

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი
დისპენსიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში
კლინიკური შემთხვევა-დისპენსია

მთავარი ჩივილი

“არ შემოდის საჭმლის მიღება”

მიმდინარე დაავადების ისტორია

80 წლის პაციენტი, ქალი, შაქრიანი დიაბეტისა და ჰიპერტენზიის ანამნეზით, მოგმართავთ ჩივილებით ხანგამოშვებითი გულმძარვისა და ზემო აბდომინალური დისკომფორტის გამო. განსაკუთრებით აღნიშნული ჩივილები გამოხატულია ღამით. მდგომარეობას გარკვეულად უმსუბუქებს ანტაციდებისა და H₂ ბლოკერების

უკონტროლოდ მიღება. მას უჭირს ჭამა და აქვს ძალიან დაქვეითებული ჭამის მადა, ზოგჯერ მადა საერთოდ არა აქვს. ხანდახან, მადის გასაძლიერებლად, იღებდა პრეპარატებს, მაგრამ უშედეგოდ. იგი აგრეთვე ხშირად შეიგრძნობდა “ლუკმის გულზე დადგომას” და მიუთითებდა მკერდის ძვლის ქვედა ნაწილზე. უფრო მეტად მას უჭირს მყარი საკვების მიღება. სიმპტომები პროგრესულად გაუარესდა, რამაც პაციენტი სერიოზულად შეაშფოთა.

პაციენტი მცირედ დაბნეულია და დაავადების ისტორიის შეკრება გაძნელებულია. ოჯახის წევრები აღნიშნავენ, რომ მან უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში მნიშვნელოვნად დაიკლო (დაახლოებით 5,5 კგ). პაციენტი უარყოფდა გაძნელებულ ყლაპვას დასაწყისში ან ტკივილს ყლაპვის პერიოდში. იგი აგრეთვე უარყოფს ტკივილს გულმკერდის არეში, სუნთქვის გაძნელებას, გულისრევას, ღებინებას, კუჭის მოქმედების შეცვლას, სისხლიან განავალს.

ჯანმრთელობის მიმდინარე შეფასებისას, რომელიც ჩატარდა 6 თვის წინ, პაციენტს აღნიშნებოდა: წნევა კარგად კონტროლირებული; ნორმალური სარძევე ჯირკვლები გასინჯვითა და მამოგრაფიით; პაპა-ნიკოლაუს ნაცხი ნორმალური; რექტალური გასინჯვისა შედეგები ნორმალური განავლის სისხლდენაზე ანალიზის უარყოფითი პასუხით; სისხლის ბიოქიმიური გამოკვლევისა და ღვიძლის ფუნქციური ტესტების ნორმალური მაჩვენებლები; თირეოიდული სკრინინგის შედეგები ნორმალური.

პაციენტი ამჟამად იღებს შემდეგ მედიკამენტებს

NPH insulin 20 ერთეული და nad regular insulin 5 ერთეული დილით; NPH insulin 10

ერთეული საღამოს

Diltiazem controlled-release 180 mg დღიური დოზა

Hydrochlorothiazide (HCTZ) 25 mg დღიური დოზა

Ibuprofen 400 mg 3-ჯერ დღეში

Ranitidine 75 mg დღიური დოზა

ალერგიები

აღნიშნება პენიცილინზე გამონაყარი

წარსული სამედიცინო ისტორია

მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტი დიაგნოსტირებული 70 წლის ასაკში, გართულებული რეტინოპათიით;

ამჟამად, უზმოზე სისხლში გლუკოზა 160 მგ/დლ, ხოლო 4 თვის წინ ჰემოგლობინთან

შეკავშირებული გლუკოზა - HbA1C ჰქონდა 6..2%

ხელებისა და მუხლების ოსტეოართროტი

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი
დისპენსიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

ჰიპერტენზია: ეკგ-ზე აღენიშნება მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია და ST სეგმენტის არასპეციფიკური ცვლილებები; თალიუმ-პერსანტინით დატვირთვის ტესტი უარყოფითი (4 თვის წინ)

ბილატერალური კატარაქტა

72 წლის ასაკში პნევმონიის ანამნეზი

55 წლის ასაკში-მენოპაუზა

გადატანილი ოპერაციები

70 წლის ასაკში ოპერაცია - მარჯვენა მუხლის ტოტალური ჩანაცვლება

50 წლის ასაკში ქოლეცისტექტომია

ოჯახური ანამნეზი

დედა - მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტის ისტორიით; გარდაიცვალა 75 წლის ასაკში ინსულტით

მამა - ჰიპერტენზიის ანამნეზით; გარდაიცვალა გულის შეტევით 70 წლის ასაკში

დეიდა - მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტის ისტორიით; გარდაიცვალა 79 წლის ასაკში გულის შეტევით

ძმა - 74 წლის, II ტიპის შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული

და - 78 წლის, ფარისებრი ჯირკვლისა და ართრიტის პრობლემებით

ბებისა და ბაბუას შესახებ ინფორმაცია არ გააჩნია

სოციალური ანამნეზი

ექთნის თანაშემწე, ამჟამად პენსიონერი. დაქვრივდა 72 წლის ასაკში. ჰყავს ერთი მოზრდილი შვილი. უარყოფს ალკოჰოლის, თამბაქოსა და დანიშნულების გარეშე, წამლების მოხმარებას.

სისტემების მიმოხილვა

დაქვეითებული ჭამის მადა, ზოგჯერ მადის უქონლობა; წონის მკვეთრი შემცირება უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში; გრძნობს სისუსტესა და დაღლილობას; არა აქვს სიცხეები და ღამით ოფლიანობა; ხელებისა და მუხლების ტკივილი დიდი ხანია აქვს, რაც ბოლო პერიოდშიც არ შეცვლილა; აღენიშნება კუნთების გენერალიზებული ტკივილი; ძილის დარღვევა ხშირი გამოღვიძებების გამო; მეხსიერების შეფერხებისა და კონფუზიის შემთხვევები; არ აქვს თავის ტკივილი, სინკოპე, ატაქსია, პარესთეზიები, ხასიათის ცვლილებები. სისხლჩაქცევები (სინიაკები)??? უჩნდება ადვილად, სისხლდენასა და ჯირკვლების გადიდებას ადგილი არა აქვს; არ აღენიშნება, აგრეთვე, გამონაყარი, სიყვითლე, ხველა და დიზურია.

ფიზიკური გასინჯვით:

პულსი: 88

რესპირაცია: 18

სისხლის წნევა: 120/84 ვერცხლისწყლის სვეტისა; 130/86 დაწოლილ მდგომარეობაში, 125/84 მჯდომარე და 122/78 მდგომარე მდებარეობებში;

წონა: 54.9კგ

სიმაღლე: 167,6სმ;

სხეულის მასის ინდექსი: 19კგ/კვ.მ

ზოგადად: გამხდარია, ქრონიკული ავადმყოფის შესახედაობის; მწვავე დისტრესი არ შეიმჩნევა

კანი: თბილი, მშრალი კანი; ტურგორი მცირედ დაქვეითებული; ქოლცისტექტომიისა და მარჯვენა მუხლის კარგად შეხორცებული პოსტოპერაციული ნაწიბურები; გამონაყარი და სიყვითლე არ აღენიშნება

თვალი და ყელ-ყურ-ცხვირი: ორივე მხარეს გუგები თანაბრად მრგვალი და სინათლეზე მგრძნობიარე; ექსტრაოკულარული მოძრაობა ინტაქტური; კონიუნქტივა სუფთა, სკლერა ანიქტერული; ფსკერი - დისკი შემოფარგლული, მკვეთრი საზღვრებით და I ხარისხის დიაბეტური რეტინოპათია; გარეთა სასმენი არხი სუფთა; ტიმპანური გარსები ნორმალური; ზემო სასუნთქი გზები და ოროფარინქსი სუფთა;

კისერი: ფარისებრი ჯირკვალი ნორმალური ზომის, კვანძების გარეშე; საძილე ვენები დაბერილი და დაჭიმული არ არის; მოძრაობა თავისუფალი;

ლიმფური ჯირკვლები: კისერში, ილიისა და საზარდულის მიდამოებში პალპაციით ლიმფური კვანძები არ ისინჯება

სარძევე ჯირკვლები: სიმეტრიული ორივე მხარეს; შესიება, ჩაღრმავებები და გამონადენი არ აღენიშნება;

ფილტვები: ბილატერალური აუსკულტაციითა და პერკუსიით სუფთა

კარდიალური: რეგულარული რითმი; შუილი ან გალოპი არ აღენიშნება; მაქსიმალური იმპულსის წერტილი მარცხენა მედიოკლავიკულურ ხაზზე მეხუთე ნეკნთაშუა სივრცეში

ვასკულარული: პულსი +2/4 ბილატერალურად შესაბამისად ზედა და ქვედა კიდურებში; შეშუპებები არ აღენიშნება; კაპილარული ავსება კარგია;

მუცელი: რბილი, არადაჭიმული ნორმალური ნაწლავის ხმიანობით; ორგანომეგალია, შესიება, დაჭიმულობა და შებერილობა არ აღინიშნება.

ზურგი: ნეკნ-ხერხემლის კუთხის დაჭიმულობა, ზურგის დაჭიმულობა არ აღინიშნება; მოძრაობა სრული და თავისუფალია.

კიდურები: ორივე ხელის დისტალური ინტერფალანგური სახსრები - ჰებერდენის კვანძები; მარჯვენა მუხლის სახსარში მოძრაობა მცირედ შეზღუდულია; ორივე მუხლის სახსრები მცირედ გადიდებულია მარცხენა მუხლის უპირატესი დაჭიმულობით; ერთთემა, შესიება, სიმხურვალე ბილატერალურად არ არსებობს.

საზარდული: ინგვინალური და ბარძაყის თიაქარი არ აღინიშნება

რექტალური გასინჯვა: ნორმალური, დაჭიმულობისა და შესიების გარეშე

ნევროლოგიური: მენტალური მდგომარეობა: მსუბუქი აჟიტირება მეხსიერების მცირე შეზღუდვით, მაგრამ ორიენტირებულია დროში, ადგილსა და პიროვნებებში.

კრანიალური ნერვები: II-XII სრულიად ინტაქტურია

ღრმა მყესოვანი რეფლექსები: +2/4 ბილატერალურად ზედა და ქვედა კიდურებში

კუნთოვანი სიძლიერე: +5/5 ყველა ჯგუფში

მგრძნობელობა: მსუბუქი შეხებით შეგრძნება მცირედ არის დაქვეითებული ხელისგულებზე

Cerebelar (ნათხემი): დაზიანება არ აღინიშნება

ტანდგომა: ნორმალური

დიფერენციალური დიაგნოზის ვარიანტები

ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან, შეარჩიეთ 6-მდე სავარაუდო დიაგნოზი:

- ახალაზია
- კანდიდური ეზოფაგიტი
- კოლინჯის კიბო
- საყლაპავის კარცინომა
- საყლაპავის თანდაყოლილი მემბრანა (web)
- კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნეები
- გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადება ეზოფაგალური სტრიქტურით
- გასტროპარეზი
- დიაფრაგმის თიაქარი
- პანკრეასის კიბო
- პეპტიური წყლულოვანი დაავადება
- წამლებით გამოწვეული ეზოფაგიტი
- ცენკერის დივერტიკული

შემდგომი შეფასება

ქვემოთჩამოთვლილთაგან, შეარჩიეთ რა ლაბორატორიული ტესტები და სხვა სადიაგნოსტიკო გამოკვლევები უნდა იქნას ჩატარებული:

- 24 საათიანი pH –ის მონიტორინგი
- კოლონოსკოპია
- გულმკერდისა და მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია
- ეზოფაგური მანომეტრია ბერნშტეინის ტესტით
- ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია
- კუჭის წველის ანალიზი
- ცარიელი კუჭის შესწავლა
- გასტროენტეროლოგიური კონსულტაცია
- ღვიძლის ფუნქციური სინჯები
- ჰელიკობაქტერიაზე არაინვაზიური ტესტი
- ბარიუმის ფაფით ზედა გასტროინტესტიციული სერიები

საბოლოო დიაგნოზის ვარიანტები

ჩამოთვლილი სწორი პასუხებიდან, აირჩიეთ ერთი, ყველაზე, თქვენი აზრით, სავარაუდო დიაგნოზი:

- ახალაზია
- კანდიდური ეზოფაგიტი
- კოლინჯის კიბო
- საელაპავის კარცინომა
- საელაპავის თანდაყოლილი მემბრანა web
- კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნეები
- გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადება ეზოფაგური სტრიქტურით
- გასტროპარეზი
- დიაფრაგმის თიაქარი
- პანკრეასის კიბო
- პეპტიური წყლულოვანი დაავადება
- წამლებით გამოწვეული ეზოფაგიტი
- ცენკერის დივერტიკული

გადაწყვეტილების მიღების (მართვის) ვარიანტები:

ქვემოთჩამოთვლილთაგან, გთხოვთ, შეარჩიოთ მკურნალობის შესაფერისი ვარიანტები:

- ანტიქოლინერგული აგენტი
- ანტირეფლუქს ოპერაცია
- ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შეცვლა
- არასტეროიდული ანთებისაწინააღმდეგო პრეპარატების მიღების შეწყვეტა
- საწოლში თავის აწევა
- ეზოფაგური დილატაცია
- ეზოფაგური სტენტი
- H₂ ბლოკერების დოზის გაზრდა
- სტრიქტურისშიდა სტეროიდების ინექცია
- თხევადი საკვებით დიეტა
- მეტოკლოპრამიდი
- პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები
- კვება ხშირი და მცირე ოდენობის ულუფებით
- სუკრალფატი

სამედიცინო გამოსავალი

პაციენტმა, დიაბეტისა და ჰიპერტენზიის ისტორიით, მომართა ექიმს და წარმოადგინა ამჟამინდელი ჩივილები – დისპეპსია, გულმმარვა, დისფაგია და წონაში დაკლება. მან ჩაიტარა ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია, რამაც აღმოაჩინა ეზოფაგიტი, რომელიც, თავის მხრივ გამოწვეული იყო გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქს-დაავადებით, და დისტალური ეზოფაგური სტრიქტურა; სტრიქტურის ბიოფსიის შედეგად მასალა იყო შესწავლილი და გამოირიცხა ბარეტის მეტაპლაზია და კარცინომა. არ იყო აგრეთვე მტკიცებულებები გასტრო-დუოდენალურ წყლულოვან დაავადებაზე, კუჭის კარცინომასა და კანდიდოზურ ეზოფაგიტზე. სტრიქტურა იყო დილატირებული.

პაციენტმა აგრეთვე დაიწყო პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორებით მკურნალობა და ცხოვრების სტილისა და დიეტის მოდიფიცირება. მას ერჩია იზუპროფენი ჩაენაცვლებინა აცეტამინოფენით. დილტიაზემის ნაცვლად კი, წნევის კონტროლისათვის დაენიშნა აგგ ინჰიბიტორი.

ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიისა და დილატაციის ჩატარების შემდეგ პაციენტმა შესძლო გაეზარდა საკვების მიღება და თანდათანობით, სამი თვის განმავლობაში, წონაში მომატებაც. მას ხანდახან უგრძელდებოდა გულმმარვა, თუმცა თავს საკმაოდ კომფორტულად გრძნობდა.

- ❑ პაციენტის ეზოფაგური სტრიქტურის ენდოსკოპიური მიმოხილვა;
- ❑ ეზოფაგური სტრიქტურის დილატაცია;
- ❑ ეზოფაგოგასტრალური შეერთების ადგილის ენდოსკოპიური შეფასება.

დასკვნა

მიმოხილვა

დისპექსია განისაზღვრება როგორც ქრონიკული ან მორეციდივე ტკივილი ლოკალიზებული შუა ეპიგასტრიუმში. დისპექსიის გავრცელება ფართოდ ვარიირებს. სხვადასხვა კვლევებში იგი აღენიშნება 7% და 41% შორის. დისპექსიის ძირითადი გამომწვევი არის ორი კატეგორიის დაავადება – სტრუქტურული დაავადება და ფუნქციური დაავადება. ყველაზე ხშირი სტრუქტურული დაავადება, რაც იწვევს დისპექსიას, არის გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადება, ეზოფაგიტით ან მის გარეშე, პეპტიურ წყლულოვანი დაავადება და კუჭისა და საყლაპავის ავთვისებიანი სიმსივნეები. დისპექსიასთან დაკავშირებული “საგანგაშო ნიშნები”, რომელიც მიუთითებს სტრუქტურულ დაავადებაზე, მიეკუთვნება: წონის დაქვეითება, რეციდიული ღებინება, ყლაპვის გაძნელება, სისხლდენა და ანემია (AGA-American Gastroenterological Association 1998,579-581; Talley et al 1998, 585-586). ფუნქციონალური ანუ არაწყლულოვანი დისპექსია ხასიათდება ყველაზე მცირე 3 თვიანი ხანგრძლივობით და არ არსებობს გამოხატული სტრუქტურული და ბიოქიმიური მაჩვენებლების ნორმიდან გადახრა; დისპექსიური პაციენტების დაახლოებით 60% აღნიშნული სახის დისპექსიათა რიცხვს მიეკუთვნება (Talley et al 1998, 584-585; Talley and Holtmann 1999, 660-666).

გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების დროს ქსოვილის დაზიანება შეინიშნება საყლაპავში, ოროფარინგეალურ, ხახის ან რესპირატორულ ტრაქტში კუჭის შიგთავსის გასტროეზოფაგური რეფლუქსის შედეგად. გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების ზუსტი ეტიოლოგია ცნობილი არ გახლავთ, თუმცა ცნობილია, რომ გარკვეული ანატომიური და ფიზიოლოგიური დეფექტები ხელს უწყობენ დაავადების განვითარებასა და პროგრესირებას. ყველაზე მნიშვნელოვანო დეფექტი ეს არის საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ცვლილებები, რაც ნორმალურად, რეფლუქსის მთავარ ბარიერად გვევლინება. საყლაპავის ქვედა სფინქტერის რეფლუქსთან დაკავშირებული ორი მნიშვნელოვანი მიზეზი არის საყლაპავის ქვედა სფინქტერის წნევა და საყლაპავის ქვედა სფინქტერის გარდამავალი რელაქსაცია. უკანასკნელი რეფლუქსის ყველაზე გავრცელებული მიზეზია.

სხვა დეფექტებს, რაც ხელს უწყობს გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების ჩამოყალიბებას, მიეკუთვნება საყლაპავის არანორმალური რეზისტენტობა, კუჭის დაცლისა და კუჭის ტონუსის დარღვევები, კუჭის რეფლუქსატის შემადგენლობა. მდგომარეობები, რაც ხელს უწყობს გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების ჩამოყალიბებას: ზოლინგერ-ელისონის სინდრომი, სკლეროდერმია, შაქრიანი დიაბეტი, ნაზოგასტრალური ინტუბაცია; ხდება ან რეფლუქსატის შემადგენლობის შეცვლა, როგორც ზოლინგერ-ელისონის სინდრომის შემთხვევაში ან, ეზოფაგური დაცვის შემცირება (Orlando 1999, 1235-1238, 1244).

გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების ყველაზე გავრცელებულ ფორმას რეფლუქს-ეზოფაგიტი. სიმპტომებზე დაფუძნებული გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების გავრცელება (პრევალენსი) არის 44%, თუ თვითურად გამოიყენება სიმპტომი-გულმძარვა, როგორც დაავადების მარკერი და 7%, როცა გულმძარვა გამოიყენება დღიურად;

გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების პრევალენსი, როცა არსებობს საყლაპავის დაზიანების მტკიცებულებები, შეადგენს 7%-ს სიმპტომურ ინდივიდუალებში.

გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადება უფრო მეტად გავრცელებულია მამაკაცებსა და თეთრკანიანებში.

გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების გართულებები იწვევენ საკმაოდ მნიშვნელოვან დაავადებთანობას. გართულებები მოიცავს სტრუქტურის ფორმაციას და ბარეტის საყლაპავს, რაც ყველაზე ხშირად გვხვდება, ისევე როგორც საყლაპავის წყლული. გასტროეზოფაგური სისხლდენა შედარებით იშვიათად გვხვდება. აღსანიშნავია რომ, ბარეტის საყლაპავი არის

დიდი რისკი საყლაპავის ადენოკარცინომის განვითარებისათვის. იგი ზოგად პოპულაციაში 30-დან 125-ჯერ ზრდის ავთვისებიანობის რისკს (Orlando 1999,1235-1236).

ეზოფაგური სტრიქტურა მწვავე ეზოფაგიტის გართულებას წარმოადგენს. ეზოფაგური სტრიქტურის 80% დაკავშირებულია გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადებასთან. ეზოფაგური სტრიქტურა გვხვდება რეფლუქს ეზოფაგიტით დაავადებული არანამკურნალები პაციენტების 7%-23%-ში და 10-ჯერ უფრო ხშირია თეთრკანიანებში, ვიდრე აზიელებსა და შავკანიანებში.

არასტეროიდული ანთებისაწინააღმდეგო პრეპარატებით ხანგრძლივი მკურნალობა პირდაპირი ტოქსიკური ეფექტის გამო იწვევს ტაბლეტ-ინდუცირებულ ეზოფაგიტს, რაც თავის მხრივ დაკავშირებულია რეფლუქს-ეზოფაგიტსა და საყლაპავის სტრიქტურასთან. ობსტრუქციისა და შემცირებული მოტორიკის გამოვლენის შემთხვევაში, შეიძლება ვიფიქროთ ეზოფაგიტზე საყლაპავის სტრიქტურით ან ეჭვი მივიტანოთ კეთილთვისებიან პროქსიმალურ ან შუა ეზოფაგურ სტრიქტურაზე (Orlando 1999, 1250; Richter 1999, 875-892).

კლინიკური პრეზენტაცია

გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების დამახასიათებელ სიმპტომებს მიეკუთვნება გულმმარვა, დისპეფსია და დისფაგია.

გულმმარვას ხშირად იწვევს საკვები და ორგანიზმის მდებარეობა. ტიპურად, სიმპტომის შემსუბუქება ან/და გაქრობა შესაძლოა წამოჯდომითა და ანტაციდების, საჭმელი სოდის ან რძის მიღების შემდეგ.

სხვა ხშირი სიმპტომი, რომელსაც იწვევს რეფლუქს ეზოფაგიტი, არის ტკივილი გულმკერდის არეში, რაც შეიძლება ძნელად გავარჩიოთ გულის შეტევისაგან.

სხვა დამახასიათებელი სიმპტომებია რეგურგიტაცია და წყლის ამოსხმა.

ზოგიერთ შემთხვევაში, წონის დაკარგვა შეიძლება გამოწვეულ იქნას იმით, რომ პაციენტი ცდილობს ნაკლები საკვების მიღებას, რათა შეუმცირდეს შემაწუხებელი სიმპტომები.

დისფაგია, რომელიც თან ახლავს რეფლუქს ეზოფაგიტს, მიუთითებს გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადების გავრცელებულ ორ გართულებაზე – სტრიქტურის ფორმაციასა და ბარეტის საყლაპავზე, რომელიც მაღალი რისკია საყლაპავის ადენოკარცინომის განვითარებისათვის. მეორეს მხრივ, ბევრ პაციენტს სტრიქტურითა და ბარეტის საყლაპავიდან წარმოშობილი საყლაპავის ადენოკარცინომით შეიძლება არ ჰქონდეს გულმმარვა.

კარგად შეკრებილი კლინიკური ისტორია შესაძლოა შემთხვევების 80%-ში შესაძლებელს ხდის დისფაგიის პოტენციური მიზეზების დიფერენცირებას შეუწყოს ხელი. მაგალითად, თუ პაციენტს აქვს ოროფარინგეალური დისფაგია, მისი ტიპური ჩივილი გახლავთ ყლაპვის დაწყების გაძნელება, რომელიც დაკავშირებულია ხველასთან, ნაზალურ რეგურგიტაციასთან და სუნთქვის გაძნელებასთან. ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან აღსანიშნავია ნეირომუსკულარული მოშლილობები, ლოკალური სტრუქტურული პრობლემები და ზემო ეზოფაგური სფინქტერის დარღვევები. ეზოფაგური დისფაგია ხასიათდება საჭმლის გაჩერების შეგრძნებით ან გადაყლაპვის შემდეგ “ლუკმის ყელზე დადგომის” შეგრძნებით, როგორც ზემოაღნიშნულ შემთხვევაში (Castell and Katz 1999, 683-693; Spechler 1999, 233-254). კლინიკური ისტორიის შეგროვებისას, განხილულ უნდა იქნას აგრეთვე, მედიკამენტები, რასაც პაციენტი ღებულობს. მედიკამენტების ჩამონათვალი, რომელიც იწვევს ტაბლეტ-ინდუცირებულ ეზოფაგიტსა და შესაძლო სტრიქტურას დისფაგიით, მიეკუთვნება: ტეტრაციკლინი, კალიუმის ქლორიდი, არასტეროიდული ანთებისაწინააღმდეგო პრეპარატები და ნატრიუმის ალენდრონატი (Spechler 1999, 233-254).

დისფაგიის დიაგნოსტიკური ალგორითმი

ჩვენს შემთხვევაში, პაციენტმა წარმოადგინა გულმმარვის, დისპეფსიის, დისფაგიისა და წონის დაკარგვის სამთვიანი ისტორია; იგი აღწერს, რომ უფრო უჭირს მყარი საკვების მიღება, ვიდრე თხიერის; იგი უარყოფს ოდინოფაგიას, ტკივილს გულისა და მუცლის არეში, ხველას, სუნთქვის გაძნელებას, გულისრევას, ღებინებას, რეგურგიტაციას და ნაწლავების მოქმედების შეცვლას. იგი არ აღნიშნავს სიმპტომების გაუარესებას. პაციენტი ამავე დროს არის დაავადებული შაქრიანი დიაბეტით და რეგულარულად იღებს არასტეროიდულ ანთებისაწინააღმდეგო მედიკამენტებს ართრიტის სამკურნალოდ, ისევე როგორც იღებს რანიტიდინს გულმმარვის საწინააღმდეგოდ, თუმცა მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაში. ფიზიკური გასინჯვისას რაიმე მნიშვნელოვანი ცვლილება არ შეინიშნებოდა, თუ არ ჩავთვლით ფარულ სისხლდენაზე დადებითი ტესტით აღმოჩენილ გასტროინტესტინალურ სისხლდენას. ამდენად, ჩვენს შემთხვევაში საგანგაშო ნიშნების არსებობა – დისპეფსია, დისფაგია, წონაში დაკლება, სისხლდენა მიუთითებენ სტრუქტურულ დაავადებაზე.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა

ჩვენი პაციენტის შემთხვევაში, რომელსაც ჰქოპდა დისპეფსიური ჩივილები, უნდა განიხილებოდეს შემდეგი ძირითადი დიაგნოზები: გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადება ეზოფაგით ან მის გარეშე; პეპტიური წყლულოვანი დაავადება; კუჭის ან საყლაპავის ავთვისებიანი დაავადება; და ფუნქციონალური ან არაწყლულოვანი დისპეფსია.

კონკრეტული პაციენტის კლინიკური პრეზენტაცია გვაფიქრებინებს, რომ დიფერენციალური დიაგნოსტიკა უნდა გატარდეს საყლაპავის კარცინომას, პეპტიურ წყლულოვან დაავადებას, კუჭის კარცინომას, საყლაპავის სტრიქტურით მიმდინარე გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადებას და კანდიდურ ეზოფაგიტს შორის. საგანგაშო სიმპტომების არსებობა გვაფიქრებინებს სტრუქტურულ დაავადებაზე. ასე მაგალითად, დისფაგიასთან ასოცირებული წონაში მნიშვნელოვანი დაკლება წარმართავს ეჭვებს საყლაპავის კარცინომის მიმართულებით. კუჭის კარცინომის შემთხვევაში დისფაგია შეიძლება ექნეს პაციენტს, თუ პროცესი ლოკალიზებულია საყლაპავისა და კუჭის შეერთების ადგილას. გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადება ეზოფაგური სტრიქტურით არის შესაძლო დიაგნოზი აღნიშნული პაციენტის შემთხვევაში, თუმცა წონაში დაკლება უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ტიპური სტრიქტურისათვის. თუმცა სტრიქტურით გართულებული გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადებით პაციენტების 25% არ აღნიშნავს დისპეფსიის სიმპტომებს. შესაძლოა გვეფიქრა კანდიდოზურ ეზოფაგიტზე, რომლის ხელშემწყობ ფაქტორად ითვლება იმუნური დისფუნქცია გამოწვეული შაქრიანი დიაბეტითა და მჟავა-სუპრესიული მედიკამენტებს მიღებით.

ნაკლებად სავარაუდო დიაგნოზების რიცხვს მიეკუთვნება ეზოფაგური მემრანა ან რგოლი, პეპტიური წყლულოვანი დაავადება, მედიკამენტებით გამოწვეული ეზოფაგიტი, დიაფრაგმის თიაქარი და ახალაზია. თუმცა ეზოფაგურ მემრანას ან რგოლს შეუძლია გამოიწვიოს დისფაგია მკვირივი საკვების მიღებისას, სიმპტომები არის პერიოდული და არ პროგრესირებს. რა თქმა უნდა, აღნიშნული პაციენტის შემთხვევაში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს პეპტიურ წყლულოვან დაავადებას დაკავშირებულს არასტეროიდულ ანთებისაწინააღმდეგო მედიკამენტების რეგულარულ მიღებასთან, თუმცა მისი სიმპტომები ამ დაავადებისათვის ტიპური არ არის. თუმცა უნდა გვახსოვდეს, რომ ტიპური სიმპტომების არარსებობა არ გამორიცხავს პეპტიურ წყლულოვან დაავადებას, რადგან ხანდაზმულ პაციენტებს უმრავლეს შემთხვევაში არა აქვთ პეპტიურ აციდური სიმპტომები. შეიძლება ითქვას, რომ მხოლოდ მცირე პროცენტი (2%) პეპტიური წყლულოვანი დაავადებით წარმოადგენს დაავადებისათვის სხვა შემთხვევაში დამახასიათებელ სიმპტომებს.

პაციენტს, მოცემულ შემთხვევაში. შეიძლება ჰქონდეს ტაბლეტებით ინდუცირებული ეზოფაგიტი, ვინაიდან იგი რეგულარულად იღებდა არასტეროიდულ ანთებისაწინააღმდეგო მედიკამენტებს, თუმცა მას არა აქვს ტკივილი გულმკერდის არეში ან ოდინოფაგია რაც აღწერილია შესაბამისი სიმპტომებით პაციენტების 80%-სა

და 60%-ში. დისფაგია არის ნაკლებად გავრცელებული სიმპტომი, ტაბლეტებით ინდუცირებული ეზოფაგიტით დაავადებული პაციენტებში, იგი აღნიშნული დაავადებით პაციენტთა მხოლოდ 30%-შია აღწერილი. ტაბლეტებით ინდუცირებული ეზოფაგიტი ვერ ხსნის წონაში ასეთ მნიშვნელოვან დაკლებას ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, როგორც ეს ჩვენს შემთხვევაში იყო. თუმცა, ტაბლეტებით ინდუცირებული ეზოფაგიტი ხელს უწყობს ეზოფაგიტისა და სტრიქტურის ჩამოყალიბებას, ამდენად, მისი ხელაღებით გამორიცხვა არ შეიძლება.

დიაფრაგმის თიაქარი ნაკლებად სავარაუდოა, ვინაიდან მისთვის ნაკლებად დამახასიათებელია აღნიშნული სიმპტომები, განსაკუთრებით აუხსნელი სიმპტომია წონაში დაკლება;

ახალაზიის – საყლაპავის ნეირომუსკულარული დარღვევის დროს ვითარდება დისფაგია, რომელიც ასოცირებულია არა მხოლოდ მყარი საკვების მიღებასთან, არამედ დისფაგია ეწყებათ თხიერი საკვების მიღების დროსაც. მართალია პაციენტს აღნიშნება წონაში მკვეთრი დაკლება, მაგრამ არ აღნიშნება ახალაზიისათვის გავრცელებული სხვა სიმპტომები, როგორცაა ტკივილი გულმკერდის არეში და რეგურგიტაცია.

ლაბორატორიული ტესტები და დიაგნოსტიკური გამოკვლევები

გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადებაზე ეჭვის მიტანისას, ზოგადად დიაგნოსტიკური კვლევების ჩატარების მიზნით, განხილულ უნდა იქნას შემდეგი საკითხები:

1. ჰისტამინ H₂-ბლოკერებით მკურნალობაზე პასუხი
2. საგანგაშო სიმპტომების არსებობა
3. ქრონიკული სიმპტომებით პაციენტისათვის ბარეტის საყლაპავის მაღალი რისკი
4. მკურნალობის გრძელვადიანი საჭიროების განსაზღვრა

უახლესი გაიდლაინების შესაბამისად, რომელიც გამოქვეყნდა 1998 წელს ამერიკის გასტროენტროლოგთა ასოციაციის მიერ, დისპეზიის შეფასება ეფუძნება ასაკსა და ისეთი საგანგაშო სიმპტომების არსებობას როგორცაა წონაში დაკლება, რეციდიული ღებინება, დისფაგია, სისხლდენა და ანემია. 45 წელზე ახალგაზრდა პაციენტებისათვის, თუ არა აქვთ საგანგაშო ნიშნები, გამოიყენება საწყისი არაინვაზიური სკრინინგ-ტესტი

Helicobacter pylori –ით გამოწვეული ინფექციის დიაგნოსტიკის მიზნით. 45 წლის ზემოთ ასაკში ან ნებისმიერ ასაკში, თუ სახეზეა საგანგაშო ნიშნები, რეკომენდებულია ზემო ენდოსკოპია, რომელიც არის ოპტიმალური და ზუსტი სადიაგნოსტიკო საშუალება, რომ მოახდინოს დისპეზიის სტრუქტურული მიზეზების - ყველაზე მნიშვნელოვანი დაავადებების პეპტიურ წყლულოვანი დაავადებისა და კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნეების იდენტიფიცირება; თუმცა ორმაგ-კონტრასტული რადიოგრაფიის სპეციფიურობა მაღალია (საშუალოდ 91%) და მსგავსია ზემო ენდოსკოპიის სპეციფიურობისა (საშუალოდ 100%). მრავლობითმა კვლევებმა დაადასტურა, რომ ზემო ენდოსკოპიის ტესტის მგრძნობელობა (დაახლოებით 92%) მნიშვნელოვნად მაღალია ვიდრე ორმაგ-კონტრასტული რადიოგრაფიის სერიების (დაახლოებით 54%). დამატებით, ზემო ენდოსკოპია იძლევა სწრაფი ურეაზას ტესტის ჩატარების შესაძლებლობას *Helicobacter pylori* –ს დოკუმენტირებისათვის და აგრეთვე ბიოფსიის საშუალებას, რაც არ არის შესაძლებელი რადიოგრაფიული გამოკვლევის შემთხვევაში (AGA 1998,579-581; Talley et al 1998, 585-586).

ბარიუმით რადიოგრაფია არის შერჩევის ტესტი დისფაგიის საწყისი შეფასებისათვის. იგი არის დამხმარე საშუალება იმისათვის, რომ შევადგინოთ მექანიკური ობსტრუქციის პოტენციური მიზეზები, როგორცაა საყლაპავის რგოლი და მემრანა, სტრიქტურები და ეზოფაგური კარცინომა (Castell and Katz 1999,686-687,691). ბარიუმით ეზოფაგოგრამას შეუძლია დაგვეხმაროს სტრიქტურის სიგრძისა და სივიწროვის განსაზღვრაში ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიამდე. მას შეუძლია აგრეთვე მოგვაწოდოს ინფორმაცია საყლაპავის მოტორიკაზე, ახალაზიასა და ეზოფაგურ სპაზმზე. თუმცა ბარიუმით ეზოფაგოგრამა შეზღუდულია იმაში, რომ დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით, როგორცაა ბარეტის საყლაპავი და საყლაპავის სიმსივნეები, მოახდინოს ქსოვილის ბიოფსია. უახლეს გაიდლაინებში წარმოდგენილი რეკომენდაციებით, საყლაპავის დისტალური დარღვევებით გამოწვეული დისფაგიის საწყისი შეფასების მიზნით ნაჩვენებია ბარიუმით რადიოგრაფია ან ზემო ენდოსკოპია (AGA 1999). მიმდინარეობს დებატები ამ ორი ვარიანტის ხარჯთ-ეფექტურობის მიზნით უპირატესობის მინიჭებაზე. თუმცა დისფაგიის შემთხვევაში დიაგნოსტიკის მიზნით ზემო ენდოსკოპია ბარიუმით ეზოფაგოგრამასთან მიმართებაში განიხილება, როგორც ოქროს სტანდარტი, ტესტის მგრძობელობისა და სპეციფიურობის უპირატესობიდან გამომდინარე.

გასტროენტეროლოგის კონსულტაცია შეიძლება დაგვეხმაროს იმ პაციენტების დიაგნოზის დასმასა და პრობლემის მართვაში, რომელთაც აქვთ დისპეფსია, დისფაგია და წონაში დაკლების სიმპტომები. 1999 წელს ამერიკის გასტროენტეროლოგთა კოლეჯის მიერ გამოქვეყნებული გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უახლესი გაიდლაინის მიხედვით, ენდოსკოპია არის საუკეთესო გამოკვლევა გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადებით გამოწვეული ეზოფაგიტისა და ბარეტის საყლაპავის სადიაგნოსტიკოდ. ბარიუმით რადიოგრაფიის გამოყენება, გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადების დიაგნოსტიკის თავლსაზრისით, შეზღუდულია დაბალი და ცვლადი სპეციფიურობისა და მგრძობელობის მაჩვენებლების გამო. აღნიშნული გამოკვლევით რეფლუქსის დიაგნოსტიკა ხდება სიმპტომური პაციენტების 25%-დან 75%-მდე, ხოლო ტესტი ცრუ დადებითია უსიმპტომო პაციენტების შემთხვევათა 20%-ში. ამასთანავე ბარიუმით რადიოგრაფია ნაკლებად მგრძობიარეა გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადებით გამოწვეული მსუბუქი ეზოფაგიტების სადიაგნოსტიკოდ, ვიდრე საშუალო და მძიმედ მიმდინარე ეზოფაგიტების შემთხვევაში (DeVault and Castell 1999, 1434 – 1442). ჩვენს შემთხვევაში, პაციენტს ჰქონდა უამრავი ჩვენებები ზედა ენდოსკოპიის ჩასატარებლად, ასაკიდან დაწყებული საგანგაშო სიმპტომების (დისფაგია, წონაში დაკლება, ფარული სისხლდენა და სხვ.) ჩათვლით.

მართვის გეგმა

ახლადდაწყებული დისპეფსიის ოპტიმალური მართვა სხვადასხვა შემთხვევების დროს განსხვავებულია. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი არის 45 წლის ასაკის ქვემოთ და არ აღნიშნება საგანგაშო სიმპტომები, მკურნალობის მკურნალობის 4 სტრატეგია არსებობს:

- ემპირიული სამედიცინო თერაპია ანტისეკრეციული და პროკინეტიკური აგენტებით შემდგომი დიაგნოსტიკური შეფასება იმ შემთხვევაში, თუ მედიკამენტოზურ მკურნალობა ნაკლებად ეფექტურია;
- ყველა პაციენტის დიაგნოსტიკური შეფასება დაუყოვნებლივ, ზედა ენდოსკოპიით ან ბარიუმით რადიოგრაფიით;
- არაინვაზიური ტესტით გამოკვლევისას ჰელიკობაქტერიული ინფექციაზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში ზედა ენდოსკოპიის ჩატარება;

- ანტიბაქტერიული მკურნალობის შემდეგ არაინვაზიური ტესტით გამოკვლევისას ჰელიკობაქტერიული ინფექციაზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში ზედა ენდოსკოპიის ჩატარება.

ზემოაღწერილ შემთხვევაში, პაციენტის დიაგნოსტიკური შეფასება დაუყოვნებლივ, ზედა ენდოსკოპიით მოხდა საგანგაშო სიმპტომების გამო, რამაც გამოავლინა რეფლუქს ეზოფაგიტი სტრიქტურით.

გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადების გართულებული სტრიქტურის მკურნალობა იწყება სტანდარტული რეფლუქსის საწინააღმდეგო მკურნალობით. ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება და დიეტური რეკომენდაციების შესრულება ძალიან მნიშვნელოვანია პეპტიური სტრიქტურით დაავადებული პაციენტის საერთო მართვაში. პაციენტს უნდა ჩავუტაროთ ინსტრუქტაჟი სტანდარტული, ანტირეფლუქსური გამაფრთხილებელი ღონისძიებების შესახებ., რაც შეეხება საწოლში თავის აწევას, მოსვენებამდე 2-3 საათით ადრე საკვების მიღებისაგან თავის შეკავებას, წონაში დაკლებას თუ ეს შესაძლებელია, ალკოჰოლის მიღებისა და თამბაქოს მოწევის შემცირებას. პაციენტს უნდა ურჩიოთ, აგრეთვე, იმ საკვებისაგან თავის შეკავება, რაც აძლიერებს რეფლუქსს ან ზრდის კუჭის წვენი მჟავობას (მაგ.: დიდი რაოდენობით მძიმე საკვების მიღება, ცხიმი, შოკოლადი, პიტნა, ციტრუსები, პომიდორი, შესაძლოა ნიორი, ხახვი). თუ შესაძლებელია, პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ გარკვეული მედიკამენტების მიღებისაგან, რომლებიც როგორც ცნობილია, ამცირებენ საყლაპავის სფინქტერის ტონუსს (მაგ.: კალციუმის არხის ბლოკერები, ნიტრატები, თეოფილინი, პროგესტერონი, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები).. არსებული მონაცემებით, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტებს უჭირთ ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება და დიეტური რეკომენდაციების შესრულება, უმრავლესობა ფიქრობს, რომ სასურველია პაციენტის განათლება იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც იწვევენ რეფლუქსის გამწვავებას (DeVault and Castell 1999, 1434 – 1442; Oliveria et al 1999,1592-1598; Locke 1999,642,649).

- საფეხურებრივი მიდგომა

გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადების მკურნალობის მთავარი მიზანია მჟავა გარემოს სუპრესია. გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადებაზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში, თუ არ არის დაავადების გართულებების გამაფრთხილებელი ნიშნები და სიმპტომები (დისფაგია, ოდინოფაგია, მოხრჩობის შეგრძნება, ტკივილი გულმკერდის არეში, სისხლდენა და წონაში დაქვეითება), ემპირიული მკურნალობა წარმოებს საფეხურებრივად, H2 რეცეპტორების ანტაგონისტებითა და პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორებით.

გასტროეზოფაგურ რეფლუქსის დაავადების
მკურნალობის ვარიანტები
(step-up vs step down)

- ცხოვრების სტილი
- ანტაციდები
- პროკინეტიკური აგენტები – metoclopramide, cisapride
- H2-ანტაგონისტები
- პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები
- H pylori-ს ერადიკაცია?

ამრიგად, პირველი რიგის მკურნალობა ნებისმიერი ჯგუფის მედიკამენტით შეიძლება იყოს ეფექტური სიმპტომატურ და გაურთულებელ შემთხვევებში, ჩვენი პაციენტისაგან განსხვავებით. მითუმეტეს, გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადების მკურნალობის მთავარი მიზანი მჟავობის დაქვეითებაა.

გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადების სამკურნალოდ პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები უფრო უკეთ მოქმედებენ, ვიდრე H₂ რეცეპტორების ბლოკერები. პაციენტების უმრავლესობაში უფრო სწრაფი ხდება სიმპტომების მოხსნა და ეზოფაგიტის განკურნება. შესაბამისად ეფექტიც უფრო მაღალია. გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადების მართვის მიზნით უპირატესობა ენიჭებათ პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორებს როცა სახეზეა ეროზიული ეზოფაგიტი ან როცა H₂ რეცეპტორების ანტაგონისტებით მკურნალობა არაეფექტურია (Orlando 1999,1253-1255; DeVault and Castell 1999, 1434 – 1442).

სიმპტომატური პეპტიური სტრიქტურის მკურნალობა ჩვეულებრივ იწყება მექანიკური დილატაციით და აგრესიული მჟავა-სუპრესიული თერაპიით პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორებით. პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები არა მარტო კურნავენ ასოცირებულ ეზოფაგიტს, არამედ ამცირებენ სტრიქტურის განმეორებითი დილატაციის საჭიროებას.

მართალია, H₂ რეცეპტორების ბლოკერებმა და პროკინეტიკურმა მედიკამენტებმა შეიძლება განკურნონ ეზოფაგიტი და შეამსუბუქონ ასოცირებული სიმპტომები, ისინი არ ახდენენ ზემოქმედებას სტრიქტურის განმეორებითი დილატაციის საჭიროებაზე. (Richter 1999, 875-884; Spechler 1999,233-254).

ამდენად, ჩვენი პაციენტის შემთხვევაში, ეროზიული ეზოფაგიტისა და სტრიქტურის გამო პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორებით მკურნალობა უფრო ოპტიმალურია, ვიდრე H₂ რეცეპტორების ბლოკერებით მკურნალობა.

გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადების ანტირეფლუქს ქირურგიული მკურნალობა და დაზიანებისშიდა სტეროიდული ინექცია აუცილებელი ხდება იშვიათ შემთხვევებში, როცა რეფლუქს ეზოფაგიტის და რეფლუქსთან დაკავშირებულ ექსტრა ეზოფაგურ დაავადებების მედიკამენტოზური მკურნალობა უშედეგოა; აგრეთვე როცა საქმე გვაქვს გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადების გართულებებთან, როგორცაა, ეზოფაგური სტრიქტურა, ხშირი რეციდივების პრევენციის მიზნით ხანგრძლივი შემანარჩუნებელი თერაპიის აუცილებლობა და რეფლუქსით გამოწვეული ასპირაციული პნევმონია.

გასტროეზოფაგურ რეფლუქს დაავადების მედიკამენტური მკურნალობისა და სტრიქტურის რეციდივების პრევენციის თანამედროვე ვარიანტების გამოყენება მკვეთრად ამცირებს ქირურგიული ინტერვენციების საჭიროებას (Richter 1999, 875-884).

დიფერენციალური დიაგნოზები:

- ახალაზია
- კანდიდური ეზოფაგიტი
- კოლინჯის კიბო
- საყლაპავის კარცინომა
- ეზოფაგური web
- კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნეები
- გასტროეზოფაგური რეფლუქს-დაავადება ეზოფაგალური სტრიქტურით
- დიაფრაგმის თიაქარი
- პანკრეასის კიბო
- პეპტიური წყლულოვანი დაავადება
- წამლებით გამოწვეული ეზოფაგიტი
- ზენკერის დივერტიკული
- საყლაპავის გასავლის დარღვევები
- ახალაზიით დაავადებულ პაციენტებში ბარიუმის მიღების შემდგომ

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი
დისპენსიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

- ეზოფაგურ სქვამოზური კარცინომით დაავადებულ პაციენტებში ბარიუმის მიღების შემდგომ
- ახალაზიით დაავადებულ პაციენტებში ბარიუმის მიღების შემდგომ
- ქვემო ეზოფაგური შაცკის რგოლით (Shatzki – ring) დაავადებულ პაციენტებში ბარიუმის მიღების შემდგომ
- ბარიუმის მყარი ბოლუსით მიღება და ქვემო ეზოფაგური რგოლი
- დისტალური ეზოფაგური პეპტიური სტრიქტურის დროს ბარიუმის მიღების შემდგომ
- ბარიუმით რადიოგრაფია ზენკერის დივერტიკული დროს
- ბარიუმით რადიოგრაფია სამი ეზოფაგური დივერტიკულის დროს
- საყლაპავისა და კუჭის ზედა ნაწილის ახალაზია
- ეზოფაგური კანდიდოზისათვის მიკროსკოპიისათვის მასალის არება
- საყლაპავის კარცინომა
- ენდოსკოპიური ულტრაბგერითი გამოკვლევა საყლაპავის ფართე კიბოს დროს
- ენდოსკოპია საკვების ზეწოლისა და ეზოფაგური შაცკის რგოლის (Shatzki – ring) არსებობის დროს
- დიდი ზომის კუჭის კიბო
- კუჭის დაწყლულებული კარცინომა
- კუჭის სოკოვანი კარცინომა
- ბარეტის საყლაპავის პათოლოგიური ქსოვილის მიკროსკოპიური ანათალის აღების შემდეგ
- დისტალური ეზოფაგური სტრიქტურა გახანგრძლივებული რეფლუქს ეზოფაგიტის დროს
- ბარეტის საყლაპავის ენდოსკოპიური დათვალიერება
- პანკრეასის კარცინომის პათოლოგიური ქსოვილის მიკროსკოპიური ანათალის აღების შემდეგ
- კუჭის წყლული
- მედიკამენტის არ გახსნა (დისსოლუცია) საყლაპავის შუა ნაწილში

ლაბორატორიული ტესტები და სადიაგნოსტიკო გამოკვლევები

- 24 საათიანი pH –ის მონიტორინგი
- გულმკერდისა და მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია კუჭისა და პანკრეასის კიბოს დროს
- ეზოფაგალური მანომეტრია ბერნშტეინის ტესტით
- ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია
 - ეზოფაგალური სტრიქტურის ენდოსკოპიური დათვალიერება;
 - ბარეტის საყლაპავის ენდოსკოპიური დათვალიერება;
 - საყლაპავის კარცინომის ენდოსკოპიური დათვალიერება;
 - კუჭის წყლულის ენდოსკოპიური დათვალიერება;
 - რეფლუქს ეზოფაგიტის ენდოსკოპიური დათვალიერება;
 - რეფლუქსით გამოწვეული სტრიქტურის ენდოსკოპიური დათვალიერება.

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი
დისპენსიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

- ბარიუმით რადიოგრაფია ზედაგასტროინტესტიციული სერიები
 - საყლაპავის დისტალური პეპტიური სტრიქტურის დროს;
 - ეზოფაგური რგოლის (Shatzki – ring) არსებობის დროს;
 - საყლაპავის სქვამოზური კარცინომის დროს;
 - ახალაზიის შემთხვევაში.

მართვის გეგმა

- საყლაპავის სტრიქტურის ენდოსკოპიური დათვალერება
- საყლაპავის სტრიქტურის ენდოსკოპიური გაგანიერება
- ბალონური დილატაცია
- ეზოგასტრალური შეერთების ენდოსკოპიური მიმოხილვა
- გაფართოებული სტენტები
- საფეხურებრივი მიდგომა

ეზოფაგური დისფაგიის ეტიოლოგია

ნეირომუსკულარული (კინეტიკური) დარღვევები

ყველაზე ხშირი

ახალაზია;

სკლეროდერმია;

საყლაპავის დიფუზური სპაზმი.

სხვა ასოცირებული კინეტიკური დარღვევები

საყლაპავის არასპეციფიური დისკინეზია;

ძლიერი ახალაზია;

საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ჰიპერტენზია;

თხილის სატეხის ფორმის საყლაპავი - საყლაპავის დიფუზური სპაზმი (Nutcracker esophagus).

კინეზიის სხვა მეორადი დარღვევები

კოლაგენოზები;

ჩაგას (Chagas) დაავადება.

მექანიკური დაზიანებები, შიდა მიზეზებით გამოწვეული

ყველაზე ხშირი

პეპტიური სტრიქტურა;

ეზოფაგური რგოლი (Shatzki – ring);

კარცინომა.

სხვა

საყლაპავის მემბრანა (webs)
საყლაპავის დივერტიკული;
კეთილთვისებიანი სიმსივნეები;
უცხო სხეულები.

მექანიკური დაზიანებები, გარე მიზეზებით გამოწვეული

ვასკულარული კომპრესია;
შუასაყარის პათოლოგიები;
კისრის ოსტეოართრიტები

გამოყენებული ლიტერატურა:

Textbook of Gastroenterology. Vol.1 3rd edition, Philadelphia, PA.
Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
Casell DO, Katz PO. Approach to the patient with dysphagia and odinophagia.