

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ЛЬВІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

©М. Яхницька

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

**РЕЗЮМЕ.** Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – найпоширеніша патологія сучасної гастроентерології, що завдає значних економічних та соціальних збитків, порушує якість життя людей.

**Мета дослідження** – вивчити клінічний перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у Львівському регіоні.

**Матеріал і методи.** Проводили анкетування, ендоскопічне обстеження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, cito test® Н. Pylori Ag фірми Pharmsco® для діагностики гелікобактерної інфекції.

**Результати.** Проаналізовано результати спостережень за 102 пацієнтами з ГЕРХ: серед них було 48 (47,1 %) жінок та 54 (52,9 %) чоловіки. Середній вік жінок становив (48±2,11) року, чоловіків – (37,7±1,65) року. У 73,5 % обстежених діагностовано ендоскопічно позитивну форму ГЕРХ, тоді як 26,5 % не мали ерозивно-виразкових змін слизової оболонки стравоходу. Вивчення зв'язку способу життя у хворих на ГЕРХ показало, що нерегулярне харчування та куріння сприяють розвитку захворювання. Аналіз основних скарг показав: у 37,2 % хворих печія щоденна, періодичну печію 3–4 рази на тиждень відмічали 62,7 % пацієнтів. Відрижка та ранкове блювання мали місце у 59,8 та 16,7 % хворих відповідно. Нудоту відмічали 37,2 % обстежених. На неприємний присмак у роті скаржилися 35,3 % пацієнтів. Біль в епігастрії спостерігали у 53,9 % обстежених. 27,5 % хворих на ГЕРХ були інфіковані *H. pylori*.

**Висновки.** 1. Встановлено, що ендоскопічно негативна форма ГЕРХ у 4 рази частіше діагностується в жінок, тоді як ерозивні зміни слизової стравоходу вдвічі переважають серед осіб чоловічої статі. З'ясовано, що найчастіше ГЕРХ діагностували в осіб молодого та середнього віку (48,1 та 19,1 % відповідно).

2. Показано, що факторами ризику розвитку ГЕРХ є нерегулярне харчування та куріння. Натомість гелікобактерна інфекція не асоціюється з ГЕРХ незалежно від ендоскопічної картини.

3. Встановлено, що щоденна печія, нудота та неприємний присмак частіше зустрічаються у пацієнтів з ендоскопічно негативною ГЕРХ (55,6, 62,9 та 77,7 % відповідно), поєднання періодичної печії, відрижки та болю в епігастрії дозволяє запідозрити наявність ерозивно-виразкових змін слизової оболонки стравоходу.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** гастроєзофагеальний рефлюкс; клінічні прояви; гелікобактерна інфекція.

**Вступ.** В останнє десятиріччя значно активізувалося вивчення гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). Це зумовлено постійним зростанням поширеності ГЕРХ та значною зацікавленістю даною патологією середвчених і практичних лікарів. Коли перші шукають нові етіологічні чинники, домінуючі патогенетичні ланки, то інших цікавлять клінічні прояви та лікування [1, 2, 7]. Проте в клінічній практиці лікарі недостатньо обізнані з проявами атипичного перебігу хвороби, а також недостатньо оцінюють клінічні прояви ГЕРХ. Все це потребує постійного детального вивчення особливостей перебігу клініки ГЕРХ.

Клінічні скарги пацієнтів із ГЕРХ складаються з типових стравохідних і позастравохідних ознак. Стравохідні скарги зумовлені впливом кислоти і пепсину на слизову оболонку стравоходу. До них належать: печія, кисла відрижка, регургітація, дисфагія, ретростернальний біль і біль в епігастрії [3, 4]. Позастравохідні симптоми ГЕРХ поділяють на 4 основні групи: оториноларингологічні (ларингіт, фарингіт, сухість, дертя в горлі, отит); бронхолегеневі (стійкий кашель, підкашлювання, осиплість голосу, аспіраційна пневмонія, бронхі-

альна астма); кардіальні (біль у ділянці серця, аритмії, тахікардія, рефлекторне центральне апное); стоматологічні (витончення зубної емалі, рецидивний карієс, афтозний стоматит, періодонтит) [5]. Було відзначено, що у 50 % випадків причиною болю (не зумовленого ураженням серця) в лівій половині грудної клітки є ГЕРХ, а потрапляння рефлюктанту в просвіт бронхів здатне провокувати виникнення бронхоспазму [6].

Печія є наслідком збудження хеморецепторів слизової оболонки стравоходу рефлюктантом. За наявності у пацієнта печії для експрес-діагностики вірогідної рефлюксної хвороби рекомендоване застосування ГЕРХ-опитувальника [7, 8]. Якщо пацієнт відповідає «так» на всі поставлені питання, то ймовірність наявності ерозивного езофагіту при ендоскопії або виявлення патологічного рефлюксу при добовій рН-метрії (або їх поєднанні) досягає 85 %. Тяжкість печії можна оцінювати за допомогою опитувальника, оснований на бальній оцінці наявності та вираження суб'єктивних відчуттів хворого, пов'язаних з печією [9, 10]. Доведено, що у США щодня симптоми ГЕРХ відзначають 4–10 % осіб, щотижня 20–30 % і щомісяця близько

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, ювілеї

50 % опитаних [11]. Зокрема, досліджено, що якість життя пацієнтів із GERX нижча, ніж у хворих з нелікованими дуоденальною виразкою, стенокардією, серцевою недостатністю та гіпертензією [12]. Серед 20 % осіб, які відчувають печію щодня, близько половини страждають через це від безсоння, відзначають зниження працездатності, дратівливість та нервові порушення [13].

В Україні типові для GERX скарги (печію, кисле зригування, дисфагію) щоденно мають 3,3 % популяції, раз на тиждень – 17,3 % пацієнтів. При цьому частота цих скарг у жінок і чоловіків майже однакова, але пік захворюваності на GERX у перших припадає на вік 17–29, а в останніх – на 20–59 років. Атипові скарги (нічні кардіалгію, задуху, кашель) мають 13,1 % дорослого населення незалежно від статі [14].

На території Львівської області проводили дослідження, де було вивчено клінічні особливості перебігу захворювань стравоходу в пацієнтів, які тривало приймали нестероїдні протизапальні препарати. Доведено, що захворювання стравоходу виявляється найчастіше при тривалості ревматологічних захворювань 11–20 років. Також досліджено, що помірна та виражена печія турбують пацієнтів ревматологічного профілю з ерозивною GERX та функціональною печією майже з однаковою частотою [15].

При власному вивченні поширеності ендоскопічно позитивної форми GERX було встановлено, що дана патологія частіше зустрічається в чоловіків. Окрім того, доведено, що ерозивні зміни слизової оболонки стравоходу часто поєднуються з іншими захворюваннями шлунково-кишкового каналу (ШКК) [16, 17].

Таким чином, існує ряд чинників, які не дозволяють оцінити реальні масштаби поширеності GERX. Насамперед це зумовлено тим, що для більшості пацієнтів печія не є причиною звернення до лікаря. Іншим важливим фактором є складність диференційної діагностики GERX у пацієнтів із супутньою патологією. Це зумовлено наявністю не-

специфічних скарг, нетиповим перебігом захворювання, відсутністю швидких діагностичних тестів. Все це потребує постійного детального вивчення особливостей перебігу клініки GERX.

**Мета дослідження** – вивчити особливості клінічного перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у Львівському регіоні.

**Матеріал і методи.** Проведено комплексне обстеження 102 пацієнтів, які лікувалися в КНП «Новояворівська районна лікарня №1 імені Ю. Липи». Усім хворим здійснювали анкетування за допомогою модифікованої анкети Лікерта: визначали типове (печія, відрижка кислим) для GERX скарги.

Ендоскопічне обстеження верхніх відділів шлунково-кишкового каналу виконували апаратом Pentax I5000. Ендоскопічними критеріями неерозивної GERX вважали поєднання недостатності кардіального жому і/або почервоніння слизової оболонки, і/або закидання шлункового/дуоденального вмісту в нижній відділ стравоходу; ерозивної GERX – ерозивно-виразкові пошкодження слизової оболонки стравоходу [18].

Фекальний антигенний cito test® H. Pylori Ag фірми Phargmasco® використовували для діагностики гелікобактерної інфекції.

Діагноз «GERX» встановлювали відповідно до протоколу надання медичної допомоги № 943 від 31 жовтня 2013 року: наявність у пацієнтів скарг на щоденну або періодичну печію 3–4 рази на тиждень та/або виявлення ерозивних змін слизової оболонки стравоходу під час ендоскопічного обстеження ШКК.

Комп'ютерну обробку даних проводили за допомогою програми Microsoft Excel. Статистично достовірними вважали дані при  $p < 0,05$ .

**Результати й обговорення.** Проаналізовано анкети 102 пацієнтів із GERX, серед них 48 (47,1 %) жінок та 54 (52,9 %) чоловіки. Середній вік жінок становив  $(48 \pm 2,11)$  року, чоловіків –  $(37,7 \pm 1,65)$  року.

Гендерний розподіл хворих на GERX представлено в таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл ендоскопічно позитивної та ендоскопічно негативної форм GERX залежно від статі

Стать	Неерозивна GERX (n=27)		Ерозивна GERX (n=75)	
	хворих	%	хворих	%
Жінки	22	81,5	26	34,7
Чоловіки	5	18,5	49	65,3

Як видно з таблиці 1, у жінок з однаковою кількістю випадків зустрічаються обидві форми GERX. Аналізуючи структуру ендоскопічно негативної форми GERX, встановлено що 81,5 % становили жінки, 18,5 % чоловіки. Серед хворих з ендоскопічно позитивною формою було 34,7 та

65,3 % жінок і чоловіків відповідно. Співвідношення чоловіків до жінок у групі з ерозивними змінами в стравоході становило 1,9:1, у групі з неерозивною GERX – 1:4,4.

Аналіз вікової структури у хворих на GERX наведено в таблиці 2.

Таблиця 2. Розподіл ендоскопічно негативної та ендоскопічно позитивної форм GERX у різних вікових категоріях

Вік пацієнтів	Ендоскопічно негативна (ЕН) форма (n=18)		Ендоскопічно позитивна (ЕП) форма (n=26)		ЕН та захворювання верхніх відділів ШКК (n=9)		ЕП та захворювання верхніх відділів ШКК (n=49)	
	хворих	%	хворих	%	хворих	%	хворих	%
18–25	4	22,2	2	7,7	–	–	2	4,1
25–44	8	44,4	3	11,5	3	3,3	24	8,9
45–60	6	33,4	18	69,2	6	6,7	16	2,6
61–75	–	–	3	11,6	–	–	7	4,4

Отже, у віці 18–25 років ендоскопічно позитивна та ендоскопічно негативна форми GERX однаково часто зустрічаються як у чоловіків, так і в жінок. 84,3 % обстежених були молодого віку, з них 55,1 % осіб, окрім ерозивних дефектів слизової оболонки стравоходу, мали ще й ураження верхніх відділів ШКК. У віці 45–60 років у 2,4 раза частіше виявляють GERX серед осіб жіночої статі, причому 62,5 % з них хворіють на ерозивну форму GERX. У чоловіків даної вікової категорії спо-

стерігали спорадичні випадки ізольованого ураження стравоходу. Виявлено, що у віці понад 61 рік на ендоскопічно позитивну форму GERX хворіли лише жінки.

Аналіз зв'язку між патологією стравоходу та способом життя (характер харчування, шкідливі звички) наведено в таблиці 3.

Як видно з таблиці 3, усі пацієнти нерегулярно та неправильно харчуються. 84,0 % обстежених з ЕП GERX та 44,4 % пацієнтів з ЕН GERX курили.

Таблиця 3. Зв'язок способу життя із виникненням патології стравоходу

Особливості перебігу	Ерозивна GERX (n=75)		Неерозивна GERX (n=27)	
	хворих	%	хворих	%
Нерегулярне харчування	75	100,0	27	100,0
Куріння	63	84,0	12	44,4
Зловживання алкоголем	2	2,7	0	0

Аналіз основних симптомів GERX залежно від змін слизової оболонки стравоходу, виявлених

під час ендоскопічного обстеження, представлено в таблиці 4.

Таблиця 4. Поширеність основних скарг у пацієнтів із GERX

Скарги		Ендоскопічно негативна форма (n=27)		Ендоскопічно позитивна форма (n=75)	
		хворих	%	хворих	%
Печія	Щоденна	15	55,6	23	30,6
	3–4 рази на тиждень	12	44,4	52	69,3
Відрижка		14	51,8	47	62,6
Нудота		17	62,9	21	28
Ранкове блювання		5	18,5	12	16
Неприємний присмак у роті		21	77,7	15	20
Біль в епігастрії		9	33,3	49	65,3

Отже, аналіз показав, що у 55,6 % пацієнтів з ЕН GERX спостерігали печію щоденно, а 69,3 % хворих з ерозивно-виразковими змінами слизової оболонки стравоходу відмічали печію 3–4 рази на тиждень. Відрижка та ранкове блювання майже з однаковою частотою зустрічаються при двох формах GERX. Нудоту з ЕН GERX та ЕП GERX спостерігали у 62,9 та 28,0 % випадках відповідно. На неприємний присмак у роті в 3 рази частіше скаржилися пацієнти без ураження слизової оболонки стравоходу. Біль в епігастрії мав місце у

65,3 % хворих з ЕП GERX на противагу 33,3 % пацієнтів з ЕН GERX.

Наявність/відсутність гелікобактерної інфекції у пацієнтів із GERX наведено в таблиці 5.

Як видно з таблиці 5, у кожного п'ятого пацієнта з ендоскопічно негативною формою GERX є інфікованість *H. pylori*. Серед хворих, які мали ерозивні зміни слизової оболонки стравоходу, інфекцію *H. pylori* виявлено у 30,7 % осіб.

Таким чином, ендоскопічно негативна форма GERX більш поширена у жінок середнього віку,

Таблиця 5. Зв'язок GERX із гелікобактерною інфекцією

H. pylory	Ендоскопічно негативна форма GERX (n=27)		Ендоскопічно позитивна форма GERX (n=75)	
	хворих	%	хворих	%
Наявність	5	18,5	23	30,7
Відсутність	22	72,5	52	69,3

тоді як ерозивні зміни слизової оболонки стравоходу частіше діагностували серед чоловіків молодого віку. Основними факторами ризику розвитку GERX були нерегулярне харчування та куріння. Аналіз поширеності типових скарг показав, що у кожного пацієнта з GERX є свій індивідуальний набір скарг. Проте поєднання щоденної печії, нудоти та неприємного запаху з рота має місце й у тих пацієнтів, в яких не виявлено змін слизової оболонки стравоходу при ендоскопічному обстеженні. Коли пацієнт скаржиться на періодичну печію, відрижку та біль в епігастрії, це дозволяє запідозрити ендоскопічно позитивну форму GERX. Окрім того, чітко доведено, що GERX, незалежно від ендоскопічної картини, не асоційована з гелікобактерною інфекцією.

Ймовірно, поєднання декількох типових скарг у хворих на GERX має відповідати ерозивній та неерозивній формам захворювання. Втім, щоб з більшим відсотком ймовірності це стверджувати, потрібно збільшити кількість респондентів, зокрема з неерозивною GERX. Окрім цього, враховувати особливості екології території, на якій живуть пацієнти. Отже, вивчення та прогнозування різних клі-

нічних проявів GERX є одним з актуальних питань у клініці внутрішніх хвороб.

**Висновки.** 1. Встановлено, що ендоскопічно негативна форма GERX у 4 рази частіше діагностується у жінок, тоді як ерозивні зміни слизової стравоходу вдвічі переважають серед осіб чоловічої статі. З'ясовано, що найчастіше GERX діагностували в осіб молодого та середнього віку (48,1 та 19,1 % відповідно).

2. Показано, що факторами ризику розвитку GERX є нерегулярне харчування та куріння. Натомість гелікобактерна інфекція не асоціюється з GERX незалежно від ендоскопічної картини.

3. Встановлено, що щоденна печія, нудота та неприємний присмак частіше зустрічаються у пацієнтів з ендоскопічно негативною GERX (55,6, 62,9, 77,7 % відповідно), поєднання періодичної печії, відрижки та болю в епігастрії дозволяє запідозрити наявність ерозивно-виразкових змін слизової оболонки стравоходу.

**Перспективи подальших досліджень.** Вдосконалення діагностичного алгоритму виявлення GERX шляхом запровадження швидких та економічних обґрунтованих неінвазивних скринінгових тестів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О. Я. GERX. Від теорії до практики / О. Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – № 4 (78). – С. 38–44.
2. Бабак М. О. Поширеність типових та атипичних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / М. О. Бабак // Укр. терапевт. журн. – 2011. – № 2. – С. 33–37.
3. Blondeau K. Treatment of gastroesophageal reflux disease: the new kids to block / K. Blondeau // Neurogastroenterol. Motil. – 2010. – Vol. 22. – P. 836–840.
4. Стоматологічні прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей та дорослих. Огляд літератури / Р. С. Назарян, Н. Ю. Ємельянова, О. В. Карнаух, Т. Г. Хмиз // Профілактична та дитяча стоматологія. – 2013. – № 2 (9). – С. 34–39.
5. Звенигородская Л. А. Терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при ишемической болезни сердца / Л. А. Звенигородская, А. А. Чурикова // Клини. геронт. – 2012. – № 18. – С. 48–51.
6. Каменір В. М. Динаміка рівня стабільних метаболітів оксиду азоту і мелатоніну у пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень на тлі лікування мелатоніном / В. М. Каменір // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 4. – С. 61–66.
7. Kahrilas P. J. Review article: gastroesophageal reflux disease as a functional gastrointestinal disorder / P. J. Kahrilas // Aliment. Pharmacol Ther. – 2004. – Vol. 20 (Suppl.). – P. 50–55.
8. Kellerman R. Gastroesophageal reflux disease / R. Kellerman, T. Kintanar // Prim. Care. – 2017. – Vol. 44 (4). – P. 561–573. doi: 10.1016/j.pop.2017.07.001. Epub 2017 Oct 5. Review. PubMed PMID: 29132520.
9. Kseneva S. I. Discoordination of autonomic support of functions in the pathogenesis gastroesophageal reflux disease / S. I. Kseneva, E. V. Borodulina, V. V. Udut // Bull. Exp. Biol. Med. – 2018. doi: 10.1007/s10517-018-4279-3. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 30450517.
10. Маев И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – болезнь XXI века / И. В. Маев // Лечащий врач. – 2004. – № 4. – С. 10–14.
11. Вдовиченко В. І. Кардіологічні симптоми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу / В. І. Вдовиченко, Я. П. Свердан // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – № 3 (71). – С. 110–114.
12. Палій І. Г. Поширення GERX серед хворих з патологією органів травлення, провокуючі чинники та ефективність блокаторів Н+/К+АТФази (за результатами анкетування амбулаторних хворих) / І. Г. Палій, С. В. Заїка,

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, ювілеї

А. Г. Янковецька // Сучасна гастроентерологія. – 2014. № 4 (78). С. 38–44.

13. Острогляд А. В. Перший досвід вивчення епідеміології гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в Україні / А. В. Острогляд // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 1 (27). – С. 30–32.

14. Бабак М. О. Гендерні особливості поширеності гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / М. О. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – № 3. – С. 11–16.

15. Бичков М. А. Клінічні особливості перебігу захворювань стравоходу у пацієнтів ревматологічного профілю / М. А. Бичков // Український ревматологічний журнал. – 2011. – № 3. С. 75–78.

16. Бичков М. А. Поширеність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби за даними ендоскопічних досліджень / М. А. Бичков, М. М. Яхницька // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – № 2. – С. 38–43.

17. Гендерні та вікові особливості ендоскопічно позитивної форми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / М. А. Бичков, Я. М. Савицький, Я. Б. Швидкий, М. М. Яхницька // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2017. – № 17 (4). – С. 72–76.

18. Ендоскопічна діагностика гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / О. О. Крилова, Т. В. Майкова, В. М. Кутняк, С. Ю. Єршова // Сучасна гастроентерологія. – 2016. – № 6 (92). – С. 109–118.

#### REFERENCES

1. Babak, O.Ya. (2014). HERKh. Vid teorii do praktyky [GERD. From theory to practice]. *Suchasna gastroenterologhiia – Modern Gastroenterology*, 4 (78), 38-44 [in Ukrainian].

2. Babak, M.O. (2011). Poshyrenist typovykh ta atypovykh proiaviv gastroezofagealnoi reflukсної khvoroby [The prevalence of typical and atypical manifestations of gastroesophageal reflux disease]. *Ukr. terapevt. zhurn. – Ukrainian Therapeutic Journal*, 2, 33-37 [in Ukrainian].

3. Blondeau, K. (2010). Treatment of gastroesophageal reflux disease: the new kids to block. *Neurogastroenterol. Motil.*, 22, 836-840.

4. Nazarian, R.S., Yemelianova, N.Yu., Karnaukh, O.V., & Khmyz, T.H. (2013). Stomatolohichni proiavy gastroezofagealnoi reflukсної khvoroby u ditei ta doroslykh. Ohliad literatury [Dental displays of gastroesophageal reflux disease in children and adults. Literature review]. *Profilaktychna ta dytiacha stomatolohiia – Preventive and Pediatric Dentistry*, 2 (9), 34-39 [in Ukrainian].

5. Zvenigorodskaya, L.A., & Churikova, A.A. (2012). Terapiya gastroezofagealnoy reflukсної bolezni pri ishemicheskoy bolezni serdtsa [Therapy of gastroesophageal reflux disease in coronary heart disease.]. *Klin. geront. – Clinical Gerontology*, 18, 48-51 [in Russian].

6. Kahrilas, P.J. (2004). Review article: gastroesophageal reflux disease as a functional gastrointestinal disorder. *Aliment. Pharmacol Ther.*, 20 (Suppl), 50-55.

7. Kamenir, V.M. (2010). Dynamika rivnia stabilnykh metabolitiv oksydu azotu i melatoninu u patsiientiv z gastroezofagealnoiu reflukсної khvoroboiu u poiednanni z khronichnym obstruktyvnyim zakhvoriuvanniam lehen na tli likuvannia melatoninom [Dynamics of the level of stable metabolites of nitric oxide and melatonin in patients with gastroesophageal reflux disease in combination with chronic obstructive pulmonary disease on the background of treatment with melatonin]. *Suchasna gastroenterologhiia – Modern Gastroenterology*, 4, 61-66 [in Ukrainian].

8. Kellerman, R., & Kintanar, T. (2017). Gastroesophageal reflux disease. *Prim. Care*, 44 (4), 561-573. doi: 10.1016/j.pop.2017.07.001. Epub 2017 Oct 5. Review. PubMed PMID: 29132520.

9. Kseneva, S.I., Borodulina, E.V., & Udut, V.V. (2018). Discoordination of autonomic support of functions in the pathogenesis gastroesophageal reflux disease. *Bull. Exp.*

*Biol. Med.* doi: 10.1007/s10517-018-4279-3. [Epub ahead of print] PubMed PMID:30450517.

10. Maev, I.V. (2004). Gastroezofagealnaya reflukсної snaya bolezni – bolezni XXI veka [Gastroesophageal reflux disease – a disease of the XXI century]. *Lechashchii vrach – Attending Doctor*, 4, 10-14 [in Russian].

11. Vdovychenko, V.I., & Sverdjan, Ya.P. (2013). Kardiolohichni symptomy gastroezofagealnoi reflukсної khvoroby u patsiientiv iz tsukrovym diabetom 2 typu [Cardiological symptoms of gastroesophageal reflux disease in patients with diabetes mellitus type 2]. *Suchasna gastroenterologhiia – Modern Gastroenterology*, 3 (71), 110-114 [in Ukrainian].

12. Palii, I.H., Zaika, S.V., & Yankovetska, A.H. (2014). Poshyrennia HERKh sered khvorykh z patolohiieiu orhaniv travlennia, provokuiuchi chynnyky ta efektyvnist blokatoriv N+/K+ATFazy (za rezultatamy anketuvannia ambulatornykh khvorykh) [Distribution of GERD among patients with pathology of digestive organs, provocative factors and the effectiveness of N + / K + ATPase blockers (based on the results of the survey of ambulatory patients)]. *Suchasna gastroenterologhiia – Modern Gastroenterology*, 4 (78), 38-44 [in Ukrainian].

13. Ostrohliad, A.V. (2006). Pershyi dosvid vyvchennia epidemiohii gastroezofagealnoi reflukсної khvoroby v Ukraini [The first experience of epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Ukraine]. *Suchasna gastroenterologhiia – Modern Gastroenterology*, 1 (27), 30-32 [in Ukrainian].

14. Babak, M.O. (2011). Henderni osoblyvosti poshyrenosti gastroezofagealnoi reflukсної khvoroby [Gender features of the prevalence of gastroesophageal reflux disease]. *Suchasna gastroenterologhiia – Modern Gastroenterology*, 3, 11-16 [in Ukrainian].

15. Bychkov, M.A. (2011). Klinichni osoblyvosti perebihu zakhvoriuvan stravokhodu u patsiientiv revmatolohichnoho profilu [Clinical features of the course of diseases of the esophagus in patients with rheumatoid profile]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal – Ukrainian Rheumatological Journal*, 3, 75-78 [in Ukrainian].

16. Bychkov, M.A., & Yakhnytska, M.M. (2017). Poshyrenist gastroezofagealnoi reflukсної khvoroby za danymy endoskopichnykh doslidzhen [Prevalence of gastroesophageal reflux disease according to endoscopic studies]. *Zdo-*

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, ювілеї

butky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny – Achievements of Clinical and Experimental Medicine, 2, 38-43 [in Ukrainian].

17. Bychkov, M.A., Savvitskiy, Ya.M., Shvydkyi, Ya.B., & Yakhnytska, M.M. (2017). Henderni ta vikovi osoblyvosti endoskopichno pozytyvnoi formy hastroezofahealnoi refluksnoi khvoroby [Gender and age characteristics of the endoscopically positive form of gastroesophageal reflux

disease]. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny – Actual Problems of Modern Medicine, 17 (4), 72-76 [in Ukrainian].

18. Krylova, O.O., Maikova, T.V., Kutniak, V.M., & Yer-shova, S.Iu. (2016). Endoskopichna diahnostyka hastroezofahealnoi refluksnoi khvoroby [Endoscopy diagnosis of gastroesophageal reflux pain]. Suchasna gastroenterologiya – Modern Gastroenterology, 6 (92), 109-118 [in Ukrainian].

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ВО ЛЬВОВСКОМ РЕГИОНЕ

©М. Яхницкая

*Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого*

**РЕЗЮМЕ.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – самая распространенная патология современной гастроэнтерологии, которая наносит значительный экономический и социальный убыток, нарушает качество жизни людей.

**Цель** – изучить клиническое течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни во Львовском регионе.

**Материал и методы.** Проводили анкетирование, эндоскопическое обследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, cito test® H. Pylori Ag фирмы Pharmasco® для диагностики хеликобактерной инфекции.

**Результаты.** Проанализированы результаты наблюдений за 102 пациентами с ГЭРБ: среди них было 48 (47,1 %) женщин и 54 (52,9 %) мужчины. Средний возраст женщин составил (48±2,11) года, мужчин (37,7±1,65) года. В 73,5 % обследованных диагностирована эндоскопически позитивная форма ГЭРБ, тогда как 26,5 % не имели эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки пищевода. Изучение связи образа жизни у больных ГЭРБ показало, что нерегулярное питание и курение способствуют развитию заболевания. Анализ жалоб показал: у 37,2 % больных изжога ежедневная, периодическую изжогу 3–4 раза в неделю отмечали 62,7 % пациентов. Отрыжка и утренняя рвота наблюдалась у 59,8 и 16,7 % больных соответственно. Тошноту отмечали 37,2 % обследованных. На неприятный привкус во рту жаловались 35,3 % пациентов. Боль в эпигастрии наблюдалась у 53,9 % обследованных. 27,5 % больных ГЭРБ были инфицированы *H. pylori*.

**Выводы.** 1. Установлено, что эндоскопически негативная форма ГЭРБ в 4 раза чаще диагностируется у женщин, тогда как эрозивные изменения слизистой пищевода вдвое преобладают среди лиц мужского пола. Выяснено, что чаще всего ГЭРБ диагностировали у лиц молодого и среднего возраста (48,1 и 19,1 % соответственно).

2. Показано, что факторами риска развития ГЭРБ являются нерегулярное питание и курение. Зато хеликобактерная инфекция не ассоциируется с ГЭРБ независимо от эндоскопической картины.

3. Установлено, что ежедневная изжога, тошнота и неприятный привкус чаще встречаются у пациентов с эндоскопически негативной ГЭРБ (55,6, 62,9, 77,7 % соответственно), сочетание периодической изжоги, отрыжки и боли в эпигастрии позволяет заподозрить наличие эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки пищевода.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** гастроэзофагеальный рефлюкс; клинические проявления; хеликобактерная инфекция.

## FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN THE LVIV REGION

©M. Yakhnytska

*Danylo Halytskyi Lviv National Medical University*

**SUMMARY.** Gastroesophageal reflux disease is the most common pathology of modern gastroenterology, which causes significant economic and social damage, affects the quality of life of people.

**The aim:** to investigate the clinical course of gastroesophageal reflux disease.

**Material and Methods.** A questionnaire, an endoscopic examination of the upper gastrointestinal tract, and a cito test® H. Pylori Ag from Pharmasco® for the diagnosis of helicobacter infection were conducted.

**Results.** The results of observations on 102 patients with GERD were analyzed: 48 (47.1 %) women and 54 (52.9 %) men. The average age of women was (48±2.11) years, men (37.7±1.65) years. In 73.5 % of the examined patients, the endoscopically positive form of GERD was diagnosed, while 26.5 % had no erosive-ulcerative changes in the esophagus mucosa. Study of lifestyle communication in patients with GERD showed that irregular nutrition and smoking contribute

*Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, ювілей*

to the development of the disease. Analysis of the main complaints showed that in 37.2 % of patients with heartburn, daily, periodic heartburn 3–4 times a week was noted by 62.7 % of patients. Bloating and morning vomiting were observed in 59.8 % and 16.7 % of patients respectively. Nausea was noted by 37.2 % of the surveyed. An unpleasant taste in the mouth complained 35.3 % of patients. Epigastric pain was observed in 53.9 % of cases. 27.5 % of patients with GERD were infected with *H. pylori*.

**Conclusions.** 1. It was established that the endoscopically negative form of GERD is 4 times more often diagnosed in women, while erosive changes in the mucous membrane of the esophagus are twice as high among males. It was found that most often GERD was diagnosed in young and middle age (48.1 % and 19.1 % respectively).

2. It was shown that the risk factors for GERD are irregular diet and smoking. Instead, the helicobacter infection is not associated with GERD, regardless of the endoscopic pattern.

3. It was found that daily heartburn, nausea and an unpleasant taste are more common in patients with endoscopically negative GERD (55.6 %, 62.9 %, 77.7 % respectively), a combination of periodic heartburn, burping and pain in the epigastrium can be suspected of having erosive-ulcerative changes in the esophagus mucosa.

**KEY WORDS:** gastroesophageal reflux; clinical manifestations; helicobacter infection.

Отримано 28.01.2019