

УДК 616.329/33-007-07-08

Клінічне застосування алгоритму діагностики гастроезофагеальної рефлюксної хвороби

Л.Я. КОВАЛЬЧУК, В.В. ГРУБНИК, І.В. ШКВАРКОВСЬКИЙ

Буковинський державний медичний університет

CLINICAL APPLICATION OF DIAGNOSTIC ALGORITHM OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

L.YA. KOVALCHUK, V.V. HRUBNIK, I.V. SHKVARKOVSKY

Bucovynian State Medical University

Клінічне застосування розробленого діагностично-лікувального алгоритму дозволило провести етапне обстеження 89 хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу із застосуванням оптимального переліку інструментальних методів, дати ефективну оцінку отриманим результатам та вибрати найбільш раціональну лікувальну тактику. Обґрунтоване використання окремих методів хірургічної корекції дозволило зменшити частоту післяопераційних ускладнень. Клінічне використання розробленого способу та пристрою діагностики дуоденогастроезофагеального рефлюксу дозволило верифікувати жовчний рефлюкс у 15 хворих.

A clinical application of elaborated diagnostic-medicinal algorithm made it possible to perform a step-by-step examination of 89 patients with gastroesophageal disease employing an optimal list of instrumental methods and give an effective evaluation of the findings and choose the most rational therapeutic management. A substantiated use of individual methods of surgical correction enabled to lessen the frequency of postoperative complications. The clinical application of the developed method and device for diagnosing duodenogastroesophageal reflux made it possible to verify bile reflux in 15 patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Стрімке зростання темпів нашого життя та збільшення негативної ролі стресорних факторів навколишнього середовища вносить свої корективи в загальну картину захворюваності на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу серед населення України [1, 2]. Проведеними епідеміологічними дослідженнями доведено, що гастроезофагеальна рефлюксна хвороба впевнено висувається на одне з перших місць у структурі основних нозологічних одиниць. Актуальність проблеми шлунково-стравохідного рефлюксу зростає в разі виникнення атипових проявів захворювання та ускладнень, що знижує якість та своєчасність діагностики, а відповідно, і визначення адекватної лікувальної тактики. На сьогодні остаточно не з'ясовано оптимальний об'єм застосування діагностичних засобів та стандартизовану оцінку їх результатів [3, 4, 5].

Мета роботи: оцінити клінічну ефективність застосування розробленого діагностичного алгоритму та визначити його місце у виборі оптимальної лікувальної тактики у хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу.

Матеріали і методи. В основу даного дослідження покладено результати обстеження та лікування 89 хворих із проявами шлунково-стравохідного рефлюксу, які перебували в клініці впродовж 2006-2008 років. Чоловіків було 37 (41,6%), жінок – 52 (58,4%). Середній вік становив 49 ± 12 , середній ліжко-день – $7,5 \pm 1,8$, середня тривалість захворювання склала 3 роки.

Результати досліджень та їх обговорення. Відповідно до розробленого діагностично-лікувального алгоритму першим кроком у встановленні правильного діагнозу було з'ясування скарг (схема 1). Скарги на печію різної інтенсивності висловлювали 87 (97,75%) пацієнтів, частота виникнення епізодів печії коливалася від 2 до 10 разів протягом доби, середній показник становив $4,11 \pm 1,9$ тривалість епізодів у середньому складала $(28,66 \pm 6,5)$ хв. Біль виявився другим за частотою проявом ГЕРХ, скарги на нього висловлювали 85 хворих (95,5%), найбільш типовою локалізацією виявилась епігастральна ділянка – 46 хворих, за грудниною – 28 обстежених, у 11 пацієнтів мала місце поєднана локалізація болю. Більша частина хворих (66 (74,15%)) відмічала періодичний

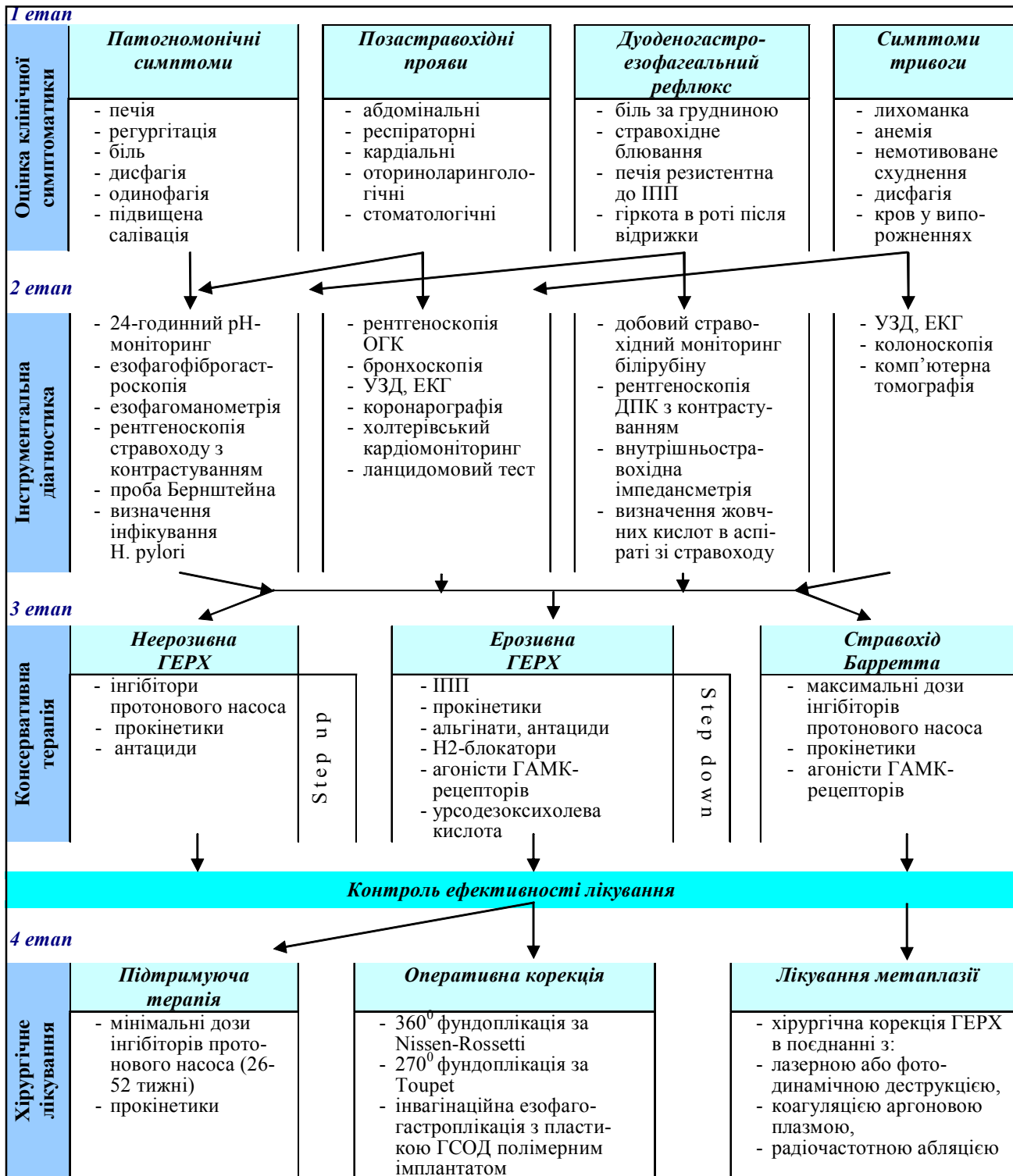


Схема 1. Діагностично-лікувальний алгоритм.

характер болювого синдрому з частими загостреннями та короткотривалими періодами відносного спокою. У 19 (21,34 %) обстежених больова реакція набувала постійного характеру тривалістю від декількох днів до місяця, впродовж цього терміну біль дещо вщухав, періодично посилюючись до нестерпного.

Ще однією клінічною ознакою шлунково-стравохідного рефлюксу є регургітація, яка мала місце у 70 (78,65 %), за рахунок повітря вона спостерігалася у 20 хворих (22,47 %), за рахунок їжі – у 17 хворих (19,1 %). Як свідчать отримані дані, у 33 хворих (37,1 %) вона мала змішаний характер.

Приступаючи до аналізу абдомінальних симптомів, слід відмітити суттєві розбіжності в інтерпретації хворими окремих суб'єктивних відчуттів, що зумовлено різним сприйняттям больових подразників, 77,7 % пацієнтів вказували на відчуття нудоти, яке виникало як натщесерце, так і після їди, у 58,8 % хворих вона супроводжувалась блюванням. Дисфагія визначалася як типова клінічна ознака гастроєзофагеального рефлюксу, особливо його тяжкого перебігу. Найчастіше хворі визначали інтермітуючий характер дисфагії, що пов'язано з періодами загострення захворювання або вживанням кислоти, гострої їжі та алкоголю. З числа обстежених хворих 42 (47,2 %) відзначали у себе періодичну дисфагію. Верифікація симптому гіперсаливації несе вагоме інформаційно-діагностичне навантаження, що зумовлено патогенезом виникнення даної клінічної ознаки. Сьогодні загально визнаним є місце та роль слини у стравохідному кліренсі. Завдяки бікарбонатам, що містяться у слині, відбувається нейтралізація кислотного рефлюксату, що зменшує його пошкоджувальний вплив на слизову оболонку дистальної частини стравоходу. З іншого боку, об'єм добової секреції слини здатен рефлекторно збільшуватися при подразненні рецепторів абдомінального сегмента стравоходу, що має захисне значення. З урахуванням наведеного розцінювали слинотечу як інформативну клінічну ознаку, що мала місце у 13 хворих (14,6 %).

Крім типових клінічних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, виділена велика група позастравохідних проявів. У результаті цілеспрямованого діагностичного пошуку у 36 (40,4 %) пацієнтів верифіковані респіраторні прояви шлунково-стравохідного рефлюксу.

У 30 хворих (33,7 %) виявлено псевдокардіальні прояви шлунково-стравохідного рефлюксу. Основними серед них були напади болю у грудній клітці зліва, які нагадували ішемічні, іррадіювали у ліве плече та посилювались на фоні печії та регургітації. В поодиноких випадках основні прояви ГЕРХ супроводжувались порушенням серцевого ритму.

Клінічне застосування модифікованої проби з інгібіторами протонної помпи дало можливість довести залежність типового болю за грудниною від кислотного рефлюксу. Використання комплексного препарату "Ланцидом" впродовж тижня дозволило провести диференційну діагностику та швидко зменшення симптоматики захворювання у 15 хворих.

Дані анамнезу доповнювались інструментальними методами дослідження. Після опитування хворих і виявлення характерних скарг, оцінки симптомів та формування синдромів захворювання виконували дослідження, які підтверджували наявність встановленого діагнозу ГЕРХ.

При проведенні рентгеноскопії з контрастуванням у 81 (91 %) хворого верифіковано шлунково-стравохідний рефлюкс та наявність грижі стравохідного отвору діафрагми. Пептичні виразки виявлені у 3 хворих (3,3 %).

Ендоскопічну оцінку запальних змін стравоходу проводили за класифікацією Tutgat, відповідно до якої виділяли 4 ступені езофагіту та 3 ступені порушень його моторики.

Ендоскопічно негативна ГЕРХ мала місце у 11 хворих (12,35 %) з даної дослідної групи, при цьому макроскопічні зміни з боку слизової дистальної частини стравоходу не були верифіковані.

1 ступінь – діагностовано у 20 (22,47 %) обстежених, він характеризувався помірно вираженою вогнищевою гіперемією та легкоранимою слизовою абдомінальної частини стравоходу. Моторні порушення у ділянці нижнього стравохідного сфінктера помірно виражені (короткотривале провоковане субтотальне пролабування однієї зі стінок на висоту до 1 см), тонус НСС знижений до 15 мм рт.ст.

2 ступінь – встановлено у 26 (29,2 %) хворих, при цьому спостерігалася тотальна гіперемія абдомінальної частини стравоходу з вогнищевими нашаруваннями фібрину та поодинокими поверхневими ерозіями лінійної форми, що розташовувалися на складках слизової. Порушення моторики чітко виражені (субтотальне провоковане пролабування на висоту 3 см, з частковою фіксацією у стравоході).

3 ступінь – діагностовано у 27 (30,33 %) пацієнтів, має місце поширення запальних змін на грудний відділ стравоходу, визначаються множинні (зливні), розташовані не циркулярно, ерозії. Моторні порушення проявлялися спонтанним пролабуванням вище ніжок діафрагми з частковою фіксацією.

4 ступінь – у 5 (5,6 %) хворих діагностовано виразку на фоні поширених запальних змін та рубцевої деформації стравоходу.

Застосування 24-годинного моніторингу рівня рН у дистальній частині стравоходу дозволило діагностувати патологічний рефлюкс у 19 (21,3 %) пацієнтів.

Запропонований нами спосіб та пристрій для діагностики жовчного рефлюксу передбачав визначення рівня жовчних кислот та холестерину у стравохідному рефлюксаті, який аспірували впродовж трьох годин через тонкий зонд, розташований вище нижнього стравохідного сфінктера на 2-3 см (табл. 1).

Запропонована конструкція пристрою дозволяла одночасно з аспірацією проводити рН-моніторинг. Встановлено, що мінімальна концентрація холестерину в аспірованому стравохідному рефлюксаті становила 0,12 г/л, максимальна – 0,42 г/л, середній показник дорівнював $(0,27 \pm 0,0901)$ г/л. Концентрація жовчних кислот варіювала від 2,52 до

Таблиця 1. Показники вмісту жовчних кислот та холестерину в стравохідному рефлюксаті (n=17)

Показник	Вміст холестерину (г/л)	Вміст жовчних кислот (г/л)	Екстинкція холестерину (490 нм)	Екстинкція жовчних кислот (365 нм)
Мінімальна концентрація	0,12	2,52	0,023	0,0207
Максимальна концентрація	0,42	6,21	0,053	0,169
Середнє значення	0,27±0,0901	4,26±1,1585	0,0323±0,0139	0,0995±0,0493
Дисперсія вибірки	0,008	1,342	-	-

6,21 г/л, середнє значення становило (4,26±1,1585) г/л, дисперсія вибірки складала 0,008 та 1,342 відповідно. Контрольним ендоскопічним дослідженням у цих хворих верифіковано зміни слизової стравоходу, що відповідають 2-3 ступеню рефлюкс-езофагіту. Відповідно до розробленого алгоритму хворим проводилося консервативне лікування із застосуванням прокінетиків, ППІ, блокаторів H₂-гістамінових рецепторів та антацидів у відповідних дозах та з дотриманням оптимальних схем призначення.

Із 89 хворих, що увійшли до складу даної дослідної групи, застосована схема медикаментної корекції виявилася ефективною у 8 (9%), що дозволило утриматися від оперативних методів корекції шлунково-стравохідного рефлюксу. Фундоплікація за методом Ніссена виконана 66 (81,5%) пацієнтам, за методом Тупе ще 7 (8,6%) хворим, гастропексія за методом Хілла проведена 6 (7,4%), за методом Дора ще 2 (2,4%) хворим.

Із 81 прооперованого хворого летальних випадків не зареєстровано; оцінюючи безпосередні результати оперативного лікування, відмітили зменшення

інтенсивності клінічних проявів захворювання вже починаючи з другої доби післяопераційного періоду. До ускладнень післяопераційного періоду відносили метеоризм та явища "гіперфункції манжети", що проявлялися дисфагією у 3 хворих (3,7%). У 2 прооперованих (2,4%) післяопераційний період ускладнився лівобічною нижньочастковою пневмонією.

Висновок. Розроблений діагностично-лікувальний алгоритм обстеження хворих із використанням сучасних методів верифікації шлунково-стравохідного рефлюксу та об'єктивізації змін з боку слизової стравоходу дозволив підвищити ефективність діагностики стадій ГЕРХ, позастравохідних ускладнень та визначити оптимальну лікувальну тактику.

Перспективи подальших досліджень. Розробка методів профілактики позастравохідних ускладнень з метою поліпшення ближніх і віддалених результатів запропонованого лікувального алгоритму.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеенко С.А. Алгоритмы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / С.А. Алексеенко // Фарматека. – 2006. – № 1. – С. 48-49.
2. Андреещев С.А. Пути улучшения результатов лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / С.А. Андреещев, С.Д. Мясоедов, П.Н. Кондратенко // Клін. хірургія. – 2003. – № 11. – С. 5-6.
3. Вдовиченко В.І. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба: нерозв'язані питання і перспективи в світлі консенсусу "GERD 2003" / В.І. Вдовиченко, А.В. Острогляд // Medicus amicus. –

2005. – № 2. – С. 20.

4. Велигоцкий Н.Н. Хирургическая тактика лечения больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Н.Н. Велигоцкий, А.В. Горбулич, В.В. Комарчук, А.Н. Велигоцкий // Клін. хірургія. – 2004. – № 4-5. – С. 8.

5. Грубник В.В. Эффективность лапароскопического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в зависимости от метода фундопликации / В.В. Грубник, В.В. Ильяшенко, А.В. Грубник, А.А. Соломко // Клін. хірургія. – 2007. – № 2-3. – С. 44-45.