

УДК 616.329-002:616.441-008.64]-071-036.1

*Т.В. Рева, І.В. Трефаненко, Н.Д. Павлюкович, В.Б. Рева***ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В ОСІБ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

**Резюме.** У статті висвітлені клінічні прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, зумовлені супутньою патологією щитоподібної залози. Порушення вторинної перистальтики стравоходу, що трапляються в

більшості хворих на гіпотиреоз, сприяють більш тяжкому перебігу захворювання.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, гіпотиреоз, клінічний перебіг.

**Вступ.** За останні десятиріччя спостерігається збільшення поширеності гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) [1, 9]. За результатами епідеміологічних досліджень, проведених у багатьох країнах світу, частота ГЕРХ у загальній популяції становить від 7 до 60 %, а в дітей коливається, за даними різних авторів, від 2-4 % до 8,7-49 % і показник щороку зростає [11, 12]. ГЕРХ є одним із небагатьох захворювань, у патогенезі якого більшістю дослідників провідна роль приділяється руховій дисфункції стравоходу [8, 14]. У клінічній практиці досить обмежені можливості методичної бази для діагностики дискінезій стравоходу, які трапляються за даної патології [6]. Тому основним напрямом стратегії лікування ГЕРХ, як і раніше, залишається усунення кислотно-пептичного чинника. Останніми роками відбувся достатньо швидкий перехід від уявлень про ГЕРХ, як про дистальний рефлюкс-езофагіт [8, 11], до сприйняття її як захворювання всього організму. Це зумовлено відкриттям позастравохідних ускладнень даного захворювання, що сприяло виникненню широкого інтересу до даної проблеми в дослідників найрізноманітніших спеціальностей: кардіологів, пульмонологів, стоматологів, отоларингологів, хірургів і онкологів [5, 7, 10, 13].

Більшість авторів дотримуються думки про відсутність зв'язку тяжкості захворювання з вираженістю симптомів, які можуть мати місце і при ендоскопічно негативному перебігу захворювання [1, 13].

**Мета дослідження.** Вивчити особливості клінічних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в осіб зі зниженою функцією щитоподібної залози.

**Матеріал і методи.** В основі клінічних досліджень були спостереження за 101 хворим на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу зі зниженою функцією щитоподібної залози. Показники умовної норми встановлено на підставі обстеження 30 практично здорових осіб, в яких після обстеження не виявлено ознак захворювання внутрішніх та ендокринних органів.

Діагноз гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби встановлювали на підставі класичних клінічних симптомів, результатів інструментальних досліджень (позитивного тесту з рабепразо-

лом або альгінатом, ендоскопічного дослідження, внутрішньоштравохідної рН-метрії, проби із метиленовим синім) за уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» (затвердженого Наказом МОЗ України від 31 жовтня 2013 р. № 943) з урахуванням Міжнародної статистичної класифікації 10-го перегляду.

Діагноз гіпотиреозу встановлювали на підставі класичних клінічних симптомів, результатів лабораторних досліджень (визначення рівня тиреотропного гормону гіпофіза, вільного Т<sub>4</sub>, вільного Т<sub>3</sub>, антитіл до тиреопероксидази крові), сонографічного дослідження щитоподібної залози [2].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед хворих на ГЕРХ із гіпотиреозом переважали жінки – 82 (81,2 %), чоловіки становили 18,8 % (19 осіб). Співвідношення жінок і чоловіків склало 4,3:1. Вік хворих коливався від 31 до 74 років. Середній вік складав 49,2±10,05 року.

Серед причин зниження функції щитоподібної залози у пацієнтів значну частку склали хворі на ідіопатичний гіпотиреоз – 49 пацієнтів (48,5 %). Післяопераційний гіпотиреоз діагностований у 39 осіб (38,6 %). Автоімунний тиреоїдит із гіпотиреозом діагностували в 13 пацієнтів (12,9 %) (табл. 1).

Гіпотиреоз середнього ступеня тяжкості діагностували в 47 пацієнтів (46,5 %), тяжкого ступеня – у 54 осіб (53,5 %). У всіх пацієнтів відмічали субкомпенсований гіпотиреоз.

Давність захворювання на гіпотиреоз у обстежених осіб складала від одного до 37 років. Середня тривалість захворювання складала 10,7±7,38 року. При цьому привертає увагу той факт, що в переважній більшості пацієнтів симптоми ГЕРХ з'явилися через два-три роки з моменту захворювання на гіпотиреоз.

Клінічна картина ГЕРХ характеризувалася різноманітністю виявлених симптомів, частота клінічних проявів захворювання подана в таблиці 2. Найчастіше серед них траплявся біль у надчревіній ділянці та за грудниною у – 92,1 % осіб. На печію скаржилися тільки сім пацієнтів. Гіркість у роті виявлялась у 95 % хворих на ГЕРХ на тлі гіпотиреозу.

Таблиця 1

**Розподіл хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу із супутнім гіпотиреозом залежно від причини виникнення гіпотиреозу (n, %)**

Стать	Причина виникнення гіпотиреозу			Всього
	Ідіопатичний гіпотиреоз	Післяопераційний гіпотиреоз	Автоімунний тиреоїдит із гіпотиреозом	
Чоловіки	11 (10,9%)	6 (5,9%)	2 (2%)	19 (18,8%)
Жінки	38 (37,6%)	33 (32,7%)	11 (10,9%)	82 (81,2%)
Разом	49 (48,5%)	39 (38,6%)	13 (12,9%)	101 (100%)

Таблиця 2

**Клінічні ознаки гастроезофагеальної рефлюксної хвороби в осіб із супутнім зниженням функції щитоподібної залози (n, %)**

Клінічні ознаки	Абсолютне значення (n=101)	Відсоткове співвідношення (%)
Біль у надчеревній ділянці та за грудниною, що посилюється після вживання їжі, при нахилах тулуба вперед	93	92,1
Печія	7	6,9
Відрижка	72	71,3
Гіркість у роті	96	95
Зригування	62	61,4
Дисфагія	52	51,5
Одинофагія	41	40,6
Відчуття клубка в горлі	34	33,7
Нудота	31	30,7

Таблиця 3

**Клінічні ознаки зниження функції щитоподібної залози у хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (n, %)**

Клінічні ознаки	Абсолютне значення (n=101)	Відсоткове співвідношення (%)
Загальна слабкість	99	98,02
Зниження пам'яті	79	78,22
Підвищена втомлюваність	79	78,22
М'язова слабкість	80	79,21
Сонливість	64	63,37
Мерзлякуватість	66	65,35
Апатія	62	61,39
Сухість шкіри	80	79,21
Блідість шкіри	22	21,79
Ламкість нігтів	66	65,35
Випадіння волосся	70	69,31
Набряклість обличчя	79	78,22
Набряки кінцівок	78	77,23
Збільшення маси тіла	86	85,15
Симптом Бера («брудних ліктів»)	60	59,41
Випадіння зовнішніх третин брів	57	56,44
Охриплість голосу	33	32,67
Біль у ділянці серця	66	65,35
Зниження апетиту	63	62,38
Запори	96	95,05

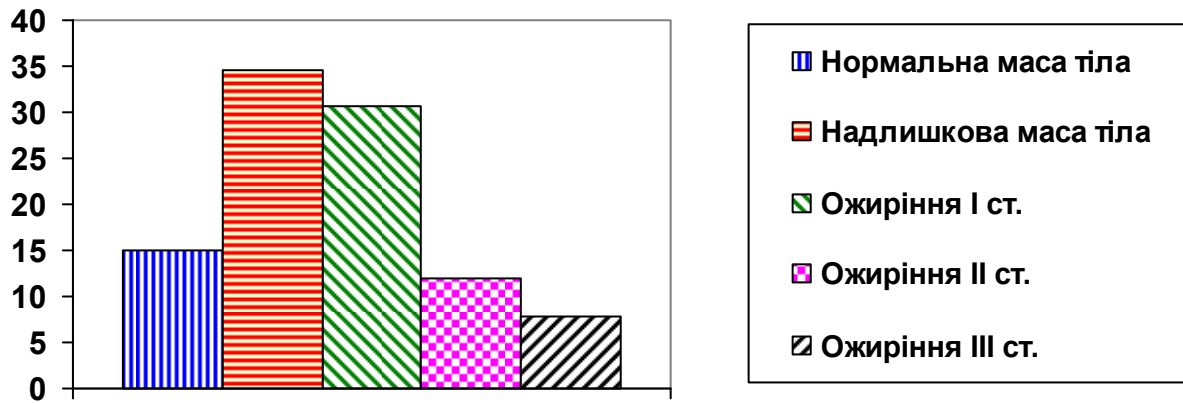


Рис. 1. Розподіл пацієнтів за індексом маси тіла

Серед клінічних ознак зниженої функції щитоподібної залози в пацієнтів найчастіше траплялися такі скарги, як підвищена втомлюваність, сонливість, зниження пам'яті та апетиту, м'язова слабкість, сухість шкірних покривів, збільшення маси тіла та запори (табл. 3).

Дослідження антропометричних показників включало визначення маси тіла, зросту, окружності талії (ОТ), окружності стегон (ОС) та їх співвідношення, а також індексу маси тіла (ІМТ) відповідно до загальноприйнятої методики [3]. Індекс маси тіла вираховували за формулою:

$$\text{ІМТ} = \frac{\text{маса тіла}}{\text{зріст}^2}, \text{ кг/м}^2$$

Масу тіла оцінювали за рекомендаціями ВООЗ (1997): при значеннях ІМТ у межах 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup> масу оцінювали як нормальну, при ІМТ 25-29,9 кг/м<sup>2</sup> встановлювали підвищену масу тіла, при ІМТ 30,0-34,9 кг/м<sup>2</sup> діагностували ожиріння I ступеня, при ІМТ 35,0-39,9 кг/м<sup>2</sup> – ожиріння II ступеня, при ІМТ понад 40,0 кг/м<sup>2</sup> – ожиріння III ступеня [4].

Нормальна маса тіла відмічена в незначній кількості пацієнтів (14,9 %), у переважній більшості спостерігалися надлишкова маса тіла та ожиріння I та II ступеня (рис. 1).

Окружність талії в досліджуваних у середньому складав 96,3±12,80 см. Окружність стегон у середньому становив 95,6±5,92 см. Співвідношення окружності талії / окружності стегон відповідало 1,0±0,16 см, що свідчило про наявність ожиріння за абдомінальним типом.

Окрім основного захворювання в переважній частині пацієнтів діагностована супутня патологія (хронічний атрофічний гастрит, хронічний некалькульозний холецистит у фазі ремісії). Грижа стравохідного отвору діафрагми діагностована у дев'яти обстежених осіб.

### Висновки

1. При поєднанні гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби із гіпотиреозом відмічається взаємообтяжений перебіг захворювань.

2. У хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу зі зниженою функцією щитоподібної залози переважають скарги, притаманні для лужного рефлюксу.

### Перспективи подальших досліджень.

Створення комплексного диференційованого підходу до діагностики та лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу із порушенням тиреоїдного гомеостазу, а саме зі зниженою функцією щитоподібної залози.

### Література

1. Бабак О.Я. Новые стандарты ведения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / О.Я. Бабак // Здоров'я України. – 2008. – № 3. – С. 11-15.
2. Балаболкин М.И. Фундаментальная и клиническая тиреодология: Руководство / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.М. Кремская. – М.: Медицина, 2007. – 816 с.
3. Боднар П.М. Метаболічний синдром: патогенез, клініка, лікування / П.М. Боднар, Н.В. Скрипник // Наук. вісник Нац. мед. ун-ту ім. О.О. Богомольця. – 2008. – № 4 (21). – С. 185-191.
4. Бутрова С.А. Лечение ожирения. Рекомендации для врачей / В.А. Бутрова. – М.: Хоффман-Ля-Рош ЛТД, 2001. – 21 с.
5. Активність протеолітичних ферментів загальної та специфічної дії, інгібітора протеїнази, лізоциму і каталази в ротовому секреті у пацієнтів із запальними захворюваннями верхніх дихальних шляхів / К.М. Веремеєнко, О.Й. Кизим, О.П. Голобородько [та ін.] // Жу. вуш., нос. і горл. хвороб. – 2006. – № 6. – С. 2-7.
6. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О.В. Иванова, В.А. Исаков, С.В. Морозов [и др.] // Болез. орган. пищеварения. – 2004. – № 2. – С. 15-21.
7. Иванова М.А. Лечение рецидивирующих воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух у часто и длительно болеющих пациентов / М.А. Иванова // Рос. риол. – 2006. – № 1. – С. 35-36.
8. Касумов Н.А. Рефлюкс-эзофагит: современное состояние проблемы / Н.А. Касумов // Хирургия. – 2007. – № 4. – С. 62-65.
9. Колісник С.П. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: актуальні питання сучасної діагностики, лікування та профілактики / С.П. Колісник, В.М. Чернобровий // Сучас. гастроентерол. – 2006. – № 1. – С. 93-96.
10. Тишко Ф.О. Синдром хронічного фарингіту / Ф.О. Тишко, В.О.Павлова // Ж. вуш., нос. і горл. хвороб. – 2007. – № 3. – С. 261.
11. Acid reflux is a poor predictor for severity of erosive reflux esophagitis / B. Avidan, A. Sonnenberg, T.G. Schnell [et al.] // Dig. Dis. Sci. – 2002. – Vol. 47, № 11. – P. 2565-2573.
12. Auescher H.D. Diagnosis of gastroesophageal reflux / H.D. Auescher // Schweiz. Rundsch. Med. Prax. – 2002. – Vol. 91, № 18. – P. 779-790.

13. Managing gastroesophageal reflux disease / S.W. Ray, J. Secrest, A.P. Ch'ien [et al.] // Nurse Pract. – 2002. – № 5. – P. 36-53.
14. Williams C.N. GERD – what is this? / C.N. Williams // Can. J. Gastroenterology. – 2003. – Vol. 31. – P. 201-203.

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ СО СНИЖЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Т.В. Рева, И.В. Трефаненко, Н.Д. Павлюкович, В.Б. Рева*

**Резюме.** В статье описаны клинические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, обусловленные сопутствующей патологией щитовидной железы. Нарушения вторичной перистальтики пищевода, которые встречаются у большинства больных на гипотиреоз, способствуют более тяжелому течению болезни.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гипотиреоз, клиническое течение.

### FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH REDUCED THYROID FUNCTION

*T.V. Reva, I.V. Trefanenko, N.D. Pavlyukovich, V.B. Reva*

**Abstract.** This article describes the clinical manifestations of gastroesophageal reflux disease caused by concomitant diseases of the thyroid gland. Violations of secondary esophageal peristalsis, which are found in most patients with hypothyroidism, contribute to a more severe course of the disease.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, hypothyroidism, clinical course.

Higher State Medical Institution «Bukovinian State Medical University» (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І. Волошин

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 3 (75). – P. 147-150

Надійшла до редакції 20.05.2015 року