motor changes in diabetes mellitus // J. List Thorax.— 1976.— Vol. 31 (3).— P. 278–283.

В.И. Вдовиченко, Мкадми Джигед, А.В. Острогляд

## Эффективность лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных сахарным диабетом 2 типа

Под наблюдением находилось 90 больных с разной степенью тяжести сахарного диабета (СД) 2 типа в комбинации с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), из которых 35 имели дуоденогастральный рефлюкс (ДГР). Симптоматика большинства упомянутых больных не зависела от наличия у них ДГР. Под влиянием лечения омепразолом и домперидоном количество больных, имеющих ведущие симптомы ГЭРБ (без ДГР) уменьшилось в 4–5 раз. После терапии комбинацией омепразола, домперидона и урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) число пациентов с типичными жалобами ГЭРБ (с ДГР) уменьшилось в 10 раз. Таким образом, лечение больных ГЭРБ, страдающих СД 2 типа, требует учета наличия у них осложнения в виде ДГР. В последнем случае лечебный комплекс должен включать, кроме ингибитора протонной помпы и прокинетики, еще и препарат УДХК.

V.I. Vdovychenko, Mkadmi Jihed, A.V. Ostroglyad

## The efficiency of treatment of gastroesophageal reflux disease in patients with type 2 diabetes mellitus

The observation has been carried out on 90 patients with type 2 diabetes mellitus of various severity degrees in combination with gastroesophageal reflux disease (GERD), from them 35 subjects have had duodenogastric reflux (DGR). The symptoms did not depend on the DGR in the most number of these patients. Under the influence of therapy with omeprazole and domperidone, number of patients with the typical GERD symptoms (without DGR) reduced in 4–5 times. After the combined treatment with omeprazole, domperidone and ursodeoxycholic acid (UDCA), the number of patients with the typical GERD complaints (with DGR) reduced in 10 times. Thus, the treatment of patients with GERD and type 2 diabetes mellitus requires taking into consideration of presence of such complication as DGR. In the latter case the treatment complex should include not only proton pump inhibitor and prokinetic but also the UDCA preparation.

---

### Контактна інформація

Вдовиченко Валерій Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри  
79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69  
Тел. (32) 252-84-72

*Стаття надійшла до редакції 21 грудня 2010 р.*