

decrease in p50reall by 7.54% ($p < 0.05$) is observed, which indicates a shift in the dissociation of oxyhemoglobin to the left. Against the backdrop of the use of artificial pneumothorax, there was a significant decrease in all analyzed parameters of lipid peroxidation relative to the initial ones and an increase in antioxidant protection indicators was noted.

The use of IP as a part of complex chemotherapy of patients with destructive forms of pulmonary tuberculosis results in a shift in the curve of dissociation of oxyhemoglobin to the left. The use of artificial pneumothorax leads to a decrease in activity of free radical oxidation and an increase in the potential of antioxidant protection.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКСНОГО ЭЗОФАГИТА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Шелкович Ю.Я.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно
lazarilin@mail.ru

Введение. Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным и/или регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого с развитием характерных симптомов вне зависимости от того, возникают ли при этом морфологические изменения слизистой оболочки пищевода.

В настоящее время ГЭРБ по праву считается эпидемией XXI века. Распространенность её среди лиц трудоспособного возраста составляет 40-50%, ежедневно симптомы заболевания испытывают 4-10% лиц, еженедельно – 20-30% и ежемесячно – около 50%. Кроме того, отмечается рост заболеваемости аденокарциномой пищевода: частота составляет 6–8 новых случаев на 100 тысяч населения в год [1].

Выделяют следующие типы рефлюксов: кислотный, при котором типичны изжога и кислая регургитация, характерно развитие рефлюкс-эзофагита и пищевода Барретта; щелочной, при котором на первый план выступают атипичные (кашель, бронхоспазм) или ассоциированные симптомы (эпигастральная боль, тошнота, развитие сопутствующего рефлюкс-гастрита); смешанный тип рефлюкса [2].

Согласно Монреальской классификации проявлений ГЭРБ выделяют пищеводные и внепищеводные синдромы. К пищеводным синдромам относятся симптоматические синдромы (типичный рефлюксный синдром, синдром болей в грудной клетке, связанных с рефлюксом) и синдромы с повреждением

пищевода (рефлюкс-эзофагит, стриктуры вследствие рефлюкса, пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода). К внепищеводным синдромам относятся доказанные ассоциации, такие как синдром кашля, ассоциированного с рефлюксом, синдром рефлюкс-ларингита, охриплость голоса, синдром рефлюкс-астмы, синдром зубных рефлюкс-эрозий, а также предполагаемые ассоциации, такие как фарингит, синусит, идиопатический легочный фиброз, рецидивирующее воспаление среднего уха, ощущение кома в горле, жжение щек и языка. Считается, что именно с наличием щелочного рефлюкса связано развитие внепищеводных синдромов [3].

В качестве коморбидного заболевания, часто сопровождающего ГЭРБ, в настоящее время рассматривается синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС). СОАГС – это заболевание, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью. Распространенность данного синдрома составляет 10-12% в популяции и с возрастом увеличивается. Клинически значимые дыхательные расстройства отмечены у 24% мужчин и 9% женщин в возрасте от 30 до 60 лет. Традиционно СОАГС рассматривается в качестве фактора риска кардиоваскулярных заболеваний [4]. Однако по литературным данным около 70% пациентов с СОАГС имеют значительную степень ГЭРБ [5]. Оба заболевания имеют полиэтиологический генез и приводят к развитию синдрома взаимного отягощения. Причинно-следственные взаимоотношения между ними в настоящее время представляются неизученными.

Цель исследования. Оценить особенности клинического течения рефлюксного эзофагита у пациентов с СОАГС.

Материалы и методы. В исследование вошли 60 пациентов с эзофагитом трудоспособного возраста (47 (37; 56) лет). Для клинической оценки степени выраженности проявлений ГЭРБ использовался опросник GerdQ (gastroesophageal reflux disease questionnaire). Чем больше баллов набирает пациент по результатам опросника, тем выше вероятность наличия у него ГЭРБ. Всем пациентам с целью выявления нарушений со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта выполнялось эндоскопическое исследование по стандартным методикам с забором биопсийного материала из нижней трети пищевода, тела желудка и антрума для морфологической верификации диагноза. С целью диагностики СОАГС проводилось сомнологическое исследование с расчётом индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) (количество эпизодов апноэ и/или гипопноэ в час). Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от наличия и степени тяжести СОАГС: 1-ая группа – пациенты с эзофагитом (n=24) без СОАГС (ИАГ менее 5), 2-ая группа – пациенты с эзофагитом и легкой степенью СОАГС (n=21) (ИАГ от 5 до 15), 3-я группа – пациенты с эзофагитом и СОАГС средней степени тяжести (n=15) (ИАГ от 15 до 30). Данные обрабатывались с использованием непараметрических методов программы «STATISTICA 10.0» (критерий Краскела-Уоллиса и U-тест Манна-Уитни).

Результаты исследования. Статистически достоверно более низкие уровни баллов по опроснику GerdQ были получены у пациентов 3-ей группы в сравнении с пациентами 1-ой группы (6 (4; 6) и 7 (6; 8,5) соответственно) ($p=0,005$). При сравнении 3-ей и 2-ой групп также получены статистически достоверно более низкие значения суммы баллов по опроснику GerdQ у пациентов 3-ей группы (6 (4; 6) и 7 (6; 8) соответственно) ($p=0,007$). Между пациентами 1-ой группы и 2-ой группы статистически достоверных различий не было получено.

Выводы. Отсутствие типичной клинической симптоматики ГЭРБ у пациентов с СОАГС может свидетельствовать в пользу наличия атипичной формы ГЭРБ, связанной с преобладанием щелочного рефлюкса. Данное явление затрудняет своевременную диагностику рефлюксного эзофагита у пациентов с СОАГС, что позволяет отнести их к группе риска развития пищевода Барретта и аденокарциномы пищевода.

Литература

1. Маев, И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – лидер кислотозависимой патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта / И. В. Маев [и др.] // Исток-система ГастроСкан [Электронный ресурс]. – 2004. – Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/6453>. – Дата доступа: 04.10.2017.
2. Шептулин, А. А. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. А. Шептулин, В. А. Киприанис // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – № 5. – С. 10–15.
3. Кляритская, И. Л. Монреальский консенсус по ГЭРБ 2006 года / И. Л. Кляритская, Ю. А. Мошко // Крымский терапевтический журнал. – 2006. – № 3. – С. 27–44.
4. Бузунов, Р. В. Причины храпа и апноэ / Р. В. Бузунов // Храп.ru [Электронный ресурс]. – 2007. – Режим доступа : <http://www.hrap.ru/snore/>. – Дата доступа : 11.10.2017.
5. Jung, H. Gastroesophageal Reflux Disease and Sleep Disorders: Evidence for a Causal Link and Therapeutic Implications / H. Jung, R. S. Choung, N. Talley // NCBI [Electronic resource]. – 2010. – Mode of access : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879818/>. – Date of access : 11.10.2017.

Summary

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF REFLUX EZOPHAGITIS IN PATIENTS WITH THE SYNDROME OF A DESIGN APNOE / GIPOPNOE SLEE

Shelkovich Yu.Ya.

Grodno State Medical University

This article is dedicated to the clinical features of reflux esophagitis in patients with obstructive sleep apnea syndrome (OSA). According to the study patients with moderate OSA have lower value of symptoms of GERD in comparison with patient without OSA or with mild OSA. Lower value of symptoms expressiveness allows us to attribute these patients to the risk group of Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma development.