

УДК 616.3

З.В. Павлова, А.В. Тобохов

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИСЦЕРОПТОЗОМ

Проведенное исследование особенностей гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с висцероптозом выявило прямую зависимость между ГЭРБ и ХТС. Патологические изменения слизистых оболочек пищевода, желудка и ДПК чаще наблюдались у пациентов с ГЭРБ в суб- и декомпенсированной степени ХТС. По результатам рентгенологического исследования пищевода и желудка выявлено большое количество эпизодов преходящей релаксации нижнего пищеводного сфинктера как причины ГЭРБ. Недостаточность кардии наблюдалась у 22% больных, а патологический гастроэзофагеальный рефлюкс – у 79%. Показанием к хирургической коррекции замыкательной функции кардии является недостаточность функции нижнего пищеводного сфинктера вне зависимости от степени рефлюкс-эзофагита.

В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) по частоте является лидирующим заболеванием в гастроэнтерологии. Однако ряд вопросов этиологии, патогенеза остаются спорными. Как следствие нет общепринятых показаний к хирургическому лечению ГЭРБ, а результаты его не всегда положительны. Исследования последних лет свидетельствует о возросшем интересе хирургов к проблеме нарушений пассажа по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ) как причине развития заболеваний органов пищеварения. Роль висцероптоза в патогенезе этих нарушений несомненна. По предыдущим исследованиям известно, что ГЭРБ при висцероптозе встречается в 60-90% случаев [1, 2]. Однако особенности течения ГЭРБ при висцероптозе изучены недостаточно. В связи с этим представляется необходимым углубленное изучение и поиск новых методов диагностики и лечения данной патологии при висцероптозе.

Представленная работа основана на анализе результатов обследования 130 больных с ГЭРБ в возрасте от 21 до 87 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии № 2 Республиканской больницы и № 1 – Национального центра медицины Минздрава РС (Я) с 2002 по 2004 гг. Большинство пациентов – 74 (56,9%) – составили женщины, мужчин было 56 (43,1%). В возрасте от 20 до 50 лет находились 54,6% пациентов.

Все были подразделены на 3 группы в соответствии с классификацией А.И. Иванова [1], который выделил 3 степени хронического толстокишечного стаза (ХТС): компенсация – задержка стула до 3-4 дней, субкомпенсация – задержка стула от 5 до 10 дней, декомпенсация – задержка стула свыше 10 дней. В первую группу включены 27 (20,7%), во вторую группу – 39 (30%) и в третью – 32

(24,6%) пациента. Контрольную группу составили 32 (24,6%) пациента с ГЭРБ без синдрома ХТС.

Все больные исследованы следующими методами: рентгеноскопия пищевода и желудка с пассажем бария; эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК); радионуклидное исследование желудка; pH-метрия; морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Особенностью обследования больных явилось позиционное проведение исследований (физикального, рентгенологического, радионуклидного) в положении стоя и лежа с целью выявления изменения топографии внутренних органов.

Результаты исследования и их обсуждение. Рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки была проведена всем пациентам (табл. 1).

По результатам рентгеноскопии опущение желудка разной степени выявлено у 55 (42,2%) больных. В оценке степени опущения желудка мы придерживались рентгенологической классификации, в соответствии с которой гастроптоз 1 степени – малая кривизна желудка находится на 2-3 см выше гребешковой линии – у 10 (7,7%), 2 степень – на уровне гребешковой линии – у 25 (19,2%) и 3 степень – ниже этой линии – у 20 (15,3%) больных. У пациентов с декомпенсированной степенью ХТС преимущественно выявлялся гастроптоз 2 и 3 степеней – 8 (6,1%) и 10 (7,7%) случаев соответственно.

Недостаточность кардии была диагностирована у 28 (21,5%) пациентов, однако гастроэзофагеальный рефлюкс был выявлен в 103 (79,2%) случаях, чаще у больных с суб- (36 (27,7%)) и декомпенсированной (27 (20,7%)) степенью

Таблица 1

**Результаты рентгенологического исследования пищевода, желудка и ДПК
у пациентов с ГЭРБ в сочетании с висцероптозом**

Изменения		Степень ХТС						Контрольная группа		Всего	
		Компенсация		Субкомпенсация		Декомпенсация		Абс.32	% 32.6	Абс. 130	% 100
		Абс. 27	% 27.6	Абс.39	% 39.8	Абс. 32	% 32.6				
Желудочно-пищеводный рефлюкс		24	18,5	36	27,7	27	20,7	16	12,3	103	79,2
Наличие ГПОД		3	2,3	4	3,07	3	2,3	12	9,2	22	16,9
Кардия:	смыкается	2	1,5	13	10	8	6,1	5	3,8	28	21,5
	зияет	4	3,06	3	2,3	3	2,3	18	13,8	28	21,5
Гастроптоз		8	6,14	24	18,4	20	15,3	3	2,3	55	42,2
Замедление начальной эвакуации		20	15,3	22	16,9	21	16,1	3	2,3	66	50,7
Снижение тонуса желудка		2	1,5	14	10,7	24	18,5	4	3,07	44	33,8
ДГР		16	12,3	24	18,5	21	16,1			61	46,9

ХТС. Это явление – развитие рефлюкс-эзофагита при отсутствии недостаточности кардиального жома – мы связываем с преходящей релаксацией нижнего пищевого сфинктера (НПС). У многих пациентов отмечались нарушения тонуса желудка, задержка и ускорение начальной эвакуации из желудка.

Анализ результатов рентгенологических исследований у больных с ГЭРБ показал, что имеется определенная патогенетическая связь между ГЭРБ и нарушениями моторно-эвакуаторной функции органов верхнего этажа желудочно-кишечного тракта. Об этом свидетельствует зависимость частоты этих нарушений от степени ХТС.

Разработанная и внедренная ранее методика динамической гастросцинтиграфии с использованием 99М-Тс-пертехнетата позволила определять не только топографию желудка, но и получать информацию о его тонусе. Тем самым мы избегаем гипердиагностики гастроптоза и неоправданного оперативного вмешательства.

Сопоставление результатов радионуклидного и рентгенологического методов исследования показало преимущество гастросцинтиграфии в определении степени опущения желудка (табл. 2).

При скintiграфии у 8 больных гастроптоз не выявлен, гастроптоз I степени обнаружен у 5 пациентов, у 4 – II степени и у 1 – III степени, при этом гастроптоз I степени был обнаружен чаще у пациентов с ХТС в степени компенсации, гастроптоз II и III степени – у больных с субкомпенсированной и декомпенсированной стадиями ХТС.

Кроме этого, на наш взгляд, динамическая гастросцинтиграфия имеет перспективу и в плане диагностики пищевода Баррета. Визуализация радиофармпрепарата, избирательно выделяющегося железистым эпителием желудка в проекции пищевода, доказывает факт метаплазии слизистой оболочки пищевода.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) позволила выявить различные изменения слизистых оболочек органов верхнего этажа ЖКТ (табл. 3).

Недостаточность кардии наиболее часто отмечалась в группах больных с ХТС в степени субкомпенсации 27 (20,7%) и в контрольной группе больных – 25 (19,2%). У 34 (26,1%) пациентов наряду с зиянием розетки кардии отмечался пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод, что характерно для аксиальной грыжи пищевого отверстия диафрагмы.

Таблица 2

Сравнительные данные определения степени гастроптоза радионуклидным и рентгенологическим методами

Степень гастроптоза	Радионуклидный метод		Рентгеноскопия желудка	
	Абс. 18	%	Абс. 18	%
Гастроптоз 1 степени	5	27,8	4	22,2
Гастроптоз 2 степени	4	22,2	8	44,4
Гастроптоз 3 степени	1	5,6	6	33,3

Таблица 3

Результаты эндоскопического исследования слизистой пищевода, желудка у пациентов с ГЭРБ в сочетании с висцероптозом

Изменения		Степень ХТС						Контроль- ная группа		Всего	
		Компенсация		Субкомпенсация		Декомпенсация		Абс. 32	% 32,6	Абс. 130	% 100
		Абс. 27	% 27,6	Абс. 39	% 39,8	Абс. 32	% 32,6				
Укорочение Z-линии		1	0,76	1	0,76	1	0,76	6	4,6	9	6,9
Пищевод Баррета		0		0		0		1	0,76	1	0,76
Пролапс слизистой желудка в пищевод		6	4,6	7	5,3	12	9,2	9	6,9	34	26,1
Кардия:	смыкается	13	10	12	9,2	9	6,9	3	2,3	37	28,4
	зияет	14	10,7	27	20,7	22	17,6	25	19,2	88	68,4
Слизистая пи- щевода	отечна	5	3,8	11	8,4	8	6,1	3	2,3	27	20,7
	гиперемирована	13	10	21	16,1	12	9,2	25	19,2	71	54,6
Эрозии:	единичные	1	0,76	0		0		2	1,5	3	2,3
	множественные	1	0,76	2	1,5	0		11	8,4	14	10,7
	линейные	1	0,76	1	0,76	0		12	9,2	14	10,7

У 71 (54,6%) больных обнаружены воспалительные изменения слизистой оболочки нижней трети пищевода разной степени, обусловленные агрессивным воздействием желудочного содержимого.

Гастрит, язвы желудка, недостаточность пилорического жома и воспалительные изменения слизистой оболочки ДПК, обнаруженные у большинства пациентов, наблюдались преимущественно в субкомпенсированной и декомпенсированной степени ХТС.

Морфологическое исследование биоптатов пищевода, желудка, взятых при эндоскопическом исследовании у 36 пациентов с разной степенью ХТС, выявило различные по характеру морфологические изменения слизистой обо-

лочек пищевода и желудка, соответствовавшие картине хронического воспаления с разной степенью атрофических, склеротических и метапластических процессов, развивавшихся при длительном и интенсивном воздействии агрессивных факторов желудочного секрета. Отмечается четкая зависимость выраженности структурных изменений слизистой оболочки желудка от степени хронического толстокишечного стаза.

Хирургическое лечение проведено 89 (68,5%) пациентам из 130 обследованных. Возраст оперированных пациентов варьировал от 21 до 65 лет. Виды произведенных операций представлены в табл. 4.

Таблица 4

Виды произведенных операций

Вид операции	Количество больных	
	Абс. 89	100%
Комплексная коррекция ободочной кишки	77	86,5
Аппендэктомия	52	58,4
Фундопликация по Nissen	28	31,5
Гастропексия за круглую связку печени	24	26,9
Передняя парциальная фундопликация	5	5,6
Холецистэктомия	4	4,5
Холецистолитотомия	3	3,4
Крурорафия	3	3,4
Резекция желудка по Бильрот 2 (Г-Ф)	3	3,4
Фундопликация по Toupet	1	1,1
Эзофагокардиомиотомия по Heller	1	1,1
Субтотальная резекция пищевода с пластикой желудоч- ной трубкой	1	1,1

Из 77 (86,5%) пациентов с висцероптозом, которым была проведена комплексная хирургическая коррекция аномалий развития и фиксации ободочной кишки, 57 (74%) оперированы в суб- и декомпенсированной степени ХТС.

Оперативная коррекция замыкательной функции кардии произведена 34 (38,2%) пациентам из 89 оперированных, в том числе 28 (31,5%) пациентам произведена фундопликация по Nissen. Считаем, что фундопликация по Nissen при коррекции ГЭРБ у больных с гастроптозом является наиболее оптимальным способом ввиду того, что применение этой методики не только ликвидирует недостаточность кардии, но и способствует восстановлению нормального положения желудка. Передняя фундопликация была выполнена 5 (5,6%) пациентам. Задняя парциальная фундопликация по Toupet применена у 1 (1,1%). Применение парциальных фундопликаций считаем оправданным при гастроптозе I степени или при отсутствии такового у больных с ГЭРБ.

Результаты операций. Отдаленные результаты операций прослежены у 53 пациентов и оценены как «хорошие» у 36 (67,9%) пациентов, «удовлетворительным» был результат у 15 (28,3%), неудовлетворительным результат лечения был признан у 2 (3,8%) пациентов.

Критериями оценки послужили состояние моторно-эвакуаторной функции этих органов и степень изменений слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки: «хорошим» считался результат при уменьшении воспалительных явлений слизистой оболочки, восстановлении нормального транзита химуса и при хороших субъективных ощущениях пациента – отсутствии жалоб, повышении аппетита, прибавке в весе; «удовлетворительным» – при наличии умеренных воспалительных явлений на фоне нормального пассажа пищи и при отсутствии или уменьшении жалоб, хороших субъективных ощущениях больного; «неудовлетворительным» – при нарушении моторно-эвакуаторной функции и выраженных воспалительных изменениях слизистых оболочек, наличии жалоб и плохих ощущениях пациента.

Выводы

1. У больных с висцероптозом и ХТС в степени суб- и декомпенсации наблюдается высокая частота развития рефлюкс-эзофагита (27 и 20% соответственно), которая в большинстве случаев (64 и 62% соответственно) обусловлена преходящей релаксацией нижнего пищевого сфинктера (НПС) вследствие хронического толстокишечного стаза.

2. Для пациентов с висцероптозом и ХТС в суб- и декомпенсированной степени характерно повышение активности желудочной секреции, особенно при развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Особенно кислотно-пептическая агрессия выражена в степени субкомпенсации хронического толстокишечного стаза: базальная секреция свободной соляной кислоты повышается в 1,9 раз, стимулированная – в 2,2 раза, дебит общей кислотности повышается в 1,5 раза, а общее количество секреции – в 1,4 раза по сравнению с нормой.

3. С целью ранней диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни всем пациентам с висцероптозом в алгоритм диагностики необходимо включить ФЭГДС с проведением хромоэзофагоскопии с прицельной биопсией, pH-метрию и манометрию.

4. Показаниями к хирургическому лечению ГЭРБ мы считаем недостаточность функции нижнего пищевого сфинктера у пациентов с висцероптозом вне зависимости от степени рефлюкс-эзофагита.

5. Морфологические изменения слизистой оболочки пищевода и желудка развиваются вторично вследствие хронического толстокишечного стаза, а частота структурных изменений в органах имеет прямую зависимость от его степени.

Литература

1. Иванов А.И. Хронический толстокишечный стаз, обусловленный аномалиями развития, фиксации ободочной и прямой кишок (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и хирургическое лечение): Дисс... докт. мед. наук. М., 1996. 277с.
2. Тобохов А.В. Диагностика и хирургическое лечение висцероптоза. Дисс... докт. мед. наук, М., 2003. 241 с.

Z.V. Pavlova, A.V. Tobokhov

CLINICS AND DIAGNOSIS GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH VISCEROPTOSIS

The morphological survey illustrated the dependence of GERD with chronic large intestinal stasis (CLIS). Pathologic changes of esophageal mucosa, stomach and duodenum were frequently observed in patients with GERD of sub- and de-compensated degrees of CLIS. As a result of the roentgenoscopy of esophagus and stomach we detected a great amount of episodes of transit relaxation of lower esophageal sphincter as the cause of GERD. Cardia insufficiency was observed in 22%, pathologic gastroesophageal reflux in 79% of patients. The indications to surgical correction of switching cardia function are: insufficiency of lower esophageal sphincter it is not dependent on a degree of GERD. The remote results of operations in more than 70% of cases are regarded as good.

