

## БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Стародубцев В. А.<sup>1</sup>, Куприянов М. П.<sup>1</sup>, Белоусова И. Б.<sup>1</sup>, Баулин А. А.<sup>2</sup>, Баулин В. А.<sup>2</sup>, Перетрухин А. И.<sup>3</sup>, Щербаков П. Л.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК», г. Пенза

<sup>2</sup> ГОУ ДПО ПИУВ, кафедра хирургии и эндоскопии

<sup>3</sup> МУЗ ГКБ №4, г. Пенза

<sup>4</sup> ГБУЗ г. Москвы «Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии» ДЗ г. Москвы

Стародубцев Владимир Алексеевич  
E-mail: v1starodubtsev@mail.ru

### РЕЗЮМЕ

Поскольку гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является «болезнью 21-го века», актуальность ее диагностики на ранних стадиях высока. Применяя трансназальную фиброэзофагогастродуоденоскопию, которая значительно лучше переносится пациентами, и технологию интеллектуального цветового выделения патологии слизистой оболочки FICE, удается диагностировать наиболее ранние проявления ГЭРБ в виде воспалительных, не эрозивных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода; оценить недостаточность нижнего пищеводного сфинктера; сделать прогноз по течению болезни и сформулировать рациональную тактику ведения больного: консервативную или хирургическую.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, трансназальная фиброэзофагогастродуоденоскопия, недостаточность кардии, технология FICE.

### SUMMARY

Since is a «disease of the XXI century», the actual of its diagnostics at early stages is high. Using, which is significantly better endurance by patients and technology of intellectual colors coding of pathology of the mucous membrane FICE, can diagnose the earliest symptoms of GERD in the form of inflammatory noerosive changes in the mucous membrane of the distal esophagus, to velue insufficiency of the lower esophageal sphincter; to make prognosis for the diseases, and formulate a rational tactics of conducting the patient.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease; hernia of esophageal hole of the diaphragm; reflux esoghagitis; transnasal fibroesophagogastroduodenoscopy; insufficiency of the cardia; FICE technology.

### ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) привлекает к себе повышенное внимание, что связано со следующими обстоятельствами. В развитых странах мира наблюдается отчетливая тенденция к увеличению частоты ГЭРБ. Значение ГЭРБ определяется не только ее распространенностью, но и утяжелением течения. За последние десять лет в 2–3 раза чаще стали наблюдаться тяжелые рефлюкс-эзофагиты (РЭ). У 10–20% больных РЭ развивается пищевод Баррета

(ПБ), который является предраковым заболеванием. Кроме того, было установлено, что в генезе ряда ЛОР и легочных заболеваний важное место занимает гастроэзофагеальный рефлюкс. Истинная распространенность заболевания мало изучена. Это связано с большой вариабельностью клинических проявлений: от эпизодически возникающих изжоги, при которых больные редко обращаются к врачу, до ярких признаков осложненного РЭ, требующего госпитализации. У большинства больных

имеются слабовыраженные и спорадические симптомы, по поводу которых они не обращаются к врачам, а самостоятельно принимают щелочи или пользуются советами знакомых. Среди взрослого населения Европы и США изжога — кардинальный симптом ГЭРБ — встречается у 20–40%. Причем изжогу ежедневно испытывают до 10%, еженедельно — 30%, ежемесячно — 50%, однако только 2% лечатся по поводу РЭ, причем до 25% нуждаются в постоянном медикаментозном, а около 15% — исключительно в хирургическом лечении. Распространенность ПБ среди лиц с эзофагитом приближается к 8–10% [1]. В России, по данным многоцентрового исследования МЭГРЕ (7812 респондентов методом случайной выборки), изжога беспокоила 47,5% респондентов, при этом редкая изжога возникала у 38,5%, частая у 9% опрошенных; регургитация отмечена у 42,9% опрошенных, редко она возникала у 35,3%, часто — у 7,6% опрошенных. Общая распространенность ГЭРБ (наличие изжоги и /или регургитации 1 раз в неделю и чаще в течение последних 12-ти месяцев) составила 13,3% [4]. В 1999 г. ГЭРБ официально вошла в Международную классификацию болезней X пересмотра. В качестве международного предложено следующее определение заболевания: ГЭРБ — это состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и /или развитие осложнений. При этом наиболее характерными симптомами ГЭРБ являются изжога и регургитация (срыгивание, кислая отрыжка), а наиболее распространенным осложнением — рефлюкс-эзофагит [3]. Последние годы широко используется новая, принятая на IX Европейской гастроэнтерологической неделе в Амстердаме и закреплённая принятием в 2006 г. Монреальского Консенсуса клинко-эндоскопическая классификация, которая подразделяет ГЭРБ на три группы: неэрозивная форма (НЭРБ) — наиболее частая (60% всех случаев ГЭРБ), благоприятно текущая форма, к которой относят ГЭРБ без признаков эзофагита, и катаральный РЭ — эрозивно-язвенная форма (34%) и ее осложнения: язва и структура пищевода; пищевод Баррета (6%) — метаплазия многослойного плоского эпителия в дистальном отделе пищевода на цилиндрический как следствие ГЭРБ. Выделение этой формы связано с тем, что цилиндрический эпителий специализированного кишечного типа является предраковым состоянием [8, 9, 11]. Существенный прогресс достигнут в диагностике и лечении ГЭРБ. Широкое использование в клинической практике новых лекарственных препаратов (блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов, ингибиторы протонной помпы, прокинетики) существенно расширило возможности лечения заболевания даже при тяжелых степенях ГЭРБ; но вскоре стало ясно, что консервативная терапия осложненных форм ГЭРБ носит симптоматический характер. Неудачи медикаментозного лечения обусловлены также большим

числом пациентов, страдающих регургитацией не только кислого, но и щелочного желудочного содержимого [2]. С накоплением опыта консервативной терапии стало очевидно, что у 20–30% больных она обеспечивает лишь временный, симптоматический эффект и не способна предотвратить развитие осложнений. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является достаточно частой причиной развития ГЭРБ. По данным М. Wienbeck и J. Barnert (1989), хиатальная грыжа обнаруживается у 50% обследуемых в возрасте старше 50 лет, у 63–84% из них эндоскопически определяются признаки РЭ. С другой стороны, более чем у 90% пациентов с эрозивным эзофагитом определяется грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Выработаны четкие показания к хирургическому лечению РЭ. Новый этап связан с внедрением мини-инвазивной хирургии, которая привела в некоторое соответствие идею «малого вмешательства» с «малой травматичностью». В настоящее время разработаны лапароскопические варианты фундопликаций по Ниссену, Тупе и Дору, позволяющие сочетать малую травматичность, особенно области блуждающих нервов, что предотвращает развитие послеоперационной дисфагии, с высокой антирефлюксной функцией [5]. В нашей клинике разработана и успешно применяется лапароскопическая фиксация угла Гисса протезом из полипропиленовой сетки, прообразом данной операции послужила операция Рампаля [7].

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Процессор EPX-4400 FUJINON с функцией интеллектуального цветового выделения патологии слизистой FICE. Обычные цветные изображения преобразовываются в несколько спектральных изображений, каждое из которых соответствует определенной длине волны — от фиолетового 400 нм, проникающего в поверхностные слои слизистой оболочки, до красного 700 нм, проникающего практически на всю глубину слизистой оболочки. Только определенные длины волн могут быть использованы для реконструкции изображения (система RGB). FICE располагает десятью наборами волн разной длины, которые готовы к использованию в клинической практике; система позволяет выбирать спектральные изображения с определенной длиной волны, усиливать различия отраженного спектра и создавать высококонтрастные изображения различных тканей [10]. Эндоскопы FUJINON EG-530N диаметр дистального конца 5,9 мм (трансназальный), диаметр биопсийного канала 2,0 мм; EG-530FP диаметр дистального конца 8,5 мм (трансоральный), диаметр биопсийного канала 2,8 мм. Изображение проецируется на экран HD 19 дюймов, регистрация изображений на карту CF, регистрация пациентов «МЕДИАЛОГ 7.10» PMT, запись видео DVD «SONY», печать фото лазерный принтер «HP».

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Под наблюдением находится 60 пациентов с ГЭРБ, оперированных по оригинальной методике клиники: М — 20, Ж — 40 (фото 1). Средний возраст наблюдаемых: М — 51,4 года ( $\pm 20$ ), Ж — 52,9 лет ( $\pm 22,9$ ); наблюдение до 1 года — 34 пациента (М — 8, Ж — 26), наблюдение более 1 года — 26 пациентов (М — 11, Ж — 15). Всем пациентам обязательно проводилось эндоскопическое исследование с инверсионным осмотром области нижнего пищеводного сфинктера до (фото 2, фото 3 — на цветной вклейке в журнал) и после оперативного лечения (фото 4, фото 5 — на цв. вклейке). Из пациентов, находящихся под наблюдением, до оперативного лечения с жалобами на боли обратилось 42; структура боли распределялась следующим образом: по ходу пищевода — 7, за грудиной — 6, в эпигастрии — 34, в мезогастррии — 5, в правом подреберье — 15, в левом подреберье — 8. Симптомы желудочной диспепсии до операции имели все 60 пациентов, они распределились следующим образом: изжога — 40, горечь в полости рта — 17, отрыжка — 26, срыгивание — 1, дисфагия — 1, тошнота — 6, рвота — 3, тяжесть в желудке — 25. Внеэзофагеальные синдромы выявлены у 11-ти пациентов: кардиальный — 2, отоларингологический — 7, бронхиальный — 1, стоматологический — 1. Степень РЭ оценивалась по классификации Савари-Миллера в модификации JNG Tytgat et al. (1990 г): 1 ст. — 38 (63,3%), 2 ст. — 9 (15,0%), 3 ст. — 4 (6,7%), 4 ст. — 2 (3,3%), 5 ст. — 7 (11,7%). Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера (НПС) оценивалась по степеням от первой до четвертой в зависимости от вида сегмента пищевода при инверсионном осмотре НПС: 1 ст. — 5

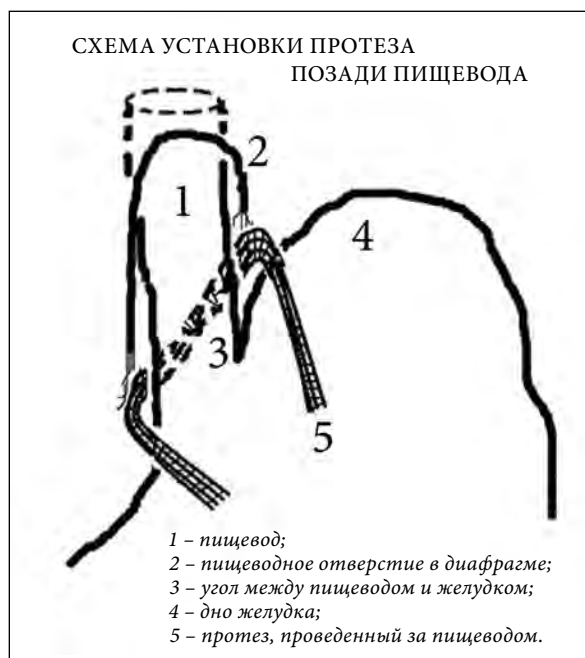


Фото 1.  
Схема операции по оригинальной методике клиники.

(8,3%), 2 ст. — 5 (8,3%), 3 ст. — 6 (10,0%), 4 ст. — 44 (73,4%). Для более точной оценки степени РЭ применялась технология FICE, для более адекватной оценки степени недостаточности НПС предпочтительно использование трансназальной ЭГДС (ТН ЭГДС). Технология производства процедуры и оценка результатов нами изложена ранее [6]. Производился забор материала на цитоморфологическое исследование из области пищеводно-желудочного перехода у 60-ти пациентов: хроническое воспаление — 60, лейкоплакия пищевода — 40, пищевод Барретта — 15, из них: тонкокишечная метаплазия — 4, толстокишечная метаплазия — 5, дисплазия 1-2 (легкая) — 3, дисплазия 2-3 (тяжелая) — 3. При рентгеноскопии пищевода, желудка и ДПК выявлена аксиальная скользящая ГПОД у 50-ти пациентов.

## ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Производя диагностические ЭГДС, мы пришли к выводу, что необходимо оценивать в комплексе эндоскопическую картину РЭ и степень недостаточности НПС. В группе наблюдаемых больных прослеживаются следующие комбинации: РЭ 1 ст. + НК 1 ст. — 5; РЭ 1 ст. + НК 2 ст. — 5; РЭ 1 ст. + НК 3 ст. — 6; РЭ 1 ст. + НК 4 ст. — 22; РЭ 2 ст. + НК 4 ст. — 9; РЭ 3 ст. + НК 4 ст. — 4; РЭ 4 ст. + НК 4 ст. — 2; РЭ 5 ст. + НК 4 ст. — 7. НК 3-4 ст. нами расцениваются как эндоскопические признаки ГПОД, что подтверждается рентгенологическим исследованием. Обращает на себя внимание, что эрозивные и осложненные формы РЭ встречаются только с НК 4 ст. Показания к хирургическому лечению распределились следующим образом: осложненное течение ГЭРБ (РЭ 2-5 ст.) — 22, течение ГЭРБ с внеэзофагеальными синдромами — 11, сохранение симптомов ГЭРБ на фоне медикаментозного лечения — 16, рецидив симптомов ГЭРБ после проведения курса антирефлюксной терапии — 50, ГПОД — 50, неудовлетворенность пациента качеством жизни на фоне медикаментозной терапии — 25. Контрольное эндоскопическое и рентгенологическое исследование производили в сроки 1,5-2 мес. после оперативного лечения. Субъективно пациенты жалоб не предъявляли, свое состояние расценивали как удовлетворительное; на рентгеноскопии и при ЭГДС восстанавливалась запирающая функция НПС (острый угол Гисса и выраженная складка Губарева), регрессировали эндоскопические признаки РЭ (фото 4, фото 5 — на цв. вклейке). Объективно состояние пациентов в послеоперационном периоде оценивалось по шкале VISIK (табл. 1). Наблюдались следующие осложнения: 1 больной умер ч/з 30 мин. после оперативного лечения от острого инфаркта миокарда; 1 больной — на 2-е сутки после операции:

Таблица 1

ШКАЛА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ — VISICK			
№	Результат	Клинические проявления	Всего:
I	Отличный	Нет жалоб, превосходные результаты	43 (71,6%)
II	Очень хороший	Пациенты оценивают самочувствие на «отлично», но редко возникают умеренные симптомы, не требующие медикаментозной коррекции	15 (25%)
III	Удовлетворительный	Умеренные или легкие симптомы вызывают легкий дискомфорт, который существенно не влияет на жизнь и работу больного, однако больной и хирург удовлетворены результатом лечения	2 (3,3%)
IV	Неудовлетворительный	Симптомы средние или тяжелые, которые резко влияют на жизнь и работу больного, больной или врач не удовлетворены результатом лечения, инструментально доказан рецидив заболевания и необходимость повторной операции, несмотря на последующее улучшение	—
Итого:			60

нагноение сетчатого протеза, который пришлось удалить; у 2-х больных происходит миграция протеза в просвет пищевода, оба пациента, М — 35 лет и Ж — 40 лет, находятся под динамическим наблюдением, жалоб не предъявляют, свое самочувствие расценивают как удовлетворительное (*фото 6 — на цв. вклейке*).

## ВЫВОДЫ

1. При эндоскопической оценке тяжести гастроэзофагеальной рефлюксной болезни необходимо оценивать в комплексе тяжесть поражения слизистой оболочки пищевода и степень недостаточности нижнего пищеводного сфинктера.

2. Оценивая в комплексе степень поражения слизистой оболочки и степень недостаточности сфинктера, возможно сделать прогноз на течение болезни и определиться с тактикой лечения: консервативное или хирургическое.

3. Наличие НПС высокой степени с неэрозивным РЭ предполагает направление пациента на дальнейшее обследование, при диагностировании ГПОД направление на хирургическую коррекцию, не дожидаясь развития осложненных форм ГЭРБ.

4. Считаем, на основании эндоскопических наблюдений, результаты хирургического лечения ГЭРБ по оригинальной методике клиники очень хорошими и требующими дальнейшего применения на практике.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Методические рекомендации. — М.: ГИУВ МО РФ, М., 2004. — 40 с.
2. Стебунов С. С. и соавт. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение // Медицинские новости. — 2006. — № 8. — Т. 2 — С. 43–51.
3. Лазебник Л. Б., Бородин Д. С., Машарова А. А. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генвала к Монреалю // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2007. — № 5. — С. 4–10.
4. Лазебник Л. Б. и соавт. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России (МЭГРЕ) — первые итоги» // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2009. — № 6. — С. 4–12.
5. Богданов Д. Ю., Матвеев Н. А., Мацак В. А. Исследование эффективности лапароскопических фундопликаций при хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эндоскопическая хирургия. — 2008. — № 3. — С. 27–34.
6. Стародубцев В. А. и соавт. Трансназальная эзофагогастродуоденоскопия и система интеллектуального цветового выделения патоло-

7. Баулин В. А., Баулин А. А., Стародубцев В. А. и соавт. Новая технология хирургического лечения рефлюксной болезни и грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Материалы Всероссийского форума «Пироговская хирургическая неделя», приложение к научно-теоретическому журналу «Вестник Санкт-Петербургского Университета», серия 11 «Медицина» — С-Пб., 2010, С. 168–169.
8. Dent, J., Brun J., Fendrick A. M. et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management — the Genval Workshop report // Gut. — 1999. — № 44. P. 1–16.
9. Vakil, N., van Zanten S. V., Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — № 101. — P. 1900–1920.
10. Miyake Y., Konzu T. Atlas of spectral endoscopic images. // Chiba University Hospital. — 2007. — 66 p.
11. Avidan, B., Sonnenberg A., Schnell T. G. et al. Hiatal hernia size, Barrett's length, and severity of acid reflux are all risk factors for esophageal adenocarcinoma // Am. J. Gastroenterol. — 2002. — № 97. — P. 3 1930–1936.