

УДК: 616.329/33-007-07

МІСЦЕ СУЧАСНИХ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ В АЛГОРИТМІ ДІАГНОСТИКИ ШЛУНКОВО-СТРАВОХІДНОГО РЕФЛЮКСУ

*І.В. Шкварковський**Буковинський державний медичний університет*

Реферат Проведений аналіз інформативності та доступності діагностичних методів, що використовуються при обстеженні хворих з клінічними проявами ГЕРХ, дозволив розробити алгоритм діагностики атипичних та ускладнених форм даної нозології. Запропонований алгоритм передбачає обґрунтоване використання окремих інструментальних методів з метою верифікації етіопатологічних ланок захворювання, що в більшості випадків дозволяє вибрати оптимальну лікувальну тактику.

Ключові слова: рефлюкс-езофагіт, алгоритм, діагностика

Незважаючи на багаторічну історію вивчення причин виникнення та клінічних проявів шлунково-стравохідного рефлюксу на сьогоднішній день не вироблено чіткої стратегії проведення діагностичної програми у даного контингенту хворих. Серед фахівців триває дискусія стосовно визначення необхідного об'єму обстеження хворих, послідовності застосування окремих діагностичних методів та оцінки їх інформативного значення. Впровадження в клінічну практику новітніх діагностичних технологій спонукає до перегляду клінічного значення методів функціональної діагностики, що використовуються у хворих з ГЕРХ. Нового значення набуває застосування тестів верифікації змін рН в нижній третині стравоходу, їх кількісний та якісний аналіз, методик рентгенологічних обстежень, манометрії, визначення чутливості слизової оболонки стравоходу до кислотно-пептичних чинників у встановленні вірного діагнозу [1, 2].

Проблема раціонального застосування сукупності діагностичних методів стає особливо актуальною, коли мова йде про верифікацію неерозивних форм ГЕРХ, коли виразна клінічна маніфестація не знаходить інструментального підтвердження. В цих випадках тільки методично вірне використання оптимального за об'ємом та мінімального за навантаженням на пацієнта, діагностичного комплексу дозволяє встановити правильний діагноз.

Мета роботи

Дослідити інформативність методів діагностики, які використовуються сьогодні у хворих з клінічними ознаками ГЕРХ, оцінити повноту їх обстеження в разі позастравохідних проявів

та визначити місце сучасних діагностичних методів в алгоритмі діагностики ГЕРХ.

Матеріал та методи

Дане дослідження базується на результатах клінічного спостереження 189 хворих з проявами гастроезофагеального рефлюксу. Всі вони були обстежені у медичних установах різного рівня спеціалізації з використанням рентгенологічного (з контрастування), ендоскопічного та рН-метричного методів дослідження стравоходу та шлунково-стравохідного переходу. Окремі з них потрапили в поле зору хірургів випадково, проходячи тривале та не зовсім ефективне лікування в гематологічних, пульмонологічних та кардіологічних відділеннях.

Результати та обговорення

На першому етапі діагностичного пошуку у даного контингенту хворих проводили чітку систематизацію скарг, що змусили їх звернутись за медичною допомогою. Особливо ретельно з'ясовували етіопатогенетичні взаємозв'язки, послідовність виникнення клінічних проявів та ступінь їх виразності. В окремих випадках саме на встановлення патологічного чинника, що призвів до розвитку ГЕРХ, спрямовували і відповідні інструментальні методи. Адже сьогодні доведено, що саме етіологічний чинник в більшості випадків визначає вибір оптимальної програми медикаментозного лікування, або варіанту хірургічної корекції. Так, відповідно до їх етіопатогенетичного значення розрізняли: порушення функції нижнього стравохідного сфінктера, зниження активності та подовження стравохідного кліренсу, підвищення агресивності шлункового вмісту, дуоденогастроезофагеальний рефлюкс, грижа стравохідного отвору діафрагми.

Клінічні прояви рефлюксної хвороби характеризуються надзвичайною різноманітністю форм та особливостей перебігу даного патологічного процесу. З іншого боку, перебіг ГЕРХ характеризується надзвичайним поліморфізмом клінічних проявів, які здатні маскуватись під низку хірургічних захворювань органів травлення.

Опираючись на результати проведеного ретроспективного аналізу ефективності лікування даної нозології, сьогодні можна з впев-

неністю говорити про суттєву трансформацію уявлень щодо причин виникнення та значення окремих клінічних проявів ГЕРХ. Основним симптомом захворювання, вважали печію, яка виявлена у 187 хворих. В основі її виникнення лежить подразнення слизової оболонки нижньої третини стравоходу агресивним шлунковим вмістом, що призводить до зниження рН до 4 одиниць протягом більше ніж 5 годин на добу. Про належність печії до клінічних проявів ГЕРХ ми говорили тоді, якщо вона з'являлася чотири і більше разів на день. В наших спостереженнях другою за значенням клінічною ознакою ми вважали регургітацію. Причина її виникнення, обумовлена ретроградним потраплянням шлункового вмісту через стравохід в ротову порожнину. Найбільш характерною для ГЕРХ є існування «кислої» регургітації, яка мала місце у 91 обстежених.

Решта клінічних проявів рефлюксної хвороби зустрічаються рідше і в різних комбінаціях. Виникнення болі за грудниною обумовлено спазмом мускулатури стравоходу у відповідь на подразнення кислотно-пептичним рефлюксом. Додаткового забарвлення больовий синдром набував в разі існування грижі стравохідного отвору діафрагми. В окремих випадках больовий синдром може носити стенокардитичний характер, що обумовлено подразненням гілок блукаючих нервів. Серед хворих даної дослідної групи на наявність болі скаржились 184 чоловік.

Результатом запального набряку слизової оболонки, рубцевої стриктури стравоходу або його дискінезії може стати дисфагія. До більш рідкісних симптомів відносять підвищене слиновиділення, блювання, гикавка, одинофагія. При встановленні діагнозу обов'язково звертали увагу на наявність так званих симптомів тривоги, верифікація яких вказує на виразковий генез і вимагає проведення ретельного діагностичного пошуку з метою виявлення органічних передумов розвитку захворювання. В наших спостереженнях наявність симптомів тривоги діагностовано у 39 хворих.

Причиною частих діагностичних помилок може бути невірне тлумачення низки клінічних симптомів, які, на перший погляд, не мають відношення до ГЕРХ. Мова йде про так звані «позастравохідні» прояви, які часто, недооцінюються лікарем при відсутності типового симптому – печії. На нашу думку, дану групу клінічних ознак можна віднести до своєрідних ускладнень ГЕРХ, ступінь виразності та розповсюдження яких обумовлені вихідним станом кожної окремої системи органів, її адаптаційними можливостями та тривалістю патоло-

гічного впливу рефлюксату. До «позастравохідних» ми відносили:

1. Абдомінальні прояви (нудота, блювота та болі в епігастрії, пов'язані із вживанням їжі, метеоризм, відчуття швидкого насичення). Вони часто поєднуються з типовими стравохідними симптомами або зустрічаються самостійно. Таким хворим з діагностичною метою показано проведення стравохідного рН-моніторингу, дослідження моторної функції шлунка.

2. Респіраторні прояви (bronхіальна астма, рецидивуючі пневмонії, хронічний кашель). Розрізняють два основних патогенетичних механізми виникнення цих ускладнень. Перший – рефлекторний, обумовлений стимуляцією хеморецепторів дистального відділу стравоходу кислотно-пептичним рефлюксом. У відповідь на це розвивається ваго-вагальний рефлекс, що обумовлює бронхоспазм. Інший механізм пов'язаний з непосредним потраплянням рефлюксату в дихальні шляхи, що викликає розвиток хронічного запального процесу. З метою діагностики бронхолегеневих проявів ГЕРХ, ми вважаємо обов'язковим проведення рентгенологічного та бронхоскопічного дослідження органів дихання з метою виключення їх можливої самостійної патології. На наступному етапі проводили дослідження функції зовнішнього дихання, бронхіальної прохідності (медикаментозні тести з β_2 -адреноміметиками).

3. Кардіальні прояви (болі в ділянці серця, транзиторні порушення серцевого ритму та провідності). Виникнення псевдокардіального больового синдрому при ГЕРХ відбувається на фоні підвищеної вісцеральної чутливості. В зв'язку з цим, підвищена збудливість дорзальних стовбурів нейронів або зміна процесів центральної аферентної стимуляції можуть сприяти виникненню болі за грудниною. Псевдокардіальний больовий синдром, при порушенні функції стравоходу, може призводити до зменшення коронарного кровообігу та ішемії міокарду внаслідок вісцero-вісцерального рефлекса. Порушення ритму, що обумовлені ГЕРХ супроводжуються ознаками вегетативної дисфункції. В основі її виникнення лежить збудження кислотно-пептичним рефлюксом рефлексогенних зон дистальної частини стравоходу з розвитком вісцero-вісцеральних рефлексів, які через блукаючі нерви призводять до коронаростазу та аритмії. Розроблений нами алгоритм диференційної діагностики передбачає обов'язкове застосування ендоскопічного дослідження та проведення рентгенологічного обстеження стравоходу з контрастуванням, в разі виключення патології з боку коронарних судин. Проведення добового рН-моніторингу

дозволяє зафіксувати співпадіння епізодів рефлюксу з посиленням болі, що свідчить на користь ГЕРХ, більш вірогідним, на нашу думку є одночасний моніторинг ЕКГ.

4. Отоларінгологічна симптоматика включає в себе такі клінічні прояви як (дисфонія, біль при ковтанні, ларингоспазм, хронічний фарінголарингіт, контактні виразки та гранульоми голосових зв'язок). В основі розвитку наведеної симптоматики лежить тривалий вплив кислоти та пепсину шлункового соку, жовчі, трипсину на тканини ЛОР-органів, що призводить до ерозування та набряку слизових оболонок.

Після детальної систематизації та аналізу скарг була сформована група з 87 пацієнтів, у яких неможливо виключити рефлюксну природу верифікованих клінічних проявів захворювання. Виділення великого контингенту хворих з ознаками кислотозалежного ураження спонукало до подальшого удосконалення програми діагностичного пошуку, яка б дозволила чітко визначити причину захворювання, його стадію, встановити можливі ускладнення та обґрунтовано підійти до вибору подальшої лікувальної тактики.

З метою стандартизації вибору діагностичних методів, нами розроблена схема застосування конкретного діагностичного засобу, в залежності від встановлених на першому етапі дослідження скарг хворого. Саме така побудова алгоритму діагностики дозволяє використовувати оптимальні методики, без зайвого перенавантаження пацієнта, не завжди доцільними, а в окремих випадках і не байдужими для організму інструментальними методами.

В першу групу увійшли хворі з патогномонічними симптомами (печією, регургітацією, дисфагією та одиофагією). З усього арсеналу методів інструментального обстеження, стосовно цього контингенту хворих, найбільше значення має 24-годинний рН-моніторинг. Цей метод набуває широкого застосування особливо при ендоскопічно негативних формах ГЕРХ. З його допомогою, навіть в амбулаторних умовах вдається розпізнати епізоди шлунково-стравохідного рефлюксу, що супроводжуються зниженням рівня рН менше 4, підраховували їх кількість та тривалість. Про наявність патологічного шлунково-стравохідного рефлюксу мова йшла якщо впродовж доби реєструється більше 50 епізодів рефлюксу, або їх загальна тривалість перевищувала годину. Використання добового рН-моніторингу показано при проведенні диференційної діагностики при болях не з'ясованого походження в лівій половині грудної клітки. На сучасному рівні

добовий рН-моніторинг набув статусу «золотого стандарту» діагностики ГЕРХ, оскільки його чутливість становить 88-95%.

Сучасне ендоскопічне обстеження займає ведуче місце в обстеженні хворих з симптомами ГЕРХ та оцінці ступеня важкості рефлюкс-езофагіту. З метою уточнення характеру порушень моторики стравоходу ендоскопічне дослідження слід доповнювати езофаготонометрією. Використання цього методу дозволило оцінити градієнт стравохідно-шлункового тиску, перистальтичну активність стравоходу, що набуває особливого значення при визначенні тактики медикаментозного лікування та виборі способу оперативної корекції. Діагностичний пошук, спрямований на виключення стравоходу Баррета, слід проводити у всіх хворих з тривалістю анамнезу захворювання на ГЕРХ більше 5 років. В цих випадках, при проведенні ендоскопічного дослідження, звертає на себе увагу зміна кольору слизової оболонки стравоходу з рожевої на яскраво-червону з характерними «язиками», що розповсюджуються на грудний відділ стравоходу. Обов'язковим доповненням є гістологічне дослідження біоптатів слизової з метою виявлення ознак метоплазії епітелію. Сьогодні для діагностики СБ використовуються високочутливі ендоскопічні технології: ендоскопія з високим розрішенням (до 1 млн. пікселів) в комбінації з хромоендоскопією, флуоресцентна і вузькополосна ендоскопія. Хромоендоскопія може проводитись з метиленовим синім або індигокарміном.

Рентгенологічний метод дослідження має невисоке самостійне значення і частіше використовується в діагностиці ГЕРХ – додатково. Саме за його допомогою ми мали можливість зафіксувати епізоди шлунково-стравохідного рефлюксу. Однак, з огляду на існування фізіологічного рефлюксу, констатація таких епізодів ще не вказує на їх патологічний характер. Більш інформативною є рентгеноскопія в діагностиці ГСОД, особливо при виконанні обстеження в горизонтальному положенні або положенні Тределенбурга з дозованою компресією живота. Певне значення цей метод має при проведенні диференційної діагностики між ГЕРХ та ахалазією кардії, стриктурах стравоходу і, особливо, у виключенні інфільтративних форм раку.

Перспективним методом діагностики ГЕРХ є внутрішньостравохідна імпедансметрія, Заснована на дослідженні змін електричного опору інтралюмінального вмісту стравоходу, що дозволяє реєструвати епізоди рефлюксу незалежно від рН рефлюксату.

В другу групу увійшли 27 хворих, у яких на першому етапі діагностичного пошуку було верифіковано наявність позастравохідних проявів ГЕРХ. З урахуванням особливостей клінічних ознак, алгоритм інструментального обстеження був доповнений (див. рис.). Проведення добового рН-моніторингу в даному випадку мало на меті не просту констатацію рівня рН в нижній частині стравоходу, а спрямовувалось на встановлення взаємозв'язку між ознаками ГЕРХ та хронічним ураженням респіраторного тракту.

Про наявність патогенетичного взаємозв'язку між ГЕРХ та бронхіальною астмою ми говорили за умови, якщо за даними добового рН-моніторингу епізод виразного кислотного рефлюксу в стравохід передував виникненню приступу бронхіальної астми. Велике діагностичне значення внутрішньо-стравохідний рН-моніторинг має при болях в лівій половині грудної клітки, водночас не знаходячи об'єктивного підтвердження при обстеженні серцево-судинної системи. При співставленні результатів рН-моніторингу із записами в щоденнику хворого, де він реєструє години вживання їжі та час виникнення і зникнення больових відчуттів в грудній клітці, з наявним в цей момент епізодом

шлунково-стравохідного рефлюксу. При проведенні диференційної діагностики між ГЕРХ та ішемічною хворобою серця, слід мати на увазі, що на відміну від стенокардитичних, болі при ГЕРХ залежать від положення тіла (вони виникають при горизонтальному положенні та нахилах тулуба), пов'язані з вживанням їжі та купуються антацидними та антисекреторними препаратами.

ГЕРХ може провокувати розвиток порушень серцевого ритму у вигляді екстрасистолій, блокад ніжок пучка Гіса. Найбільш верогідним вважається метод одночасної реєстрації рН стравоходу і моніторинг ЕКГ, при цьому співпадіння епізодів рефлюксу з епізодами змін на ЕКГ також свідчать на користь ГЕРХ. Останнім часом все більшого значення в проведенні диференційної діагностики псевдокардіальних проявів ГЕРХ набуває здійснення одночасного рН-метричного та холтеровського моніторингу, що без сумніву підвищує інформативність обстеження хворих в діагностично складних випадках. Діагностичне значення ФЕГДС, при самостійному використанні у даної групи хворих, виявилось меншим в порівнянні з рН-моніторингом, наявність ерозивно-виразкового процесу в дистальних

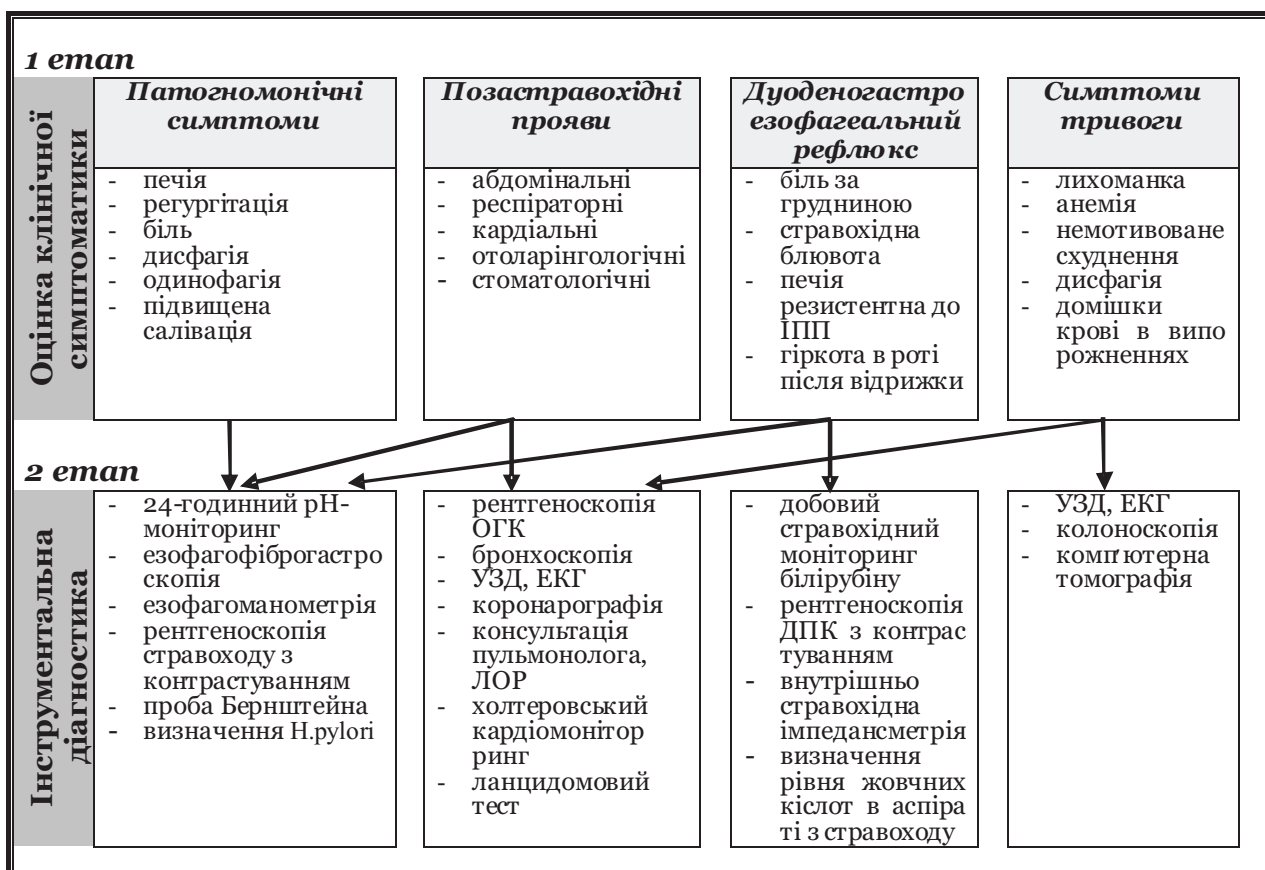


Рис. Алгоритм діагностики ГЕРХ

відділах стравоходу верифіковано у 7 хворих з ГЕРХ ускладненою ураженням органів дихання. Якщо використання обох наведених методів діагностики з будь-яких причин не можливе, доцільним є призначення тесту з інгібіторами протонної помпи.

В окремих випадках виникала необхідність проведення диференційної діагностики між ГЕРХ та іншими захворюваннями стравоходу (дивертикули, ахалазія кардії, пухлини стравоходу, езофагіти, що не пов'язані з рефлюксною хворобою). Чітке встановлення вірного діагнозу ставало можливим після використання необхідних інструментальних методів.

Висновки

1. Аналізуючи результати клінічного застосування розробленого алгоритму діагностичної програми при ГЕРХ, було встановлено, що проблема вибору оптимального за об'ємом комплексу діагностичних заходів, у зазначеного контингенту хворих, постає найбільш гостро в разі її атипичного, або ускладненого перебігу.

2. Розроблений принцип етапного обстеження хворих з використанням сучасних методів верифікації шлунково-стравохідного рефлюксу та об'єктивізації змін з боку слизової стравоходу дозволив підвищити ефективність діагностики стадій ГЕРХ та позастравохідних ускладнень даної нозології.

МЕСТО СОВРЕМЕННЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В АЛГОРИТМЕ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОГО РЕФЛЮКСА

И.В. Шкварковский

Реферат. Проведенный анализ информативности и доступности диагностических методов, которые применяются при обследовании больных с клиническими проявлениями ГЕРБ, позволил разработать алгоритм диагностики атипичных и осложненных форм данной нозологии. Предложенный алгоритм предусматривает четко обоснованное использование отдельных инструментальных методов с целью верификации этиопатогенетических звеньев данного заболевания, что в большинстве случаев позволяет выбрать оптимальную лечебную тактику.

Ключевые слова: рефлюкс-эзофагит, алгоритм, диагностика

A PLACE OF MODERN INSTRUMENTAL METHOD IN THE ALGORITHM OF DIAGNOSTICS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX

I.V. Shkvarkovkyi

Abstract. The author has carried out an analysis of information content and accessibility of diagnostic methods that are used while examining patients with the clinical manifestations of the gastroesophageal reflux disease (GERD) has made possible to work out an algorithm of diagnosing atypical and complicated forms of this particular nosology. The suggested algorithm envisages a substantiated use of separate instrumental methods for the purpose of verifying etiopathological components of the disease, enabling to choose an optimal therapeutic approach.

Key words: reflux-esophagitis, algorithms, diagnostics.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовиченко В.І., Острогляд А.В. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба: нерозв'язані питання і перспективи в світлі консенсусу «GERD 2003» // *Medicus amicus*. – 2005. – № 2. – С. 20.
2. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Грубник А.В., Соломко А.А. Эффективность лапароскопического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в зависимости от метода фундопликации // *Клін. хірургія*. – 2007. – № 2-3. – С. 44-45.