



Б.О. Матвійчук,
А.А. Гураєвський,
А.Р. Стасишин

Львівський національний
медичний університет
імені Данила Галицького

© Колектив авторів

КЛІНІЧНІ «МАСКИ» УСКЛАДНЕНОЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз 202 історій хвороб пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії ФПДО з приводу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Оперованих хворих з приводу ГЕРХ було 102 (50,5 %), не оперованих – 100 (49,5 %) пацієнтів. Основними клінічними «масками» ГЕРХ на етапі госпіталізації були: грижа стравохідного отвору діафрагми (72,3 %), загострення хронічного калькульозного холециститу (20,0 %), загострення виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки (16,3 %), шлунково-кишкова кровотеча (12,4 %).

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ускладнення, діагностика.

Вступ

Кількість хворих, які звертаються з клінічними проявами гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), щороку збільшується. Протягом минулого століття рефлюкс-езофагіт розглядався, як «супутня патологія» при захворюваннях шлунка, дванадцятипалої кишки та органів панкреатобіліарної системи. Сьогодні відомо, що рефлюкс-езофагіт має свою етіологію і патогенез та відокремлений, як окрема нозологічна одиниця. Розповсюдженість ГЕРХ коливається від 20 до 50 % у дорослого населення, конкуруючи, тим самим, з жовчнокам'яною хворобою. Особливого значення діагностика та лікування ГЕРХ набуває з огляду на постійне збільшення частоти таких ускладнень рефлюкс-езофагіту, як стравохід Барета, стравохідно-шлункові кровотечі, стриктури. Найвірогіднішими факторами ризику ГЕРХ вважають поширеність ожиріння, зростання у сучасної людини продукції шлунком хлористоводневої кислоти, малорухомий спосіб життя, непристосованість до нових умов слизової оболонки стравоходу, безпрецедентне використання у продуктах харчування консервантів [4]. Вважається, що посилюють гастроєзофагеальний рефлюкс шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем) та ціла низка медикаментів: антагоністи кальцію, нітрати, спазмолітики, аналгетики, холінолітики, ксантини [2]. Роль супутніх захворювань як факторів ризику розвитку ГЕРХ вивчена недостатньо. Через це лишається незрозумілим, що впливає на тонус кардіального сфінктера стравоходу і виникнення ГЕРХ – супутнє захворювання чи прийом медикаментів з його приводу [1].

Мета роботи

Проаналізувати клінічні «маски» ускладненої ГЕРХ на підставі ретроспективного аналізу історій хвороб пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження

Проаналізовано 202 історій хвороб пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії ФПДО з 2005 по 2011 рр. Чоловіків було 112, жінок – 90. Вік пацієнтів становив від 26 до 74 років (середній – $49 \pm 5,2$). Оперованих хворих з приводу ГЕРХ було 102 (50,5 %), не оперованих – 100 (49,5 %) пацієнтів. Аналізували скарги хворого, анамнез захворювання, загальноклінічні аналізи, дані езофагогастроуденоскопії, 24 год. стравохідної рН-метрії, рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту та грудної клітки, ультразвукового обстеження органів черевної порожнини, комп'ютерної томографії, колоноскопії, доплерографії, ЕКГ, ЕхоКГ, функції зовнішнього дихання, залучали до консультації кардіолога.

Результати досліджень та їх обговорення

Серед клінічних симптомів ГЕРХ розрізняли типові: печію, зригування кислим, відрижку, дисфагію, біль за грудиною під час ковтання та атипові (екстраезофагеальні): гикавку, печію язика, неприємний запах з рота, ерозії зубів, дисфонію, болі в грудній клітці, нічні кашель, бронхоспазм. Більшість дослідників вважають найбільш типовими симптомами ГЕРХ печію і кисле зригування [5]. В останній час велику увагу в дослідженнях приділяють позастровахідним проявам ГЕРХ, особливо при її неерозивному варіанті, який вважають багатофакторним стражданням і поділяють на три форми: зумовлену кислотним рефлюксом, «надчутливим» стравоходом та функціональну печію, – існування яких підтверджується рН-моніторингом. Особливу небезпеку являли собою помилки в діагностиці ГЕРХ за наявності у пацієнтів коронарного синдрому. Такі хворі потребували переконливих обстежень, холтеровського моніторингу і навіть, коронароангіографії. Великі труднощі виникають при з'ясуванні причини нічного кашлю у пацієн-



тів. Вважається, що у 80 % випадків хронічного кашлю причиною є ГЕРХ, а за наявності типових її проявів, така асоціація простежувалася у 90,7 % пацієнтів. Добовий рН-моніторинг, як правило, дозволяє встановити або заперечити його зв'язок з ГЕРХ [3].

Діагнози при госпіталізації у хворих, які лікувалися з приводу ГЕРХ були: грижа стравохідного отвору діафрагми – 146 пацієнтів (72,3 %), рефлюкс-езофагіт – 63 (31,2 %), загострення виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки – 33 (16,3 %), шлунково-кишкова кровотеча – 25 (12,4 %), загострення хронічного гастриту – 13 (6,4 %), жовчевокам'яна хвороба – 9 (4,4 %), кишкова коліка – 6 (3,0 %), загострення хронічного панкреатиту – 5 (2,5 %), цироз печінки – 4 (2,0 %), дивертикульоз товстої кишки – 3 (1,5 %).

Серед супутньої патології, у прооперованих хворих, були: ішемічна хвороба серця – 22 (21,6 %), гіпертонічна хвороба – 12 (11,8 %), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки – 10 (9,8 %), хронічне обструктивне захворювання легень – 6 (5,9 %), дивертикульоз товстої кишки – 5 (4,9 %), хронічний гепатит – 2 (2,0 %), остеохондроз хребта – 1 (1,0 %), вегето-судинна дистонія – 1 (1,0 %).

Типові скарги (печію, кисле зригування) два рази на тиждень відмічено у 90,4 % хворих, раз на місяць – 2,5 %. Частота цих скарг у жінок і чоловіків практично однакова, але пік захворюваності на ГЕРХ у перших припадав на вік 26-35, а в останніх – на 40-65 років. Атипові скарги (нічні кардіалгію, задуху, кашель) ви-

явлено у 19,5 % обстежених. Серед ускладнень ГЕРХ, пептичну виразку стравоходу діагностовано у 16 пацієнтів, пептичну стриктуру стравоходу у 3, стравохід Барета у 5, стравохідно-шлункову кровотечу у 25 хворих.

Серед супутньої патології, у неоперованих пацієнтів, були: ішемічна хвороба серця – 24 (24,0 %), хронічний калькульозний холецистит в стадії загострення – 20 (20,0 %), гіпертонічна хвороба – 14 (14,0 %), цукровий діабет – 5 (5,0 %), рефлюкс гастрит – 5 (5,0 %), ерозивний гастродуоденіт – 5 (5,0 %), бронхіальна астма – 4 (4,0 %), цироз печінки – 3 (3,0 %), полікістоз нирок – 3 (3,0 %), дивертикульоз товстої кишки – 3 (3,0 %), остеохондроз хребта – 2 (2,0 %), посттромбофлеботичний синдром – 2 (2,0 %), вузловий зоб – 2 (2,0 %), хронічне обструктивне захворювання легень – 2 (2,0 %), вегето-судинна дистонія – 1 (1,0 %), хронічний панкреатит – 1 (1,0 %).

Висновки

1. Основними клінічними «масками» ГЕРХ на етапі госпіталізації були: грижа стравохідного отвору діафрагми (72,3 %), загострення хронічного калькульозного холециститу (20,0 %), загострення виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки (16,3 %), шлунково-кишкова кровотеча (12,4 %).

2. Ретельний збір скарг хворого, анамнезу захворювання, езофагогастродуоденоскопія, рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту дає можливість диференціювати ускладнену ГЕРХ на етапі госпіталізації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бичков М.А. Особливості діагностики та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, поєднаної з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.36 «Гастроентерологія» / М.А. Бичков. – Дніпропетровськ, 2005. – 19 с.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Под ред. проф. И.В. Маева.: Учебно-методическое пособие. – М., 2000. – 52 с.

3. *Characteristics of gastroesophageal reflux disease in non-respiratory chronic cough* / F. Antonioni, P. Saltarelli, G. Frieri [et al.] // *Gut*. – 2005. – Vol. 54, (Suppl. VII). – P. 104.
4. GERD 2003 - A Consensus on the Way Ahead / S.F. Moss, D. Armstrong, R. Arnold [et al.] // *Digestion*. – Vol. 57. – P. 111 – 117.
5. *Symptom evaluation in reflux disease: workshop background, processes, terminology, recommendations, and discussion outputs* / J. Dent, D. Armstrong, B. Delaney [et al.] // *Gut*. – 2004. – Vol. 53 (Suppl. IV). – P. 1 – 24.



КЛИНИЧЕСКИЕ «МАСКИ»
ОСЛОЖНЕННОЙ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

*Б.О. Матвийчук,
А.А. Гураевский,
А.Р. Стасышин*

Резюме. Проведен ретроспективный анализ 202 историй болезни пациентов, которые находились на стационарном лечении в клинике хирургии ФПДО по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Оперированных больных по поводу ГЭРХ было 102 (50,5 %), не оперированных – 100 (49,5 %) пациентов. Основными клиническими «масками» ГЭРБ на этапе госпитализации были: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (72,3 %), обострения хронического калькулезного холецистита (20,0 %), обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (16,3 %), желудочно-кишечное кровотечение (12,4 %).

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, осложнение, диагностика.*

CLINICAL «MASKS»
OF COMPLICATED
GASTROESOPHAGEAL
REFLUX DISEASE

*В.О. Matviychuk,
А.А. Hurayevskyy,
А.Р. Stasyshyn*

Summary. The retrospective analysis of 202 histories of illnesses patients with gastroesophageal reflux disease, that were treated in the Clinic of Surgery. Operated patients concerning GERD was 102 (50,5 %), not operated – 100 (49,5 %). The basic clinical “masks” of GERD on the stage of hospitalization were: hiatal hernia (72,3 %), intensifying of chronic calculary cholecystitis (20,0 %), intensifying of ulcerous of stomach and duodenum (16,3 %), gastroenteric bleeding (12,4 %).

Keywords: *gastroesophageal reflux disease, complication, diagnostics.*