

УДК 616.329-002-07

*В.П.Польовий, ¹В.М.Георгіца, ¹Ю.С.Царюк, В.Д.Фундюр***РАННЯ ДІАГНОСТИКА ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
¹Чернівецький військовий госпіталь

Резюме. Авторами показана актуальність проблеми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в сучасній клінічній практиці. Висвітлено сучасні погляди щодо поняття “гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба”, зв’язку з іншими захворюваннями та особливостей діагностики гастроєзофагеального рефлюксу. Особливу

увагу приділено ранній діагностиці гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, що дозволяє провести адекватне і своєчасне лікування, запобігти прогресуванню процесу та виникненню ускладнень.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, рання діагностика, лікування.

У клінічній практиці лікарів часто трапляються прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби [4, 16, 18]. Так, у 20-60 % випадків причиною болю в ділянці грудної клітки є гастроєзофагеальний рефлюкс. Гастроєзофагеальний рефлюкс, спричиняючи спазм вінцевих артерій, може зумовлювати напад рефлекторної стенокардії та спричинити порушення серцевого ритму: синусову брадикардію, екстрасистолію, непостійну блокаду ніжок пучка Гіса [6, 14, 18].

У пацієнтів із прогресуючою гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою при поєднанні дистального і проксимального стравохідного рефлюксу виникає закид агресивного шлункового вмісту до дихальних шляхів. Відзначаються також позастравохідні прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби: ларингеальні симптоми (хриплисть голосу, стійкий надсадний, інколи нападаподібний кашель, звичне покашлювання), розвивається хронічний рефлюксний ларингіт, фарингіт, синусит, отит [2, 4, 11]. Гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу діагностують у 21 % осіб із хронічним кашлем, у 78 % – хронічною захриплістю голосу. Легеневі прояви, що пов’язані з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, проявляються задишкою, становленням рефлекторного та іритативного бронхоспазму з можливою трансформацією в бронхіальну астму, повторною аспіраційною пневмонією. У 82 % хворих на бронхіальну астму виявляють гастроєзофагеальний рефлюкс. За даними I. Braghetto et al. [6], у 30-80 % хворих на бронхіальну астму кислотний рефлюкс виникає частіше і триває довше, ніж у загальній популяції.

Гастроєзофагеальний рефлюкс відмічається при захворюваннях органів травлення (виразкова хвороба, хронічний холецистит, хронічний панкреатит, хронічний ентероколіт та ін.), що пов’язано зі змінами моторики гастродуоденальної зони та вивільненні речовин, що сприяють розслабленню нижнього сфінктера стравоходу [1, 8, 10, 17]. Під час езофагогастродуоденофіброскопії ознаки рефлюкс-езофагіту виявляють у 10-22 % осіб. У пацієнтів з виразковою хворобою гастроєзофагеальний рефлюкс діагностують у 13-60 % випадків, грижу стравохідного отвору діафрагми у 50 % випадків [12].

У віковому аспекті поширеність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби зростає.

Термін “рефлюксна хвороба” відомий з 1966 року. Його використовують для визначення клінічних проявів та асоційованих з ними морфологічних змін стінки стравоходу внаслідок закиду шлункового або дуоденального вмісту у стравохід. Такий патологічний гастроєзофагеальний рефлюкс визначають при визначенні рН-метрії у стравоході, яка становить 5,5-7,0 упродовж терміну, який перевищує 4,2 % від загального часу спостереження. Частота закиду шлункового вмісту до стравоходу більше 50 разів за добу є ознакою наявності патологічного гастроєзофагеального рефлюксу [5, 15, 20]. Ураження слизової оболонки стравоходу залежить від рН рефлюксату, порушення стравохідного кліренсу та неповноцінного функціонування механізмів захисту слизової оболонки стравоходу [10, 14].

Гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу відносять до найпоширеніших захворювань органів травлення. Близько 13% дорослого населення світу застосовує антирефлюксне лікування з використанням лікарських засобів. Але поширеність цієї патології кінцево не з’ясована, що пов’язано з її поступовим розвитком, епізодичними початковими проявами, несвоєчасним звертанням хворих по медичну допомогу. Певною мірою така ситуація зумовлена невизначеністю критеріїв діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби [16].

Загальноновизнано, що печія – кардинальний симптом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Печію відчують від 4 до 10 % практично здорових людей [4, 13]. Близько 40 % населення відзначають даний симптом не менше ніж 1 раз на місяць. У 25-48 % жінок у період вагітності виникає печія. Однак А.А. Шептулин, А.С. Трухманов (1998) вважають основним симптомом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби тільки таку печію, яка виникає періодично. Діагноз гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби автори застосовують стосовно всіх випадків патологічного закиду вмісту шлунка, незалежно від розвитку запалення слизової оболонки стравоходу. На думку К. Yagi et al. [16], якщо печію хворі відзнача-

ють постійно, її поява залежить від положення тіла та поєднується з іншими клінічними ознаками цього захворювання, то її можна розглядати як прояв рефлюкс-езофагіту (морфологічної основи гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби). Проте перебіг рефлюкс-езофагіту інколи може бути безсимптомним і, навпаки, за наявності клінічної симптоматики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, морфологічні зміни в стравоході можуть не виявлятися. Зважаючи на це, T.Lingenfelter [15] виділяє поняття «ендоскопічно позитивної гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби» та «ендоскопічно негативної гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби». У першому випадку передбачається наявність рефлюкс-езофагіту, у другому – відсутність ендоскопічних проявів езофагіту. При ендоскопічно негативній гастроєзофагеальній рефлюксій хворобі діагноз ставлять на підставі типової клінічної картини і даних інструментальних досліджень. На думку Лаймена И. Билхари (1998), гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу можна розцінювати і як суто клінічний діагноз. Він базується на скаргах хворого і обов'язково повинен підтверджуватися результатами інструментальних досліджень. На нашу думку, такий підхід є перспективним. Він сприяє ранньому виявленню гастроєзофагеального рефлюксу та своєчасному проведенню лікувальних заходів [4].

Розрізняють первинну та вторинну гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу. Первинну гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу розцінюють як первинне порушення замикаючої функції стравохідно-шлункового переходу, пов'язане з недостатньою чутливістю, насамперед, нижнього стравохідного сфінктера до пресорних речовин. Вторинна гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба виникає на тлі патологічних процесів, за яких нормальне функціонування антирефлюксного бар'єра неможливе [7, 18].

Умови для прояву гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби виникають внаслідок прямого пошкодження анатомічної складової антирефлюксного бар'єра після оперативних втручань на органах черевної порожнини, ваготомії та в пацієнтів із певною патологією (склеродермією тощо) [3, 8, 13].

Для діагностики гастроєзофагеального рефлюксу застосовують такі інструментальні методи: рН-моніторинг різної тривалості (відповідно 1, 12, 24 год), ендоскопічний, рентгенологічний [2, 14].

Проведення рентгенологічного дослідження дозволяє отримати дані щодо анатомічного стану стравоходу та шлунка, виявити грижі стравохідного отвору діафрагми, стриктури стравоходу, ознаки запального та виразкового процесу в стінці стравоходу. Однак, за даними цього дослідження, можна виявити тільки досить виражені органічні зміни [10].

За допомогою ендоскопічного методу вдається підтвердити наявність морфологічного субстрату (рефлюкс-езофагіту, ерозії, виразки стравоходу), визначити ступінь тяжкості перебігу захворю-

вання, а також дозволяє диференціювати синдром Баррета та рак кардіоезофагеальної зони. Крім того, ендоскопічний метод дає можливість виконувати біопсійне дослідження [8, 13, 18].

Щодо ендоскопічних класифікацій гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Найбільш поширена – ендоскопічна класифікація рефлюкс-езофагіту Savary-Miller (1978) та її модифікація G.N.J. Tytgat і співавт. (1990). «MUSE» – класифікація, яка відображає наявність метаплазії, виразки, стриктури, ерозії, розрізняючи їх за трьома ступенями тяжкості. Вираженість патологічного процесу слизової оболонки стравоходу відображає класифікація «L.A.». У вітчизняній літературі наведені класифікації за стадіями гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та з вираженістю рефлюкс-езофагіту [5, 7].

Ендоскопічний метод вважають «золотим стандартом» діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби [3]. Проте, на думку S.M.Muehldorfer et al. [11], «золотим стандартом» треба вважати добовий рН-моніторинг, оскільки суттєве значення має саме час, упродовж якого рН стає нижчим 4,0 та кількість випадків гастроєзофагеального рефлюксу. Кореляція між результатами добового рН-моніторингу та клінічними симптомами становить 90 % позитивних збігів [14].

Добовий рН-моніторинг використовують навіть в амбулаторних умовах. Власне, тільки раннє виявлення саме патологічного гастроєзофагеального рефлюксу може правильно зорієнтувати як лікаря, так і пацієнта. Тоді відповідні заходи, спрямовані на запобігання подальшого прогресування процесу, можуть бути вжиті своєчасно і в повному обсязі. Проте діагностика гастроєзофагеального рефлюксу як «кислого», так і «лужного» можлива тільки за допомогою рН-моніторингу, що має особливо важливе значення, оскільки «лужний» гастроєзофагеальний рефлюкс нерідко ускладнюється утворенням виразок слизової оболонки стравоходу та кровотечею. Метод дозволяє визначити тяжкість гастроєзофагеального рефлюксу, підібрати індивідуальні оптимальні дози лікарських засобів і термін їх введення, а також визначити положення тіла в просторі, коли прояви гастроєзофагеального рефлюксу мінімальні або відсутні взагалі [4, 7, 11, 16].

За даними Н. Toyota [10], встановлення діагнозу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби ґрунтується на виявленні спонтанного рефлюксу зависі бар'ю (під час рентгенологічного дослідження), ерозій або виразок, морфологічних змін у стравоході (ендоскопічного дослідження, з причільною біопсією), зниження тиску в ділянці нижнього езофагеального сфінктера до 7 мм рт. ст. і менше (дослідження моторики стравоходу), рН < 4,0 за даними стандартного тесту рефлюксу кислоти (під час рН-моніторингу впродовж 24 год). Доведено, що для встановлення діагнозу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби достатньо позитивних результатів двох із зазначених досліджень [11].

Лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби складне. Його ефективність залежить від вираженості пошкодження слизової оболонки стравоходу, тривалості захворювання і, певною мірою, чи є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба в пацієнта первинною чи вторинною, певних анатомічних змін, що потенціюють гастроєзофагеальний рефлюкс (грижі стравохідного відділу діафрагми, супутні захворювання) [10, 12]. За сучасними даними, грижі стравохідного отвору діафрагми далеко не завжди спричиняють гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, але є чинником, що потенціює патологічний процес у стравоході, негативно впливає на перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, часто зумовлює недостатню ефективність лікування [6, 10, 16].

Консервативне лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби тривале, яке проводиться за допомогою підтримувальної терапії. Однак можливі рецидиви захворювання після припинення лікування. Тому важливим є саме рання діагностика та адекватна корекція гастроєзофагеального рефлюксу, що безперечно покращує прогноз перебігу захворювання [11].

Ефективність лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби залежить від часу, упродовж якого в стравоході рівень рН перевищує 4,0. Досягти цього можна використанням антацидних, антисекреторних препаратів та прокінетиків [4, 16, 18].

У разі неефективності консервативної терапії показаннями до хірургічного лікування є ускладнений перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (III та IV ступінь езофагіту), наявність грижі стравохідного отвору діафрагми, позастравохідні прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, поєднання з іншими захворюваннями, що потребують хірургічного (лапароскопічного) втручання. Проте хірургічні втручання найбільш прогностично сприятливі в пацієнтів віком до 50 років [4].

Таким чином, недостатня клінічна ефективність сучасних методів лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, невпинне зростання їх чисельності, як наслідок, погіршення якості життя, роблять дану патологію однією з актуальних проблем практичної медицини.

Література

1. Возможности эндоскопической и дифференциальной диагностики экстранодальных В-клеточных лимфом желудка маргинальной зоны MALT-типа / О.А.Малихова, Б.К.Поддубный, Ю.П.Кувшинов [и др.] // Современная онкология. – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 16-21.
2. Никишаев В.И. Лечебная эндоскопия при осложненной язве двенадцатиперстной кишки / В.И.Никишаев // Укр. ж. малоінвазивної ендоскоп. хірург. – 2000. – Т. 4, № 2. – С. 51-52.
3. Применение различных методов эндоскопического гемостаза в терапии кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта / В.В.Грубник, Ю.В.Грубник, Ю.А.Мель-

- ниченко [и др.] // Укр. ж. малоінвазивної ендоскоп. хірург. – 2001. – Т. 5, № 1. – С. 18-19.
4. Шкварковський І.В. Комплексне хірургічне лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.03 „Хірургія” / І.В.Шкварковський. – Тернопіль, 2009. – 20 с.
5. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage // *Gastrointest. Endosc.* – 2004. – Vol. 60, № 4. – P. 497-503.
6. Barrett's esophagus complicated with stricture: correlation between classification and the results of different therapeutic options / I.Braghetto, A.Csendes, P.Burdiles [et al.] // *World J. Surg.* – 2002. – Vol. 26. – P. 1228-1233.
7. Classification of Barrett's epithelium by magnifying endoscopy / T.Endo, T.Awakawa, H.Takahashi [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* – 2002. – Vol. 55. – P. 641-647.
8. Colorectal cancer screening and surveillance: Clinical guidelines and rationale-update bases on new evidence / S.Winawer, R.Fletcher, D.Rex [et al.] // *Gastroenterol.* – 2003. – Vol. 124. – P. 544-560.
9. Davila R.E. ASGE guideline: Colorectal cancer screening and surveillance / R.E.Davila, E.Rajan, T.H.Baron // *Gastrintest. Endosc.* – 2006. – Vol. 63, № 4. – P. 546-557.
10. Detection of intestinal metaplasia in distal esophagus and esophagogastric junction by enhanced-magnification endoscopy / H.Toyota, C.Rubio, R.Befrits [et al.] // *Gastrintest. Endosc.* – 2004. – Vol. 59 (1). – P. 15-21.
11. Diagnostic accuracy of forceps biopsy versus polypectomy for gastric polyps: a prospective multicentre study / S.M.Muehldorfer, M.Stolte, P.Martus [et al.] // *Gut.* – 2002. – Vol. 50. – P. 465-470.
12. Duerksen D.R. Stress-related mucosal disease in critically ill patients / D.R.Duerksen // *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology.* – 2003. – Vol. 17, № 3. – P. 327-344.
13. High magnification colonoscopy / S.Tanaka, T.Kaltenbach, K.Chayama [et al.] // *Gastrintest. Endosc.* – 2006. – Vol. 64. – P. 604-613.
14. Hyperplastic polyps of the stomach: associations with histologic patterns of gastritis and gastric atrophy / S.C.Abraham, V.K.Singh, J.H.Yardley [et al.] // *Am. J. Surg. Path.* – 2001. – Vol. 25. – P. 500-507.
15. Lingenfelter T. Lower intestinal bleeding / T.Lingenfelter, C.Ell // *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology.* – 2001. – Vol 15, № 1. – P. 135-153.
16. Magnifying endoscopy in gastritis of the corpus / K.Yagi, H.Honda, J.Yang [et al.] // *Endoscopy.* – 2005. – Vol. 37, № 7. – P. 660-666.
17. Novel zoom endoscopy technique for visualizing the microvascular architecture in gastric mucosa / K.Yao, A.Iwashita, Y.Kikuchi [et al.] // *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* – 2005. – Vol. 3, № 7. – P. 23-26.

18. Problems and clinical significance of V type pit pattern diagnosis: report on round-table consensus meeting / Y.Imai, S.Kudo, O.Tsuruta [et al.] // Early Colorectal Cancer. – 2001. – Vol. 5. – P. 595-613.
19. Surface pattern classification by enhanced-magnification endoscopy for identifying early gastric cancers / R.Tanaka, H.Toyota, S.Kadowaki [et al.] // *Gastrintest. Endosc.* – 2008. – Vol. 67 (3). – P. 430-437.
20. Toubia N. Menetrier's disease / N.Toubia, M.L.Schubert // *Curr Treat. Options Gastroenterol.* – 2008. – Vol. 11 (2). – P. 103-108.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В.П.Полевой, В.Н.Георгица, Ю.С.Царюк, В.Д.Фундюр

Резюме. Авторами показана актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в современной клинической практике. Представлены современные данные относительно понятия “гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь”, взаимосвязи с другими заболеваниями и особенностей диагностики. Особое внимание уделено ранней диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, позволяющей провести адекватное и своевременное лечение, предупредить прогрессирование процесса и возникновение осложнений.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ранняя диагностика, лечение.

EARLY DIAGNOSTICS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW)

V.P.Poliovyi, V.N.Georgitsa, Yu.Ye.Tsariuk, V.D.Fundjur

Abstract. The authors have shown the topicality of gastroesophageal reflux disease in modern clinic practice. Modern points of views in relation to the concept “gastroesophageal reflux disease”, a connection with other diseases and the specific characteristics of the diagnostics of gastroesophageal reflux have been ascertained. Special attention is paid to an early detection of gastroesophageal reflux disease that makes it possible to carry out an adequate and timely cure to avoid a progression of the process and the onset of complications.

Key words: gastroesophageal reflux disease, early diagnostics, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)
Military Hospital (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І.Федів

Buk. Med. Herald. – 2010. – Vol. 14, № 1 (53). – P. 138-141

Надійшла до редакції 6.10.2009 року