

УДК 616.329/33-007-07-08

*І.В. Шкварковський, В.К. Гродецький***ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ АЛГОРИТМУ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ***Буковинський державний медичний університет, Чернівці*

Розроблений алгоритм діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби використаний у 12 хворих. Ретельний аналіз скарг, даних об'єктивного обстеження та інструментальних методів діагностики дозволив чітко встановити діагноз, стадію перебігу захворювання та визначити оптимальну діагностичну, а в наступному і лікувальну тактику. Клінічне використання розробленого способу діагностики гастроєзофагеального рефлюксу з використанням ланцидому дозволило покращити якість діагностики.

Ключові слова: рефлюкс-езофагіт, алгоритм, діагностика.

Незважаючи на детально обґрунтоване уявлення щодо етіологічних чинників та основних ланок патогенезу шлунково-стравохідного рефлюксу залишаються не розв'язаними питання стосовно використання найбільш раціонального об'єму діагностичних методів [1, 2]. Особливо гостро це питання постає в разі існування неерозивних форм рефлюксної хвороби, розвитку ускладнень та позастравохідних проявів [3, 4]. За результатами власних досліджень по вивченню ефективності хірургічного лікування шлунково-стравохідного рефлюксу було встановлено, що розвиток сучасних технологій призвів до радикального перегляду не тільки показань до антирефлюксних операцій, а і самих методів хірургічних втручань. Широке впровадження лапароскопічних технологій сприяло зрученню переліку методик операцій, які використовуються та стандартизації основних етапів втручання.

Мета роботи – провести клінічну оцінку ефективності розробленого алгоритму діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

Матеріал та методи

Дослідна група сформована з 12 хворих, які знаходились на лікуванні в 1 хірургічному відділенні ЛШМД м. Чернівці та відділенні загальної хірургії ОКЛ м. Одеса. Вік хворих коливався від 29 до 53 і в середньому становив $41 \pm 7,67$ років, осіб чоловічої статі було 4, жіночої – 8.

Дослідження проводилось у відповідності до вітчизняних та світових загально визнаних норм виконання досліджень у медичній галузі

(Хельсинської декларації з прав людини, Ванкуверської конвенції про біомедичні дослідження).

Результати та обговорення

Відповідно до існуючої класифікації хворі були систематизовано за етіопатогенетичними причинами розвитку захворювання та його клініко-інструментальними характеристиками. ГЕРХ з первинною неспроможністю нижнього стравохідного сфінктера без ускладнень (НЕРХ, ЕРХ) (або ускладнена: (стравохідні, позастравохідні)) мала місце у 10 (83,3%) хворих, ГЕРХ з вторинною неспроможністю нижнього стравохідного сфінктера, тимчасова або постійна діагностовано у 11 (91,6%) пацієнтів. ГЕРХ, поєднану з позастравохідною патологією та стравохідними ускладненнями (або з позастравохідними ускладненнями) верифіковано у 7 (58,3%).

Керуючись розробленим алгоритмом діагностики, на першому етапі нами проводилась систематизація клінічних проявів захворювання. Скарги на печію висловлювали всі 12 хворих. З'ясування характеристик цього прояву показало, що частота його виникнення варіювала від 2 до 20 епізодів протягом доби, в середньому $4,3 \pm 5$ тривалість відчуття печіння за грудиною була від 20 до 30 хв., що в середньому становить $23 \pm 3,3$ хв. Уточнення найбільш типового положення виникнення печії показало, що у 3 хворих дана скарга виникала або посилювалась в горизонтальному положенні, у 4 хворих – після їжі та у 5 – при фізичному навантаженні. Оцінка синдрому печії за Matikainine дозволила поділити всіх хворих в залежності від ступеня її виразності:

хворих з 0 ступенем в даній дослідній групі не виявлено;

1 ступінь – мінімально виразні ознаки печії.

Критерієм включення пацієнтів до даної категорії була загальна тривалість епізодів печії до 60-70 хвилин на добу, що за нашими даними мало місце у 7 (58,3%) обстежених;

2 ступінь – помірно виразна печія. Критерієм належності хворих до даної категорії ми вважали загальну тривалість симптому печії в межах 120-140 хвилин на добу. З числа обстежених хворих 4 (33,3%) віднесені до даної категорії;

3 ступінь – характеризується яскравою виразністю даного клінічного прояву. В наших спостереженнях 1 (8,3%) хворий висловлював скарги на часті епізоди печії, сумарна тривалість яких становила до 500 хвилин на добу і за оцінкою хворих така інтенсивна виразність відчуття печіння за грудиною перешкоджала будь-якій діяльності.

Скарги на біль зареєстровані у 11 (91,7%) хворих, типовою локалізацією виявилась епігастральна ділянка у 6 (50%) хворих, ірадіація болю за грудиною мала місце у 5 (41,5%). Періодичний характер болювого синдрому був встановлений у 8 (66,6%) хворих, ще 3 (24,9%) характеризували його як постійний, тривалістю до місяця, з періодичним посиленням та зміною локалізації. Існування ірадіації болю в спину та ділянку серця визначено у 4 (33,2%) хворих.

Скарги на регургітацію висловлювали всі 12 хворих, уточнення її характеру показало, що за рахунок повітря вона існувала у 3 (24,9%) пацієнтів, потрапляння їжі в ротоглотку мало місце у 6 (50%), змішаний характер спостерігався в 3 випадках. «Кислий» характер регургітації відмічали 7 (58,3%), ще 2 (16,6%) хворих вказували на потрапляння «гіркого» вмісту в роту порожнину.

Позастравохідні прояви ГЕРХ у хворих були представлені абдомінальними, респіраторними, кардіальними та отоларингологічними симптомами.

Абдомінальні симптоми діагностовано у всіх 12 обстежених. Серед основних виявились скарги на блювоту – 3 (24,9%) хворих, частота епізодів останньої в середньому становила 2 рази на добу і в окремих випадках була пов'язана з характером харчування. Нудота мала місце у 7 (58,3%) пацієнтів.

Ознаки дисфагії вдалося виявити у 2 (16,6%), як правило вона носила періодичний характер і за даними подальшого інструментального обстеження не була обумовлена неопластичним процесом стравоходу. Скарги на гикавку висловлювали 3 (24,9%) хворих, ознаки гіперсаливації діагностовано у 3 (24,9%), до неспецифічних ознак гастроєзофагального рефлюксу ми відносили одинофагію, типові для неї скарги висловлювали 2 (16,6%) хворих.

Рефлюкс-обумовлені захворювання органів дихання, у формі рецидивуючої пневмонії з частими загостреннями, діагностовано у 1 (8,3%) хворого, скарги на кашель, який посилюється під час сну, висловлювали 4 (33,2%).

Наявність псевдокардіальних проявів ГЕРХ діагностовано у 6 (50%) хворих, серед них біль в ділянці серця, не пов'язаний з фізичним навантаженням, мала місце у 4 (33,2%).

Використання добового рН-моніторингу та манометрії дозволило встановити належність болювого синдрому до проявів кислотного рефлюксу. Ознаки кислотного ураження ЛОР-органів були виявлені у 2 (16,6%) обстежених, при цьому скарги на болі при ковтанні висловлювали 2 (16,6%).

На другому етапі розробленого алгоритму діагностики використовували інструментальні методи верифікації ознак гастроєзофагального рефлюксу.

Ендоскопічній діагностиці шлунково-стравохідного рефлюксу надавалось важливе значення, відповідно до отриманих результатів неерозивна ГЕРХ мала місце у 1 хворого (8,3%) з даної групи, при цьому макроскопічні зміни з боку слизової дистальної частини стравоходу були відсутні.

1 ступінь – діагностовано у 1 (8,3%) обстежених, вона характеризувалась помірно вираженою осередковою гіперемією та крихкістю слизової стравоходу. Моторні порушення в ділянці нижнього стравохідного сфінктера помірно виражені (короткотривале провоковане субтотальне пролабування однієї з стінок на висоту до 1см), тонус НСС знижений до 15 мм рт.ст.

2 ступінь – встановлено у 4 (33,2%) хворих, при цьому спостерігалась тотальна гіперемія абдомінальної частини стравоходу з осередковими нашаруваннями фібрину та поодинокими поверхневими ерозіями лінійної форми, що

розташовувались на складках слизової. Порушення моторики чітко виражені (субтотальне провоковане пролабування на висоту 3 см, з частковою фіксацією в стравоході).

3 ступінь – діагностовано у 6 (50%) пацієнтів, у яких мало місце поширення запальних змін на грудний відділ стравоходу, визначаються множинні (зливні) розташовані навпівциркулярно ерозії. Моторні порушення проявлялися спонтанним пролабуванням вище ніжок діафрагми з частковою фіксацією.

Використання добового рН-моніторингу виявилось ефективним методом діагностики патологічного шлунково-стравохідного рефлюксу та диференціації нетипових позастравохідних проявів захворювання у 4 хворих.

Рентгенологічне дослідження з використанням контрасту дозволило візуалізувати органічні зміни, характерні для гриж стравохідного отвору діафрагми. Такі ознаки останньої, як відсутність газового пузиря шлунка, зглаженість кута Гіса, зміщення кардіального відділу шлунка вище діафрагми, ми спостерігали у 11 (91,7%) хворих. Шлунково-стравохідний рефлюкс та зміни стінки стравоходу характерні для рефлюкс-езофагіту, зареєстровано у 6 (50%) хворих.

Розлади моторики стравоходу діагностували з використанням манометрії методом відкритого катетера, при цьому встановлено зниження тиску в зоні нижнього стравохідного сфінктера до 8-12 мм рт.ст. у 10 (83,3%) хворих.

Тестове призначення інгібіторів протонної помпи набуло широкого використання в діагностиці гастроєзофагеального рефлюксу, однак, як показує досвід, самостійне використання препаратів даної групи здатне ефективно пригнічувати секрецію соляної кислоти шлунком, що безперечно зменшує подразнення слизової стравоходу [5]. Однак зазначені препарати неспроможні відновити тонус та скоординувати перистальтичну активність нижнього стравохідного сфінктера. Враховуючи важливість даного етіопатогенетичного фактора у виникненні та прогресуванні шлунково-стравохідного рефлюксу, нами розроблено спосіб діагностики гастроєзофагеального рефлюксу шляхом використання комплексного препарату ланцидом, складові компоненти якого, з одного боку, здатні потужно пригнічувати секрецію соляної кислоти шлун-

ком протягом тривалого часу, з іншого, прокінетик покращує функціонування м'язових структур стравохідно-шлункового переходу, що зменшує частоту та тривалість епізодів патологічного рефлюксу. Ланцидом призначали по 1 таблетці (яка містить 30 мг ланзопразол та 10 мг домперидом) два рази на добу за 30 хвилин до вживання їжі. Попередню оцінку ланцидомового тесту проводили вже через три доби, а остаточне заключення про результати тестування робили через три тижні. Особливого значення використання розробленого ланцидомового тесту набуває при обґрунтуванні лікувальної тактики, встановленні чутливості езофагіту до медикаментозної корекції та встановленні показань до вибору способу хірургічної корекції. Запропонований спосіб діагностики виявився позитивним у 4 (33,2%) хворих.

Висновки

Клінічне використання алгоритму діагностики гастроєзофагеальної рефлексної хвороби дозволило систематизувати клінічні прояви захворювання встановити оптимальний об'єм діагностичного пошуку. Застосування розробленого способу діагностики гастроєзофагеального рефлюксу з використанням ланцидому дозволило підвищити інформативність обстеження та в короткі терміни усунути основні прояви захворювання.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

И.В. Шкварковский, В.К. Гродецкий

Разработанный алгоритм диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни использован у 12 больных. Тщательный анализ жалоб, данных объективного обследования и инструментальных методов диагностики позволил четко установить диагноз, стадию течения заболевания и определить оптимальную диагностическую, а в последующем и лечебную тактику. Клиническое использование разработанного способа диагностики гастроэзофагеального рефлюкса с использованием ланцидома разрешило улучшить качество диагностики.

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

ESTIMATION OF CLINICAL EFFICIENCY OF ALGORITHM OF DIAGNOSTICS GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

I.V. Shkvarovskij, V.K. Grodetzky

The developed algorithm of diagnostics gastroesophageal reflux disease is used at 12 patients. The careful analy-

sis of the complaints, given objective inspection and tool methods of the diagnostics has allowed to establish accurately the diagnosis, a stage of a current of disease and to define optimum diagnostic, and in the subsequent and medical tactics. Clinical use of the developed method of diagnostics gastroesophageal a reflux with use lancidom has allowed to improve quality of diagnostics.

Key words: a reflux-ezofagitis, algorithm, diagnostics, treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. 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.
2. Грубник В.В. Эффективность лапароскопического ле-

чения 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.

3. Жерлов Г.К. Результаты лапароскопической хирургии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Г.К. Жерлов, С.В. Козлов, Р.С. Карась // *Эндоскопическая хирургия*. – 2006. – № 1. – С. 49.
4. Касумов Н.А. Рефлюкс-эзофагит: современное состояние проблемы / Н.А. Касумов // *Хирургия*. – 2007. – № 4. – С. 62-65.
5. Надинская М.Ю. Рабепразол (париет) в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с позиции медицины, основанной на научных доказательствах / М.Ю. Надинская // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2004. – Т. 14, № 1. – С. 9-20.

Стаття надійшла 15.03.2011