

УДК 616.329-002+612.014.482

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

*С. С. Чубенко, В. Ю. Ніколенко, І. В. Мухін, Л. Є. Авдєєва, Н. І. Кандибко,
В. Н. Путько, Г. В. Жуковська, Т. І. Трубіна, І. В. Анашкіна*

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького,
Медична служба Управління Донецької залізниці

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, іонізуюча радіація.

Період після аварії на Чорнобильській АЕС прийнято поділяти на йодний (із квітня по червень 1986 р.) і цезійний (після липня 1986 р.), який є більш віддаленим і буде тривати 30–50 років [15]. Якщо в перші 1–3 роки переважали психоневрологічні розлади, то надалі на їхньому тлі розвивалися соматичні відхилення у вигляді гастроентерологічних, серцево-судинних, ендокринних та інших захворювань [12, 15].

З 1987 по 1993 р. відзначали зростання у 16 разів кількості захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) серед ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС [14]. Окрім того, спостерігалися численні ураження органів ШКТ, що позначалося на клінічній картині хвороб [9]. Останніми роками дослідники відзначають значне збільшення кількості осіб — ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС — із захворюваннями органів ШКТ, а частота патології органів травлення серед них становить 41 %, тоді як в іншій популяції — 7,8 % [9, 10, 13, 14]. При цьому з року в рік зростають показники тимчасової втрати працездатності та інвалідності, пов'язаної з цією патологією [4, 11, 14].

Більшу увагу останнім часом привертає гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), оскільки невідомо зростає її поширеність серед хворих терапевтичного профілю [1]. Діагностичні можливості гастроентерологічної служби поліпшилися і дають змогу діагностувати основні патологічні чинники, що можуть зумовлювати ГЕРХ. Нині до основних патогенетичних чинників відносять: недостатність сфінктера кардії (НСК), або зниження тонусу нижнього стравохідного сфінктера (НСС), ослаблення перистальтики стравоходу, зниження стравохідного кліренсу, зниження здатності до скорочення стінок стравоходу й резистентності його стінок, порушення антирефлюксної функції НСС, уповільнення спорожнення шлунка [1]. До чинників, що впливають на за-

пірну функцію НСС, можна віднести наявність грижі шлункового отвору діафрагми, «клапан» Губарева, розмір кута Гіса, функціональний стан діафрагмових ніжок [1–3, 6].

Проте в доступній літературі є обмежена кількість даних про ГЕРХ, клінічні прояви якої відіграють істотну роль у клініці захворювань у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС.

Тому було вирішено провести дослідження, щоб встановити особливості клініко-функціональних показників ГЕРХ у названої категорії хворих.

Матеріал і методи дослідження

Проведено 580 клініко-ендоскопічних досліджень протягом 1998–1999 рр. у 240 хворих ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС, що перебували у спеціалізованому гастроентерологічному відділенні міської лікарні № 5 м. Донецька (І група), і в 310 хворих, що лікувалися в гастроентерологічному відділенні тієї ж лікарні (ІІ група, яка була контрольною).

Середній вік хворих І групи становив $(45,3 \pm 3,9)$ року, а ІІ групи — $(47,1 \pm 5,3)$ року. У І групі були переважно чоловіки (91,3 %), які брали участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС у 1986 р. (74,2 %) і в 1987 р. (25,8 %). Середня доза опромінення становила $(24,0 \pm 3,7)$ бер. До другої групи відбирали хворих також чоловічої статі (93,2 %), аналогічного віку. Хворих обстежували клінічними, а також ендоскопічними, рентгенологічним, ультрасонографічним методами. Здатність шлунка до кислототворення досліджували фракційним і рН-метричним методами [1, 6, 11]. Діагностику проводили за результатами обстеження, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. Статистичний аналіз матеріалу проведено за допомогою параметричних методів та кореляційного аналізу. Результати вважали статистично значущими, якщо $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Ми проаналізували частоту ендоскопічних проявів ГЕРХ — недостатності сфінктера кардії, діафрагмових гриж, ерозій стравоходу — у хворих першої та другої груп. Результати подано в таблиці.

За допомогою кореляційного аналізу у хворих першої групи виявлено прямий кореляційний зв'язок частоти недостатності сфінктера кардії з частотою діафрагмових гриж ($r=+0,13$; $p<0,05$) та з частотою ерозій стравоходу ($r=+0,12$; $p<0,05$), останні мали з діафрагмовими грижами більш тісний зв'язок ($r=+0,28$; $p<0,001$). У пацієнтів контрольної групи також виявлено прямий кореляційний зв'язок між парами названих трьох показників, відповідні значення коефіцієнта кореляції: $r=+0,22$ ($p<0,01$); $r=+0,24$ ($p<0,001$) та $r=+0,16$ ($p<0,05$) — останнє свідчить про менш тісний зв'язок частот ерозій стравоходу і діафрагмових гриж.

Клінічні прояви ГЕРХ характеризувалися наявністю печії, яка з'являлася й посилювалась внаслідок нахилу вперед, у положенні лежачи, точніше в тих положеннях тулуба хворого, коли вміст шлунка може потрапляти до стравоходу. Інколи під час сну виникали напади задухи, які були спричинені регургітацією вмісту шлунка зі стравоходу у трахею, це спостерігали у (81,7 \pm 2,5) % ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС — значно частіше, ніж у хворих контрольної групи: (47,8 \pm 2,8) % ($p<0,001$). Більша частота клінічних проявів зумовлена тим, що ГЕРХ може супроводжуватися дискомфортом, печінням, болям за грудниною, пов'язаними з положенням тулуба (під час роботи, що вимагає нахилання вперед) або з похибками в дієті, прийомом гострої, кислої, гарячої їжі, тобто за наявності хімічного, термічного впливу на слизову оболонку стравоходу, що запалюється переважно в дистальній частині, внаслідок дії на неї шлункового соку, жовчі, а також ферментів панкреатичного й кишкового секретів при гастроєзофагеальному рефлюксі [8, 10]. Такі особливості харчування та порушення режиму характерні для працівників залізничного транспорту, котрі працюють у змінному режимі.

Однак ендоскопічні прояви були значно виразнішими в осіб контрольної групи (див. таблицю). Загалом клініко-ендоскопічні прояви ГЕРХ у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС з ерозивно-виразковими ураженнями верхніх відділів ШКТ спостерігаються у (88,3 \pm 2,1) % хворих, тоді як у контрольній групі — у (55,4 \pm 2,8) % осіб ($p<0,001$).

За результатами проведених клінічних досліджень, ГЕРХ супроводжували: хронічний гастродуоденіт у (25,0 \pm 2,8) % хворих I групи й у (10,3 \pm 1,7) % хворих II групи ($p<0,001$), хронічний гепатит — відповідно у 80,0 \pm 2,6 і (24,6 \pm 2,5) % хворих ($p<0,001$), хронічний панкреатит — у 15,8 \pm 2,4 і (16,7 \pm 2,1) %, синдром подразненого кишечника — у 15,8 \pm 2,4 та (75,0 \pm 2,5) % ($p<0,001$), хронічний холецистит — у 20,9 \pm 2,6 і (80,0 \pm 2,3) % ($p<0,001$) (мал. 1).

Інші автори відзначають також зростання частоти виразкової хвороби (11–33 %), хронічних гастритів з атрофією слизової оболонки, хронічних гепатитів (33–36 %), хронічних холециститів, жовчнокам'яної хвороби (25–52 %), а також порушень функції тонкої кишки, причому 2,5 % з них перебігає з її мікробним ураженням, а дисбактеріози I й II ступеня діагностовані в 60 % ліквідаторів наслідків аварії [7, 14]. Таким чином, для хворих ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС характерною є більша кількість супровідних захворювань, в основному функціональних, тобто більша кількість органів травлення втягується у патологічний процес.

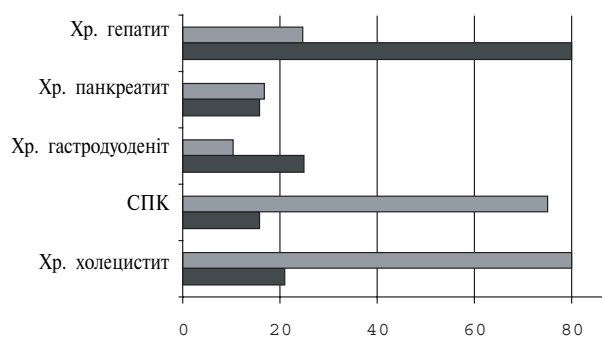
З мал. 2 видно, що відносно зниження функції шлунка щодо кислототворення спостерігається у значній частині ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС — у (12,2 \pm 2,1) % і тільки в (4,2 \pm 1,1) % хворих контрольної групи ($p<0,05$), тобто в тих, хто не зазнавав радіаційного впливу.

В осіб, що зазнали впливу іонізуючої радіації, за результатами великої кількості спостережень, виявлено зміни однакового спрямування нервової (нейроциркуляторні дистонії у 2/3 пацієнтів), імунної (пригнічення Т-лімфоцитів, зниження рівня Ig й активності комплементу) і ендокринної систем. Це свідчить про подібність порушення ре-

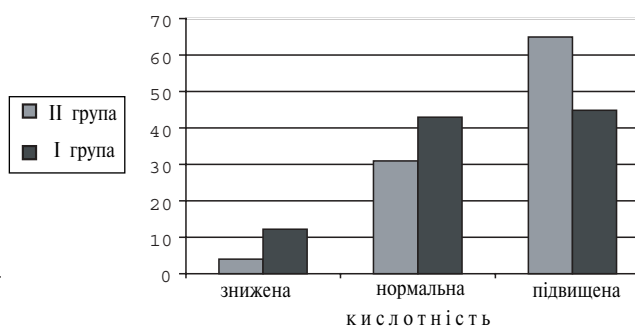
Таблиця

Частота ендоскопічних проявів ГЕРХ у хворих із виразковою хворобою шлунка

Ендоскопічний прояв	Кількість випадків				p
	I група (n = 240)		II група (n = 310)		
	абс.	віднос., %	абс.	віднос., %	
Недостатність сфінктера кардії	146	60,8 \pm 3,2	105	33,9 \pm 2,7	<0,001
Діафрагмова грижа	60	25,0 \pm 2,8	32	10,3 \pm 1,7	<0,001
Ерозії стравоходу	6	6,7 \pm 1,6	35	11,3 \pm 1,8	<0,05
Діафрагмова грижа та ерозії стравоходу	8	3,3 \pm 1,2	13	4,2 \pm 1,1	>0,05



Мал. 1. Частота супровідних гастроентерологічних захворювань (%) у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС (І гр.) і в контрольній групі (ІІ гр.)



Мал. 2. Розподіл показників кислотності шлункового соку (%) у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС (І гр.) і в контрольній групі (ІІ гр.)

гуляторних механізмів у хворих цієї групи при різноманітних захворюваннях [12, 15].

Ерозії стравоходу за наявності діафрагмової грижі визначали не так часто у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС порівняно з представниками контрольної групи: у $(3,3 \pm 1,2)$ % хворих проти $(4,2 \pm 1,1)$ %. На наш погляд, це можна пояснити стійким Т-клітинним імунodefіцитом, що зумовлює зниження резистентності слизової оболонки стравоходу, активізацію процесів перекисного окиснення ліпідів, функціональними порушеннями, які зменшують кліренс стравоходу, а також зниженням тонуусу НСС, НСК у І групі і НСС у ІІ групі, і меншою мірою — чинником кислототворення [5]. Тому до комплексу лікувальних заходів для хворих на ГЕРХ ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС доцільно включати не тільки ан-

типресорні й антигелікобактерні препарати, а й імунокоректори, прокінетики, антиоксиданти, мукоцитопротектори [1, 4, 9, 12].

Висновки

1. Клініко-ендоскопічні прояви ГЕРХ у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС при ерозивно-виразкових ураженнях верхніх відділів ШКТ наявні у переважній більшості хворих.
2. ГЕРХ у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС часто супроводжується іншими хронічними захворюваннями органів травлення.
3. Потрібно проводити комплексне обстеження всіх ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС із захворюваннями ШКТ і надавати їм консультативну допомогу в умовах спеціалізованих гастроентерологічних центрів.

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. *Бабак О. Я.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / О. Я. Бабак, Г. Д. Фадеенко.— К.: Интерфарма, 2000.— 176 с.
2. *Байтингер В. Ф.* Нервно-мышечный аппарат сфинктерной зоны пищевода / РМГУ.— 1992.— 132 с.
3. *Билхарц Л.* Осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.— 1998.— № 5.— С. 69—76.
4. *Використання* блокатора М₁-холінорецепторів гастроцепіну в лікуванні хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС / Д. М. Якименко, Г. З. Мороз, Є. О. Саркісова, С. В. Мірошниченко // Ліки.— 1997.— № 3.— С. 3—4.
5. *Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь* — современные тенденции лечения заболевания / В. А. Кубышкин, Б. С. Корняк, Р. Х. Азимов, Т. Г. Чернова // Рос. гастроэнтерол. журн.— 1999.— № 4.— С. 8—14.
6. *Гастроэнтерология: В 3 ч. Ч. 1.* Пищевод. Желудок: Пер.с англ. / Под ред. Дж. Х. Барона, Ф. Г. Муди.— М.: Медицина, 1988.— 304 с.
7. *Голубчиков М. В.* Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби печінки та жовчовивідних шляхів // Сучас. гастроентерологія і гепатологія.— 2000.— № 2.— С. 53—55.
8. *Калинин А. В.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Врач.— 1998.— № 9.— С. 15—17.
9. *Крючкова О. Н.* Патология органов пищеварения у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения, и ее санаторно-курортное лечение // Вестн. физиотерапии и курортологии.— 1999.— № 1.— С. 67—70.
10. *Легеза В. И.* Ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС — 10 лет спустя // Терапевт. архив.— 1998.— № 1.— С. 77—79.

11. Мороз Г. З. Диагностика заболеваний органов пищеварения у пострадавших в результате аварии на ЧАЭС // Мед. вести.— 1997.— № 4.— С. 16–17.
12. Ніколенко В. Ю. Хвороби нервової системи в гірників і імунопатологія.— Донецьк: Донеччина, 1999.— 288 с.
13. Особенности клинического течения заболеваний органов пищеварения у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения в результате аварии на ЧАЭС / В. Г. Передерий, Н. Г. Бычкова, А. А. Фомина и др. // Врачеб. дело.— 1991.— № 10.— С. 65–68.
14. Ткачишин В. С. Стан органів системи травлення у ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС // Лікар. справа.— 1999.— № 2.— С. 32–35.
15. Чернобыльская катастрофа / Под ред. акад. НАНУ В. Г. Баряхтара.— К.: Наук. думка, 1995.— 560 с.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

С. С. Чубенко, В. Ю. Ніколенко, И. В. Мухин, Л. Е. Авдеева, Н. И. Кандыбко, В. Н. Пуцько, Г. В. Жуковская, Т. И. Трубина, И. В. Анашкина

Изучены клинико-функциональные особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у 240 ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и у 310 больных контрольной группы. У ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС отмечается относительное снижение кислотообразующей функции желудка. Клинико-эндоскопические проявления ГЭРБ у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС встречаются у большинства больных при эрозивно-язвенных поражениях верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а ГЭРБ у них всегда сочетается с другой патологией органов пищеварения. Этой группе больных необходимо комплексное обследование и консультативная помощь в условиях специализированных гастроэнтерологических центров.

THE CLINICAL AND ENDOSCOPICAL FEATURES OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE OF THE LIQUIDATORS OF CHORNOBYL APS DISASTER CONSEQUENCES

S. S. Chubenko, V. Yu. Nikolenko, I. V. Mukhin, L. Ye. Avdieieva, N. I. Kandybko, V. N. Put'ko, H. V. Zhukovs'ka, T. I. Trubina, I. V. Anashkina

The clinical and functional features of the gastroesophageal reflux disease (GERD) course in 240 liquidators of Chornobyl' APS disaster consequences and in 310 patients of control group were studied. In Chornobyl' liquidators the relative decrease of stomach acidic function is observed. Clinical and endoscopical GERD manifestations in the ChAPS liquidators occur in the most part of patients with erosive and ulcerous lesions of the upper gastrointestinal departments, and GERD is always combined with other pathology of digestive organs. This group of patients needs complex examination and consulting help in conditions of specialized gastroenterological centers.