

С.В. ВОЛКОВ

**ЕЮНОЭЗОФАГАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ:  
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ, ПАТОГЕНЕЗА,  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

В последние годы отмечается увеличение числа больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Решением VI Объединенной европейской недели по гастроэнтерологии (Бирмингем, 1997) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь причислена к проблеме номер один XXI века.

Важность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни определяется не только ее распространенностью, но и клинической значимостью, в частности, возможностью развития так называемой внепищеводной патологии, а также недостаточной эффективностью существующих методов лечения [5]. Все это направляет усилия ученых-гастроэнтерологов многих стран к изучению патоморфологических и клинических проблем гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

В свете изучения проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни особое место занимает еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь, возникающая у больных в связи с полным удалением желудка. До последнего времени эту патологию относили к рефлюкс-эзофагиту, что не может считаться в настоящее время патогенетически обоснованным.

Следует учитывать, что макро- и микроструктурные и функциональные нарушения при рефлюкс-эзофагите не ограничиваются только пищеводом, а возникают одновременно и в анастомозируемых петлях тонкой кишки в форме острого или хронического еюнита и дискинезии приводящей и отводящей петель тощей кишки. Это позволяет рассматривать рефлюкс-эзофагит после гастрэктомии не только как «изолированную» патологию пищевода, но и одновременно как единую патологию пищеводно-еюнального комплекса. Исходя из этого, патогенетически обоснованным следует считать термин «еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь», поскольку в основе указанной патологии лежит еюноэзофагеальный рефлюкс. В связи с этим такие общепринятые в клинической практике названия, как рефлюкс-эзофагит, постгастрэктомический эзофагит, агастрический эзофагит, щелочной эзофагит и др., должны остаться в прошлом, уступив новой терминологии, основанной на многолетних клинических и специальных исследованиях.

Тяжесть патоморфологических и функциональных нарушений при еюноэзофагеальной рефлюксной болезни в значительной степени определяется частотой и интенсивностью еюноэзофагеального рефлюкса, непосредственным действием рефлюксата на слизистую пищевода и слизистую тощей кишки, особенно в области пищеводно-кишечного анастомоза.

Частота развития еюноэзофагеальной рефлюксной болезни у больных после гастрэктомии может достигать, по данным литературы и результатам наших исследований, более 90% [1, 2, 3]. Абсолютное число таких больных неуклонно возрастает, так как с каждым годом увеличивается количество выполняемых тотальных гастрэктомий и резекций нижней трети пищевода. Увеличение пятилетней выживаемости больных после оперативных вмешательств по поводу рака желудка и пищевода также ведет к увеличению количества больных, страдающих еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Согласно современным представлениям, причиной развития еюноэзофагеальной рефлюксной болезни после гастрэктомии являются разрушение замыкающего механизма кардии, попадание необработанной желудочным и дуоденальным содержимым пищи непосредственно в тонкую кишку, нарушение моторно-эвакуаторной функции анастомозируемых петель тонкой кишки в связи с пересечением блуждающих нервов, рефлюксом желчи и панкреатического сока в область пищеводно-еюнального анастомоза и непосредственно в просвет пищевода. На фоне этих нарушений формируется та или иная степень тяжести еюноэзофагеальной рефлюксной болезни. Важную роль в развитии данной патологии играет изменение эзофагеального клиренса, т.е. уменьшение способности пищевода нейтрализовать и удалять обратно в просвет анастомозируемых петель тонкой кишки попавшее в него щелочное кишечное содержимое. Другими патогенетическими факторами еюноэзофагеальной рефлюксной болезни являются повреждающие свойства рефлюксата (панкреатические ферменты, желчные кислоты), снижение резистентности слизистой пищевода, угнетение перистальтики пищевода за счет ослабления тонуса этого органа, нарушение моторно-эвакуаторной функции анастомозируемых петель тонкой кишки. Определенную этиологическую роль в развитии данной патологии играют вынужденное положение тела с наклоном туловища, злоупотребление алкоголем, прием некоторых лекарственных препаратов, снижающих тонус гладких мышц пищевода (эуфиллина, холинолитиков и др.).

В последние годы оживленно дискутируется вопрос о возможной роли микроорганизмов *Helicobacter pylori* (НР) в развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В литературе имеются сообщения о том, что эрадикация НР у больных язвенной болезнью приводит к существенному возрастанию у таких пациентов частоты сопутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Другие авторы, анализируя результаты этих исследований, пришли к выводу, что указанные заключения объясняются недооценкой сопутствующих изменений пищевода, имевшихся к моменту эрадикации. Во всяком случае в настоящее время нет данных, которые позволили бы однозначно утверждать этиологическую роль НР в развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [5]. Что касается роли данного этиологического фактора в развитии еюноэзофагеальной рефлюксной болезни, то в доступной нам литературе мы не встретили каких-либо указаний.

До настоящего времени в литературе нет единой классификации еюноэзофагеальной рефлюксной болезни, возникающей у больных на различных сроках после гастрэктомии. Самой простой классификацией является деление на эндо-

скопически позитивную и негативную еюноэзофагеальную рефлюксную болезнь. Безусловно, такая классификация не может полностью удовлетворять клиницистов, занимающихся диагностикой и лечением данной категории больных.

На основе клинических и фиброэндоскопических исследований нами была разработана новая классификация еюноэзофагеальной рефлюксной болезни у больных после гастрэктомии. Мы предлагаем выделять четыре степени тяжести еюноэзофагеальной рефлюксной болезни, включая нулевую (0) степень. Данная классификация основывается на результатах эндоскопического осмотра пищевода, пищеводно-кишечного соустья, приводящей и отводящей петель тощей кишки (до уровня межкишечного соустья).

Степень 0 еюноэзофагеальной рефлюксной болезни означает отсутствие воспалительных изменений в пищеводно-еюнальном комплексе.

При степени I наблюдаются выраженные воспалительные изменения в слизистой пищевода (отек, гиперемия, эрозии), зоне пищеводно-кишечного соустья и анастомозируемых петлях тонкой кишки.

При степени II отмечаются очаговые воспалительные изменения в пищеводе (очаговый, «штриховой» эзофагит), в зоне соустья или анастомозируемых петлях тонкой кишки.

Степень III характеризуется развитием сливного (диффузного) эзофагита с наличием эрозий в сочетании с воспалительными изменениями в зоне соустья и прилежащих к пищеводно-кишечному анастомозу петлях тонкой кишки.

При степени IV отмечается тяжелый сливной эзофагит с изъязвлением и некрозом слизистой пищевода, изъязвлением в зоне соустья и выраженными воспалительными изменениями в слизистой анастомозируемых петель тонкой кишки. Эта форма еюноэзофагеальной рефлюксной болезни может завершаться образованием рубцовой стриктуры пищевода или развитием цилиндроклеточной метаплазии (пищевод Барретта).

Как показали наши исследования, частота различных по тяжести форм еюноэзофагеальной рефлюксной болезни зависит от выбора варианта формирования пищеводно-кишечного анастомоза. Тяжелые формы данной патологии обычно наблюдаются у больных, перенесших гастрэктомию с формированием пищеводно-кишечного соустья с помощью сшивающих аппаратов ПКС-25 и СПТУ, причем чаще первым из них, что можно связать с тем, что аппарат ПКС-25 по своей конструкции является менее совершенным. В то же время формирование пищеводно-кишечного анастомоза ручным методом (гастрэктомия с прямым эзофагодуденоанастомозом, эзофагоеюностомия) снижает частоту развития тяжелых форм еюноэзофагеальной рефлюксной болезни. Следует учитывать, что эластичные легко спадающиеся анастомозы, наложенные вручную, препятствуют возникновению регургитации и развитию рефлюксной патологии пищеводно-еюнального комплекса. После наложения циркулярного однорядного танталового шва и вторичного заживления соустья создаются условия для заброса рефлюксата через зияющий анастомоз внутрь пищевода, что неизбежно приводит к развитию тяжелых форм еюноэзофагеальной рефлюксной болезни.

Наши клинические исследования позволяют условно выделить три формы клинического течения еюноэзофагеальной рефлюксной болезни после гастрэктомии: легкую, средней тяжести и тяжелую. Из 182 больных с еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью легкая форма заболевания нами отмечена у 57 (31,3%), средней тяжести – у 102 (56,1%) и тяжелая форма – у 23 (12,6%) больных.

Легкая форма еюноэзофагеальной рефлюксной болезни характеризуется общей слабостью, возникновением регургитации после приема еды, при горизонтальном положении тела, физической работе в согнутом положении и напряжении брюшного пресса, при повышении внутрибрюшного давления, связанного с подъемом тяжестей, актом дефекации и т.д. Регургитация сопровождается появлением отрыжки и срыгиванием кишечного содержимого темно-зеленого или желтоватого цвета, горького вкуса из-за примеси желчи. В период регургитации у больных появляется чувство жжения за грудиной, боли в эпигастральной области или в области мечевидного отростка.

Частота симптомов у больных легкой степенью еюноэзофагеальной рефлюксной болезни следующая: регургитация встречается в 91,2% случаев; изжога – 71,95%, боль в эпигастральной области – 61,4%, боли за грудиной – у 64,9%, иррадиация в межлопаточную область – у 36,8% больных.

У больных с еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью средней тяжести симптомы заболевания более выражены, чем при легкой форме. Изжога, дисфагия, регургитация, срыгивание наблюдались чаще. Так, регургитация отмечена у 97,1% больных, срыгивание – у 100%, дисфагия – у 100%, изжога – у 98,1%, боль в эпигастрии – 80,4%, боли за грудиной – у 87,2%, иррадиация в межлопаточную область – у 49% больных.

Больные с тяжелой формой еюноэзофагеальной рефлюксной болезни нередко психологически подавлены, истощены, ослаблены. Все клинические симптомы ярко выражены. Регургитация у этой группы больных возникает при малейшем наклоне туловища вперед, часто отмечается по ночам, во время сна, при изменении положения тела, а иногда без каких-либо конкретных причин. Больные внезапно срыгивают содержимое полным ртом, кишечное содержимое обычно имеет зеленовато-желтый или коричневый цвет. Количество срыгиваемого содержимого может достигать у некоторых больных 0,3-0,5 л и более. У больных с тяжелой формой заболевания изжога мучительнее, продолжительнее, у некоторых больных она постоянна.

Частота симптомов у больных с тяжелой степенью еюноэзофагеальной рефлюксной болезни следующая: регургитация возникает у 100% больных, срыгивание – у 100%, изжога – у 100%, боли в эпигастрии – у 82,6%, боли за грудиной – у 91,3%, иррадиация в межлопаточную область – у 52,2% больных.

Частые срыгивания желчью нередко приводят к развитию внепищеводных осложнений, что обусловлено забросом кишечного содержимого в гортань и трахею. У таких больных возникает фарингит, ларингит, хроническая пневмония и др. Состояние больных во время такого заброса крайне тяжелое: появляются одышка, дисфагия, сильный сухой кашель, боли в груди, напоминающие

иногда приступ стенокардии. Эпизоды энтероэзофагеального рефлюкса способны провоцировать также возникновение различных нарушений ритма (экстрасистолии, проходящей блокады ножек пучка Гиса и др.). В результате энтероэзофагеального рефлюкса могут возникать повторные пневмонии.

Наиболее информативным методом диагностики еюноэзофагеальной рефлюксной болезни является эндоскопический метод исследования. При этом у больных с эндоскопически позитивной рефлюксной патологией при эндоскопическом исследовании часто выявляются гиперемия и отёк слизистой оболочки пищевода (при катаральной форме), эрозивные и язвенные дефекты, занимающие в зависимости от степени тяжести различную по площади поверхность дистального отдела пищевода, зону пищеводно-кишечного соустья, отводящей и особенно приводящей петли тонкой кишки. При эндоскопически негативной еюноэзофагеальной рефлюксной болезни эндоскопические признаки рефлюксной патологии отсутствуют.

Информативным методом в диагностике еюноэзофагеальной рефлюксной болезни, так же как и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, является суточное мониторирование рН в пищеводе [4, 5]. Этот метод позволяет определить общее количество рефлюксов (в норме не больше 50 в течение суток), число рефлюксов продолжительностью более 5 мин, число рефлюксов с наибольшей продолжительностью, общего времени снижения рН в пищеводе менее 4 (в норме не более 1 ч в течение суток) [5]. Указанные показатели позволяют объективно оценивать частоту и продолжительность заброса содержимого кишечника в пищевод в течение всех суток.

В комплексном обследовании больных с еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью нередко используется рентгенологический метод исследования. Тщательный рентгенологический осмотр пищевода позволяет в большинстве случаев дать оценку функциональным и органическим изменениям в нём. Рентгенологические признаки еюноэзофагеальной рефлюксной болезни часто зависят от стадии процесса. При степени I и II указанной патологии рентгенологически в ряде случаев обнаруживается расширение просвета пищевода из-за понижения его тонуса. Рельеф слизистой оболочки пищевода при этой патологии образован незначительно расширенными складками.

При степени III и IV еюноэзофагеальной рефлюксной болезни, при которых слизистая оболочка пищевода оказывается резко отечной и на ней обнаруживаются язвы и эрозии, рентгенологическая картина становится более чёткой. Этот метод исследования позволяет выявить повышенный тонус стенок дистального отдела пищевода, склонность к спазму, усиленную перистальтику, расширение пищевода над суженным участком. При длительно текущей еюноэзофагеальной рефлюксной болезни складки слизистой оболочки становятся грубыми. Рубцовые изменения в пищеводе проявляются сглаженностью слизистой оболочки и ригидностью стенок. Выявление свежих поверхностных язв с помощью рентгенологического метода представляет значительные трудности.

Лечение больных еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью должно быть направлено на предотвращение возникновения энтероэзофагеального

рефлюкса, уменьшение повреждающих свойств рефлюксата, улучшение пищеводного клиренса, а также повышение защитных свойств слизистой оболочки пищевода. При этом лечение больных должно быть комплексным, включающим в себя соблюдение диеты, прием лекарственных препаратов, а также соблюдение соответствующего образа жизни [1, 2, 4].

Диета для больных с еноэзофагеальной рефлюксной болезнью в большинстве случаев аналогична диете при язвенной болезни, но в пищевой рацион должно включаться меньше молочных продуктов. Она должна быть: 1) механически и термически щадящей; 2) реакция нейтральная или близка к нейтральной; 3) дробное питание с небольшим объемом одноразового приема пищи; 4) высококалорийной (до 2000 ккал); 5) полноценной (содержать белки, жиры, углеводы).

Определенные перспективы в лечении еноэзофагеальной рефлюксной болезни открывает метод лазерной терапии. Следует учитывать, что лазерное воздействие обладает высокой избирательной чувствительностью в отношении различных органов и систем организма. Это обуславливает возможность широкого применения лазерного излучения с целью воздействия на процессы репаративной регенерации тканей, воспалительные изменения в биотканях.

В комплексной терапии еноэзофагеальной рефлюксной болезни, возникшей у больных на различных сроках после гастрэктомии (от 2 мес. до 25 лет), нами у 97 больных был применен метод низкоинтенсивной лазерной терапии, который использовался в следующих вариантах: а) внутрипищеводной лазерной терапии (46 чел.); б) внутрикишечной лазерной терапии (24 чел.); в) комбинированной лазерной терапии (27 чел.), т.е. сочетание внутрипищеводной и внутрикишечной лазерной терапии.

Для проведения лазерной терапии использовались гелий-неоновые лазерные установки ЛГ-75 и УЛФ-01 «Ягода», являющиеся источником непрерывного излучения и имеющими длину волны 0,6328 мкм, мощность излучения 25 мВт и плотность мощности 0,05-0,10 мВт/см<sup>2</sup>. Длительность курса лазерной терапии зависела от тяжести воспалительного процесса в пищеводе и анастомозируемых петлях тонкой кишки и составляла в среднем 8-10 сеансов. При этом экспозиция лазерного излучения за 1 сеанс составляла 10-12 минут.

Контроль за эффективностью лазерной терапии у больных проводился на основании следующих показателей: 1) динамики изменений ведущих клинических симптомов; 2) данных рентгенологического исследования пищевода кишечника; 3) данных фиброэзофагоскопии и -еноскопии с биопсией слизистой пищевода и анастомозируемых петель тонкой кишки; 4) изучение частоты энтероэзофагеальных рефлюксов с помощью детского фиброгастроскопа фирмы «Олимпус», модель GIF-P3.

К концу курса лазерной терапии у больных почти полностью устранялись ведущие симптомы еноэзофагеальной рефлюксной болезни (дисфагия, регургитация, боли и пр.). После лазерного воздействия комбинированным методом у больных исчезали гиперемия и отек слизистой оболочки пищевода и слизистой

анастомозируемых петель тощей кишки, наблюдалась эпителизация эрозий и язв. В контрольной группе больных (19 чел.) положительная динамика (по результатам клинических и эндоскопических исследований) наблюдалась после 30-40 дней лечения. В то же время лазерный метод позволяет в 2-3 раза сократить сроки лечения больных, страдающих еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что низкоинтенсивная лазерная терапия, проводимая в разных вариантах, обладает высокой эффективностью и отсутствием каких-либо побочных действий и осложнений. Обладая широким спектром действия на биоткани пищевода и тонкой кишки, низкоинтенсивная лазерная терапия наряду с улучшением иммунологических показателей оказывает активное воздействие на один из главных патогенетических механизмов еюноэзофагеальной рефлюксной болезни – снижает частоту и интенсивность энтероэзофагеальных рефлюксов за счет нормализации моторно-эвакуаторной функции анастомозируемых петель тонкой кишки и купирования в них воспалительного процесса. Этот ранее не раскрытый механизм лазерного излучения позволяет с принципиально новых позиций оценить значимость данного метода для лечения больных с еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью. В отличие от гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, при которой в большинстве случаев оказывается эффективной фундопликация по Ниссену или реконструктивная операция по Ру, при еюноэзофагеальной рефлюксной болезни оперативные вмешательства должны выполняться лишь при осложненных формах этой патологии (формирование рубцовой стриктуры в области пищеводно-кишечного анастомоза, синдром Барретта, рецидив рака в зоне пищеводно-кишечного анастомоза). Однако клинический опыт выполнения подобных реконструктивных операций чрезвычайно мал, чтобы дать объективную оценку их непосредственных и отдаленных результатов.

### Литература

1. Волков В.Е., Волков С.В. Болезни оперированного желудка. Чебоксары: Изд-во РГУП «ИПК «Чувашия»», 2001. 240 с.
2. Волков В.Е., Цыльков В.Е., Волков С.В. Диагностика и лечение послеоперационного эзофагита. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2004, 100 с.
3. Петерсон Б.Е. Рак проксимального отдела желудка. М.: Медицина. 1972. 216 с.
4. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. М.: Изд. АТ, 1999. 136 с.
5. Шентулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Consilium Medicum. 2000. Т. 2, №7. С.272-275.