

УДК: 616.32+616.329+616-072.2

# Диагностическая значимость рН-метрии кислотозависимых заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта

Н.В. Жукова

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь.*

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, многочасовое рН-мониторирование, бронхиальная астма.

**К**ислотозависимым заболеваниям верхних отделов пищеварительного тракта принято относить гастрит, язвенную болезнь с гастродуоденальной локализацией язв, постгастрорезекционные язвы анастомоза, рефлюкс-эзофагит, дуоденит, рефлюкс-гастрит [1].

Для оценки пищеварительной функции желудка, тесно связанной с продукцией кислоты, а также для выявления патофизиологически и диагностически значимых нарушений солянокислой секреции в происхождении кислотозависимых заболеваний применяют функциональные методы исследования желудка и 12 перстной кишки [1].

Наибольшую значимость имеют два подхода. Первый – это исследование желудочного содержимого, полученного с помощью

тонкого зонда до и после стимуляции главных желез желудка гистамином или пентагастрином [8].

Второй основан на кратковременной (до 3-х часов) или продолжительной (до 24 часов) интрагастральной рН-метрии [5].

При изучении уровня максимальной кислотной продукции в ответ на парентеральную стимуляцию желез гистамином или пентагастрином можно составить представление о массе функционально полноценных главных желез. Определение этого показателя является одним из наиболее доступных и надежных методов диагностики атрофии слизистой оболочки тела желудка и контроля за развитием атрофических изменений в динамике [8].

При интрагастральной рН-метрии проводится изучение кислотности «по глубине» или «по вре-

мени» [5]. Регистрация внутрижелудочного рН (экспресс методика) осуществляется по каналу желудка через каждый сантиметр от кардиального до пилорического отделов (по глубине). Внутриполостная рН-метрия «по времени» является методикой, с помощью которой электрод рН-микрзонда должен быть расположен на определенном уровне пищевода, желудка или 12 перстной кишки. Исследование может проводиться от 1 до 24 часов. При проведении рН-мониторинга изучают состояние базальной секреции желудка (нормо-, гипо-, гиперхлоргидрия); состояние пищевода и сфинктера: оценка времени, в течение которого рН в пищеводе выше 4,0 или ниже 7,0; общее число рефлюксов, длительность наиболее продолжительного рефлюкса; число рефлюксов, продолжи-

тельностью более 5 минут [3, 4, 5, 7, 8].

В наших исследованиях, из всей группы кислотозависимых заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, более всего изучалась гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). ГЭРБ по результатам эпидемиологических исследований является одним из наиболее частых заболеваний, встречающихся в общей медицинской практике [6].

Целью нашей работы являлось изучение кислотообразующей функции желудка и характера гастроэзофагеального рефлюкса (кислый или щелочной) у больных ГЭРБ в сочетании с бронхиальной астмой.

Под наблюдением находилось 45 человек в возрасте от 17 до 55 лет. Из них мужчин было 13 (29%), женщин – 32 (71%). При поступлении в стационар все пациенты проходили стандартное клиническое обследование, включающее общий анализ крови, биохимические исследования крови, эзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС) с прицельной биопсией, определение инфицированности *H.pylori*, pH-метрию пищевода и желудка. У всех пациентов со-

путствующим заболеванием была бронхиальная астма персистирующего течения (подтвержденная клинически и инструментально).

При ФЭГДС эрозии и язвы в пищеводе и желудке выявлены у 9 больных (20%) больных, отек и гиперемия слизистой пищевода и желудка у 12 больных (27%) больных. Рефлюкс-эзофагит выявлен у 15 пациентов (33,3%), а рефлюкс-гастрит у 16 (35,5%), хронический гастрит у 30 человек (67%), хронический дуоденит у 14 (31%), язва луковицы 12 перстной кишки у 1 больного (2,2%), деформация луковицы 12 п. кишки у 7 (15,5%), бульбит у 12 пациентов (27%).

При проведении pH-метрии верхних отделов желудочно-кишечного тракта мы пользовались системой изучения pH отечественного производителя „Оримет” (Винница), разработанную под руководством профессора В.М.Чернобрового [5].

Во всех случаях проводилось экспресс-исследование интрагастральной кислотности. Для этого проводилось исследование «по глубине» с фиксированием значений pH внутри желудка в 40 точках (20 вниз и 20 вверх). Полученные данные мы сравнивали с показа-

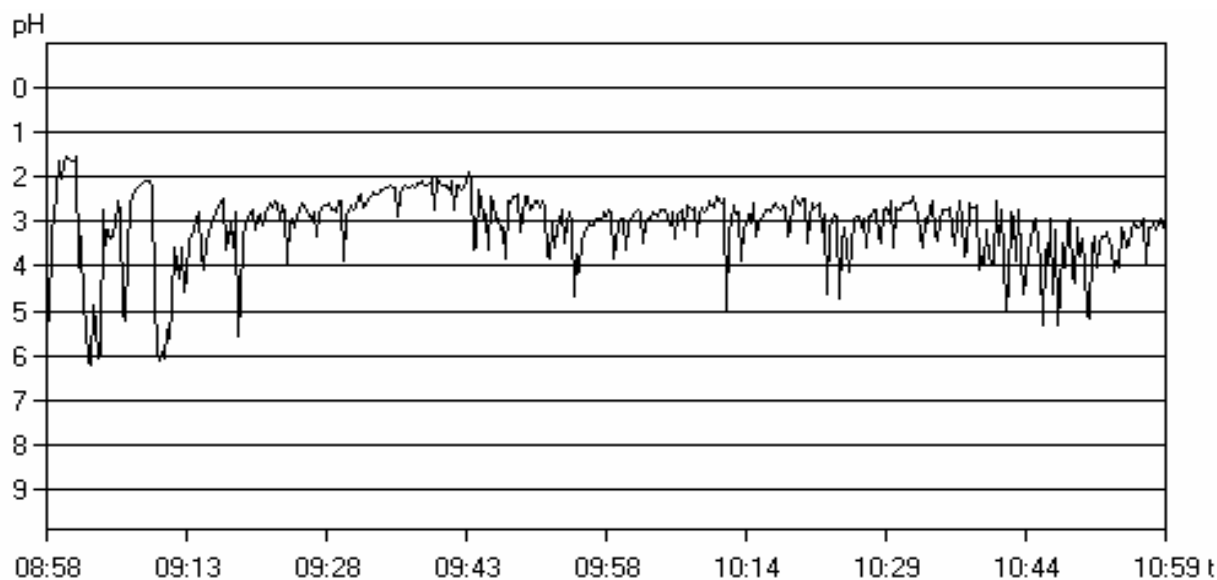
телями нормы, которые составляют 1,6-2,2 [8]. Повышение кислотности выявлено у 23 (51,1%) пациентов, нормальная кислотность у 4 пациентов (8,9%) и снижение кислотности у 18 пациентов (40%). Также всем пациентам проводилось внутрипищеводное многочасовое (от 2х до 6 часов) pH-мониторирование. Исследование проводилось утром натощак. Накануне pH-мониторирования пациенты не принимали препараты, улучшающие функцию ЖКТ.

У всех пациентов зафиксированы гастроэзофагеальные рефлюксы, из них щелочные (pH>7,0) у 19 человек (42,2%) и кислые (pH<4,0) у 26 пациентов (57,8%) (рис.1,2).

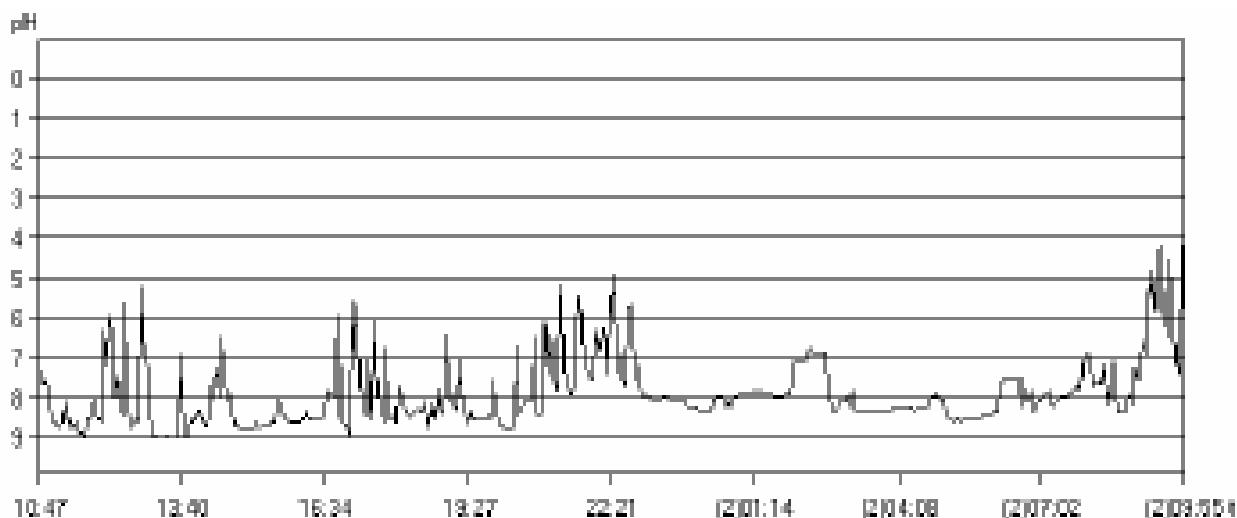
Полученные результаты свидетельствуют о том, что изучение состояния pH пищевода у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в сочетании с бронхиальной астмой имеет не только диагностическое значение, но и позволяет назначить адекватную терапию согласно внутрипищеводным изменениям значений pH. В случае кислого пищевода больным необходимо назначать лекарственные препараты, подавляющие факторы

Рис.1.

Кислый рефлюкс (пациентка А. ИБ № 18179 от 04.10.2004)



Щелочной рефлюкс (пациент Л. ИБ № 4870 от 15.03.2004)



агрессии [2]. В случае щелочного рефлюкса возможно применение других патогенетических средств [4]. Строго дифференцированное лечение ГЭРБ, по данным рН-метрии, позволит индивидуализировать лечение, уменьшить назначение непоказанных препаратов, тем самым уменьшить количество лекарственных осложнений и повысить эффективность терапии, особенно при сочетании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и бронхиальной астмы.

## Литература

1 Горшков В.А. Кислотозависимые заболевания и кризис функциональных методов исследования желудка // Сучасна гастроентерологія. -2002. - №3 (9). - С. 7-12.

2. Мицушкін О., Єлизаветина Г. Антациди в сучасній терпій кислотозалежних захворювань // Ліки України. - 2004. - №2. - С. 53-56.

3. Абидин З.У., Івашкин В.Т., Шептулин А.А. и др. Роль 24-часового моніторингу внутрішньопорожнинного рН в діагностиці гастроэзофагеального рефлюкса і оцінці ефективності лікування // Клініч. мед. - 1999. - № 7. - С. 39-42.

4. Бабак О.Я. Желчный рефлюкс: современные взгляды на патогенез и лечение // Сучасна гастроентерологія. -2003 г. - №1 (11). - С.28-31

5. Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту: Практичне керівництво / під ред. В.М.Чернобрового. -Вінниця: «Логос», 1999. -80с.

6. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Щекина М.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – болезнь XXI века // Лечащий врач. - №4. -2004. - С. 10-14

7. Охлобыстин А.В. Использова-

ние внутрижелудочной рН-метрии в клинической практике. Методические рекомендации для врачей. - М. - 1996. - 25 с.

8. Лея Ю.Я. рН-метрия желудка. -Л.: Медицина. -1987. -144 с., ил.

## Діагностичне значення рН-метрії кислотозалежних захворювань верхніх відділів травного каналу.

Н.В. Жукова

Проведено багатогодинне рН-моніторування стравоходу у хворих на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу у сполученні з бронхіальною астмою. Виявлен різний характер рефлюксів (лужний та кислий). Зроблені висновки що до доцільності диференційної терапії цих хворих, залежно від результатів рН-моніторування.

***The diagnostic importance pH-monitoring of acid-related disorders of the top departments of a digestive path***

N.V. Zhukova

Lasting many hours pH-monitoring the bottom third of gullet at patients with Gastroesophageal Reflux Disease in a combination to a bronchial asthma is lead. Various character of refluxes (alkaline and sour) at the given patients is revealed. Conclusions about expediency of the differentiated approach to therapy of these patients are made depending on results of pH-monitoring.