

УДК 616.329/.33-002-009.2-06:616-005.1]-07-08

А.А. Гураєвський, А.Р. Стасишин

**КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОГО АЛГОРИТМУ
У ХВОРИХ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ,
УСКЛАДНЕНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ***Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна*

e-mail: astasyshyn@i.ua

Резюме: Оцінена ефективність клінічного застосування діагностично-лікувального алгоритму при ускладненій гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ) у 105 хворих. Серед ускладнень ГЕРХ, пептичну виразку стравоходу діагностовано у 9 (8,6%), пептичну стриктуру стравоходу у 2 (1,9%), стравохід *Барета* у 4 (3,8%), стравохідно-шлункову кровотечу у 15 (14,3%) пацієнтів, серед яких синдром *Мелорі-Вейса* у 8, ерозивно-виразкову кровотечу у 7 осіб. Грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 95 (90,5%) хворих (ковзну у 85 (89,5%), параєзофагеальну у 2 (2,1%), змішану у 8 (8,4%) випадках). Прооперовано 105 пацієнтів відеолaparоскопічним методом. У 89 (84,7%) хворих виконано фундоплікацію за *Ніссеном*, у 12 (11,4%) – фундоплікацію за *Тупе*, у 4 (3,8%) – фундоплікацію за *Ніссеном-Розетті*. Встановлено, що застосування діагностично-лікувального алгоритму сприяє систематизації і об'єктивізації змін при ускладненій ГЕРХ, підвищує своєчасність діагностики та вибір диференційованої лікувальної тактики і покращує якість життя пацієнтів.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, діагностично-лікувальний алгоритм, ускладнення.

Вступ. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) належить до найпоширеніших захворювань, охоплює не менше 40% дорослого населення, зменшує соціальну активність та значно погіршує якість життя (ЯЖ) пацієнтів. Ця патологія через її надзвичайну поширеність, негативний вплив на ЯЖ та ризик виникнення ускладнень (стравохідно-шлункові кровотечі, стриктури, перфорації, рак стравоходу) становить одну з найактуальніших проблем медицини XXI ст.⁷

Кровотеча зі стравоходу при ускладненій ГЕРХ проявляється довірливим викиданням свіжої крові і/або «кавової гущі». Залежно від кількості втраченої крові розрізняють відрижку кров'ю, коли кровотеча незначна, та криваве блювання – при масивній кровотечі. При стравохідному кривавому блюванні джерело кровотечі розташоване в самому стравоході. Клінічно це проявляється профузною кровотечею з рота з відносно незначною меленою. Кровотеча розпочинається вночі або після вживання великої кількості їжі, що обумовлено посиленням кровообігу у внутрішніх органах. Періодично можуть з'являтися чорні випорожнення, слабкість, поступово прогресує анемія. Подібну клінічну картину можуть зумовити варикозне розширення вен стравоходу, новоутворення кардії, тріщини слизової

оболонки шлунково-стравохідного переходу (синдром *Мелорі-Вейса*), виразки стравоходу і шлунка, защемлення грижі стравохідного отвору діафрагми, гіпохромна анемія, трахеоезофагеальні норищі. У генезі кровотеч зі стравоходу значну роль відіграє пошкодження слизової оболонки внаслідок рефлюкс-езофагіту¹.

Актуальним є своєчасне виявлення ознак хвороби, визначення головних факторів ризику та опрацювання індивідуальної програми видужання з урахуванням міжнародних консенсусів щодо діагностики та лікування ускладненої ГЕРХ².

На сьогодні залишається невирішеним питання діагностики і лікування ускладненої ГЕРХ у адаптованій клінічній настанові МОЗ України (2013) прототипом якої є *University of Michigan Guidelines for Health System Clinical Care – Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) 2007*.

Мета дослідження – оцінити клінічне застосування діагностично-лікувального алгоритму при ускладненій ГЕРХ.

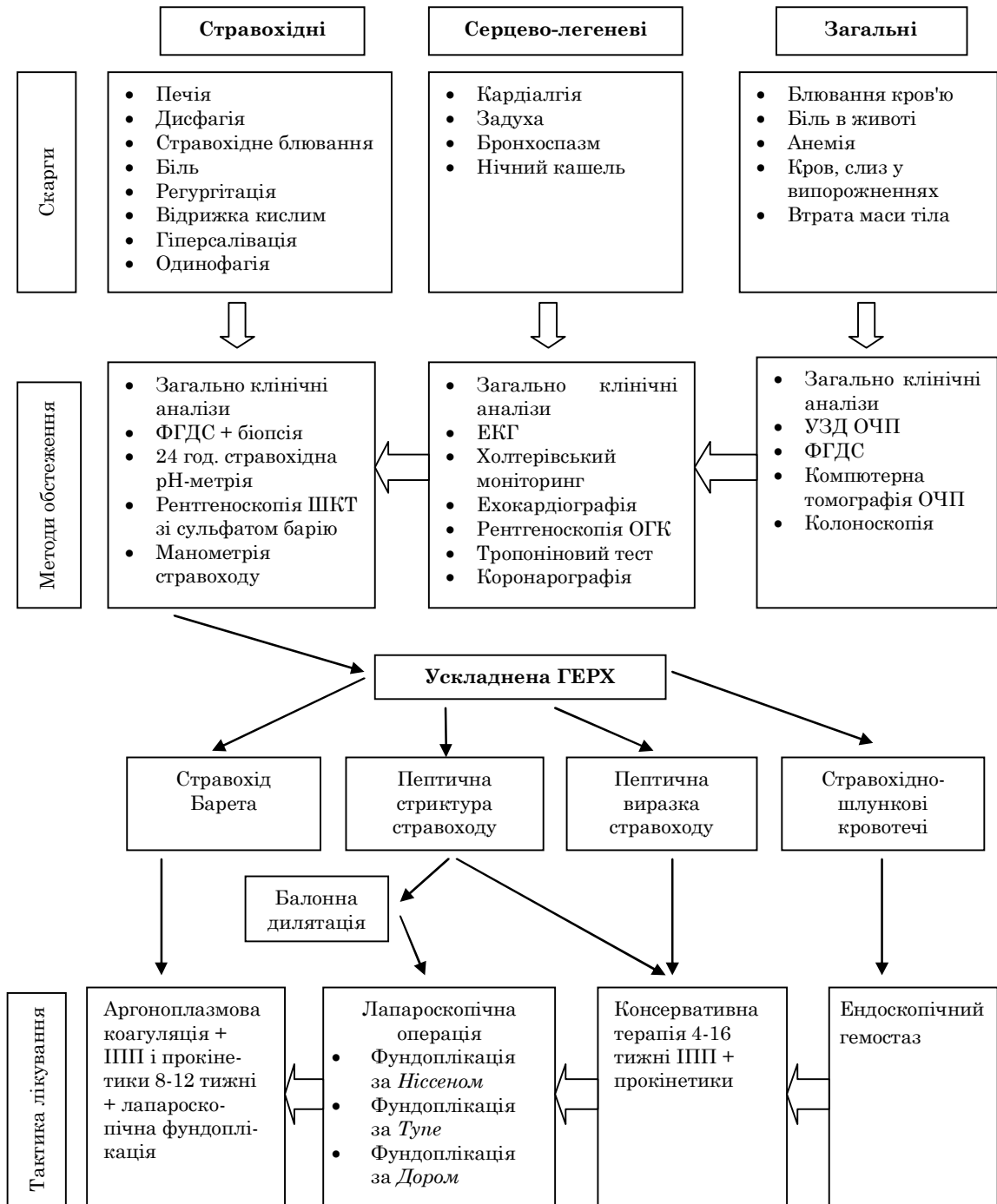
Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано результати лікування 105 хворих, які перебували в клініці хірургії та ендоскопії факультету післядипломної освіти (ФПДО) Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького з приводу

ГЕРХ протягом 2009-2014 рр. Чоловіків було 64, жінок – 41. Вік пацієнтів становив від 26 до 72 років (середній – $49 \pm 5,2$ років). Опрацьовано діагностично-лікувальний алгоритм

ускладненої ГЕРХ (Проект клінічного протоколу надання медичної допомоги при ускладненій ГЕРХ) (схема 1).

Схема 1.

**Діагностично-лікувальний алгоритм ускладненої ГЕРХ
(Проект клінічного протоколу надання медичної допомоги при ускладненій ГЕРХ)**



Примітка: ФГДС – фіброгастроуденоскопія; ШКТ – шлунково-кишковий тракт; ЕКГ – електрокардіографія; ОГК – органи грудної клітки; УЗД - ультразвукове дослідження; ОЧП – органи черевної порожнини; ППП – інгібітори протонної помпи.

Для опису змін у стравоході при рефлюксофагіті використано *Лос-Анжелеску* кла-

сифікацію⁶. Виявлення ділянок кишкової метоплазії епітелію в нижній третині стравохо-

ду проводили за допомогою відеоендоскопії, хромоскопії та прицільної біопсії. Для анкетування використано анкету *Лікертa*⁵ з уведенням до неї, окрім типових для ГЕРХ скарг, ще й нічних атипичних симптомів (задуха, кардіалгія, бронхоспазм) і стандартизоване опитування за допомогою шкали *DeMeester*³. Розрахунок індексу якості життя проводили за допомогою *Gastro Intestinal Quality of Life Index*. Використано методи: моделювання, клінічні, аналітично-порівняльний, стандартизації, анкетування, інструментальні

Результати дослідження та їх обговорення. Міжнародні консенсуси дійшли висновку, що ГЕРХ є, перш за все, клінічним діагнозом, а ретельно зібрані скарги у пацієнта, спрямовані на виявлення симптомів, пов'язаних із шлунково-стравохідним рефлюксом, є головним ключем до встановлення діагнозу ГЕРХ^{3,4}. Інструментальні методи, серед яких і досі немає такого, що міг би вважатися «золотим стандартом», мають лише допоміжне значення, зокрема щодо визначення, оцінки ступеня важкості езофагіту, наявності грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), виявлення кишкової метаплазії епітелію стравоходу, оцінки ступеня ризику розвитку ускладнень цієї хвороби та показань до операційного лікування.

Серед ускладнень ГЕРХ, пептичну виразку стравоходу діагностовано у 9 (8,6%), пептичну стриктуру стравоходу у 2 (1,9%), стравохід *Барета* у 4 (3,8%), стравохідно-шлункову кровотечу у 15 (14,3%) пацієнтів, серед яких синдром *Мелорі-Вейса* у 8, ерозивно-виразкову кровотечу у 7 осіб. Грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 95 (90,5%) хворих (ковзну у 85 (89,5%), параезофагеальну у 2 (2,1%), змішану у 8 (8,4%) випадках).

Типові для ГЕРХ та ГСОД скарги були у 75 (71,4%) обстежених. Ендоскопічно позитивний варіант ГЕРХ виявлено у 83 хворих (79,0%). Серед усіх обстежених рефлюкс-езофагіт ступеня А був у 5 пацієнтів (6,0%), ступінь В – 59 (71,1%), ступінь С – 12 (14,5%), ступінь D – 7 (8,4%) осіб згідно *Лос-Анжелеської* класифікації.⁶

Усім хворим застосовано опрацьований в клініці діагностично-лікувальний алгоритм. Комплексна оцінка діагностики ГЕРХ та її

ускладнень визначалася ретельним збором скарг хворого, анамнезу захворювання та інформативністю інструментальних методів обстежень. При застосуванні діагностично-лікувального алгоритму, окрім ГСОД і ГЕРХ верифіковано тріаду *Кастена* у 19 і тріаду *Сента* у 5 випадках. У 4 хворих діагностовано рак товстої кишки. Ішемічну хворобу серця, хронічний бронхіт, бронхіальну астму виявлено у 24 хворих.

Прооперовано 105 пацієнтів відеолапароскопічним методом. У 89 (84,7%) хворих виконано фундоплікацію за *Ніссеном*, у 12 (11,4%) – фундоплікацію за *Туте*, у 4 (3,8%) – фундоплікацію за *Ніссеном-Розетті*.

У 10 пацієнтів із гострою кровотечею з верхніх відділів травного тракту виконано комбінований гемостаз (ін'єкційний + аргоноплазмова коагуляція) у поєднанні з інфузійною гемостатичною, противиразковою терапією. У 2 пацієнтів з синдромом *Мелорі-Вейса* при рецидиві кровотечі успішно застосований зонд *Блекмора*. Через 1,5-2 місяці виконано операцію.

Всі хворі з пептичною виразкою стравоходу отримували інгібітори протонної помпи (ІПП), прокінетики і через 4-16 тижнів після консервативного лікування їм виконано відеолапароскопічну антирефлюксну операцію. У 2 хворих із пептичною стриктурою стравоходу проведено балонну дилатацію і консервативне лікування впродовж 12 тижнів, після якого пацієнтів прооперовано. У 3 хворих із верифікованим стравоходом *Барета* проведено аргоноплазмову коагуляцію і застосовано впродовж 8-12 тижнів ІПП перед операцією і у 2 – після неї.

Результати лікування оцінювали шляхом анкетування хворих через 1, 3, 6 та 12 місяців після операції. Враховували дані інструментальних методів обстеження згідно з алгоритмом діагностики і визначали індекс ЯЖ пацієнтів. Через 12 місяців після операції рецидиву ГЕРХ не було у жодному випадку. У всіх хворих зі стравоходом *Барета* відбулася регенерація епітелію через 3 місяців після операції і не було жодного випадку аденокарциноми через 12 місяців. Індекс ЯЖ зріс, у порівнянні з передопераційним показником, із $75 \pm 6,4$ до $97 \pm 5,2$.

Висновки:

1. Серед ускладнень гатроезофагіальної рефлюксної хвороби, стравохідно-шлункову кровотечу діагностовано у 15 (14,3%) пацієнтів. Грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 95 (90,5%) хворих (ковзну у 85 (89,5%), параезофагеальну – у 2 (2,1%), змішану – у 8 (8,4%) випадках).
2. Виконання комбінованого гемостазу (ін'єкційний + аргоноплазмова коагуляція) у

поєднанні з інфузійною гемостатичною, противиразковою терапією дає змогу зупинити кровотечу і підготувати пацієнтів до планового операційного втручання.

3. Розроблений нами діагностично-лікувальний алгоритм сприяє систематизації та

об'єктивізації змін при ускладненій гастроєзофагеальній рефлексній хворобі, підвищує своєчасність діагностики та вибір диференційованої лікувальної тактики і покращує якість життя пацієнтів.

Література:

1. Грубник Ю.В. Малоінвазивні операції в лікуванні діафрагмальних гриж та рефлюкс-езофагіту, які ускладнені кровотечею / Ю.В. Грубник, Ю.Т. Тимохін, В.А. Фоменко // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 2. – С. 148-149.
2. Шкварковський І.В. Розробка алгоритму лікувальної тактики у хворих з ГЕРХ / І.В. Шкварковський // Запорозький медичний журнал. – 2009. – №1. – С. 69-73.
3. A comparison of Likert and visual analogue scales for measuring change in function / Guyatt G., Townsend M., Berman I., Keller J.L. // J. Chron. Dis. – 1987. – Vol. 40. – P. 1129-1233.
4. DeMeester T.R. Patterns of gastroesophageal reflux in health and disease / DeMeester T.R., Johnson L.S., Joseph G.J., Toscano M.S. // Ann. Surg. – 1976. – Vol. 184. – P.459-470.
5. DeVault K.R. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease / DeVault K.R., Castell D.O. // Am. J. Gastroenterol. – 1999. – Vol. 94. – P.1434-1442.
6. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlates and further validation of Los Angeles classification / Lundell L., Dent J., Bennett J. [et al.] // Gut. – 1999. – Vol. 45. – P.172-180.
7. The guidelines for surgical treatment of GERD / D. Stefanidis, W.W. Hope, G.P. Kohn [et al.] // Surgical endoscopy. – 2010. – Vol. 24, № 11 – P. 789-797.

УДК 616.329/.33-002-009.2-06:616-005.1]-07-08

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ-ЛЕЧЕБНОГО АЛГОРИТМА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

А.А. Гураевський, А.Р. Стасишин

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Резюме: Оценена эффективность клинического применения диагностически-лечебного алгоритма при осложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у 105 больных. Среди осложнений ГЭРБ, пептическая язва пищевода диагностирована у 9 (8,6%), пептическая стриктура пищевода у 2 (1,9%), пищевод Баррета у 4 (3,8%), пищеводно-желудочное кровотечение у 15 (14,3%) пациентов, среди которых синдром Малори-Вейса в 8, эрозивно-язвенное кровотечение у 7 человек. Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы диагностировано у 95 (90,5%) больных (скользящую в 85 (89,5%), параэзофагеальную у 2 (2,1%), смешанную у 8 (8,4%) случаях). Прооперировано 105 пациентов видеолaparоскопическим методом. В 89 (84,7%) больных выполнено фундопликацию за Ниссеном, у 12 (11,4%) – фундопликацию за Туле, у 4 (3,8%) – фундопликацию за Ниссеном-Розетти. Установлено, что применение диагностически-лечебного алгоритма способствует систематизации и объективизации изменений при осложненной ГЭРБ, повышает своевременность диагностики и выбор дифференцированной лечебной тактики и улучшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностически-лечебный алгоритм, осложнения.

UDC 616.329/.33-002-009.2-06:616-005.1]-07-08

CLINICAL IMPLEMENTATION OF DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ALGORITHM IN TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE COMPLICATED BY HEMORRHAGE

A.A. Hurayevskyy, A.R. Stasyshyn

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Summary: The effectiveness of clinical implementation of diagnostic and therapeutic algorithm was estimated for complicated gastroesophageal reflux disease (GERD) in 105 patients. The complications of GERD included: peptic ulcer of the esophagus was diagnosed in 9 (8,6%), peptic esophageal stricture – in 2 (1,9%), Barrett's esophagus – in 4 (3,8%), esophageal-gastric bleeding – in 15 (14,3%) patients, Malory-Weiss syndrome – in 8, erosive and ulcer bleeding – in 7 patients. Hiatal hernia was diagnosed in 95 (90,5%) patients (sliding hernia – in 85 (89,5%), paraesophageal hernia – in 2 (2,1%) mixed hernia – in 8 (8,4%) of cases). 105 patients were operated

ISSN 2070-3112

«Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація»

2015, №1-2

by videolaparoscopic method. *Nissen* fundoplication was performed in 89 patients (84,7%), *Toupe* fundoplication – in 12 (11,4%), *Nissen-Rosetti* – in 4 (3,8%). Applied diagnostic and therapeutic algorithm facilitated systematization and objectification of changes in complicated GERD, facilitated prompt diagnostics and choice of differentiated treatment strategy, improved quality of life of patients.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, diagnostic and therapeutic algorithm, complications.

Надійшла до редакції 01.08.2015 р.