

УДК 616.329/.33-002-009.11-07-08

*Б.О. Матвійчук, А.А. Гураєвський, А.Р. Стасишин, Я.З. Патер***ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ***Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Проаналізовано результати лікування 92 хворих, які перебували в клініці хірургії факультету післядипломної освіти з приводу ускладненої гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби протягом 2006-2010 рр. Серед ускладнень були: пептична виразка стравоходу у 15 (16,3%), пептична стриктура стравоходу у 3 (3,3%), стравохід Барретта у 5 (5,4%), стравохідно-шлункова кровотеча у 17 (18,5%) пацієнтів, серед яких синдром Меллорі-Вейса у 9, ерозивно-виразкова кровотеча у 8 осіб. Грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 88 (95,6%) хворих (ковзну у 79 (89,8%), параезофагеальну у 2 (2,3%), змішану у 7 (7,9%) випадках). Опрацьовано діагностично-лікувальний алгоритм ускладненої гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Всіх пацієнтів прооперовано відеолапароскопічним методом. Через 12 місяців після операції рецидиву гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби не було у жодному випадку. Індекс якості життя зріс, у порівнянні з передопераційним показником, з $65 \pm 5,2$ до $95 \pm 3,4$.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ускладнення, грижа стравохідного отвору діафрагми, діагностично-лікувальний алгоритм.

Проблему гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) сьогодні розглядають, як одну з найактуальніших, про що свідчить велика кількість публікацій, методичних рекомендацій, інформаційних повідомлень. Однак, як засвідчило підсумкове засідання міжнародної робочої групи з вивчення цієї патології в Йельському університеті США [4], багато його аспектів на сьогодні не вивчені. Передусім не вивчено епідеміологію ГЕРХ серед населення [1]. За матеріалами публікацій, частота захворювання коливається від 4% в Японії та 4,6% в Сінгапурі до 23% у Великобританії та 42,4% у США. На жаль, Україна відноситься до тих країн, де діагноз «гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» в загальній клінічній практиці ставиться надто рідко, а часті ускладнення ГЕРХ діагностують лише в поодиноких випадках. Очевидно, це пов'язано з певними суб'єктивними чинниками: низьким відсотком звернень пацієнтів за медичною допомогою і недостатньою увагою до цієї патології з боку лікарів.

Актуальність проблеми зростає у разі виникнення ускладнень ГЕРХ та розвитку позастравохідних проявів захворювання, що утруднює діагностику та вибір оптимальної лікувальної тактики. На сьогодні існують багаточисленні опрацювання та модифікації опитувальних шкал, діагностичних і лікувальних алгоритмів ГЕРХ і мало вивчені питання ускладненої ГЕРХ.

Мета роботи – опрацювати діагностично-лікувальний алгоритм при ускладненій ГЕРХ.

Матеріал та методи

Проаналізовано результати лікування 92 хворих, які перебували в клініці хірургії ФПДО з приводу ускладненої ГЕРХ протягом 2006-2010 рр. Чоловіків було 54, жінок – 38. Вік пацієнтів становив від 25 до 75 років (середній – $48 \pm 7,4$ років). Розпрацьовано діагностично-лікувальний алгоритм (див. рис.). Для опису змін у стравоході при рефлюкс-езофагіті використано Лос-Анжелеську класифікацію [6]. Виявлення ділянок кишкової метаплазії епітелію в нижній третині стравоходу проводили за допомогою відеоендоскопії, хромоскопії і прицільної біопсії. Для анкетування використано анкету Лікерта [5] з уведенням до неї, окрім типових для ГЕРХ скарг, ще й нічних атипичних симптомів (задуха, кардіалгія, бронхоспазм) і стандартизоване опитування за допомогою шкали DeMeester [2].

Результати та обговорення

Міжнародні консенсуси дійшли висновку, що ГЕРХ є, перш за все, клінічним діагнозом, а ретельно зібрані скарги у пацієнта, спрямовані на виявлення симптомів, пов'язаних з шлунково-стравохідним рефлюксом, є головним ключем до встановлення діагнозу ГЕРХ [2, 3]. Інструментальні методи, серед яких і

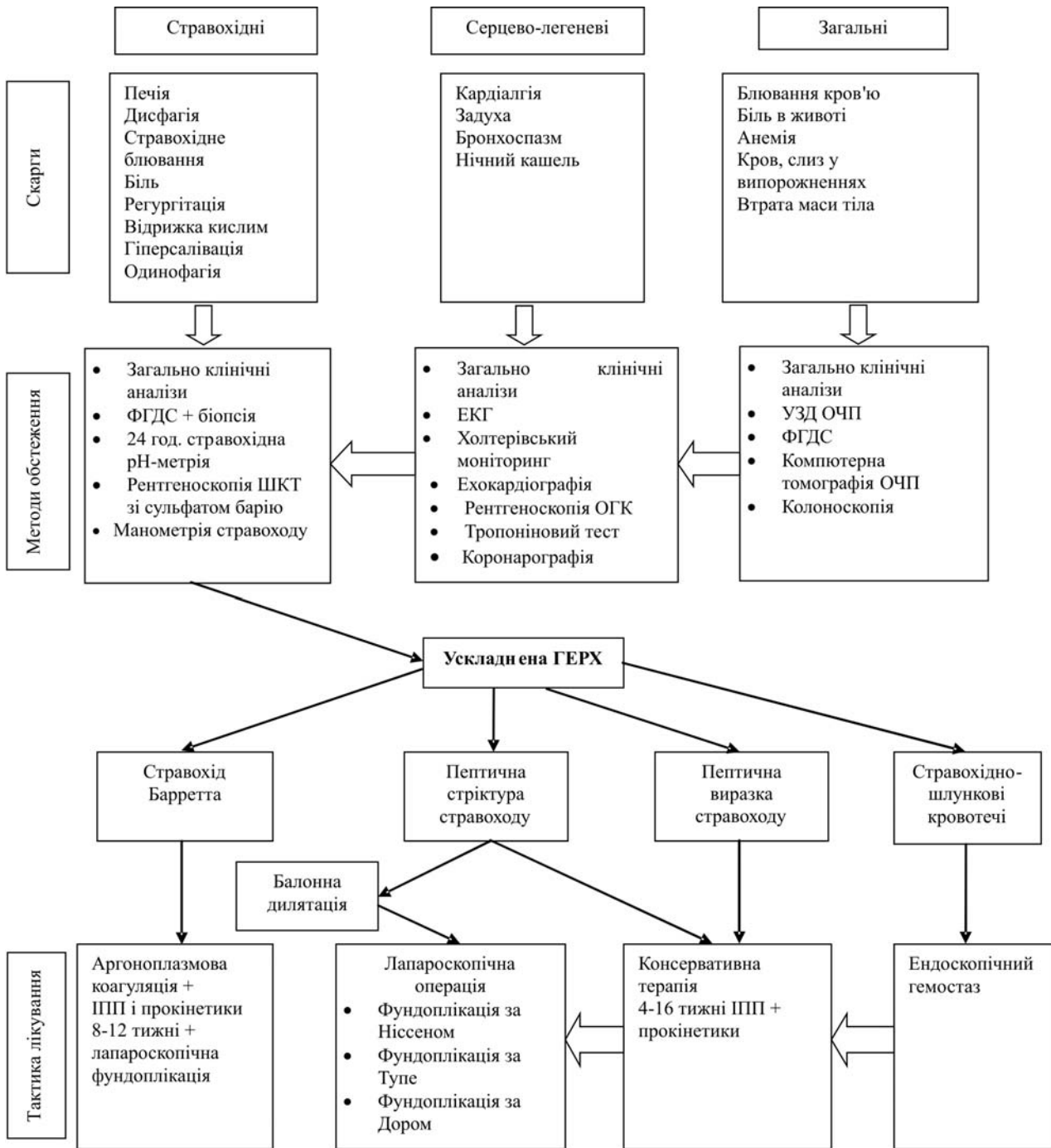


Рис. Діагностично-лікувальний алгоритм ускладненої ГЕРХ

досі немає такого, що міг би вважатися «золотим стандартом», мають лише допоміжне значення, зокрема щодо визначення, оцінки ступеня тяжкості езофагіту, наявності грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), виявлення кишкової метаплазії епітелію стравоходу, оцінки ступеня ризику розвитку ускладнень цієї хвороби та показів до операційного лікування.

Серед ускладнень ГЕРХ, пептичну виразку стравоходу діагностовано у 15 (16,3%), пептичну стріктуру стравоходу у 3 (3,3%), стравохід Барретта у 5 (5,4%), стравохідно-шлункову кровотечу у 17 (18,5%) пацієнтів, серед яких синдром Меллорі-Вейса у 9, ерозивно-виразкову кровотечу у 8 осіб. Грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 88 (95,6%) хворих (ковзну у 79 (89,8%), параезо-

фагеальну у 2 (2,3%), змішану у 7 (7,9%) випадках). Типові для ГЕРХ та ГСОД скарги були у 73 (79,3%) обстежених. Щоденні скарги відмічено у 60,8% хворих, два рази на тиждень – у 38%, раз на місяць – у 1,2% осіб. Атипові скарги (нічна задуха, кашель, кардіалгія, бронхоспазм) відзначено у 19 (20,7%) пацієнтів. Ендоскопічно позитивний варіант ГЕРХ виявлено у 75 хворих (81,5%). Серед усіх обстежених рефлюкс-езофагіт ступеня А був у 4 пацієнтів (5,3%), ступінь В – 58 (77,3%), ступінь С – 8 (10,7%), ступінь D – 5 (6,7%) осіб згідно Лос-Анжелеської класифікації [6].

Усім хворим застосовано розпрацьований в клініці діагностично-лікувальний алгоритм. Комплексна оцінка діагностики ГЕРХ та її ускладнень визначалася ретельним збором скарг хворого, анамнезу захворювання та інформативністю інструментальних методів обстежень. ГСОД під час ендоскопії діагностовано у 77 (88,6%) пацієнтів. Рентгенологічний метод обстеження був позитивний у 95%. Стравохідна 24 годинна рН-метрія підтвердила діагноз у 90% обстежених, в т.ч. у 35% з лужним рефлюксом. При застосуванні діагностично-лікувального алгоритму, окрім ГСОД і ГЕРХ верифіковано тріаду Кастена у 15 і тріаду Сента у 5 випадках. У 4 хворих діагностовано рак товстої кишки. Ішемічну хворобу серця, хронічний бронхіт, бронхіальну астму виявлено у 44 хворих.

Прооперовано 92 пацієнтів відеолапароскопічним методом. У 67 (72,8%) хворих виконано задню крурорафію з фундоплікацією за Ніссеном, у 12 (13,1%) – задню і передню крурорафію з фундоплікацією за Тупе, у 7 (7,6%) пацієнтів – фундоплікацію за Дором (задню крурорафію виконано у 4 випадках), у 6 (6,5%) – задню крурорафію з фундоплікацією за Ніссеном-Розетті. Всі хворі з пептичною виразкою стравоходу отримували інгібітори протонної помпи, прокінетики і через 4-16 тижнів після консервативного лікування виконано відеолапароскопічну антирефлюксну операцію. У 17 пацієнтів з стравохідно-шлунковою кровотечею виконано ендоскопічний гемостаз (коагуляційний, ін'єкційний) у поєднанні з інфузійною гемостатичною, противиразковою терапією. Через 1-2 місяці виконано операцію. У 3 хворих з пептичною стриктурою стравоходу проведено балонну дилатацію і консервативне лікування 4-16 тиж-

нів, після якого всіх пацієнтів прооперовано. У 5 хворих з верифікованим стравоходом Барретта проведено аргоноплазмову коагуляцію і застосування 8-12 тижнів інгібіторів протонної помпи (ІПП) перед операцією.

Результати лікування оцінювали шляхом анкетування хворих через 1,3,6 та 12 місяців після операції. Враховували дані інструментальних методів обстеження згідно з алгоритмом діагностики і визначали індекс якості життя пацієнтів. Через 12 місяців після операції рецидиву ГЕРХ не було у жодному випадку. У всіх хворих зі стравоходом Барретта відбулася регенерація епітелію через 3 місяців після операції і не було жодного випадку аденокарциноми через 12 місяців. Індекс якості життя зріс, у порівнянні з передопераційним показником, з $65 \pm 5,2$ до $95 \pm 3,4$.

Висновки

1. Серед ускладнень ГЕРХ, пептичну виразку стравоходу діагностовано у 15 (16,3%), пептичну стриктуру стравоходу у 3 (3,3%), стравохід Барретта у 5 (5,4%), стравохідно-шлункову кровотечу у 17 (18,5%) пацієнтів. Грижу стравохідного отвору діафрагми виявлено у 88 (95,6%) хворих (ковзну у 79 (89,8%), параезофагеальну у 2 (2,3%), змішану у 7 (7,9%) випадках).

2. Застосований діагностично-лікувальний алгоритм сприяє систематизації і об'єктивізації змін при ускладненій ГЕРХ, підвищує своєчасність діагностики та вибір диференційованої лікувальної тактики і покращує якість життя пацієнтів.

ДИАГНОСТИЧЕКО-ЛЕЧЕБНЫЙ АЛГОРИТМ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

*Б.О. Матвийчук, А.А. Гураевский,
А.Р. Стасьшин, Я.З. Патер*

Проанализировано результаты лечения 92 больных, которых оперировали в клинике хирургии факультета последипломного образования по поводу осложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на протяжении 2006-2010 годов. Среди осложненных были: пептическая язва пищевода у 15 (16,3%), пептическая стриктура пищевода у 3 (3,3%), пищевод Баррета у 5 (5,4%), пищеводно-желудочное кровотечение у 17 (18,5%), среди которых синдром Меллори-Вейса у 9, эрозивно-язвенное кровотечение у 8 лиц. Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы диагностировано у 88 (95,6%) больных (скользящую у 79 (89,8%), параэзофагеальную у 2 (2,3%), смешанную у 7 (7,9%) случаях). Разработано диагностически-лечебный

алгоритм осложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Всех пациентов прооперировано видеолaparоскопическим методом. Спустя 12 месяцев после операции рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не было ни в одном случае. Индекс качества жизни увеличился, по сравнению с дооперационным показателем с $65 \pm 5,2$ до $95 \pm 3,4$.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, осложнения, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, диагностически-лечебный алгоритм.

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ALGORITHM IN COMPLICATED GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

*B.O. Matviychuk, A.A. Hurayevskyy,
A.R. Stasyshyn, Y.Z. Pater*

We have analyzed therapeutic results in 92 patients, who were managed at the surgical clinic of the Department of post-graduate education due to complicated gastroesophageal reflux disease during 2006-2010. Next complications were noted – peptic esophageal ulcer (15 patients, 16,3%), peptic esophageal stricture (3 patients, 3,3%), Barrett's esophagus (5 patients, 5,4%), gastro-esophageal bleeding (17 patients, 18,5%), among the latter Mallory-Weiss syndrome was observed in 9 persons, erosive ulcerative bleeding in 8 persons. Hiatal hernia was diagnosed in 88 patients (95,6%) (sliding one in 79 persons (89,8%), paraesophageal one in 2 persons (2,3%), mixed one in 7 persons (7,9%). We have worked out the

diagnostic and therapeutic algorithm in complicated gastroesophageal reflux disease. All patients were operated using video-laparoscopic approach. Gastroesophageal reflux disease recurrence was absent in 12 months after the intervention. Quality-of-life index comparing to pre-operation parameters has increased from $65 \pm 5,2$ up to $95 \pm 3,4$.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, complications, hiatal hernia, diagnostic and therapeutic algorithm.

ЛІТЕРАТУРА

1. Острогляд А.В. Перший досвід вивчення епідеміології гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби в Україні / А.В. Острогляд // Сучасна гастроентерологія, № 1 (27). – 2006. – С.30-32.
2. DeMeester T.R. Patterns of gastroesophageal reflux in health and disease. / T.R. DeMeester, L.S. Johnson, G.J. Joseph, M.S. Toscano // Ann Surg. – 1976. – Vol. 184. – P. 459-470.
3. An evidence based appraisal of reflux disease management the Genval Workshop Report / J. Dent, J. Brun, A.M. Fendrick et al. // Gut. – 1999. – Vol. 44 (suppl 2). – P. S1-16.
4. DeVault K.R. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease / K.R. DeVault, D.O. Castell // Am. J. Gastroenterol. – 1999. – Vol. 94. – P. 1434-1442.
5. Guyatt G. A comparison of Likert and visual analogue scales for measuring change in function / G. Guyatt, M. Townsend, I. Berman, J.L. Keller // J. Chron. Dis. – 1987. – Vol. 40. – P. 1129-1233.
6. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlates and further validation of Los Angeles classification. / L. Lund, J. Dent, J. Bennett, et al. // Gut. – 1999. – Vol. 45. – P. 172-80.

Стаття надійшла 16.02.2011