

© Шкварковський І.В., Польовий В.П., Рева В.Б., 2011

УДК 616.329/33-007-07-08

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

І.В.Шкварковський, В.П.Польовий, В.Б.Рева

Кафедра хірургії та урології (зав. – проф. А.Г.Іфтодій) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Застосування запропонованого алгоритму дозволило провести диференційну діагностику клінічних проявів шлунково-стравохідного рефлюксу. Послідовне та обґрунтоване застосування інструментальних методів діагностики є запорукою вірного вибору оптимальної лікувальної тактики.

Ключові слова: рефлюкс-езофагіт, алгоритм, діагностика, лікування.

Установлено, що розвиток сучасних технологій призвів до радикального перегляду не тільки показань до антирефлюксних операцій, а й самих методів хірургічного втручання з приводу шлунково-стравохідного рефлюксу. Широке впровадження лапароскопічних технологій сприяло звуженню переліку методик операцій та стандартизації основних етапів втручання. Нині "золотим стандартом" антирефлюксних операцій вважається фундоплікація за Nissen. Досвід її використання дозволив виділити незадовільні результати даного способу лікування [1, 2].

Мета дослідження: дослідити клінічні особливості перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та обґрунтувати оптимальний спосіб лікування.

Матеріал і методи. Дослідну групу сформовано з 12 хворих (чоловіків – 4, жінок – 8), які лікувалися з приводу ГЕРХ в лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці та Одеській обласній клінічній лікарні. Вік хворих коливався від 29 до 53 ($41 \pm 7,67$) років. Дослідження проведено відповідно до загально-визнаних норм виконання досліджень у медичній галузі (Хельсинської декларації з прав людини, Ванкувської конвенції про біомедичні дослідження).

Результати дослідження та їх аналіз. Відповідно до існуючої класифікації хворих було систематизовано за етіопатогенетичними чинниками розвитку ГЕРХ та його клініко-інструментальними характеристиками. ГЕРХ з первинною неспроможністю нижнього стравохідного сфінктера (НСС) мала місце у 10 хворих. Ознаки вторинної неспроможності НСС діагностовано в 11 пацієнтів, позастравохідна патологія та стравохідні ускладнення – у 7. Керуючись розробленим алгоритмом діагностики, на першому етапі нами проводилася систематизація клінічних проявів захворювання. Скарги на печію

висловлювали всі 12 хворих. Частота його виникнення коливалася від 2 до 20 епізодів протягом доби, тривалість печії становила 20-30 ($23 \pm 3,3$) хв. У 3 хворих печія виникала або посилювалась у горизонтальному положенні, у 4 хворих – після харчування, у 5 – при фізичному навантаженні. Оцінка синдрому печії за Matkainine дозволила поділити всіх хворих залежно від ступеня її вираженості. Хворих з 0 ступенем не виявлено. 1-й ступінь – мінімально виражені ознаки печії. Критерієм включення пацієнтів до даної категорії була загальна тривалість печії до 60-70 хв на добу, що, за нашими даними, мало місце у 7 обстежених. 2-й ступінь – помірно виражена печія. Критерієм належності хворих до даної категорії вважали загальну тривалість печії в межах 120-140 хв на добу. На нашу думку, вираженість даної скарги збільшується настільки, що спонукає хворого звернутися по медичну допомогу. З числа обстежених 4 хворих віднесені до даної категорії. Третій ступінь характеризується сильною вираженістю печії. В наших спостереженнях 1 хворий скаржився на часті епізоди печії, сумарна тривалість яких становила до 500 хв на добу. За оцінкою хворих така інтенсивність печії перешкождала будь-якій діяльності.

Скарги на біль зареєстровані в 11 хворих, типом локалізацією болю виявилася епігастральна ділянка (6 хворих), іррадіація болю за груднину мала місце у 5 осіб. Періодичний характер больового синдрому встановлений у 8 хворих, 3 хворих характеризували його як постійний, тривалістю до місяця, з періодичним посиленням та зміною локалізації. Існування іррадіації болю в спину та ділянку серця визначено у 4 хворих. Скарги на регургітацію висловлювали всі 12 хворих, за рахунок повітря вона існувала у 3 пацієнтів, потрапляння їжі в ротову порожнину мало місце у 6, змішаний характер спосте-

рігався в 3 випадках. "Кислий" характер регургітації зазначали 7 хворих, ще 2 осіб вказували на потраплення "гіркого" вмісту в роту порожнину.

Позастраховідні прояви ГЕРХ були представлені абдомінальними, респіраторними, кардіальними та отоларингологічними симптомами. Абдомінальні симптоми діагностовано у всіх 12 обстежених. Основними виявилися скарги на блювання (3 хворих), частота якого становила в середньому двічі на добу. Нудота мала місце у 7 пацієнтів. Ознаки дисфагії, як правило періодичної, виявлено у 2 осіб. Скарги на гикавку висловлювали 3 хворих, ознаки гіперсаливації діагностовано у 3, до неспецифічних ознак гастроєзофагеального рефлюксу відносили одиофагію, типові скарги для якої висловлювали 2 хворих. Рефлюксно-зумовлені захворювання органів дихання (рецидивна пневмонія з частими загостреннями) діагностовано в 1 хворого, скарги на кашель, що посилювався під час сну, висловлювали 4 пацієнтів. Псевдокардіальні прояви ГЕРХ діагностовано в 6 хворих, серед них біль у ділянці серця, не пов'язана з фізичним навантаженням, мала місце у 4. Ознаки кислотного ураження ЛОР-органів виявлені у 2 обстежених.

На другому етапі розробленого алгоритму діагностики передбачалося використання інструментальних методів верифікації ознак гастроєзофагеального рефлюксу. Ендоскопічній діагностиці гастроєзофагеального рефлюксу надавалося важливе значення. Неерозивна ГЕРХ мала місце в 1 хворого. Перший ступінь діагностовано в 1 обстеженого: помірно виражена вогнищева гіперемія та крихкість слизової оболонки черевної частини стравоходу. Моторні порушення в ділянці НСС помірно виражені (нетривале провоковане субтотальне пролабування однієї зі стінок на висоту до 1 см), тонус НСС знижений до 15 мм рт. ст. Другий ступінь установлено у 4 хворих: тотальна гіперемія черевної частини стравоходу з вогнищевими нашаруваннями фібрину та поодинокими поверхневими ерозіями лінійної форми на складках слизової оболонки; чітко виражені порушення моторики (субтотальне провоковане пролабування на висоту 3 см з частковою фіксацією в стравоході). Третій ступінь діагностовано 6 пацієнтів: поширення запальних змін на грудну частину стравоходу, множинні напівциркулярні ерозії; моторні порушення проявлялися спонтанним пролабуванням вище ніжок діафрагми з частковою фіксацією. У жодному з наших спостережень не виявлено виразок або рубцевої деформації стравоходу.

Використання добового рН-моніторингу виявилося ефективним методом діагностики патологічного шлунково-стравохідного рефлюксу та диференціювання нетипових позастраховідних проявів захворювання – у 4 хворих. Рентгенологічне дослідження з використанням контрасту дозволило візуалізу-

вати не тільки функціональні розлади моторики стравоходу, але й органічні зміни, характерні для гриж стравохідного розтвору діафрагми (11 хворих). Шлунково-стравохідний рефлюкс та зміни стінки стравоходу, характерні для рефлюкс-езофагіту, зареєстровано у 6 хворих. Розлади моторики стравоходу діагностували з використанням манометрії методом відкритого катетера. Установлено зниження тиску в межах НСС до 8-12 мм рт. ст. (10 хворих).

Тестове призначення інгібіторів протонної помпи набуло широкого використання в діагностиці гастроєзофагеального рефлюксу, проте, як показує досвід, самостійне використання препаратів даної групи здатне ефективно пригнічувати секрецію соляної кислоти шлунком, що зменшує подразнення слизової оболонки стравоходу. Але зазначені препарати неспроможні відновити тонус та скоординувати перистальтичну активність НСС. Враховуючи важливість даного етіопатогенетичного чинника у виникненні та прогресуванні шлунково-стравохідного рефлюксу, вказаний недолік набуває особливого значення.

Нами удосконалено спосіб діагностики гастроєзофагеального рефлюксу (пат. № 33534) шляхом використання комплексного препарату Ланцидом, складові компоненти якого, з одного боку, здатні тривалий час пригнічувати секрецію соляної кислоти шлунком, з другого, прокінетик покращує функціонування м'язових структур стравохідно-шлункового переходу, що зменшує частоту та тривалість епізодів патологічного рефлюксу. Препарат Ланцидом призначали по 1 таблетці (30 мг ланзопразолу та 10 мг домперидому) двічі на добу за 30 хв до вживання їжі. Попередню оцінку ланцидомового тесту проводили вже через три доби, а остаточний висновок про результати тестування робили через три тижні. Особливого значення ланцидомовий тест набуває при об'рунтуванні лікувальної тактики, встановленні чутливості езофагіту до медикаментозної корекції та встановленні показань до вибору способу хірургічної корекції. Запропонований спосіб діагностики гастроєзофагеального рефлюксу використано нами у всіх хворих. Він виявився позитивним у 4 хворих, що дозволило підвищити інформативність обстеження, в короткі терміни усунути основні прояви захворювання та обгрунтувати вибір подальшого лікування.

Уточнення анамнезу захворювання показало, що 11 пацієнтів вже неодноразово лікувалися (консервативно) з приводу основного захворювання; у жодному спостереженні хірургічних втручань не було. Найчастішою причиною ГЕРХ була грижа стравохідного розтвору діафрагми (11 хворих), тільки у 2 вона існувала самостійно, у 9 виявлено поєднання грижі стравохідного розтвору діафрагми з іншими захворюваннями. Неспроможність НСС діагносто-

вано манометрично та за допомогою рН-моніторингу (10 хворих). Дуоденогастроєзофагеальний рефлюкс, як самостійна причина захворювання, не мав вагомого значення, а виступав як обтяжливий чинник (2 хворих). Патологія гастродуоденальної ділянки та емоційно-фізичне перевантаження виявлені у 3 та 2 осіб відповідно.

Висновок. Застосування запропонованого діагностичного алгоритму дозволило встановити особливості клінічних проявів шлунково-стравохідного рефлюксу залежно від етіологічного чинника, а запорукою вірного вибору оптимальної тактики лікування є послідовне та обгрунтоване застосування інструментальних методів діагностики.

Література

1. Бичков М.А. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба у пацієнтів ревматологічного профілю та її зв'язок з гелікобактерною інфекцією / М.А.Бичков, Н.В.Іжицька // Бук. мед. вісн. – 2011. – Т. 15, № 2. – С. 186-188.
2. Діагностично-лікувальний алгоритм при ускладненій гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі / Б.О.Матвійчук, А.А.Гураєвський, А.Р.Сташшин, Я.З.Патер // Укр. ж. хірургії. – 2011. – № 2. – С. 50-53.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Резюме. Использование предложенного алгоритма позволило провести дифференциальную диагностику проявлений желудочно-пищеводного рефлюкса. Последовательное и обоснованное применение инструментальных методов диагностики является залогом верного выбора оптимальной лечебной тактики.

Ключевые слова: рефлюкс-эзофагит, алгоритм, диагностика, лечение.

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Abstract. Using the proposed algorithm permitted to carry out differential diagnostics of the clinical manifestations of gastroesophageal reflux. A consistent and substantiated use of the instrumental methods of diagnostics is a pledge of a correct choice of an optimal therapeutic approach.

Key words: reflux esophagitis, algorithm, diagnosis, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 26.09.2011 р.
Рецензент – проф. Ф.В.Гринчук (Чернівці)

