

Алгоритм діагностики і лікування хворих з гастроентерологічною патологією: Метод. рекомендації для лікарів. Ч. 1

- *Тематика Гастроентерологія*
- *Автор Головченко О.І., Самойлов О.І., Носова І.А., Запорожець О.М..*
- *Опубліковано в Вінниці: ТОВ «Консоль», 2007.- 124 с*

1. ХВОРОБИ СТРАВОХОДУ

1.1. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – розвиток характерних симптомів та(або) запальне ураження дистальної частини стравоходу внаслідок закиду в стравохід шлункового та(або) дуоденального вмісту, який періодично повторюється (В.Т. Івашкін, А.С. Трухманов, 2000).

Пусковим механізмом виникнення гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) є недостатність нижнього сфінктера стравоходу, який служить фізіологічним клапаном, замикає стравохід і запобігає закидам вмісту шлунка. В патогенезі ГЕР основне значення надають попаданню шлункового соку або вмісту порожнини дванадцятипалої кишки у відділ стравоходу, що межує зі шлунком.

Внаслідок цього в його кінцевому сегменті виникають запально-деструктивні зміни. Інтенсивність останніх визначає ступінь важкості рефлюкс-езофагіту. Крім цього, вираженість шлунково-стравохідного рефлюксу збільшує підвищений внутрішньочеревний або внутрішньо-шлунковий тиск, наявність інших захворювань органів травлення, в першу чергу шлунка і дискінезії дванадцятипалої кишки. ГЕР зустрічається і у здорових людей, частіше у дітей, рідше у дорослих і як правило під час або після їди. Нормальні показники рН в стравоході 5,5 – 7,0.

Підтвердженням закидів агресивного шлункового вмісту в дистальний відділ стравоходу і його закислення є показники рН менш 4,0 од. чи періодичне, не менше 2-3 разів за хв, підвищення концентрації водневих іонів до рівня рН, які відповідають прилягаючому відділу шлунка. При добовому рН-моніторингу стравоходу патологічним вважають загальну добову кількість рефлюксів більше 50 за добу або зниження рН менш 4,0 загальною тривалістю більше 1 год.

Відрізняють три основні клінічні форми ГЕРХ: неерозивна рефлюксна хвороба, що характеризується відсутністю ендоскопічних ознак при наявності клінічних проявів (60%), ерозивна ГЕРХ (37%), стравохід Барета (3% випадків ГЕРХ).

Слід відмітити, що мінімальні зміни слизової оболонки стравоходу не можуть бути критеріями езофагіту. Під пошкодженням слизової оболонки стравоходу необхідно розуміти ділянку еритеми або скарифікації з чіткою демаркаційною лінією (XII Об'єднаний Європейський гастроентерологічний тиждень, 2004).

Характерними симптомами ГЕРХ являються печія, відрижка кислим, регургітація, одинофагія, дисфагія. Печія, як правило з'являється при фізичному напруженні, нахилах тулуба, в горизонтальному положенні, після прийому їжі, може супроводжуватися кислотою відрижкою. Також при ГЕРХ зустрічаються позастравоходні симптоми (болі в язиці, дисфонія, нічні епізоди апное або бронхоспазм, болі у грудній клітці, тощо).

Основні методи дослідження:

- медикаментозна проба з застосуванням терапевтичних доз інгібітору протонної помпи (ППП – тест);
- рН-метрія шлунка (у ранньому постпрандіальному періоді);
- рН-метрія нижньої третини стравоходу через 2 години після їжі в положенні сидячи і з нахилом тулуба вперед на 45°;
- фіброєзофагогастроуденоскопія;
- ультразвукове дослідження моторно-евакуаторної функції шлунка.

Додаткові методи дослідження:

- моніторингування внутрішньостравоходного рН;
- тестування Н. pylori (НР) за допомогою визначення ДНК НР методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в біоптаті слизової оболонки шлунка (СОШ), визначення антигену НР в калі, уреазний дихальний тест (УДТ);
- хромоезофагоскопія з гістологічним дослідженням слизової стравоходу;
- гістологічне дослідження біоптатів слизової тіла та антрального відділу шлунка;
- рентгенологічне дослідження (обов'язково в горизонтальному положенні).

Лікування:

Дотримання принципів дієти №5 з дробовим режимом харчування (5-6 разів на добу) з виключенням вуглеводів, що легко засвоюються (цукор, варення, мед), манної каші, концентрованих фруктових соків, свіжої здоби, а також шоколаду, цитрусових, м'яти, алкоголю. Останній прийом їжі рекомендують за 3 години до сну. Важливим заходом являється модифікація способу життя. Необхідно виключити нахили тулуба, фізичне навантаження і горизонтальне положення тіла після їжі (протягом 1,5 год.).

Найбільш ефективною терапією являється застосування інгібіторів протонної помпи (ІПП) типу езомепразол (Нексіум) 40мг на добу, рабепразол (Рабімак) 20 мг на добу, омепразол (Гасек) 40 мг на добу з метою зменшення агресивності кислого шлункового вмісту і зменшення його пошкоджуючої дії на слизову оболонку шлунка. Тривалість курсу лікування неерозивної форми ГЕРХ складає 4-6 тижнів, при ерозивній формі хвороби – 6-12 тижнів. У зв'язку з високим ризиком рецидиву захворювання після припинення лікування ІПП (80% пацієнтів) рекомендовано проводити підтримуючу терапію ІПП у половинній дозі на протязі 24-52 тижнів.

Для посилення лікувального ефекту можуть застосовуватися прокінетики: домперідон (Мотіліум) по 1 табл.(10 мг) за 30 хвилин до їжі і перед сном протягом 4-6 тижнів. З метою досягнення швидкого симптоматичного ефекту на початку лікування використовуються антациди: фосфалюгель.

При наявності рефлюкс-езофагіту, обумовленого закиданням в порожнину стравоходу жовчних кислот доцільно призначати препарат урсодезоксіхолової кислоти (Урсофальк) по 250-350 мг на добу на протязі 6-8 місяців.

Фізіотерапевтичні методи показані хворим на рефлюкс-езофагіти А та В ступеню важкості, при наявності диспепсичної, больової та кардіалгічної форми.

Застосовують, здебільшого, СМТ - та ДМХ-терапію. При СМТ-терапії прокладки розміщують над проекцією шлунково-стравоходного переходу і реберної частини діафрагми, використовують III і IV види робіт, частота 50 Гц, глибина модуляції 50%, сила струму до чіткої вібрації, кожен день, 15 процедур.

ДМХ-терапію здійснюють в слабкому тепловому режимі, 15-20 хв на ділянку стравоходного сфінктера, кожен день, 10 процедур.

Хворі на рефлюкс-езофагіт С та D ступеню важкості, як правило, потребують постійної медикаментозної терапії, або хірургічної корекції.

Показаннями до хірургічного лікування є: рецидивні кровотечі з ерозій (виразок) стравоходу, стриктури стравоходу, що приводять до дисфагії, стравоход Барета з дисплазією високого ступеню, сполучення рефлюкс-езофагіту з грижею стравохідного отвору діафрагми, неефективність адекватної медикаментозної терапії.

1.2. Грижа стравохідного отвору діафрагми

Грижа стравохідного отвору діафрагми являє собою зміщення органів черевної порожнини в грудну порожнину або в заднє межкистіння через розширений отвір у діафрагмі. Захворювання може бути вродженим та придбаним.

Виникнення придбаних гриж пов'язане з ознаками слабкості сполучної тканини, появою вікових дистрофічних змін тканин та м'язеві слабкості. Погіршення живлення діафрагми знижує еластичність і тонус фіксує зв'язок. Розширенню стравохідного отвору діафрагми сприяють ожиріння і низьке розташування діафрагми, підвищення внутрішньочеревного тиску (асцит, метеоризм, вагітність та інш.).

Найбільш часто зустрічаються аксіальні ковзні грижі, при яких дистальна частина стравоходу і кардія зміщуються у грудну порожнину через стравохідний отвір діафрагми уздовж вісі стравоходу. При цьому зміни топографо-анатомічних співвідношень абдомінального сегменту стравоходу і кардіального відділу шлунка супроводжуються порушеннями замикальної функції нижнього сфінктера стравоходу, що, в свою чергу, приводить до гастроезофагеального рефлюксу і розвитку хронічного рефлюкс-езофагіту.

Таким чином, більшість клінічних симптомів аксіальної ковзної грижі стравохідного отвору діафрагми зумовлені шлунково-стравохідним рефлюксом і езофагітом. З цієї причини скарги хворих, що мають хронічний рефлюкс-езофагіт і грижу стравохідного отвору діафрагми, практично однакові, і основною скаргою залишається печія після їжі різної інтенсивності. Крім цього, турбує відрижка повітрям або їжею, інколи позагрудинний біль через деякий час після їжі та минуча дисфагія.

При параезофагеальних грижах через стравохідний отвір діафрагми в грудну порожнину зліва від стравоходу, паралельно його вісі, зміщується гризовий мішок утворений діафрагмальною очеревиною. Гризовий мішок може вміщувати фундальний відділ шлунка або весь шлунок, сальник, кишкові петлі. Абдомінальний сегмент стравоходу та кардія залишаються під діафрагмою, а замикальний механізм не порушується, езофагіт розвивається рідко. Найбільш типові симптомами параезофагеальної грижі стравохідного отвору діафрагми біль після їди в епігастральній ділянці або грудній клітці, відрижка та блювання. Може виникати розширення вен стравоходу та кардії за рахунок їх компресії.

Грізними ускладненнями гриж стравохідного отвору діафрагми являються кровотечі з ерозивно-виразкових уражень, розширених вен стравоходу та защемлення параезофагеальної грижі.

Лікування:

Принципи терапії гриж стравохідного отвору діафрагми в цілому відповідають веденню хворих на ГЕРХ. За показаннями вирішують питання про хірургічну корекцію.

1.3. Функціональні езофагеальні розлади (ФЕР)

Функціональні езофагеальні розлади – хронічні симптоми, які характерні для хвороб стравоходу, але не мають підтверджених структурних або метаболічних змін. Існує думка, що чинниками патогенезу ФЕР являються підвищена чутливість до кислоти, яка потрапляє в стравохід під час фізіологічного рефлюксу, до спонтанного розтягнення стравоходу під час ковтання та відрижки, а також моторні порушення, зокрема спастичного характеру. Стресові ситуації та емоційне напруження у пацієнтів з ФЕР можуть провокувати виникнення або погіршення симптоматики. Крім того, у хворих з торакалгією спостерігаються психіатричні зміни, зокрема тривожні розлади, депресія, соматизація хвороби.

Серед ФЕР виділяють: функціональну печію, функціональну торакалгію припустимо езофагеального генезу, функціональну дисфагію, глобус.

Для встановлення діагнозу ФЕР обов'язковими являються наступні критерії:

- виключення структурних або метаболічних розладів;
- тривалість симптомів щонайменше 3 місяця та їхній початок як мінімум за 6 місяців до встановлення діагнозу;
- виключення ГЕРХ як причини симптомів;
- моторні розлади, що мають гістопатологічну основу (наприклад, ахалазія, склеродермічне ураження стравоходу) (Римські критерії III, 2006р.).

Функціональна печія – функціональне захворювання, що характеризується наявністю ретростернального печіння при відсутності ГЕРХ. Головним патогенетичним чинником функціональної печії вважають порушення вісцеральної чутливості до рефлюксату з незначними коливаннями рН.

До функціональної печії відносять випадки, що недостатньо підлягають антирефлюксній терапії або персистують у той час, коли епізоди рефлюксу зникають після відповідної терапії. Тому недостатня відповідь на терапевтичну пробу з ППП є високо інформативним негативним предиктором щодо ГЕРХ.

Функціональна торакалгія – функціональний розлад, який характеризується епізодами болю у грудній клітці середньої локалізації та вісцерального характеру, що дозволяє припустити його езофагеальний генез. Такий біль необхідно обов'язково диференціювати із стенокардією та болем внаслідок іншої патології стравоходу.

Функціональна дисфагія – це функціональний розлад, який характеризується відчуттям аномального транзиту через стравохід. Підтвердження діагнозу вимагає виключення структурних змін (пухлина, стріктура стравоходу), ГЕРХ, порушень езофагеальної моторики, що мають гістопатологічний генез.

Глобус визначається, як відчуття грудки (стороннього тіла), залишків їжі або стиснення в глотці. Відчуття виникає між прийомами їжі, часто зменшується під час їди, не супроводжується дисфагією та одиофагією. Для підтвердження діагнозу треба переконатися, що немає структурних змін, ГЕРХ та порушень езофагеальної моторики, що мають гістопатологічний генез.

ФЕР віднесені до рубрики К 22 (Інші захворювання стравоходу) Міжнародної класифікації хвороб (МКХ -10).

Обов'язкові методи дослідження для пацієнтів з патологією органів травлення.

Основні методи дослідження:

- ППП – тест;
- рН-метрія шлунка (у ранньому постпрандіальному періоді);
- рН-метрія нижньої третини стравоходу через 2 години після їжі в положенні сидячи і з нахилом тулуба вперед на 45°;
- фіброезофагогастродуоденоскопія;
- рентгенологічне дослідження стравоходу з контрастними речовинами (при функціональній дисфагії);
- огляд ЛОР (назоларінгоскопія) при глобусі.

Додаткові методи дослідження:

- монітування внутрішньостравоходного рН;
- езофагоскопія з біопсією та гістологічним дослідженням слизової стравохода для виключення еозинофільного езофагіту (при функціональній дисфагії);
- електрокардіографія з фізичним навантаженням (велоергометрія, тредміл-тест);
- холтеровське монітування.

Лікування:

Призначають часте харчування - дієта №1 або №5. Їжу приймають повільно, тільки тепло. За бажанням хворих їжу можна запивати теплою водою або чаєм невеликими ковтками.

При наявності підтвердженого езофагоспазму рекомендують спазмолітики: Спазмалгон, Прифініум бромід (Ріабал) в звичайних дозах за 30-40 хв до їжі, пролонговані нітрати: Кардікет-ретард, Ізокет-ретард, Оликард-ретард 40 мг 1-2 рази в день, ретардні форми антагоністів кальцію дігідропіридинового ряду: амлодіпін (Норваск, Тенокс, АмлодіпінГексал), фелодіпін (Фелогексал) по 5-10 мг 1-2 рази в день, лерканідіпін (Леркамен) по 10-20 мг 1-2 рази в день. Необхідно

зауважити, що застосування медикаментозних засобів призводить до позитивного клінічного ефекту, однак не відновлює нормальну перистальтику стравоходу.

До комплексу фізіотерапевтичних заходів необхідно включати такі, що спрямовані на усунення надмірної подразнювальності центральної нервової системи (ЛЕНАР, електросон при частоті 20 Гц). Відносно стравоходу головною метою є зниження тонуусу і моторної активності його нервово-м'язового апарату. Застосовують електрофорез сульфату магнію, хлориду кальцію на комірцеву ділянку та шийні симпатичні вузли, ДМХ-терапію (нетеплові і слабкі теплові дози) на комірцеву зону і епігастральну ділянку в слабких теплових дозах, по 10-15 хв на поле, кожен день, 10 процедур.

При необхідності показана консультація психоневролога, проведення психотерапії.

Практично всім, особливо при тривожно-невротичних розладах рекомендують анксиолітики: етифоксин (Стрезам) по 50 мг 3 рази в день, алпразолам (Ксанакс) 0,25-0,5 мг 3 рази в день. При ознаках депресії застосовуються антидепресанти: флуоксетин (Портал) в початковій дозі 10-20 мг на добу, пароксетин (Рексетин) – 10 мг на добу, міансерін (Лерівон) - 30 мг на добу, сертралін (Асентра).

1.4. Ахалазія кардії

Ахалазія кардії – нервово-м'язове захворювання, яке характеризується утрудненням проходження харчових мас по стравоходу та з стравохода в шлунок, внаслідок порушення перистальтики та відсутності розкриття кардії під час акту ковтання.

Етіологія захворювання до кінця не з'ясована. Як можливі етіологічні фактори розглядаються вірусні інфекції, психогенні фактори та генетичну схильність. Розвиток захворювання пов'язують з порушенням діяльності інтрамурального нервового сплетення, що обумовлено дефіцитом нейротрансмітеру – оксиду азоту (NO).

Хворі на ахалазію кардії скаржаться на порушення ковтання або неприємні відчуття поза грудиною під час їжі. Ці явища підсилюються при емоціональній неврівноваженості, недостатньому пережовуванні їжі. В подальшому внаслідок накопичення харчових мас в стравоході спостерігається зригування після їжі, іноді через декілька годин, навіть вночі. Доволі характерний позагрудинний біль, який частіше виникає поза їжею вночі і супроводжує негативні емоції. Порушення ковтання і зригування їжі призводить до того, що кожне приймання їжі стає для хворих важковирішувальною проблемою.

Обов'язкові методи дослідження для пацієнтів з патологією органів травлення.

Основні методи дослідження:

- рентгенологічне дослідження (враховують порушення розкриття піддіафрагмального сегмента стравоходу і кардії під час ковтання; затримка барієвої суміші в абдомінальному сегменті від 0,5 до 60 хв та інш.);
- фіброезофагогастроуденоскопія;
- гістологічне дослідження біоптатів слизової оболонки стравоходу.

Додаткові методи дослідження:

- хромоезофагоскопія.

Лікування:

Більшості хворих показана пневмокардіодилатація в хірургічному відділенні або оперативне лікування. Фармакотерапія і фізіотерапія мають допоміжне значення.

Для усунення гіперкінезії грудного відділу стравоходу застосовують пролонговані нітрати та ретардні форми антагоністів кальцію дігідропіридинового ряду (дивись розділ 1.3). При гіпокінетичних порушеннях рекомендують прокінетики: домперідон (Мотіліум) по 1 табл.(10 мг) за 30 хвилин до їжі і перед сном.

Профілактику та лікування хронічного езофагіту проводять антацидним гелем типу Фосфалюгель. Показана консультація психоневролога, проведення психотерапії, призначення анксиолітиків, антидепресантів (дивись розділ 1.3).

Фізіотерапія полягає в застосуванні ДМХ-терапії на комірцеву зону і епігастральну ділянку в слабких теплових дозах, по 10-15 хв на поле, кожен день, 10 процедур.