

П.Н. ЗУБАРЕВ, А.В. КОЧЕТКОВ, Д.Ю. БОЯРИНОВ, А.В. ХОХЛОВ

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-АССОЦИИРОВАННЫХ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА
И ИХ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ**

ФГУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова», МО РФ
Российская Федерация

Цель. Усовершенствование алгоритма диагностики рефлюкс-ассоциированных воспалительных заболеваний пищевода и его осложнённых форм, улучшение результатов лечения.

Материал и методы. Проведён анализ результатов лечения 112 пациентов с рефлюкс-ассоциированными воспалительными заболеваниями пищевода, в том числе осложнёнными пептической стриктурой, пищеводным кровотечением, пищеводом Барретта. Разработан оптимальный алгоритм обследования этой категории больных с использованием современных методов, включая Zoom-эндоскопию, хромоскопию, в т.ч. NBI-режим, исследование моторики методом импедансометрии, суточную рН-метрию. Хирургическое лечение в случае осложнённого течения заболевания, включало первым этапом малоинвазивные эндоскопические пособия, направленные на устранение осложнений, вторым этапом по показаниям эндовидеохирургическую коррекцию замыкательной функции кардии.

Результаты. Предложенный алгоритм позволил индивидуализировать тактику лечения в зависимости от патогенетического механизма развития заболевания. При оценке отдаленных результатов лечения в группе пациентов с разработанным алгоритмом отличные и хорошие результаты отмечены в 86,4% случаев. При использовании общепринятых методов диагностики для определения хирургической тактики этот показатель был в 2 раза ниже, при том, что в ближайшем послеоперационном периоде отличные и хорошие результаты были сопоставимы в обеих группах и составляли, соответственно, 92,8% и 88,4%.

Заключение. Предложенный алгоритм обследования и выработанная тактика лечения позволила улучшить результаты у больных с рефлюкс-ассоциированными воспалительными заболеваниями пищевода в ближайшем и отдалённом периодах.

Objectives. To improve the diagnostics algorithm of the reflux-associated inflammatory diseases of the esophagus and its complicated forms as well as to improve the results of treatment.

Methods. Treatment analysis of 112 patients with reflux-associated inflammatory diseases of esophagus was performed, including cases complicated with peptic stricture, esophageal bleeding, Barrett esophagus. The optimal algorithm of examination of these patients was worked out using modern methods such as zoom-endoscopy, chromoscopy (including NBI-regimen), examination of motor function using impedometry, twenty-four-hour pH-metry. Surgical treatment in case of a complicated course included mini-invasive endoscopic supplies used to eliminate complications as the first step; the second step was correction of gastric sphincter complex using endovideosurgical methods.

Results. The suggested algorithm permitted to individualize treatment tactics depending on the pathogenetic mechanism of the disease progressing. At the evaluation of the distant treatment results in the group of patients with the worked out algorithm, excellent and good results were noted in 86,4% of cases. While using conventional diagnostics methods to determine surgical tactics this parameter was twice as low; in the nearest postoperative period excellent and good results were compared in both groups and they were 92,8% and 88,4% correspondently.

Conclusions. The suggested algorithm of examination and worked out treatment tactics permitted to improve results in patients with reflux-associated inflammatory diseases of the esophagus in the nearest and distant periods

Keywords: gastroesophageal reflux, reflux-esophagitis, ulcerous esophageal bleeding, peptic stricture of esophagus, esophageal mucous tunic metaplasia

Введение

Встречаемость гастроэзофагеальной рефлюксной болезни достигает 55–60% среди взрослого населения. Основным проявлением является рефлюкс-эзофагит, а также его осложнённые формы, частота которых достигает 25–30% [1, 2, 3]. Консервативное лечение эзофагитов в последние два десятилетия преобладает над хирургическим, но не всегда позволяет добиться хороших результатов, а порой даёт лишь временный эффект [4]. По данным А.Ф. Черноусова и соавт., 15% пациентов с рефлюкс-эзофагитом и его осложнёнными формами подлежат хирургическому лечению [5]. Многолетние исследования в специализированных лечебных учреждениях говорят об успешности при данных заболеваниях хирургического лечения, включая эндоскопическое пособие [6]. Отличные и хорошие результаты достигаются у 86–92% пациентов. При этом исходы лечения в неспециализированных стационарах значительно хуже [7]. Рецидив заболевания выявляется у каждого третьего оперированного пациента [8].

Целью работы явилось усовершенствование алгоритма диагностики пептического эзофагита и его осложнённых форм, и улучшение результатов лечения за счёт внедрения современных методов.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 112 пациентов с пептическим эзофагитом и его осложнёнными формами. Соотношение мужчин и женщин было 1:1, возраст пациентов колебался от 20 до 95 лет со средним значением 54,7 года. Неосложнённое течение рефлюкс-эзофагита отмечено

у 46 пациентов (41,8%). У 35 пациентов (31,8%) выявлено эрозивно-язвенное кровотечение из пищевода, у 15 (11,8%) пептические стриктуры различной протяжённости, у 16 (14,6%) диагностирована метаплазия и дисплазия эпителия пищевода различной степени тяжести.

Ретроспективный анализ лечения проведён у 69 больных, на основании чего разработан и внедрён в клиническую практику оптимальный, на наш взгляд, алгоритм диагностики и лечения при рефлюкс-ассоциированных воспалительных заболеваниях пищевода и их осложнений. Проспективный анализ результатов лечения осуществлён у 43 пациентов.

По нашему опыту, в алгоритм диагностики помимо, общепринятых методов обследования пациентов с данной патологией (общеклинических, эзофагогастродуоденоскопии, полипозиционной рентгеноскопии и рентгенографии пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, УЗИ органов брюшной полости), необходимо дополнительно включать Zoom-эндоскопию, хромоскопию, в т.ч. NBI-режим; исследование моторики пищевода и желудка методом импедансометрии, суточную рН-метрию, при необходимости, совместно с Холтеровским мониторингом, в случае необходимости верификации внепищеводных проявлений ГЭРБ. (рис. 1-6, см. цветной вкладыш)

Результаты и обсуждения

Пептические стриктуры пищевода выявлены у 15 пациентов: в 13 случаях короткие, протяжённостью до 1,5 см, в 2 наблюдениях они были протяжёнными. Преобладали стриктуры I–II степени (сужение просвета пищевода до 8 мм) выявленные в

13 случаях. В двух наблюдениях сужение было III степени (диаметр просвета пищевода 3–5 мм). 2 пациентам с протяженными стриктурами выполнено бужирование пищевода по струне направителю с гибким наконечником. В 3 случаях потребовалось сочетание бужирования с баллонной дилатацией. В 10 (67%) наблюдениях стриктуры были функционально незначимыми и не требовали эндоскопического пособия. Все пациенты данной группы получали с лечебной и в последующем с профилактической целью антисекреторную терапию. Однако в сроки от 6 месяцев до 3 лет у 5 больных, которым выполнялись эндоскопическое пособие, развился рецидив стриктуры пищевода, потребовавший повторно бужирования.

В 16 наблюдениях выявлена метаплазия или дисплазия слизистой оболочки пищевода различной степени тяжести: желудочная метаплазия – в 8, кишечная метаплазия – в 7 случаях. В одном наблюдении диагностирована дисплазия тяжёлой степени. Все больные с желудочной метаплазией находились под динамическим наблюдением с частотой повторных исследований 1 раз в год с обязательной биопсией слизистой.

Тактика при кишечной метаплазии была иной. 5 пациентам выполнена аргоноплазменная коагуляция очагов метаплазии с последующей антирефлюксной операцией. Показанием было выявление патологического гастроэзофагеального или дуоденогастроэзофагеального рефлюкса. При контрольном обследовании в течение 1 года рецидива метаплазии не выявлено. В двух случаях, в связи с отсутствием патологического гастроэзофагеального рефлюкса, по данным суточной рН-метрии, пациенты оставлены под динамическое наблюдение с частотой эндоскопического обследования 1 раз в 6 месяцев. 1 пациентке с дисплазией тяжёлой степени выполнена

эндоскопическая резекция изменённой слизистой оболочки с хорошим результатом.

Кровотечение из пищевода на фоне эрозивно-язвенного поражения было установлено у 35 пациентов. В зависимости от причины развития язвенного поражения пищевода пациенты разделены на 2 группы. В первую группу отнесли 20 человек, у которых преимущественным этиологическим фактором в развитии эрозивно-язвенного поражения пищевода явился гастроэзофагеальный рефлюкс, как правило, на фоне недостаточности функции нижнего пищеводного сфинктера. В данной группе у 12 пациентов применены различные методы эндоскопического гемостаза: аргоноплазменная коагуляция (2), инъекционный метод (8), монополярная коагуляция (2). 8 пациентам эндоскопический гемостаз не применяли ввиду неинтенсивности кровотечения и эффективности системной гемостатической терапии. По объёму кровопотери преобладали больные с лёгкой кровопотерей (46,6%). Среднетяжёлая и тяжёлая кровопотеря выявлены в 20% и 33,4% соответственно. В 1-ой группе рецидивов кровотечения и летальных исходов не отмечено.

Ко второй группе отнесены пациенты с эрозивно-язвенным поражением пищевода на фоне его ишемии, обусловленной тяжёлым течением основного заболевания, включая распространённый атеросклероз сосудов. В данной группе эндоскопический гемостаз применён также у 8 пациентов (аргоноплазменная коагуляция 5, инъекционные методы 1, двум пациентам выполнен комбинированный эндоскопический гемостаз). В 7 случаях эндоскопический гемостаз не применяли. Рецидив развился у 2 больных, причём в 1 случае кровотечение многократно рецидивировало, что привело к летальному исходу на фоне тяжёлой кровопотери. В данной группе преоб-

ладали пациенты с кровопотерей средней тяжести и тяжёлой, 42,8% и 35,7% соответственно. Лёгкая степень выявлена у 21,5% заболевших. 4 пациента этой группы погибли на фоне прогрессирования основного заболевания. Ни в одном из наблюдений показаний к экстренному оперативному вмешательству не определено.

Всем пациентам с рефлюкс-эзофагитом и его осложнёнными формами в предоперационном и в раннем послеоперационном периоде по согласованию с гастроэнтерологом проводилась консервативная терапия по современным схемам, с включением ингибиторов протонной помпы последнего поколения и прокинетиков.

В последнее время в лечение рефлюкс-ассоциированных воспалительных заболеваний пищевода мы используем более активную хирургическую тактику с использованием эндоскопического пособия для коррекции осложнений. Основанием для этого послужила возможность индивидуально у каждого пациента изучать патофизиологический механизм развития органических или функциональных расстройств и их морфологических проявлений в кардиоэзофагеальной зоне. В случае осложнённого течения пептического эзофагита предпочтение отдавалось двухэтапному лечению. На первом этапе выполнялись эндоскопические манипуляции и, в последующем после достижения ремиссии, выполнялось оперативное вмешательство.

Показаниями для оперативного лечения мы сформулировали:

-абсолютную недостаточность замыкательной функции кардии;

-относительная недостаточность функции кардии (в случаях предварительного безуспешного консервативного лечения не менее 6 месяцев);

-осложнённое течение заболевания пептического эзофагита в случае подтверждённой рефлюкс-ассоциированной этиологии;

Показания для выполнения антирефлюксных операций установлены у 43 пациентов. 29 оперированы лапароскопическим доступом, 14 открытым. Изолированные операции по коррекции замыкательной функции кардии выполнены у 28 пациентов. Симультантные операции в сочетании с холецистэктомией выполнены у 11 пациентов, с ваготомией и дренирующей желудок операцией у 4 больных.

Из антирефлюксных операций предпочтение мы отдаём задней круорографии и фундопликации по Ниссен-Розетти (n=34). Неполные фундопликации по Тупе были выполнены 9 пациентам, однако ввиду неудовлетворённости ближайшими результатами лечения и отсутствием преимуществ, на наш взгляд, перед фундопликацией по Ниссен-Розетти в настоящее время, мы отказались от выполнения неполных фундопликаций.

Ближайшие и отдалённые результаты лечения изучены путём обследования и анкетирования пациентов в клинике в различные сроки (3, 6, 12 месяцев в течение первого года и 1 раз в год в дальнейшем). Максимальный срок наблюдения за оперированными больными составил 10 лет. Ближайшие результаты лечения оценены у 54 пациентов, отдалённые (более 1 года) у 43. При использовании общепринятого алгоритма обследования пациентов для определения показаний к операции ближайшие результаты лечения оценены как отличные и хорошие у 88,4% пациентов, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты по 5,8%. Среди пациентов с углубленным алгоритмом обследования и, соответственно, индивидуальным патофизиологическом обосновании показаний к операции отличные и хорошие результаты получены в 92,8%, удовлетворительные в 4,5% и неудовлетворительные 2,7% случаев. Неудовлетворительные результаты мы связываем с техническими погрешностями оператив-

ного вмешательства.

В отдалённые сроки результаты обследования оценены как отличные и хорошие в 1-ой группе лишь у 40% пациентов, в то время как в группе пациентов с углубленным алгоритмом обследования отдалённые результаты лечения сохранялись на прежнем уровне, достигая 86,4%. Исходом лечения мы были неудовлетворены в 2 (4,6%) случаях.

Выводы

1. При определении показаний к оперативному лечению у больных рефлюкс-ассоциированными воспалительными заболеваниями пищевода необходимо использовать современный алгоритм диагностики для индивидуальной оценки патофизиологического механизма развития расстройств кардиоэзофагеальной зоны.

2. Оперативное лечение рефлюкс-ассоциированных воспалительных заболеваний пищевода особенно эффективно если патофизиологически обосновано; результаты в большей степени зависят от отбора больных, чем от вида выполненной операции.

3. При осложнённом течении заболевания необходимо использование более активной тактики лечения пациентов с применением на первом этапе возможностей гибкой эндоскопии (остановка кровотечения, устранение стриктур, аргоноплазменная коагуляция или резекция слизистой оболочки), на втором – эндовидеохирургических вмешательств, направленных на восстановление замыкательной функции кардии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черноусов, А. Ф. Результаты фундопликаций при лечении рефлюкс-эзофагита / А. Ф. Черноусов, А. Л. Шестаков, Л. К. Егорова // Вестн. хирург. гастроэнтерологии. – 2009. – № 4. – С. 64-67.
2. Richardson, W. S. Laparoscopic antireflux surgery / W. S. Richardson, T. L. Trus, J. G. Hunter // Surg. Clin. N. Am. – 1996. – Vol. 76. – P. 437-458.
3. Romagnullo, J. Medical or surgical therapy for erosive reflux esophagitis: cost utility analysis using a Markov model / J. Romagnullo, M. A. Meier, D. C. Sadowski // Ann. Surg. – 2002. – Vol. 236. – P. 191-202.
4. Опыт клинического применения новой лапароскопической технологии при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Г. К. Жерлов [и др.] // Эндоскоп. хирургия. – 2007. – № 5. – С. 11-16.
5. Черноусов, А. Ф. Рефлюкс-эзофагит у больных с коротким пищеводом / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, Ф. П. Ветшев // Хирургия. – 2008. – № 8. – С. 24-30.
6. Long-term results after reoperation for failed antireflux procedures / C. Deschamps [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1997. – Vol. 113. – P. 545-550.
7. Surgical Reintervention After Antireflux Surgery for Gastroesophageal Reflux disease. A Prospective Cohort Study in 130 Patients / E. J. B. Furnee [et al.] // Arch. Surg. – 2008. – Vol. 143, N 3. – P. 267-274.
8. Clinical effectiveness of laparoscopic fundoplication in U.S. community / N. Vakil, M. Shaw, R. Kirby // Am. J. Med. – 2003. – Vol. 114, N 1. – P. 71-73.

Адрес для корреспонденции

194044, Российская Федерация,
г. Санкт-Петербург, Пироговская наб. д. 3.,
Военно-Медицинская академия
им. С.М. Кирова,
кафедра общей хирургии,
e-mail: boyarinov@yandex.ru,
Бояринов Д.Ю.

Поступила 3.09.2010 г.