

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему

Огляди літератури

УДК 616.33–008.17–031:611.329–07

DOI 10.11603/1811-2471.2017.v0.i2.7748

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

©Т. В. Бойко

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

РЕЗЮМЕ. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – надзвичайно поширене захворювання, зумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції органів гастроезофагеальної зони, яке характеризується спонтанним закидом шлункового або дуоденального вмісту в стравохід, що призводить до ураження його дистального відділу з розвитком у ньому запальних та ерозивно-виразкових уражень. Серед дорослого населення поширеність ГЕРХ становить до 40 %.

Мета роботи – проаналізувати сучасні погляди науковців і основні методи діагностики ГЕРХ.

В діагностиці ГЕРХ потрібно орієнтуватися на рекомендації Монреальського консенсусу, згідно з яким захворювання можна діагностувати при наявності мінімум одного із трьох критеріїв: а) характерних симптомів захворювання; в) інструментального підтвердження наявності патологічного гастроезофагеального рефлюксу у осіб з симптомами ГЕРХ; с) змін слизової оболонки стравоходу, гістологічного дослідження біоптата.

Згідно з V Маастрихтським консенсусом рекомендовано проводити ерадикацію *H. pylori* незалежно від наявності чи відсутності симптомів ГЕРХ при наявності прямих показань.

Діагноз ГЕРХ встановлюють на підставі клінічних критеріїв, якщо пацієнта турбує печія більше ніж двічі на тиждень впродовж трьох місяців і довше. Для діагностики ГЕРХ запропоновані тест з ІПП, альгінатний тест. Показанням до проведення езофагогастроуденоскопії (ЕГДС) у пацієнтів з ГЕРХ є наявність тривожних симптомів (дисфагія, нудота, кровотеча, зменшення маси тіла), неефективність пробного лікування (негативні альгінатний або омепразоловий тести), тривалий перебіг захворювання, вік більше 50 років. ЕГДС виконують в окремих випадках для виявлення або виключення значних пошкоджень. При типових симптомах ГЕРХ проводити ЕГДС не потрібно. При проведенні ЕГДС беруть біоптат стравоходу при ускладненнях ГЕРХ, новоутвореннях, для діагностики еозинофільного езофагіту. Для кількісного визначення впливу кислоти на стравохід та оцінки асоціації між печією та епізодами рефлюксу використовують рН-метрію в стравоході або імпедансметрію впродовж 24 год. Стравохідний імпеданс рН застосовують у пацієнтів зі стійкими симптомами рефлюксу, які погано відповіли на стандартну терапію для оцінки як кислотної, так і некислотної рефлюксної хвороби. Для виявлення мінімальних уражень слизової оболонки стравоходу у хворих на ГЕРХ застосовують хромоскопію, ендоскопію з високою роздільністю та збільшенням, вузьку спектральну ендоскопію.

Висновки. Основним методом діагностики гастроезофагеальної рефлюксної хвороби є езофагогастроуденоскопія. Сучасні ендоскопічні технології дають можливість діагностувати ГЕРХ на ранній стадії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба; діагностика; езофагогастроуденоскопія.

Вступ. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), згідно з рекомендаціями ВООЗ, – хронічне рецидивуюче захворювання, зумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції органів гастроезофагеальної зони, яке характеризується спонтанним або таким, що регулярно повторюється, закидом шлункового або дуоденального вмісту в стравохід, що призводить до ураження його дистального відділу з розвитком у ньому запальних та ерозивно-виразкових уражень.

Історія вивчення механізмів розвитку ГЕРХ почалася в 1930 роках. Значно пізніше опис Asher Winkelstein виразкового езофагіту, досвід застосування блокаторів H₂-гістамінових рецепторів і відкриття *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) дали поштовх розвитку теорії кислотно-пептичного патогенезу ГЕРХ. Більше 30 років еволюціонувала теорія патогенезу ГЕРХ і лише на початку 1970-х років відбулась перша спроба створення багатомірної теорії патогенезу захворювання, що

об'єднує в собі вплив різних факторів [1]. До числа провокуючих факторів відносять генетичну схильність, ожиріння, вік, вагітність, травми, нервово-м'язову дисфункцію стінок стравоходу і їх склерозування внаслідок повторних загострень. Типові клінічні прояви ГЕРХ сьогодні доповнені новими ГЕРХ-асоційованими синдромами, які значно розширюють уявлення про патогенез захворювання [2].

В Україні відсутні офіційні дані про поширеність та захворюваність на ГЕРХ. У світі ця патологія належить до найпоширеніших гастроентерологічних захворювань [3–5]. Серед дорослого населення поширеність ГЕРХ становить близько 40 % [6].

Мета роботи – проаналізувати сучасні погляди науковців і наведені основні методи діагностики гастроезофагеальної рефлюксної хвороби.

ОСНОВНА ЧАСТИНА. У діагностиці ГЕРХ необхідно орієнтуватися на рекомендації Монре-

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему

альського консенсусу, згідно з яким захворювання може бути діагностовано при наявності як мінімум одного із трьох критеріїв:

а) характерних симптомів захворювання, які турбують пацієнта.

в) інструментального підтвердження наявності патологічного гастроєзофагеального рефлюксу в осіб із симптомами GERX, наприклад при рН-моніторингу стравоходу.

с) змін слизової оболонки стравоходу (СОС) (згідно з даними ЕГДС, гістологічного дослідження біоптату) [6–9].

Діагноз GERX встановлює лікар на підставі клінічних критеріїв, якщо пацієнта турбує печія більше ніж двічі на тиждень впродовж трьох місяців і довше. Використовують омепразоловий тест, тобто призначають омепразол чи інший інгібітор протонної помпи (ІПП) тривалістю не менше ніж один місяць. Якщо прийом ІПП протягом трьох днів супроводжується клінічним ефектом, то лікування проводять впродовж одного місяця з переходом на підтримувальну терапію [10–12].

Для діагностики GERX запропонований альгінатний тест. Припинення печії після приймання 1000 мг альгінату натрію (у формі 20 мл препарату Гавіскон Форте м'ятна суспензія) свідчить про позитивний результат тесту з чутливістю і специфічністю 96,7 і 87,7 % відповідно.

Показанням до проведення ЕГДС у пацієнтів з GERX є наявність тривожних симптомів (дисфагія, нудота, кровотеча, зменшення маси тіла), неефективність пробного лікування (негативний альгінатний тест або тест з ІПП), тривалий перебіг захворювання, вік понад 50 років (Міністерство охорони здоров'я України, 2013).

Згідно з V Маастрихтським консенсусом рекомендовано проводити ерадикацію *H. pylori* незалежно від наявності чи відсутності симптомів GERX при наявності прямих показань [13]. Окрім ЕГДС, додаткові дослідження (тривалий моніторинг рН у стравоході з/або без імпедансу, сцинтиграфія, манометрія, рентгенологічні досліджен-

ня) необхідні рідко [14]. Їх точність остаточно не визначено, не в усіх центрах є можливість їх виконання.

рН – метрія в стравоході або імпедансметрія протягом 24 год (або 48–72 год при стравохідній капсулі Bravo з визначенням рН) можуть бути використані для кількісного визначення впливу кислоти на стравохід та оцінки асоціації між печією та епізодами рефлюксу [15]. Амбулаторна стравохідна рН-метрія та імпеданс можуть допомогти у разі резистентності до терапії ІПП або коли діагноз GERX є сумнівним. 24-годинна рН-метрія – єдиний тест, який дає змогу оцінити симптоми, асоційовані з рефлюксом [14]. Стравохідний імпеданс рН застосовують у пацієнтів зі стійкими симптомами рефлюксу, які погано відповіли на стандартну терапію, для оцінки як кислотної, так і некислотної рефлюксної хвороби [16]. Моніторинг стравохідного рН виконують у пацієнтів, яких готують до антирефлюксної хірургії для того, щоб підтвердити, що симптоми дійсно пов'язані з рефлюксом.

ЕГДС виконують для виявлення або виключення значних пошкоджень в окремих випадках [14, 17]. При типових симптомах GERX проводити ЕГДС непотрібно. При проведенні ЕГДС беруть біоптат стравоходу при ускладненнях GERX, новоутвореннях, для діагностики еозинофільного езофагіту.

Хромоскопія, ендоскопія з високою роздільністю та збільшенням, вузькоспектральна ендоскопія допомагають виявити мінімальні ураження слизової оболонки стравоходу у хворих на GERX.

Висновки. Основним методом діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби є езофагогастроуденоскопія.

Сучасні ендоскопічні технології дають можливість діагностувати гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу на ранній стадії.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні нових методів діагностики, лікування і профілактики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

ЛІТЕРАТУРА

1. Republished: symptomatic reflux disease: the present, the past and the future / G. Boesxstaens, H. B. El-Serag, A. G. Smout, P. J. Kahrilas // *Postgrad. Med. J.* – 2015. – № 91 (107). – Р. 46–54.
2. Кокорина В. Э. Диагностика и лечение заболеваний ЛОР-органов, обусловленных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня докт. мед. наук / В. Э. Кокорина. – Санкт-Петербург, 2010. – 256 с.
3. Ткач С. М. Европейские и американские рекомендации по лечению GERX: практические уроки /

- С. М. Ткач // *Здоров'я України.* – 2009. – № 6/1. – С. 20.
4. Ендоскопічна діагностика гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / О. О. Крилова, Т. В. Майкова, В. М. Кутняк [та ін.] // *Сучасна гастроентерологія.* – 2016. – № 6 (92). – С. 109–118.
5. Кочуева М. Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: к вопросу о повышении эффективности терапии / М. Н. Кочуева // *Український часопис.* – 2015. – № 3. – С. 59–62.
6. Балуква Е. В. Коррекция основных клинических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной бо-

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему

лезни / Е. В. Балукова, Ю. П. Успенский // РМЖ. – 2015. – № 21. – С. 1278–1280.

7. Соломенцева Т. А. Механизмы повреждения слизистой оболочки пищевода у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с сопутствующей ишемической болезнью сердца / Т. А. Соломенцева, Н. Э. Кушнир, В. М. Чернова // Сучасна гастроентерологія. – № 1 (93). – 2017. – С. 91–98.

8. Фадєєнко Г. Д. Порушення функціонального стану сидотелію та його роль в патогенезі гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби в поєднанні з ішемічною хворобою серця / Г. Д. Фадєєнко, В. Ю. Гальчинська, І. Е. Кушнір // Сучасна гастроентерологія. – 2016. – № 5 (91). – С. 5–10.

9. Davenport A. P. Endothelin Published online / A. P. Davenport, K. A. Hyndman, C. N. Dhaun, 2016.

10. Ткач С. М. Особенности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при недостаточной эффективности ингибиторов протонной помпы / С. М. Ткач // Сучасна гастроентерологія. – 2017. – № 1 (93). – С. 71–79.

11. Heidelbaugh J. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) [Electronic resource] : UMHS GERD Guideline, September 2013. URL: <https://www.guideline.gov/summaries/summary/37564>.

12. He S. Value of the gastroesophageal reflux disease questionnaire (GerdQ) in predicting the proton pump inhibitor response in coronary artery disease patients with gastroesophageal reflux – related chest pain / S. He, Y. Liu, Y. Chen // Dis. Esophagus. – 2016. – Vol. 29 (4). – P. 367–376.

13. Malfertheiner P. European Helicobacter Study Group Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht 1V / P. Malfertheiner, F. Megraud, C. A. O'Morain // Florence Consensus Report. – 2012. – № 61 (5). – P. 646–664.

14. Hunt R. Global perspective on gastroesophageal reflux disease [Electronic resource] / R. Hunt, D. Armstrong, P. Katelaris // Global World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, 2015. – URL: <http://www.GuidelinesGlobalGuidelines:GERD:Englich>.

15. 24 Versus 48-hour bravo pH monitoring / B. Chander, N. Hanley-Williams, Y. Deng, A. Sheth // J. Clin. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 46. – P. 197–200.

16. Boeckxstaens G. E. Systematic review role of acid, weakly acidic and weakly alkaline reflux in gastroesophageal reflux disease / G. E. Boeckxstaens, A. Smout // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2010. – Vol. 32. – P. 334–345.

17. De Bortoli N. Esophageal testing; What we have so far / N. De Bortoli, I. Martinucci, I. Bertani // World J. Gastrointest. Pathophysiol. – 2016. – № 7 (1). – P. 72–85.

REFERENCES

1. Boesckxstaens, G., Ei-Serag, H.B., Smout, A.G., & Kahrilas, P.J. (2015). Republished: symptomatic reflux disease: the present, the past and the future. *Postgrad. Med. J.*, 91, (107), 46-54.

2. Kokorina, V.Ye. (2010). Diagnostika i lecheniye zabolovaniy LOR-organov, obuslovlennykh gastroezofagealnoy refluksnoy boleznью [Diagnosis and treatment of ENT diseases caused by gastroesophageal reflux disease]. *Extended abstract of Doctor's thesis*. Saint-Petersburg, 256 [in Russian].

3. Tkach, S.M. (2009). Yevropeyskiye i amerykanskiye rekomendatsii po lecheniyu GERKh: prakticheskiye uroky [European and American recommendations for the treatment of GRD: practical lessons]. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*, 6 (1), 20 [in Russian].

4. Krylova, O.O., Maykova, T.V., Kutniak, V.M., Yershova, S.Yu. & Shchudro, S.O. (2016). Endoskopichna diahnozyka gastroezofagealnoi refluksnoi khvoroby [Endoscopic diagnosis of gastroesophageal reflux disease]. *Suchasna gastroenterolohiia – Modern Gastroenterology*, 6, (92), 109-118 [in Ukrainian].

5. Kochuyeva, M.N. (2015). Gastroezofagealnaya refluksnaya bolezn: k voprosu o povyshenii effektivnosti terapii [Gastroesophageal reflux disease: to the question of increasing the effectiveness of therapy]. *Ukrainskyi chasopys – Ukrainian Journal*, 3, 59-62 [in Russian].

6. Balukova, Ye.V. & Uspenskiy, Yu.P. (2015). Korrektsiya osnovnykh klinicheskikh proyavleniy gastroezofagealnoi refluksnoy boleznii [Correction of the main clinical manifestations of gastroesophageal reflux disease]. *RMZh – RMJ*, 21, 1278-1280 [in Ukrainian].

7. Solomentseva, T.A., Kushnir, N.Ye., & Chernova,

V.M. (2017). Mekhanizmy povrezhdeniya slizistoy obolochky pyshchevoda u bolnykh gastroezofagealnoy refluksnoy boleznью s soputstvuyushchey ishemicheskoy boleznью serdtsa [Mechanisms of damage to the mucosa of the esophagus in patients with gastroesophageal reflux disease with concomitant ischemic heart disease]. *Suchasna gastroenterolohiia – Current Gastroenterology*, 1, (93), 91-98 [in Ukrainian].

8. Fadieienko, H.D., Halchinska, V.Yu. & Kushnir, I Ye. (2016). Porushennia funktsionalnoho stanu sydoteliiu ta yoho rol v patohenezi gastroezofagealnoi refluksnoi khvoroby v poiednanni z ishemichnoiu khvoroboiu sertsia [Violation of the sidotelium functional state and its role in the pathogenesis of gastroesophageal reflux disease combined with coronary heart disease]. *Suchasna gastroenterolohiia – Current Gastroenterology*, 5, (91), 5-10 [in Ukrainian].

9. Davenport, A.P., Hyndman, K.A., & Dhaun, C.N. (2016). Endothelin Published online.

10. Tkach, S.M. (2017). Osobennosti lecheniya gastroezofagealnoi refluksnoy boleznii pry nedostatochnoy effektivnosti ingibitorov protonnoy pompy [Features of treatment of gastroesophageal reflux disease with insufficient effectiveness of proton pump inhibitors]. *Suchasna gastroenterolohiia – Current Gastroenterology*, 1, (93), 71-79 [in Russian].

11. Heidelbaugh, J. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) UMHS GERD Guideline, September 2013.–<https://www.guideline.gov/summaries/summary/37564>.

12. He, S., Liu, Y., & Chen, Y. (2016). Value of the gastroesophageal reflux disease questionnaire (GerdQ) in predicting the proton pump inhibitor response in coronary

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему

artery disease patients with gastroesophageal reflux – related chest pain. *Dis. Esophagus*, 29, (4), 367-376.

13. Malfertheiner, P., Megraud, F., & O'Morain, C.A. (2012). European Helicobacter Study Group Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht 1V. *Florence Consensus Report. Gut*, 61 (5), 646-664.

14. Hunt, R., Armstrong, D., & Katelaris, P. (2015). Global perspective on gastroesophageal reflux disease. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines*. <http://www.GuidelinesGlobal.com>: GERD: English.

15. Chander, B., Hanley-Williams, N., Deng, Y., & Sheth, A. (2012). 24 versus 48-hour bravo pH monitoring. *J. Clin. Gastroenterol.*, 46, 197-200.

16. Boeckxstaens, G.E., & Smout, A. (2010). Systematic review role of acid, weakly acidic and weakly alkaline reflux in gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 32, 334-345.

17. De Bortoli, N., Martinucci, I., & Bertani, I. (2016). Esophageal testing; What we have so far. *World J. Gastrointest. Pathophysiol.*, 7, (1), 72-85.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

©Т. В. Бойко

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины»

РЕЗЮМЕ. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – чрезвычайно распространенное заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны, которое характеризуется спонтанным забросом желудочного или дуоденального содержимого в пищевод, что влечет за собой повреждение его дистального отдела с развитием в нем воспалительных и эрозивно-язвенных повреждений. Среди взрослого населения распространенность ГЭРБ составляет около 40 %.

Цель – проанализировать современные взгляды ученых и главные методы диагностики ГЭРБ. В диагностике ГЭРБ нужно ориентироваться на рекомендации Монреальского консенсуса, согласно которому заболевание может быть диагностировано при наличии как минимум одного из трех критериев: а) характерные симптомы заболевания; б) инструментального подтверждения наличия патологического гастроэзофагеального рефлюкса у лиц с симптомами ГЭРБ; с) изменение слизистой оболочки пищевода, гистологического исследования биоптата.

Согласно V Маастрихтскому консенсусу рекомендовано проводить эрадикацию *H. pylori* независимо от присутствия или отсутствия симптомов ГЭРБ при наличии прямых показаний. Диагноз ГЭРБ устанавливается на основании клинических критериев, если пациента беспокоит изжога чаще чем дважды на неделю в течение трех месяцев и больше. Для диагностики ГЭРБ предложены омега-пептидный, альгинатный тесты. Показанием для проведения ЭГДС у пациентов с ГЭРБ является наличие тревожных симптомов (дисфагия, тошнота, кровотечение, потеря веса), неэффективность пробного лечения (отрицательные альгинатный или омега-пептидный тесты), длительное течение заболевания, возраст более 50 лет. ЭГДС используют для выявления или исключения значительных повреждений в отдельных случаях. При типичных симптомах ГЭРБ проводить ЭГДС не нужно. При проведении ЭГДС берут биоптат пищевода при осложненной ГЭРБ, новообразованиях, для диагностики эозинофильного эзофагита.

Для количественного определения влияния кислоты на пищевод и оценки ассоциации между изжогой и эпизодами рефлюкса используют рН-метрию в пищеводе или импедансметрию в течение 24 часов. Пищеводный импеданс рН используют у пациентов со стойкими симптомами рефлюкса, плохо ответивших на стандартную терапию, для оценки как кислотной, так и некислотной рефлюксной болезни. Для выявления минимальных повреждений слизистой оболочки пищевода у больных ГЭРБ используют хромокопию, эндоскопию с высокими разделенностью и увеличением, узкую спектральную эндоскопию.

Выводы. Главным методом диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является эзофагогастродуоденоскопия. Современные эндоскопические технологии дают возможность диагностировать ГЭРБ на ранней стадии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; диагностика; эзофагогастродуоденоскопия.

SUMMARY. Gastroesophageal reflux disease is an extremely common disease caused by violation motor-evacuatory function of organs of gastroesophageal zone, characterized by spontaneous reproach of gastric or duodenal contents in esophagus which lead to defeat distal department with development inflammatory and erosive-ulcerous lesions. Among adults prevalence of gastroesophageal reflux disease is 40 %.

The aim of the work – to analyze modern views of scientists and show general methods of diagnostic gastroesophageal reflux disease.

In the diagnostics of gastroesophageal reflux disease we need to focus on recommendation of Monreal consensus whereby disease can be diagnosed in the presence of at least of 3 critters: typical symptoms of disease, instrumental confirmation presence of pathology gastroesophageal reflux in people with gastrophageal reflux disease symptoms, mucosal changes of esophagus, histology study biopsy.

In accordance with IV Maastrichts consensus recommended to eradication *Helicobacter pylori* regardless a presence or absence of symptoms of gastroesophageal reflux disease in the presence of direct hits.

Diagnosis of gastroesophageal reflux disease established on the basis clinical criterion if patients are concerned pyrosis more than 2 times a week for 3 month or more. For the diagnostic of gastroesophageal reflux disease we offered omeprazole and alginate tests. Display for the esophagogastroduodenoscopy in patients with gastroesophageal reflux disease availability of symptoms (dysphagia, nausea, bleeding, weigth loss, inefficiency of frial treatment (negative omeprazole and alginate tests), long course of disease, more than 50 years. Esophagogastroduodenoscopy serve to identify or exclusion significant damage in some cases. With typical symptoms no meal to take before the esophagogastroduodenoscopy to make the esophagus for the diagnostics of eosinophily esophagitis. To quantify of influence acid on the esophagus evaluation between pyrosis and reflux episodes, use ph-metry in esophagus or impedance-metry for 24 hours. Esophagus impedance use in the patients with persistent symptoms of reflux, who respectively meet the standard therapy, to assess acid and non-acid reflux disease. To identify minimal lesions mucous of asophagus in patients with gastroesophageal reflux disease. Use chromoscopy, endoscopy with high quality and zoom, narrow spectral endoscopy.

Conclusions. So, the main method of diagnostic gastroduodenal reflux disease is gastrofibroduodenoscopy. Modern endoscopstechnology make it possible to diagnose gastroesophageal reflux disease on early stage. Future prospects for further rescarch is to explore new methods of diagnostic, therapy and prevention gastroduodenal reflux disease.

KEY WORDS: gastroesophageal reflux disease; diagnostic; gastrofibroduodenoscopy.

Отримано 18.03.2017