

ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИЙ РЕФЛЮКС У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Юшенкова А. О.

науковий керівник - к. м. н., доц. О. О. Гуцаленко

ВДНЗ України "УМСА",

кафедра внутрішньої медицини №2 з професійними хворобами

У 40-80% хворих, які страждають на хвороби верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (функціональна диспепсія, ГЕРХ, хронічні гастрити, пептичні виразки шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК)), має місце патологічний дуоденогастральний рефлюкс (ДГР). Жовчний (біліарний, лужний) рефлюкс є не лише причиною виникнення рефлюкс-гастриту чи «змішаного» гастриту, а й пептичного езофагіту у пацієнтів із гастроєзофагеальною рефлюксною патологією. Наявність ДГР значно обтяжує перебіг основного захворювання, є незаперечним фактором канцерогенезу та може погіршувати результати лікування хвороб, пов'язаних з хелікобактерною інфекцією, а тому потребує медикаментозного лікування.

У 60-90% хворих з гастроентерологічною патологією зустрічаються психопатологічні (соматоформні) розлади. Значне поширення патології гастродуоденальної зони (ГДЗ), розвиток з плином часу взаємопов'язаних уражень інших органів травлення (ОТ), часте виникнення ускладнень, недостатня ефективність традиційних консервативних методів лікування привертає увагу до цієї проблеми, яка є не лише медичною, але й соціальною.

Мета роботи – вивчення особливостей клініки хвороб ГДЗ, які супроводжуються ДГР з наявними ознаками психосоматичних розладів, та можливостей їх лікування.

Завдання дослідження - провести аналіз та оцінку впливу ДГР на клінічний перебіг захворювань у хворих з патологією ОТ, удосконалити та оцінити ефективність їх лікування.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети було відібрано та проаналізовано 80 історій хвороб осіб з наявними ознаками поєднаної патології ОТ. В залежності від наявності ДГР хворі розподілені на дві групи: основну групу склали 42 (52,5%) чол. із супутнім ДГР; групу порівняння - 38 (47,5%) чол., в яких ДГР не було. У основній групі, окрім загальноприйнятої базисної нозоспецифічної терапії, хворі отримували комбінацію прокінетика метоклопраміду та центрального холінолітика еглонілу, тоді як хворі контрольної групи отримували лише базисну терапію. Препарати спочатку призначалися парентерально (в/м метоклопрамід по 10 мг два рази в день протягом 5 діб, а еглоніл по 100 мг на добу 6 діб) з послідуочим прийомом per os (відповідно по 10 мг тричі в день і 100 мг на добу). Курс лікування тривав 3-4 тижні. За складом поєднаної патології ОТ, віком, статтю пацієнтів і тривалістю хвороб обидві групи були ідентичними. При УЗД органів черевної порожнини в обох групах виявлені ознаки супутньої патології ОТ (хронічного холециститу, панкреатиту, дискінезії жовчовивідних шляхів, стеатозу печінки).

Результати дослідження та їх обговорення. У основній групі частка діагностованих деструктивних форм патології ГДЗ (ерозії, виразки) вища, що є свідченням більш тяжкого перебігу захворювань, які супроводжуються ДГР. Наявність ДГР суттєво обтяжує перебіг основної хвороби, обумовлює розвиток рефрактерних форм хвороби до базисної терапії та суттєво ускладнює процес лікування таких хворих. Наявний супутній ДГР негативно впливає на психоемоційний статус хворих, що в свою чергу сприяє формуванню та поглиблює симптоми вторинних психопатологічних проявів і погіршує якість життя цих хворих. Виявлені певні особливості клініки хвороб ОТ, обтяжених ДГР. У достовірної більшості хворих за наявності ДГР больовий синдром був відсутнім взагалі, а переважали скарги диспептичного характеру (нудота, зниження апетиту, важкість та відчуття дискомфорту після їди в епігастрії, печія, відрижка, здуття живота тощо). У меншій частини хворих основної групи домінував больовий синдром без ознак диспептичного синдрому (ДС). Під впливом лікування у основній групі до 3-5 дня суттєво зменшувалися, а до 10-12 дня зникали основні клінічні прояви захворювання, значно скорочувалась тривалість терапії. Швидке усунення ДС пов'язане з наступними фармакологічними властивостями як еглонілу, так і метоклопраміду, які здатні підвищувати тонус стравохідного та пілоричного сфінктерів, посилювати моторику шлунка та ДПК, синхронізуючи їх скорочення, тим самим запобігаючи рефлюксу дуоденального вмісту у шлунок. Переносимість комбінації препаратів у 41 (97,62%) хворого основної групи оцінили як хорошу.

Отже, призначення комбінації метоклопраміду та еглонілу при поєднаній патології ОТ, що супроводжується ДГР, сприяє загосненню ерозивно-виразкових уражень шлунка і ДПК, ерадикації Нр-інфекції, нормалізації моторики, швидкому та стійкому усуненню провідних симптомів хвороби. Комбінація цих препаратів у хворих із супутнім ДГР і вираженими психосоматичними порушеннями, окрім прокінетичної дії, суттєвого поліпшення загального стану та самопочуття хворих із усуненням диспептичного, больового та дискінетичного синдромів, сприяє покращенню психоемоційного статусу хворих та якості їх життя.