



І. М. Осійк, О. Л. Карачевська, В. В. Рибак

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, Львів

Поширеність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби і структура її стравохідних та позастравохідних виявів у військовослужбовців, хворих на позагоспітальну пневмонію

Мета — встановити розповсюдженість гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та структуру її стравохідних та позастравохідних виявів у хворих на позагоспітальну пневмонію (ПП) військовослужбовців.

Матеріали та методи. Обстежено 49 військовослужбовців, хворих на ПП. Обстеження включало опитування за допомогою спеціально розробленої анкети на основі відомого опитувальника GERD Screener. Усім пацієнтам проводилась езофагогастродуоденофіброскопія з одночасною індикацією гелікобактерної інфекції за допомогою швидкого уреазного тесту, топографічна рН-метрія стравоходу та шлунку.

Результати. В 65,3 % випадків ПП у військовослужбовців поєднується з ГЕРХ. В 14 (28,6 %) хворих діагностовано ерозивну ГЕРХ, з них у 3 (6,1 %) — з частою печією, в 11 (22,4 %) — з рідкими епізодами печії; у 18 (36,7 %) — неерозивну ГЕРХ. Найсуттєвішим фактором виникнення ГЕРХ у військовослужбовців є недостатність кардії, наявність якої достовірно переважала у хворих з ПП та ГЕРХ, порівняно з хворими на ПП, які не мали ГЕРХ (78,1 та 29,4 % відповідно; $p < 0,001$).

Висновки. Показано, що інструментальна оцінка верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є важливою в діагностиці ГЕРХ, зокрема і у хворих з відсутністю епідеміологічно кількісних ознак ГЕРХ. В структурі ГЕРХ у хворих з ПП серед пацієнтів з ерозивною ГЕРХ та неерозивною ГЕРХ між поширеністю типових та атипичних її симптомів достовірної різниці не виявлено.

Ключові слова: позагоспітальна пневмонія, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, стравохідні вияви, позастравохідні вияви, військовослужбовці.

Протягом останнього десятиліття зріс інтерес до дослідження поєднаної патології органів дихання і травлення. Предмет особливого вивчення — гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — наявність симптомів чи пошкоджень, пов'язаних з рефлюксом шлункового вмісту в стравохід. У хворих пульмонологічного профілю ГЕРХ трапляється приблизно втричі частіше, ніж у загальній популяції. З урахуванням збільшення поширеності ГЕРХ у світі можна припустити, що це певною мірою зумовлено зростанням частоти захворювань органів дихання. Поєднання цих захворювань потребує подальшого вивчення [3, 10].

Справжній рівень захворюваності на ГЕРХ дослідити складно. Як відомо, ГЕРХ може маніфестувати як стравохідними, так і позастравохідними виявами. До екстраезофагеальних виявів належать бронхолегеневі, оториноларингологічні, кардіологічні і стоматологічні. Гастроєзофагеально-рефлюксно-асоційовані бронхолегеневі порушення найкраще вивчено. На думку деяких авторів, наявність гастроєзофагеального рефлюксу може сприяти формуванню бронхіальної астми, розвитку пневмонії, хронічного бронхіту, бронхообструктивного синдрому [8, 10, 11]. Широке розповсюдження та наявність позастравохідних масок ГЕРХ зумовили перехід її з розряду «гастроентерологічної» до «інтернальної» патології та актуальність її вивчення не

лише гастроентерологами, а й лікарями суміжних спеціальностей [1, 5, 12, 13].

Клінічна діагностика ГЕРХ ґрунтується на появі печії, проте ГЕРХ можна запідозрити і за відсутності цього симптому [4]. Так, М. В. Fennerty (2006) відзначив відсутність печії при ерозивному езофагіті в 22 % випадків [6]. У деяких випадках позастравохідні вияви можуть домінувати у клінічній картині. В 25 % випадків ГЕРХ перебігає лише із позастравохідними симптомами [6, 14–16]. Діагноз ГЕРХ є клінічним. Навіть за нормальних показників інструментальних досліджень ГЕРХ не можна заперечити [2, 4].

Захворювання органів дихання в структурі захворюваності військовослужбовців стабільно посідають перше місце. Позагоспітальна пневмонія (ПП) — одне з поширених захворювань військовослужбовців, особливо строкової служби. У структурі захворюваності військовослужбовців захворювання органів травлення і, зокрема, кислотозалежні, впродовж багатьох років посідають друге місце. Проведені дослідження свідчать про високу поширеність симптомів ГЕРХ серед військовослужбовців (у 42 % респондентів) [7, 9].

З огляду на високу частоту ПП та ГЕРХ серед військовослужбовців логічно припустити можливість їх поєднаного перебігу.

Мета роботи — встановити розповсюдженість ГЕРХ та структуру її стравохідних та позастравохідних виявів у хворих на ПП військовослужбовців.

Матеріали та методи

На базі пульмонологічного та загальноотерапевтичного відділень Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (Львів) проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження 49 військовослужбовців віком від 18 до 57 років, хворих на ПП. Усі пацієнти були чоловічої статі. Пневмонія в усіх хворих мала нетяжкий перебіг.

Обстеження передбачало опитування за допомогою спеціально розробленої на основі опитувальника GERD Screener анкети. Респондентів просили пригадати свої відчуття протягом року, який передував опитуванню, і відповісти на запитання щодо симптомів захворювання (печія, відрижка, біль за грудниною і в епігастрії тощо), зазначити частоту їх виникнення (менше ніж один раз на місяць, один раз на місяць, один раз на тиждень, кілька разів на тиждень, щодня). Опитувальник містив запитання для встановлення можливих позастравохідних виявів захворювання: пирхота, захриплість голосу, сухий кашель за відсутності застуди, відчуття грудки за грудни-

ною, у горлі, кашель, пов'язаний з їдою і/або печією, відчуття браку повітря і кашель уночі, утруднене ковтання, біль у ділянці серця, відчуття порушення серцевого ритму, пов'язані з їдою або печією. Респондентів просили вибрати із запропонованих чинників ті, які, на їх думку, спричиняли виникнення печії, відрижки, болю за грудниною чи в епігастрії, або запропонувати свій варіант причини появи зазначених симптомів.

У дослідження не залучали осіб, які страждали раніше від виразкової хвороби шлунка чи дванадцятипалої кишки або на момент проведення анкетування отримували лікування зазначених патологій.

Симптоми, які виникали один раз на тиждень або частіше, вважали частими; симптоми, що турбували респондента не частіше ніж один раз на місяць, — рідкими. Респондентів з частою та щоденною печією або регургітацією розглядали як осіб з епідеміологічними кількісними ознаками ГЕРХ.

Усім пацієнтам проводили езофагогастродуоденофіброскопію (ЕФГДС) з визначенням гелікобактерної інфекції (*Helicobacter pylori*) за допомогою швидкого уреазного тесту, топографічну рН-метрію стравоходу та шлунка. Діагноз ГЕРХ установлювали на підставі анамнестичних даних та/чи результатів інструментальних досліджень (ЕФГДС). Ендоскопічні зміни слизової оболонки стравоходу у пацієнтів з ПП визначали за класифікацією М. Savary — G. Miller. За відсутності ерозивних змін слизової оболонки стравоходу, але наявності епідеміологічно кількісних ознак ГЕРХ розподіл пацієнтів на групи здійснювали згідно з класифікацією Ю. В. Васильєва (2004), оскільки у першій міжнародній класифікації відсутня рубрика «Неерозивна ендоскопічно позитивна ГЕРХ».

Аналізували співвідношення неерозивної (НЕРХ) та ерозивної рефлюксної хвороби (ЕРХ). НЕРХ класифікували на ендоскопічно позитивну неерозивну ГЕРХ (ЕПН ГЕРХ) — за наявності лише дифузних катаральних змін (гіперемія) і відсутності вогнищевих чи виразкових пошкоджень слизової оболонки стравоходу та ендоскопічно негативну ГЕРХ (ЕН ГЕРХ) — за відсутності патологічних змін слизової оболонки стравоходу та наявності клінічних виявів, характерних для ГЕРХ. У хворих на ПП з установленням діагнозом ГЕРХ вивчали структуру її стравохідних та позастравохідних виявів.

Результати та обговорення

За даними опитування та ЕФГДС ГЕРХ виявлено у 32 (65,3 %) пацієнтів з ПП. У 14 (28,6 %)

хворих діагностовано ЕРХ (у всіх установлено І ступінь рефлюкс-езофагіту за класифікацією Savary – Miller у модифікації Carrison та співавторів), з них у 3 (6,1 %) хворих з частою печією, в 11 (22,4 %) – з рідкою, у 18 (36,7 %) – НЕРХ. Серед осіб з НЕРХ у 7 (14,3 %) установлено ЕН GERX, що відповідає першій стадії GERX за класифікацією Ю. В. Васильєва (2004). У всіх цих пацієнтів печія була частою; в 11 (22,4 %) – ЕПН GERX, що відповідає другій стадії GERX за класифікацією Ю. В. Васильєва (2004), з них у 1 (2,0 %) хворого з частою печією, у 9 (18,4 %) – з рідкою, у 1 (2,0 %) – з відсутністю печії.

Найсуттєвішим чинником виникнення GERX у військовослужбовців є недостатність кардії, яку достовірно частіше виявляли у хворих з ПП та GERX порівняно з хворими на ПП, які не мали GERX (78,1 та 29,4 % відповідно; $p < 0,001$). Достовірної різниці між хворими з ЕРХ та НЕРХ у частоті недостатності кардії не відзначено, її ендоскопічні ознаки виявлено у 85,7 % пацієнтів з ЕРХ та у 72,2 % з НЕРХ ($p > 0,05$). 66,7 % пацієнтів з НЕРХ та 78,5 % з ЕРХ були курцями ($p > 0,05$). Інфікованість *H. pylori* установлено у

30 (61,2 %) осіб, з них у 8 (16,3 %) з ЕРХ та у 12 (24,5 %) з НЕРХ ($p > 0,05$).

Структура стравохідних та позастравохідних виявів у хворих з GERX наведено у таблиці.

На печію скаржився 31 (96,9 %) респондент (14 (43,8 %) з ЕРХ та 17 (53,1 %) з НЕРХ; $p > 0,05$). Двадцять (62,5 %) обстежених (11 (34,4 %) з ЕРХ та 9 (28,1 %) з НЕРХ) вона турбувала рідко ($p > 0,05$), 10 (31,3 %) – часто (3 (9,4 %) з ЕРХ та 7 (21,9 %) з НЕРХ; $p > 0,05$), 1 (3,1 %) з НЕРХ – щоденно. Відрижка кислим вмістом та повітрям траплялася в 11 (34,4 %) опитуваних (у 6 (18,8 %) з ЕРХ; у 5 (15,6 %) з НЕРХ; $p > 0,05$) зрідка, у 6 (18,8 %) з НЕРХ – щотижня, в 1 (3,1 %) з НЕРХ – щоденно. Найтипівіші симптоми GERX (печія та/чи відрижка кислим вмістом) з частотою 1 раз на тиждень та частіше були в 31,3 % випадків.

Оториноларингологічні та респіраторні позастравохідні маски (пирхота, захриплість голосу, сухий кашель за відсутності застуди, кашель, пов'язаний з їдою і/або печією, відчуття нестачі повітря і кашель уночі) відзначали переважно пацієнти з НЕРХ (у 31,3 % хворих з ПП та GERX і у

Таблиця. **Поширеність стравохідних та позастравохідних клінічних виявів GERX серед військовослужбовців з ПП**

Симптом	Частота появи			
	Щоденно	Один раз на тиждень і частіше	Один раз на місяць і рідше	Ніколи
Печія	1 (3,1 %)	10 (31,3 %)	20 (62,5 %)	1 (3,1 %)
Відрижка кислим, повітрям	1 (3,1 %)	6 (18,8 %)	11 (34,4 %)	14 (43,8 %)
Біль за грудниною	0	2 (6,3 %)	6 (18,8 %)	24 (75,0 %)
Біль в епігастрії	0	4 (12,5 %)	5 (15,6 %)	23 (71,9 %)
Пирхота	0	3 (9,4 %)	10 (31,3 %)	19 (59,4 %)
Захриплість голосу	0	6 (18,8 %)	11 (34,4 %)	15 (46,9 %)
Сухий кашель	0	4 (12,5 %)	11 (34,4 %)	16 (50,0 %)
Відчуття грудки за грудниною, у горлі	0	3 (9,4 %)	9 (28,1 %)	20 (62,5 %)
Кашель, пов'язаний з їдою і/або печією	0	1 (3,1 %)	7 (21,9 %)	24 (75,0 %)
Відчуття браку повітря і кашель уночі	1 (3,1 %)	1 (3,1 %)	5 (15,6 %)	25 (78,1 %)
Хропіння під час сну	2 (6,3 %)	7 (21,9 %)	7 (21,9 %)	16 (50,0 %)
Печіння язика	1 (3,1 %)	1 (3,1 %)	3 (9,4 %)	27 (84,4 %)
Утруднене ковтання	0	1 (3,1 %)	3 (9,4 %)	28 (87,5 %)
Біль у ділянці серця	0	3 (9,4 %)	11 (34,4 %)	18 (56,3 %)
Відчуття порушення серцевого ритму	0	2 (6,3 %)	2 (6,3 %)	28 (87,5 %)

23,5% хворих з ПП без ГЕРХ; $p > 0,05$). На часту захриплість голосу скаржилися 6 (18,8%) осіб (1 (3,1%) з ЕРХ та 5 (15,6%) з НЕРХ; $p > 0,05$), на відчуття грудки за грудниною та у горлі — 3 (9,4%) хворих (усі з НЕРХ), на сухий кашель, пов'язаний з їдою і/або печією, та відчуття нестачі повітря і кашель уночі — по 1 (3,1%) хворому з НЕРХ.

Часті кардіальні скарги (біль у ділянці серця та відчуття порушення серцевого ритму, пов'язані з їдою і/або печією) пред'являли 3 (9,4%) і 2 (6,3%) пацієнти з НЕРХ відповідно.

Більше третини анкетованих — 13 (40,6%) відзначали наявність стоматологічних проблем (4 (12,5%) пацієнти з ЕРХ та 9 (28,1%) з НЕРХ; $p > 0,05$).

Результати анкетування свідчать про високу частоту метеоризму, що підтверджує результати досліджень щодо негативного впливу здуття живота на виникнення і прогресування ГЕРХ. Так, 26 (81,2%) осіб з ПП та ГЕРХ і 10 (58,8%) з ПП без ГЕРХ періодично турбувало здуття живота ($p < 0,05$). Серед пацієнтів з діагностованою ГЕРХ метеоризм з частотою менше ніж тричі на місяць відзначили 22 (68,8%) хворих (10 (31,2%) з ЕРХ і 12 (37,5%) з НЕРХ; $p > 0,05$), більше ніж три рази на місяць — 3 (9,4%) пацієнтів (1 (3,1%)

з ЕРХ та 2 (6,3%) з НЕРХ; $p > 0,05$), тричі на тиждень — 1 (3,1%) хворий з НЕРХ.

У 25,6% респондентів появу печії та відрижки зумовлювали споживання гострої і смаженої їжі та газованих напоїв, у 23,3% — жирної їжі, в 11,6% — переїдання та їда всухом'ятку, у 10,5% — фізичні навантаження, у 7,0% — тривалі перерви між прийомами їжі, у 4,7% — вживання кави та куріння, у 1,2% — вживання алкоголю.

Висновки

У військовослужбовців ПП у 65,3% випадків поєднується з ГЕРХ.

Хворі, госпіталізовані з приводу ПП зазвичай не звертають увагу на гастроентерологічні проблеми, які, на їхню думку, не стосуються ПП.

Інструментальна оцінка верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є важливою в діагностиці ГЕРХ, зокрема у хворих з відсутністю епідеміологічно кількісних ознак ГЕРХ.

У хворих на ПП військовослужбовців, у яких діагностовано ГЕРХ, достовірно частіше траплялися недостатність кардії та метеоризм. У структурі ГЕРХ у хворих з ПП між пацієнтами з ЕРХ та НЕРХ достовірної різниці у поширеності типових і атипичних симптомів ГЕРХ не виявлено.

Список літератури

1. Бабак О.Я. Новые стандарты ведения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Здоровье Украины. — 2006. — № 23—24.
2. Билхарц Л.И. Осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1998. — Т. 8, № 5. — С. 69—76.
3. Воронникова Н.А. Бронхо-обструктивный синдром и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: течение, диагностика и тактика лечения у детей: Дис. ...канд. мед. наук: 14.00.09. — Саратов, 2006. — 194 с.
4. Колісник С.П., Чорнобровий В.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба: актуальні питання сучасної діагностики, лікування та профілактики (огляд) // Сучасна гастроентерол. — 2006. — № 1. — С. 93—97.
5. Маев И.В., Юренев Г.Л., Бурков С.Г. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Тер. архив. — 2007. — № 3. — С. 57—66.
6. Масловский Л.В., Минушкин О.Н. Терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии. — 2008. — № 1. — С. 2—7.
7. Осьодло Г.В., Щукін Ю.А. Епідеміологічні та клінічні аспекти гастроэзофагеальной рефлюксной хвороби у різних категорій військовослужбовців // Проблеми військової охорони здоров'я. — 2010. — № 27. — С. 170—176.
8. Рощина Т.В. Супраэзофагеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клини. перспективы гастроэнтерол., гепатол. — 2003. — № 1. — С. 27—30.
9. Рум'янцев Ю.В., Осьодло Г.В., Калашніков М.А. Кислото-залежні захворювання у військовослужбовців: частота, структура та особливості поєднаної патології // Сучасна гастроентерол. — 2010. — № 5. — С. 65—68.
10. Саблін О.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ее внепищеводные проявления: клинико-диагностическое значение двигательных дисфункций верхних отделов пищеварительного тракта: Дис. ...д-ра мед. наук. — СПб, 2004. — 341 с.
11. Трухманов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические варианты, прогноз, лечение: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук: спец. 14.00.05 «Внутренние болезни». — М., 2008. — 32 с.
12. Фадеев Г.Д. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: как их распознать? // Сучасна гастроентерол. — 2004. — № 3. — С. 12—17.
13. Филимонов А.В., Можейко А.В. О связи хронической микроаспирации и гастроэзофагеального рефлюкса у детей с респираторной патологией // Педиатрия. — 1990. — № 3. — С. 20—23.
14. El-Serag H. B., Sonnenberg A. Comorbid occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States military veterans // Gastroenterology. — 1997. — Vol. 113. — P. 755—760.
15. Hogan W.J. Spectrum of supraesophageal complication of gastroesophageal reflux disease // Am. J. Med. — 1997. — Vol. 103. — P. 77—83.
16. Vakil N., Zanten S., Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 88. — P. 1900—1920.

И. Н. Осиик, О. Л. Карачевская, В. В. Рыбак

Военно-медицинский клинический центр Западного региона, Львов

Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и структура ее пищеводных и внепищеводных проявлений у военнослужащих, больных внебольничной пневмонией

Цель — определить распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и структуру ее пищеводных и внепищеводных проявлений у больных внебольничной пневмонией (ВП) военнослужащих.

Материалы и методы. Обследовано 49 военнослужащих, больных ВП. Обследование включало опрос с помощью специально разработанной анкеты на основании известного опросника GERD Screener. Всем пациентам проводилась эзофагогастроуденофиброскопия с одновременной индикацией хеликобактерной инфекции с помощью быстрого уреазного теста, топографическая рН-метрия пищевода и желудка.

Результаты. В 65,3 % случаев ВП у военнослужащих сочетается с ГЭРБ. У 14 (28,6 %) больных диагностирована эрозивная ГЭРБ, из них у 3 (6,1 %) — с частой изжогой, у 11 (22,4 %) — с редкими эпизодами изжоги; у 18 (36,7 %) — неэрозивная ГЭРБ. Самым существенным фактором возникновения ГЭРБ у военнослужащих была недостаточность кардии, наличие которой достоверно преобладало у больных ВП и ГЭРБ, в сравнении с больными ВП, которые не имели ГЭРБ (78,1 и 29,4 % соответственно; $p < 0,001$).

Выводы. Показано, что инструментальная оценка верхних отделов желудочно-кишечного тракта является важной в диагностике ГЭРБ, в том числе и у больных с отсутствием эпидемиологически количественных признаков ГЭРБ. В структуре ГЭРБ у больных ВП среди пациентов с эрозивной ГЭРБ и неэрозивной ГЭРБ между распространенностью типичных и атипичных ее симптомов достоверной разницы не обнаружено.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищеводные проявления, внепищеводные проявления, военнослужащие.

I. M. Osiyik, O. L. Karachevskaya, V. V. Rybak

Military Medical Clinical Centre of Western Region, Lviv

Prevalence of gastroesophageal reflux disease and structure of the esophageal and extra-esophageal symptoms among servicemen with community-acquired pneumonia

Objective — to determine the prevalence of gastroesophageal reflux disease (GERD) and structure of its esophageal and extra-esophageal symptoms among servicemen with community-acquired pneumonia (CAP).

Materials and methods. The survey involved 49 servicemen with CAP. Investigations included questioning by specially developed questionnaire on the basis of the known questionnaire of «GERD Screener». Topographical intra-gastric and intra-gullet pH-metry, esophagogastroduodenoscopy were conducted all patients with the simultaneous indication of *H. pylori* infection by a rapid urease test.

Results. It has been established that CAP in servicemen was combined with GERD in 65.3 % cases. In 14 (28.6 %) patients, the erosive GERD was diagnosed, 3 of them (6.1 %) had frequent heartburn, 11 (22.4 %) had complaints of seldom heartburn; non-erosive GERD was found in 18 (36.7 %) subjects. The insufficiency of lower esophageal sphincter was the most substantial factor of origin of GERB in servicemen, the presence of which significantly prevailed for the patients of CAP and GERD vs the patients of CAP, which did not have GERD (78.1 % and 29.4 % accordingly, $p < 0.001$).

Conclusions. It has been shown that an instrumental estimation of the upper gastro-intestinal department is the important element in the diagnostics of GERD, including the patients with absence of epidemiology quantitative signs of GERD. The significant difference was not discovered between prevalence of typical and atypical symptoms of GERB in its structure for the patients of CAP among patients with erosive GERD and non-erosive GERD.

Key words: community-acquired pneumonia, gastroesophageal reflux disease, esophageal symptoms, extra-esophageal symptoms, servicemen.

Контактна інформація

Осіик Ігор Миколайович, ст. ординатор

79010, м. Львів, вул. Личаківська, 26. E-mail: igor_osiik@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 26 січня 2015 р.