

УДК [616.333-008.6+579.835.12]:616.12-005.4:616-056.52
DOI 10.24144 / 1998-6475.2024.63.115-119

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У КОМОРБІДНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Товтин Р.-М. І., Дербак М. А.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра факультетської терапії, м. Ужгород

Резюме. Вступ. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) може вести до функціональних порушень серцево-судинної системи та бути пусковим механізмом каскаду патологічних процесів, які ініціюють дестабілізацію коронарного кровотоку та ішемію міокарда.

Мета дослідження. У хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) вивчити клініко-морфологічні особливості уражень слизової оболонки гастродуоденальної зони (ГДЗ) при ГЕРХ та частоту *Helicobacter pylori* інфекції.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 140 хворих на ІХС, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні КНП «ЦМКЛ» м. Ужгорода у 2023 р. Серед хворих із супутньою гіпертонічною хворобою (ГХ) було 98 осіб, ІХС+аритмії – 32, інші – 10. Чоловіків було 51 (36,4%), а жінок – 89 (63,7%). При розподілі за вагою встановлено, що нормальну масу тіла (НМТ) мали 48 (34,3%) хворих, підвищену масу тіла (ПМТ) – 64 (45,7%), а ожиріння – 28 (20,0%) осіб.

Результати досліджень. Аналізуючи отримані дані встановлено, що скарги характерні для ГЕРХ, мали 41,4% (58 із 140) хворих із хворобами серцево-судинної системи. Серед них хворі на ІХС+ГХ+ГЕРХ – 48 осіб, ІХС+аритмії+ГЕРХ – 10. Встановлено, що ГЕРХ достовірно частіше діагностується у хворих на ІХС з ПМТ та ожирінням, а ніж з НМТ (42,2%, 46,4% і 37,5%; $p < 0,05$). При проведенні порівняльного аналізу даних фіброєзофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС) у хворих з різним індексом маси тіла встановлено, що у хворих на ІХС з ПМТ і ожирінням частіше зареєстровано ступінь ураження слизової LA-B: 44,4 % (12 із 27) та 61,5% (8 із 13), ніж у хворих на ІХС+НМТ – LA-A ($p < 0,05$). Також виявлено високу частоту моторних порушень у хворих на ІХС, а саме дуодено-гастральний рефлюкс (ДГР), який зареєстровано у 39,7% (23 із 58) обстежених з переважанням у осіб з ПМТ проти хворих з НМТ ($p < 0,05$). При проведенні швидкого уреазного тесту (CLO-test) під час ФЕГДС у 17 із 58 (29,3%) хворих з діагностованою ГЕРХ виявлено *Hp*-інфекцію.

Висновки. Встановлено, що у 41,4% хворих на ІХС діагностується ГЕРХ, яка у 32,3% хворих супроводжується ерозивно-виразковими ураженнями гастродуоденальної зони, з достовірним їх переважанням серед хворих з підвищеною масою тіла ($p < 0,05$). У 39,7% хворих на ІХС має місце дуодено-гастральний рефлюкс, а у 29,3% осіб виявлено гелікобактер позитивний статус.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, ГЕРХ, ожиріння, підвищена маса тіла, гелікобактеріоз.

Clinical and morphological features of gastroesophageal reflux disease in comorbid patients with cardiac pathology

Tovtyn R.-M.I., Derbak M.A.

Abstract. Introduction. Gastroesophageal reflux disease (GERD) can lead to functional disorders of the cardiovascular system and be the trigger for a cascade of pathological processes that initiate destabilization of coronary blood flow and myocardial ischemia.

Aim. In patients with coronary heart disease (CHD), study the clinical and morphological characteristics of lesions of the mucous membrane of the gastroduodenal zone in GERD and the frequency of *Helicobacter pylori* infection.

Materials and methods. Under observation were 140 patients with CHD who were treated in the cardiology department of the municipal non-commercial enterprise «Central city clinical hospital» of Uzhhorod city council in 2023. Among the patients with concomitant hypertension (H) there were 98 people, CHD+arrhythmias – 32, others – 10. Men there were 51 (36,4%), and 89 (63,7%) women. When dividing by weight, it was established that 48 (34,3%) patients had a normal body weight, 64 (45,7%) had an overweight, and 28 (20,0%) had obesity.



Results. Analyzing the received data, it was found that 41,4% (58 out of 140) of patients with diseases of the cardiovascular system had complaints characteristic of GERD. Among them, there are 48 patients with CHD+H+GERD, 10 people with CHD+arrhythmias+GERD. It was established that GERD is reliably diagnosed more often in patients with CHD with overweight and obesity than with normal body weight (42,2%, 46,4% and 37,5%; $p<0,05$). When conducting a comparative analysis of the data of fibroesophagogastroduodenoscopy in patients with different body mass indexes, it was established that in patients with CHD with overweight and obesity, the degree LA-B of mucosa damage was more often registered: 44,4% (12 out of 27) and 61,5% (8 out of 13) than in patients with CHD with normal body weight – LA-A ($p<0,05$). A high frequency of motor disorders was also found in patients with CHD, namely duodeno-gastric reflux, which was registered in 39,7% (23 out of 58) of the examined with a predominance in people with overweight compared to patients with normal body weight ($p<0,05$). When conducting a rapid urease test (CLO-test) during fibroesophagogastroduodenoscopy, 17 out of 58 (29,3%) patients with diagnosed GERD were found to have Hp-infection.

Conclusions. It was established that GERD is diagnosed in 41,4% of patients with CHD, which in 32,3% of patients is accompanied by erosive-ulcerative lesions of the gastroduodenal zone, with a significant prevalence among patients with overweight ($p<0,05$). 39,7% of patients with CHD have duodenal-gastric reflux, and 29,3% of people have *Helicobacter* positive status.

Key words: coronary heart disease, GERD, obesity, overweight, helicobacteriosis.

Вступ

Епідеміологічні дослідження останніх років в країнах Західної Європи та США свідчать про те, що 40% осіб постійно страждають на печію, яка є основним симптомом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) [1,2,3]. Водночас ГЕРХ може вести до функціональних порушень серцево-судинної системи та бути пусковим механізмом каскаду патологічних процесів, які ініціюють дестабілізацію коронарного кровотоку та ішемію міокарда. У 35-70% хворих із захворюванням стравоходу ставиться помилковий діагноз ішемічної хвороби серця (ІХС) і навпаки, у 50% хворих на ІХС захворювання стравоходу залишається не діагностованим [4]. Значна схожість за характером, локалізацією, іррадіацією пояснюється близьким анатомічним розташуванням та спільністю іннервації серця та стравоходу, що у разі патології стравоходу за типом вісцеро-вісцеральних рефлексів може провокувати аритмії та відігравати роль тригерного фактору у виникненні нових нападів стенокардії [2,5]. Поєднання ГЕРХ та ІХС спонукає до більш поглибленого вивчення клінічних проявів ГЕРХ, морфологічних її проявів і пошуку більш простих та уніфікованих методик діагностики ГЕРХ та застосування кислотосупресорної терапії – інгібіторів протонної помпи (ІПП).

Мета дослідження

У хворих на ІХС вивчити клініко-морфологічні особливості уражень слизової оболонки гастродуоденальної зони (ГДЗ) при ГЕРХ та частоту інфекції *Helicobacter pylori*.

Матеріали та методи

Під спостереженням знаходилося 140 хворих на ІХС, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні КНП «ЦМКЛ» м. Ужгород у 2023 р. Вік хворих 25–70 років. Розподіл за діагнозами був таким: серед хворих із супутньою гіпертонічною хворобою (ГХ) було 98 осіб, ІХС+аритмії – 32, інші – 10. Чоловіків було 51 (36,4%), а жінок – 89 (63,7%). При розподілі за вагою встановлено, що нормальну масу тіла (НМТ) мали 48 (34,3%) хворих, підвищену масу тіла (ПМТ) – 64 (45,7%), а ожиріння – 28 (20,0%) осіб. Дослідження проведено на кафедрі факультетської терапії за згодою хворих, а методика їх проведення відповідала Гельсінській декларації 1975 р. і її перегляду 1983 р. Усім хворим проведено загальноклінічне обстеження та спеціальні методи обстеження, які включали: електрокардіографію (ЕКГ) на електрокардіографі HeartScreen 112 Visit, ЕХО-кардіоскопію, ультразвукове обстеження екстракраніальних судин, органів черевної порожнини (УЗД ОЧП) за допомогою ультразвукової системи CX50, Philips Ultrasound, глюкоза крові натще, глікований гемоглобін, інсулін крові та індекс інсулінрезистентності, загальний холестерин (ХС), ліпопротеїди низької та високої щільності (ЛПНЩ та ЛПВЩ), тригліцериди, сечова кислота, рівень калію в крові. Всі дослідження проведені в атестованих лабораторіях. Також усім хворим розраховували індекс маси тіла (ІМТ), який обчислювали за формулою: $ІМТ = \text{вага (кг)} / \text{зріст (м)}^2$ і вимірювали в $\text{кг}/\text{м}^2$. За нормальну масу тіла (НМТ) вважали ІМТ 18,5–24,9 $\text{кг}/\text{м}^2$. Значення ІМТ $>24,9 \text{ кг}/\text{м}^2$ розцінювали як підвищена маса тіла (ПМТ).

Ожиріння було діагностовано при $IMT \geq 30,0$ kg/m^2 : I ступінь ожиріння – IMT від 30–34,9 kg/m^2 , II ступінь – 34,9–39,9 kg/m^2 , III ступінь – 39,9 й вище kg/m^2 . Усіх пацієнтів опитано за анкетною GerdQ. Під час анкетування визначали типові (печія, відрижка кислим) для ГЕРХ скарги. Опитувальник містив 6 запитань, кожне з яких оцінюється максимум у 3 бали. Якщо підсумковий бал дорівнював 8 та більше, значить у пацієнта висока вірогідність ГЕРХ. Діагноз ГЕРХ підтверджували за критеріями уніфікованого клінічного протоколу (наказ МОЗ України від 31.10.2013 р. №943) з урахуванням скарг та даних ендоскопічного дослідження ФЕГДС [6].

Для проведення ФЕГДС використовували гастроінтестинальний відеоскоп Olympus GIF-XP170N, Olympus GIF-N170 (2018). Для ендоскопічної оцінки ступеня ураження стравоходу використовували Лос-Анджелеську (LA) класифікацію (1998). Інфекцію *Helicobacter pylori* інфекцію (Hр) діагностували за допомогою швидкого уреазного тесту (CLO-test), а також стул-тесту (CITO TEST, виробник ООО «Фармаско», США). Діагноз ІХС та ГХ ставили на основі протоколів №2857 (наказ МОЗ України від 23 грудня 2021 р.) [7] та №384 (наказ МОЗ України від 24 травня 2012 року) [8].

Хворим була призначена терапія, направлена на лікування основного захворювання, згідно існуючих Стандартів надання медичної допомоги, яка включала антиангіналь-

ні/ антиішемічні препарати, бета-блокатори та/або блокатори кальцієвих каналів, антитромботичні препарати, гіполіпідемічні препарати, інгібітори АПФ, інгібітори ренін-ангіотензивної системи та за потреби інші.

Статистичну обробку та аналіз одержаних результатів виконували за допомогою програмного забезпечення Jamovi 2.2.5. з використанням критерію χ^2 -Пірсона. Різницю вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати досліджень

Аналізуючи отримані дані встановлено, що скарги характерні для ГЕРХ мали 41,4% (58 із 140) хворих із хворобами серцево-судинної системи. Серед них хворі на ІХС+ГХ+ГЕРХ – 48 осіб, ІХС+аритмії+ГЕРХ – 10. Встановлено, що ГЕРХ достовірно частіше діагностується у хворих на ІХС з ПМТ та ожирінням, а ніж з НМТ (42,2%, 46,4% і 37,5%; $p < 0,05$).

Основними проявами ГЕРХ були печія у 72,4% (42 із 58) хворих, відрижка кислим у 51,7% (30 із 58) хворих, а також дисфагія у 19,0% (11 із 58). Незначна частина хворих – 12,1% (7 із 58) відзначала першіння у горлі, охриплість голосу та сухий, гавкаючий кашель – 6,9% (4 із 58). Загалом позастравохідні прояви ГЕРХ спостерігали у 27,6% (16 із 58) хворих, серед яких НМТ мали 11,1% (2/18) хворих та ПМТ і ожиріння 14,8% (4 із 27) і 76,9% (10 із 13) відповідно (16/20) хворих ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Клінічні прояви ГЕРХ

Ознака	Група, (абс./ %)			
	1 гр. хворі на ІХС+НМТ (n=48)	2 гр. хворі на ІХС+ПМТ (n=64)	3 гр. хворі на ІХС+ожиріння (n=28)	Всього (n=140)
Наявність клінічних проявів ГЕРХ	18/37,5	27/42,2	13/46,4*	58/41,4
Стравохідні прояви ГЕРХ:	16/88,9**	23/85,2	3/23,1	42/72,4
– печія	16/88,9**	23/85,2	3/23,1	42/72,4
– відрижка кислим	10/55,5	18/66,7*	2/15,4	30/51,7
– дисфагія (n=11)	3/16,6	2/7,4	6/46,2	11/19
Позастравохідні прояви ГЕРХ	2/11,1	4/14,8	10/76,9*	16/27,6

Примітка: Достовірність різниці: * – порівняно з показником у гр. 1; ** – порівняно із показником у гр. 2 і 3, $p < 0,05$).



Усім 58 хворим, які мали клінічні прояви ГЕРХ, було проведено ФЕГДС і у 46 осіб виявлені зміни слизової оболонки, що відповідали різного ступеня рефлюкс-езофагіту. У 32,3% (46 із 140) хворих на ІХС встановлено «ендоскопічно позитивну» ГЕРХ із різним ступенем ерозивно-виразкових уражень ГДЗ, із більшою частотою серед хворих із ПМТ. «Ендоскопічно негативну ГЕРХ» та морфологічно катаральне запалення дистального відділу стравоходу діагностовано у 8,5% осіб (12 із 140).

Ендоскопічна картина хворих на ІХС+ПМТ поєднаний із ГЕРХ відрізнялася від хворих з ІХС+НМТ. При цьому ендоскопічна картина ураження слизової оболонки у 62,1% (36 із 58) хворих відповідає LA-A. Проте при проведенні порівняльного аналізу даних ФЕГДС у хворих із різним індексом маси тіла встановлено, що у хворих на ІХС з ПМТ і ожирінням частіше зареєстровано ступінь ураження слизової LA-B: 44,4 % (12 із 27) та 61,5% (8 із 13), ніж у хворих на ІХС+НМТ – LA-A ($p<0,05$). Тобто у хворих із ПМТ ураження слизової оболонки є більш глибокими, аніж у хворих із НМТ. Також наші дані демонструють високу частоту моторних порушень у хворих на ІХС, а саме дуодено-гастральний рефлюкс (ДГР), який зареєстровано у 39,7% (23 із 58) обстежених

із переважанням у осіб із ПМТ проти хворих із НМТ ($p<0,05$).

При проведенні швидкого уреазного тесту (CLO-test) під час ФЕГДС у 17 із 58 (29,3%) хворих із ГЕРХ виявлено *Hp*-інфекцію. При оцінці ендоскопічної картини у пацієнтів з виявленою гелікобактерною інфекцією відзначено еритематозну гастропатію, набряк слизової антрального відділу шлунка і дванадцятипалої кишки, нерідко спостерігалось подразнення слизової, підслизисті крововиливи або навіть блідість, згладження і витончення слизової оболонки з наявністю великої кількості слизу.

Висновки

У 41,4% хворих на ІХС діагностується ГЕРХ, а у 32,3% встановлено різні форми ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони, з достовірним їх переважанням серед хворих із підвищеною масою тіла ($p<0,05$). У 39,7% хворих на ІХС спостерігається дуодено-гастральний рефлюкс, а у 29,3% осіб виявлено гелікобактер позитивний статус.

Отже, важливими будуть подальші дослідження щодо вибору лікувальної тактики при ерозивно-виразкових процесах гастродуоденальної зони у хворих на ІХС.

REFERENCES

1. Kharchenko NV. Hastroezofahealna refluksna khvoroba. Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh [Gastroesophageal reflux disease. Adapted evidence-based clinical practice]. News of medicine and pharmacy. 2014;(489):34-47. [in Ukrainian] URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/38147>
2. Prykhodko Vlu, Moreva Dlu. Osoblyvosti perebihu ta likuvannia arterialnoi hipertenzii u poiednanni z khronichnoiu ishemichnoiu khvoroboiu sertsia u khvorykh z hastroezofahealnoiu refluksnoiu khvoroboiu [Features of the course and treatment of arterial hypertension in combination with chronic coronary heart disease in patients with gastroesophageal reflux disease]. Family medicine. 2016(1):65-70. [in Ukrainian] URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2016_1_15
3. Zheng Z, Shang Y, Wang N et al. Current advancement on the dynamic mechanism of gastroesophageal reflux disease. International Journal of Biological Sciences. 2021;17(15):4154. DOI: 10.7150/ijbs.65066
4. Palii IH. Rol rabeprazolu v uspishnii antykhelikobakteronii ta kyslotosupresyvnoi terapii u patsientiv iz kyslotozalezhnymy zakhvoriuvanniamy [The role of rabeprazole in successful anti-helicobacter and acid-suppressive therapy in patients with acid-dependent diseases]. Health of Ukraine. 2015;2(36):47-50. [in Ukrainian] URL: <https://dspace.vnmue.edu.ua/handle/123456789/937>
5. Prykhodko Vlu, Morieva Dlu. Osoblyvosti perebihu hastroezofahealnoi refluksnoi khvoroby u patsientiv z sertsevo-sudynnoiu patolohiieiu. Rol empirychnoi kyslotosupresyvnoi terapii rabeprazolom v diahnostytsi ta likuvanni HERKh [Features of the course of gastroesophageal reflux disease in patients with cardiovascular pathology. The role of empiric acid-suppressive therapy with rabeprazole in the diagnosis and treatment of GERD]. Health of Ukraine. 2016;1(39):53-54. [in Ukrainian] URL: <https://health-ua.com/wp-content/uploads/2016/04/52-54.pdf>



6. Nakaz MOZ Ukrainy vid 31.10.2013 № 943 «Pro zatverdzhennia Unifikovanoho klinichnoho protokolu pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) medychnoi dopomohy «Hastroezofahealna refliuksna khvoroba» [Gastroesophageal reflux disease]. Kyiv. 2013;32. [in Ukrainian] URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2013_943_ykpmg_gex.pdf
7. Nakaz MOZ Ukrainy vid 23.12.2021 № 2857 «Pro zatverdzhennia Unifikovanoho klinichnoho protokolu pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy «Stabilna ishemichna khvoroba sertsia» [Stable coronary heart disease]. Kyiv. 2021;58. [in Ukrainian] URL: https://moz.gov.ua/uploads/7/35063-dn_2857_23_12_2021_dod.pdf
8. Nakaz MOZ Ukrainy vid 24.05.2012 № 384 «Pro zatverdzhennia Unifikovanoho klinichnoho protokolu pervynnoi, ekstrenoi ta vtorynnoi (spetsializovanoi) medychnoi dopomohy «Arterialna hipertenzia» [Arterial hypertension]. Kyiv. 2012;72. [in Ukrainian] URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/384_2012ykpmg_ag.pdf

Отримано 10.04.2024 р.