

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ НЕЕРОЗИВНИХ ФОРМ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ НЕЕРОЗИВНИХ ФОРМ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ – Метою роботи було визначення впливу немедикаментозних методів лікування на перебіг НЕРХ у пацієнтів з АГ в поєднанні з хронічною ІХС. Порівняти ефекти немедикаментозної корекції клінічних симптомів НЕРХ залежно від ступеня прихильності до лікування у пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС. З цією метою було обстежено в динаміці 37 пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС на тлі НЕРХ. За результатами спостереження їх поділили на групи: 20 (54,05 %) пацієнтів із високою прихильністю до лікування і 17 (45,95 %) – з низькою. Серед відібраних хворих були 21 (56,75 %) жінка і 16 (43,25 %) чоловіків. Усім пацієнтам проведено загальноклінічні дослідження, ЕКГ, ЕГДС, а також тестування згідно з опитувальником GerdQ і ВАШ визначення ступеня вираження больового синдрому в грудній клітці. В результаті дослідження було отримано, що пацієнти з високою прихильністю до лікування демонструють достовірно кращі результати в корекції симптомів ГЕР, на відміну від пацієнтів з низькою прихильністю до лікування. Ця група хворих мала більш часті прояви симптомів денної печії і демонструвала у більшості випадків велике вираження некардіального болю в грудній клітці. Таким чином, підтверджена необхідність максимальної стимуляції пацієнтів до виконання рекомендацій з немедикаментозної корекції при ГЕРХ, у тому числі в пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС на тлі НЕРХ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕЭРОЗИВНЫХ ФОРМ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА – Целью работы было определение влияния немедикаментозных методов лечения на течение НЭРБ у пациентов с АГ в сочетании с хронической ИБС. Сравнить эффекты немедикаментозной коррекции клинических симптомов НЭРБ в зависимости от степени приверженности к лечению у пациентов с АГ в сочетании с хронической ИБС. С этой целью было обследовано в динамике 37 пациентов с АГ в сочетании с хронической ИБС на фоне НЭРБ. По результатам наблюдения они были разделены на группы: 20 (54,05 %) пациентов с высокой приверженностью к лечению и 17 (45,95 %) – с низкой. Среди отобранных больных было 21 (56,75 %) женщина и 16 (43,25 %) мужчин. Всем пациентам проведены общеклинические исследования, ЭКГ, ЭГДС, а также тестирование согласно опроснику GerdQ и ВАШ определения степени выраженности болевого синдрома в грудной клетке. В результате исследования было получено, что пациенты с высокой приверженностью к лечению демонстрируют достоверно лучшие результаты в коррекции симптомов ГЭР, в отличие от пациентов с низкой приверженностью к лечению. Эта группа пациентов имела более частые проявления симптомов дневной изжоги и демонстрировали в большем проценте случаев большую выраженность некардиальных болей в грудной клетке. Таким образом, подтверждена необходимость максимальной стимуляции пациентов к исполнению рекомендаций по немедикаментозной коррекции при ГЭРБ, в том числе у пациентов с АГ в сочетании с хронической ИБС на фоне НЭРБ.

NON-PHARMACOLOGICAL CORRECTION EFFICACY OF CLINICAL COURSE OF NON-EROSIVE FORMS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION COMBINED WITH CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE – The

aim was to determine the effect of non-drug therapies for a NERD patients with hypertension combined with chronic ischemic coronary artery disease. To compare the effects of non-pharmacological correction, the clinical symptoms of NERD, depending on the degree of adherence to treatment in patients with hypertension combined with chronic ischemic heart disease. For this purpose it was examined in the dynamics of 37 patients with hypertension combined with chronic ischemic heart disease on the background of NERD. As a result of observation, they were divided into groups: 20 (54.05 %) patients with high adherence to treatment, and 17 (45.95 %) with low adherence to treatment. Among the selected patients was 21 (56.75%) females and 16 (43.25 %) men. All patients underwent were performed clinical tests, ECG, endoscopy, carried out a test according to the questionnaire GerdQ, and visual analogue scale (VAS) determine the degree of severity of pain in the chest. The study found that patients with high adherence to treatment demonstrated significantly better results in the correction GERD symptoms as opposed to patients with low adherence to treatment. This group of patients had more frequent symptoms of heartburn daily and showed a greater percentage of cases greater severity of cardiac chest pain. Thus, it confirmed the need for maximum stimulation of the patients for execution of recommendations on non-pharmacological correction, when GERD, including patients with hypertension combined with chronic ischemic heart disease on the background of NERD.

Ключові слова: АГ; ІХС; НЕРХ; немедикаментозне лікування; некардіальний біль у грудній клітці.

Ключевые слова: АГ; ИБС; НЭРБ; немедикаментозное лечение; некардиальная боль в грудной клетке.

Key words: hypertension; coronary heart disease; NERD; non-pharmacological correction; non-cardiac chest pain.

ВСТУП Гастроэзофагенальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) визнано захворюванням ХХІ ст., при цьому пацієнти погано інформовані про основні провокуючі фактори цієї хвороби [1]. Надмірна маса, куріння, нераціональне харчування, споживання їжі перед сном, переїдання, вплив медикаментозних засобів – і це лише основні ризик-фактори, які сприяють виникненню ГЕРХ. Загальносвітова статистика свідчить, що 60 % випадків ГЕР припадає на НЕРХ і лише в 37 % випадків виявляється ерозивна рефлюксна хвороба (ЕРХ) [4]. За даними Всесвітньої організації гастроентерологів, розповсюдженість ГЕРХ у стаціонарних хворих складає 30 %, ерозивний езофагіт виявляють у 13 %, НЕРХ – у 16,7 %. У 25 % випадків ГЕРХ проявляється тільки позастравохідними проявами, половина з яких на некардіальний біль у грудній клітці [2, 3]. Залишається недостатньою оцінка ролі немедикаментозної корекції у комплексному лікуванні ГЕРХ, особливо при наявності поєднаної патології [7, 9, 10].

Метою дослідження було визначити вплив немедикаментозних засобів лікування на клінічний перебіг НЕРХ у пацієнтів із АГ у поєднанні з хронічною ІХС. Порівняти ефекти немедикаментозної корекції клінічних симптомів НЕРХ залежно від ступеня прихильності до лікування у пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Результати дослідження базуються на обстеженні у динаміці 37 хворих з АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ. За результатами

спостереження їх поділили на групи: 20 (54,05 %) пацієнтів із високою прихильністю до лікування та 17 (45,95 %) з низькою прихильністю до нього. Серед обраних пацієнтів було 21 (56,75 %) жінка та 16 (43,25 %) чоловіків. Усім пацієнтам провели загальноклінічні дослідження, ЕКГ, ЕГДС, тестування згідно з опитувальниками GerdQ та ВАШ визначення ступеня вираження больового синдрому в грудній клітці.

В якості ініціальної терапії пацієнтам з АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ було запропоновано немедикаментозні заходи корекції ГЕР тривалістю 14 днів, які включали перш за все дієтичні рекомендації. Хворим було рекомендовано утримуватись від споживання цитрусових соків, газованих напоїв, кави та інших кофеїновмісних продуктів, шоколаду, гострої та жирної їжі, всіх видів алкоголю. Також було дано рекомендації з корекції об'єму та температури їжі, заборонено вживати їжу в горизонтальному положенні та менше ніж за 2 год до сну [4, 5]. Важливим аспектом з корекції ГЕР були рекомендації стосовно зниження маси тіла, припинення куріння, носіння тісного одягу. Окремо було приділено увагу прийому медикаментів, які провокують ГЕР [6, 8].

Пацієнтам було проведено тестування згідно з опитувальниками GerdQ та ВАШ (візуальна аналогова шкала) оцінки вираження больового синдрому в грудній клітці до та після ініціальної немедикаментозної терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після застосування заходів щодо немедикаментозного лікування в групі пацієнтів із високою прихильністю до лікування НЕРХ достовірно збільшилась кількість хворих, у яких повністю зникли симптоми печії (з 0,0 до 35,0 %) та зменшилась кількість пацієнтів, у яких симптоми печії турбували 2–3 дні на тиждень (з 50,0 до 30,0 %, $p < 0,05$).

Також було відмічено суттєве збільшення відсотка пацієнтів без симптомів нічної печії (з 20,0 до 45,0 %) та зменшення частки пацієнтів із частими (3 та більше разів на тиждень) симптомами нічної печії (з 20,0 до 5,0 %). Крім того, було виявлено достовірне збільшення відсотка пацієнтів, у яких симптоми нудоти турбували 1–2 рази на тиждень (з 30,0 до 55,0 %) (табл. 1).

На фоні немедикаментозної корекції зміни типової симптоматики НЕРХ у пацієнтів із низькою прихильністю до лікування були відмічені лише у збільшенні пацієнтів з відсутністю симптомів печії (з 0 до 23,5 % пацієнтів) та зменшення кількості хворих із частими нічними симптомами печії (із 17,6 до 5,9 %) (табл. 2).

Отже, при порівнянні результатів застосування немедикаментозної корекції типової симптоматики ГЕР у пацієнтів із НЕРХ виявлено більшу її ефективність у хворих із високою прихильністю до лікування. Крім того, при порівнянні симптоматики після немедикаментозної корекції більша частка пацієнтів із частими симптомами печії зустрічається серед хворих на НЕРХ із низькою прихильністю до лікування – 3(17,6 %) проти 1 (5,0 %) у осіб із високою прихильністю до лікування, $p < 0,01$.

Окрім оцінки типової симптоматики у пацієнтів було оцінено ступінь вираження больового синдрому в грудній клітці, так звані позастравохідні прояви – “некардіальний біль в грудній клітці”, який характеризувався певними особливостями. Некардіальний біль в грудній клітці у пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ носив пекучий характер, не був пов'язаний з фізичним навантаженням, характеризувався загруднинною локалізацією без тенденції до іррадіації, больовий синдром був пов'язаний зі споживанням їжі, переїданням або вживанням жирної їжі; біль також виникав при зміні по-

Таблиця 1. Оцінка вираження окремих симптомів НЕРХ у пацієнтів із високою прихильністю до лікування згідно з анкетною GerdQ до та після немедикаментозної корекції

Показник	Кількість балів	Пацієнти з АГ на фоні ІХС із супутньою НЕРХ (n=20) до немедикаментозної корекції	Пацієнти з АГ на фоні ІХС із супутньою НЕРХ (n=20) (54,05 %) після немедикаментозної корекції
Як часто турбувала печія	0	0 (0,0 %)	7 (35,0 %)*
	1	5(25,0 %)	6(30,0 %)
	2	10(50,0 %)	6(30,0 %)
	3	5(25,0 %)	1(5,0 %)*
Як часто вміст шлунка потрапляв у порожнину глотки (відрижка їжею)	0	2(10,0 %)	5(25,0 %)*
	1	8(40,0 %)	7(35,0 %)
	2	5(25,0 %)	4(20,0 %)
	3	5(25,0 %)	4(20,0 %)
Як часто турбував біль у центрі верхньої частини живота	0	5(25,0 %)	7(35,0 %)
	1	3(15,0 %)	6(30,0 %)
	2	6(30,0 %)	4(20,0 %)
	3	6(30,0 %)	3(15,0 %)
Як часто турбувала нудота	0	5(25,0 %)	3(15,0 %)
	1	6(30,0 %)	11(55,0 %)*
	2	7(35,0 %)	4(20,0 %)
	3	2(10,0 %)	2(10,0 %)
Як часто турбували нічні симптоми печії	0	4(20,0 %)	9(45,0 %)*
	1	4(20,0 %)	5(25,0 %)
	2	8(40,0 %)	7(35,0 %)
	3	4(20,0 %)	1(5,0 %)*
Як часто доводилось приймати препарати від печії	0	0(0,0 %)	0(0,0 %)
	1	0(0,0 %)	0(0,0 %)
	2	0(0,0 %)	0(0,0 %)
	3	0(0,0 %)	0(0,0 %)

Примітка. * – вірогідна відмінність відносно даних до немедикаментозної корекції ($p < 0,05$).

Таблиця 2. Оцінка вираження окремих симптомів ГЕР до та після немедикаментозної корекції у пацієнтів із АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ із низькою прихильністю до лікування згідно з анкетой GerdQ

Показник	Кількість балів	Пацієнти з АГ на фоні ІХС із супутньою НЕРХ (n=17) до немедикаментозної корекції	Пацієнти з АГ на фоні ІХС із супутньою НЕРХ (n=17) після немедикаментозної корекції
Як часто турбувала печія	0	0 (0,0 %)	4 (23,5 %)*
	1	3 (17,6 %)	4 (23,5 %)
	2	8 (47,1 %)	6 (35,3 %)
	3	6 (35,3 %)	3 (17,6 %)
Як часто вміст шлунка потрапляв у порожнину глотки (відрижка їжею)	0	2 (11,8 %)	4 (23,5 %)
	1	5 (29,4 %)	6 (35,3 %)
	2	5 (29,4 %)	5 (29,4 %)
	3	5 (29,4 %)	2 (11,8 %)
Як часто турбував біль у центрі верхньої частини живота	0	5 (29,4 %)	6 (35,3 %)
	1	4 (23,5 %)	5 (29,4 %)
	2	4 (23,5 %)	6 (35,3 %)
	3	4 (23,5 %)	2 (11,8 %)
Як часто турбувала нудота	0	4 (23,5 %)	4 (23,5 %)
	1	5 (29,4 %)	9 (45,0 %)
	2	6 (35,3 %)	4 (23,5 %)
	3	2 (11,8 %)	3 (17,6 %)
Як часто турбували нічні симптоми печії	0	4 (23,5 %)	6 (35,3 %)
	1	7 (41,2 %)	6 (35,3 %)
	2	3 (17,6 %)	4 (23,5 %)
	3	3 (17,6 %)	1 (5,9 %)**
Як часто доводилось приймати препарати від печії	0	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

Примітки: 1) – вірогідна відмінність відносно групи АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ до лікування ($p < 0,05$);
2) ** – вірогідна відмінність відносно групи АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ до лікування ($p < 0,01$).

ложення тіла або при нахилах тулуба й асоціювався найчастіше з печією. 14 (70 %) пацієнтів із 20 з АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ із високою прихильністю до лікування і 10 (58 %) хворих із АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ із низькою прихильністю до лікування скаржилися на біль у грудній клітці різного ступеня вираження (табл. 3).

Після застосування немедикаментозних заходів корекції у пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні

НЕРХ із високою прихильністю до лікування було відмічено відсутність пацієнтів з максимальним та значним (60–80 мм) вираженням больового синдрому (табл. 4).

Після застосування немедикаментозних засобів корекції “некардіального болю” в грудній клітці у групі пацієнтів із низькою прихильністю до лікування зміни були мінімальними: лише в одного пацієнта інтенсивність болю зменшилась від максимальної до значної (60–80 мм) (табл. 5).

Таблиця 3. Оцінка вираження больового синдрому в грудній клітці згідно з даними ВАШ у пацієнтів з АГ на фоні ІХС із супутньою НЕРХ залежно від прихильності до лікування

Вираження болю	Пацієнти з АГ на фоні ІХС із супутньою НЕРХ і високою прихильністю до лікування (n=14) (70 %)	Пацієнти з АГ на фоні ІХС із супутньою НЕРХ і низькою прихильністю до лікування (n=10) (58 %)
0–20 мм	5 (35,7 %)	3 (30,0 %)
30–50 мм	5 (35,7 %)	4 (40,0 %)
60–80 мм	3 (21,4 %)	2 (20,0 %)
90-100 мм	1 (7,2 %)	1 (10,0 %)

Таблиця 4. Результати оцінки некардіального болю в грудній клітці згідно з даними ВАШ у пацієнтів із АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ з високою прихильністю до лікування до та після немедикаментозної корекції

Вираження болю	Пацієнти з АГ на фоні ІХС із супутньою НЕРХ і високою прихильністю до лікування до немедикаментозної корекції (n=14)	Пацієнти з АГ на фоні ІХС із супутньою НЕРХ і високою прихильністю до лікування після немедикаментозної корекції (n=14)
0–20 мм	5 (35,7 %)	6 (42,9 %)
30–50 мм	5 (35,7 %)	8 (57,1 %)
60–80 мм	3 (21,4 %)	0 (0,0 %)
90-100 мм	1 (7,2 %)	0 (0,0 %)

Таблиця 5. Результати оцінки некардіального болю в грудній клітині згідно з даним ВАШ у пацієнтів із АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ із низькою прихильністю до лікування до та після немедикаментозної корекції

Вираження болю	Пацієнти з АГ на фоні ІХС із супутньою НЕРХ і низькою прихильністю до лікування (n=10) до немедикаментозної корекції	Пацієнти з АГ на фоні ІХС із супутньою НЕРХ і низькою прихильністю до лікування (n=10) (58 %) після немедикаментозної корекції
0–20 мм	3 (30,0 %)	3 (30,0 %)
30–50 мм	4 (40,0 %)	4 (40,0 %)
60–80 мм	2 (20,0 %)	3 (30,0 %)
90–100 мм	1 (10,0 %)	0 (0,0 %)

Отже, при порівнянні ефективності застосування немедикаментозних засобів корекції некардіальної симптоматики НЕРХ виявлено її залежність від прихильності до лікування. Так, група з АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ з високою прихильністю до лікування продемонструвала кращу динаміку стосовно частоти виявлення значного болю (інтервал 60–80 мм) (табл. 7).

ВИСНОВКИ У роботі визначено ефективність не-

медикаментозної корекції симптомів ГЕР у пацієнтів із АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ залежно від прихильності до лікування, як стосовно стравохідних і позастравохідних симптомів. Отримані результати підтверджують необхідність максимальної стимуляції пацієнтів до виконання рекомендацій з немедикаментозної корекції при ГЕРХ, у тому числі при поєднанні її з АГ та хронічною ІХС.

Таблиця 7. Оцінка ефективності немедикаментозної корекції “некардіального болю” в грудній клітці згідно з ВАШ у пацієнтів із АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ із високою та низькою прихильністю до лікування

Вираження болю	Пацієнти з високою прихильністю до лікування після немедикаментозної корекції (n=14)	Пацієнти з низькою прихильністю до лікування після немедикаментозної корекції (n=10)
0–20 мм	6 (42,9 %)	3 (30,0 %)
30–50 мм	8 (57,1 %)	4 (40,0 %)
60–80 мм	0 (0,0 %)	3 (30,0 %)*
90–100 мм	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

Примітка. * – вірогідна відмінність відносно групи АГ у поєднанні з хронічною ІХС на фоні НЕРХ із високою прихильністю до лікування ($p < 0,05$).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Алексеева О. П. Коронарный синдром X – одна из внепищеводных масок гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ? / О. П. Алексеева, И. В. Долбин // Медицина неотложных состояний. – 2009. – № 1. – С. 23–25.
- Бабак М. О. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба в поєднанні з ожирінням: клініко-патогенетичні особливості, епідеміологічний аналіз та прогнозування перебігу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : спец. 14.01.02 “Внутрішні хвороби” / М. О. Бабак. – Луганськ, 2011. – 27 с.
- Острогляд А. В. Перший досвід вивчення епідеміології гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби в Україні / А. В. Острогляд // Сучасна гастроентерол. – 2006. – № 1. – С. 30–32.
- Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / [Н. В. Харченко, О. Я. Бабак, П. Д. Фомін та ін.]. – К., 2013. – 31 с.

- Харченко Н. В. Дієтологія / Н. В. Харченко, Г. А. Анохіна. – К. : МЕРИДИАН, 2012. – 527 с.

- Metabolic syndrome and visceral obesity as risk factors for reflux oesophagitis: a cross-sectional case-control study of 7078 Koreans undergoing health check-ups / S. J. Chung, D. Kim, M. J. Park [et al.] // Gut. – 2008. – Vol. 57. – P. 1360–1365.

- Jones R. Management of gastroesophageal reflux disease: the primary care strategy/ R. Jones // Yale J. Biol. Med. – 1999. – Vol. 72. – P. 203–209.

- Keung Ch. The management of gastro-oesophageal reflux disease / Ch. Keung // Aust. Prescr. – 2016. – Vol. 39. – P. 6–10.

- Kubo Ai Dietary guideline adherence for gastroesophageal reflux disease / Ai Kubo, G. Block, P. Charles [et al.] // BMC Gastroenterol. – 2014. – Vol. 14. – P. 144.

- Lesley B. Non-pharmacological intervention for gastro-oesophageal reflux disease in primary care / B. Lesley, C. Dibley, R. Jones // Br. J. Gen. Pract. – 2010. – Vol. 60. – P. e459–e465.

Отримано 07.07.16