



УКРАЇНА

(19) UA (11) 67239 (13) U
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00
A61P 1/00
A61B 1/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ УСКОДНЕНОЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

1

(21) u201108635

(22) 11.07.2011

(24) 10.02.2012

(46) 10.02.2012, Бюл.№ 3, 2012 р.

(72) МАТВІЙЧУК БОГДАН ОЛЕГОВИЧ, ГУРАЄВ-СЬКИЙ АРТУР АПОЛІНАРІЙОВИЧ, СТАСИШИН АНДРІЙ РОМАНОВИЧ

(73) ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

(57) Спосіб діагностики та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, що включає деталізацію скарг хворого, проведення інструментальних методів обстеження (езофагогастродуоденоскопія, 24-годинна стравохідна рН-метрія, рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту зі сульфатом барію, манометрія стравоходу) та вибір лікувальної тактики, який **відрізняється** тим, що при ймовірності виникнення стравохідно-шлункових кровотеч проводять езофагогастродуоденоскопію і при верифікації діагнозу здійснюють ендоскопічний ін'єкційний і/або коагуляційний гемостаз із застосуванням

2

інгібіторів протонної помпи (ІПП) 4-16 тижнів, а потім – відеолапароскопічну операцію; при ймовірності виникнення пептичної виразки проводять езофагогастродуоденоскопію, 24-годинну стравохідну рН-метрію, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту зі сульфатом барію, додатково – біопсію і при верифікації діагнозу - консервативну терапію 4-16 тижнів перед відеолапароскопічною операцією; при ймовірності виникнення стриктури стравоходу проводять езофагогастродуоденоскопію, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту зі сульфатом барію, манометрію стравоходу, додатково – біопсію і при верифікації діагнозу - балонну дилатацію із застосуванням ІПП перед відеолапароскопічною операцією; при ймовірності виникнення стравоходу Барретта проводять езофагогастродуоденоскопію, 24-годинну стравохідну рН-метрію, додатково - біопсію, хромоскопію і при верифікації діагнозу - ендоскопічну аргонплазмову коагуляцію, призначають ІПП, прокінетики 8-12 тижнів перед відеолапароскопічною операцією.

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема до хірургії, і може бути застосована для діагностики і лікування ускладненої гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

Проблему гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) сьогодні розглядають як одну з найактуальніших, про що свідчить велика кількість публікацій, методичних рекомендацій, інформаційних повідомлень. За даними епідеміологічних досліджень, ГЕРХ належить до найпоширеніших захворювань людини і охоплює до 20 % загальної популяції [1].

Труднощі діагностики ускладненої ГЕРХ пов'язані, в першу чергу, із значним ареалом розповсюдження захворювання, наявності грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) (55-90 %), широким спектром позастравохідних проявів, розвитком таких ускладнень, як стравохідно-шлункові кровотечі (2-10 %), пептична виразка стравоходу (4-

18%), стриктури (7-25 %), стравохід Барретта (5-15%) та аденокарцинома стравоходу (0,5-6 %), що утруднює вибір оптимальної лікувальної тактики [2].

Неправильний вибір методів діагностики та лікування, типу операції, призводить до виникнення післяопераційних ускладнень і, як наслідок, погіршення якості життя пацієнтів. Правильний вибір діагностично-лікувальної тактики дасть можливість покращити результати лікування хворих з ускладненою гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, систематизувати і об'єктивізувати зміни при ускладненій ГЕРХ, підвищити своєчасність діагностики та вибір диференційованої лікувальної тактики і покращити якість життя пацієнтів.

Найбільш прийнятним і близьким за суттю аналогом запропонованого способу діагностично-лікувальної тактики при ГЕРХ є спосіб, що полягає у деталізації скарг хворого, проведенні інструмен-

(13) U

(11) 67239

(19) UA

тальних методів діагностики (езофагогастродуоденоскопія, 24-годинна стравохідна рН-метрія, рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту із сульфатом барію, манометрія стравоходу), проведенні консервативної терапії та виборі хірургічного лікування [3]. Недоліком цього способу є невраховані ускладнення ГЕРХ (стравохідно-шлункові кровотечі, виразки, стриктури) та визначення неповної діагностично-лікувальної тактики.

В основу корисної моделі поставлено задачу створити спосіб діагностики та лікування ускладненої ГЕРХ, у якому шляхом проведення додаткових обстежень, здійснення малоінвазивних втручань і попереднього застосування консервативної терапії буде досягнуто зниження післяопераційних ускладнень та покращення якості життя хворого.

Поставлена задача досягається тим, що у способі діагностики та лікування ГЕРХ, що включає деталізацію скарг хворого, проведення інструментальних методів обстеження (езофагогастродуоденоскопія, 24-годинна стравохідна рН-метрія, рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту із сульфатом барію, манометрія стравоходу) і вибір лікувальної тактики, згідно з корисною моделлю, при ймовірності виникнення стравохідно-шлункових кровотеч проводять езофагогастродуоденоскопію і при верифікації діагнозу здійснюють ендоскопічний ін'єкційний і/або коагуляційний гемостаз із застосуванням інгібіторів протонної помпи (ІПП) 4-16 тижнів, а потім - відеолапароскопічну операцію; при ймовірності виникнення пептичної виразки проводять езофагогастродуоденоскопію, 24-годинну стравохідну рН-метрію, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту із сульфатом барію, додатково - біопсію і при верифікації діагнозу - консервативну терапію 4-16 тижнів перед відеолапароскопічною операцією; при ймовірності виникнення стриктури стравоходу проводять езофагогастродуоденоскопію, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту із сульфатом барію, манометрію стравоходу, додатково - біопсію і при верифікації діагнозу - балонну дилатацію із застосуванням ІПП перед відеолапароскопічною операцією; при ймовірності виникнення стравоходу Барретта проводять езофагогастродуоденоскопію, 24-годинну стравохідну рН-метрію, додатково - біопсію, хромоскопію і при верифікації діагнозу - ендоскопічну аргонплазмову коагуляцію, призначають ІПП, прокінетики 8-12 тижнів перед відеолапароскопічною операцією.

Запропонований спосіб діагностики і лікування ускладненої ГЕРХ дає можливість покращити результати лікування хворих, об'єктивізувати зміни при ускладненій ГЕРХ, підвищити ефективність діагностики та лікувальної тактики і покращити якість життя пацієнтів. Здійснення заявленого способу не потребує додаткових матеріальних затрат, а вимагає лише освоєння діагностично-лікувальної тактики, етапів і послідовності її виконання. За допомогою відеоендоскопії, хромоскопії і прицільної біопсії виявляють ділянки кишкової метapлазії епітелію в нижній третині стравоходу для підтвердження діагнозу стравоходу Барретта. Консервативну терапію із застосуванням ІПП проводять для зниження секреторної функції шлунка.

Запропонований спосіб здійснюють таким чином.

Деталізують скарги хворих. При ймовірності виникнення стравохідно-шлункових кровотеч проводять езофагогастродуоденоскопію і при верифікації діагнозу здійснюють ендоскопічний ін'єкційний і/або коагуляційний гемостаз із застосуванням ІПП 4-16 тижнів, а потім відеолапароскопічну антирефлюксну операцію. При ймовірності виникнення пептичної виразки проводять езофагогастродуоденоскопію, 24-годинну стравохідну рН-метрію, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту із сульфатом барію, а також біопсію і при верифікації діагнозу - консервативну терапію 4-16 тижнів перед відеолапароскопічною операцією. При ймовірності виникнення стриктури стравоходу проводять езофагогастродуоденоскопію, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту із сульфатом барію, манометрію стравоходу, додатково - біопсію і при верифікації діагнозу - балонну дилатацію із застосуванням ІПП перед відеолапароскопічною операцією. При ймовірності виникнення стравоходу Барретта проводять езофагогастродуоденоскопію, 24-годинну стравохідну рН-метрію, а також - біопсію та хромоскопію і при верифікації діагнозу - ендоскопічну аргонплазмову коагуляцію, призначають Hill, прокінетики 8-12 тижнів перед відеолапароскопічною антирефлюксною операцією.

Проведено лікування 45 хворих, які перебували в клініці хірургії ФПДО з приводу ускладненої ГЕРХ протягом 2006-2011 рр. Чоловіків було 26, жінок - 19. Вік пацієнтів становив від 25 до 75 років (середній - $47 \pm 2,5$ років). Розроблений спосіб діагностики і лікування застосовано усім хворим з ускладненою ГЕРХ. Для опису змін у стравоході при рефлюкс-езофагії використано Лос-Анжелеську класифікацію [4].

Серед ускладнень ГЕРХ пептичну виразку стравоходу діагностовано у 17 (37,8 %), пептичну стриктуру стравоходу - у 3 (6,7 %), стравохід Барретта - у 5 (11,1 %), стравохідно-шлункову кровотечу - у 20 (44,4 %) пацієнтів, серед яких синдром Меллорі-Вейса - у 11, ерозивно-виразкову кровотечу - у 9 осіб. Ковзну грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 95,6 % хворих.

Прооперовано 45 пацієнтів відеолапароскопічним методом. У 32 (71,1 %) хворих виконано задню і передню крурорафію з фундоплікацією за Ніссеном, у 9 (20,0 %) - задню крурорафію з фундоплікацією за Тупе, у 4 (8,9 %) пацієнтів - фундоплікацію за Дором (задню крурорафію виконано у 2 випадках). Всі хворі з пептичною виразкою стравоходу отримували ІПП, прокінетики і через 4-16 тижнів після консервативного лікування їм виконано відеолапароскопічну антирефлюксну операцію. У пацієнтів із 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 тижнів, після якого всіх пацієнтів прооперовано. У 5 хворих з верифікованим стравоходом Барретта проведено арго-

ноплазмову коагуляцію і застосування ІПП 8-12 тижнів перед відеолапароскопічною операцією.

Результати лікування оцінювали шляхом анкетування хворих через 3, 12 та 36 місяців після операції. Враховували дані інструментальних методів обстеження, згідно з способом діагностики, і визначали індекс якості життя пацієнтів. Через 12 місяців після операції рецидиву ГЕРХ не було у жодному випадку. В усіх хворих зі стравоходом Барретта відбулася регенерація епітелію через 3 місяці 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 $95 \pm 3,4$.

Використання запропонованого способу діагностики та лікування ускладненої ГЕРХ є можливість покращити результати лікування хворих, зменшити кількість післяопераційних ускладнень, підвищити якість життя пацієнтів, і він може бути

реалізований на практиці у спеціалізованих хірургічних відділеннях.

Джерела інформації:

1. DeVault K.R., Castell D.O. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease // Am. J. Gastroenterol- 1999.-94.-P. 1434-1442.

2. Фомин П.Д., Грубник В.В. Никишаев В.И., Малиновский А.В. Неопухолевые заболевания пищевода. - Киев: ООО "Бизнес-Интеллект", 2008. - С. 147-178.

3. Ковальчук Л.Я., Грубник В.В., Шварковський І.В. Клінічне застосування алгоритму діагностики гастроєзофагеальної хвороби //Шпитальна хірургія. - №1. - 2009. - С. 5-8.

4. Lund ell L, Dent J, Bennett J, et al. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlates and further validation of Los Angeles classification. Gut 1999; 45:172-80.