

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ПОЖИЛЫХ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Лазебник Л. Б., Машарова А. А., Васнев О. С., Бордин Д. С., Валитова Э. Р., Янова О. Б.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ, Москва

Машарова Антонина Александровна
111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86
Тел.: 8 (495) 303 1771
E-mail: a.masharova@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Цель. Многоцентровое исследование распространенности ГЭРБ в России — МЭГРЕ — выявило количественные критерии ГЭРБ у 13,3% опрошенных, в Москве — 23,6%. При этом была выявлена тенденция к увеличению распространенности заболевания с возрастом респондентов и отмечена более высокая распространенность ГЭРБ в старших возрастных группах (старше 60) по сравнению с лицами моложе 60 лет — соответственно 26,5% и 20,2%. Мы изучили особенности течения и лечения пожилых больных ГЭРБ, а также оценили результаты оперативного лечения больных с коротким пищеводом.

Методы. Проведено проспективное исследование 500 больных ГЭРБ (241 — старше 60 лет), получавших терапию ИПП и 95 оперированных больных с аксиальной ГПОД (42 из них с укорочением пищевода 1–2-й степени) средним возрастом $65,7 \pm 17,4$ года. В работе применялся эндоскопический метод (ЭГДС), суточный рН-мониторинг, манометрия пищевода.

Результаты. Результаты проспективного клинического исследования у пожилых больных выделено два клинических варианта течения ГЭРБ, позволяющих прогнозировать более тяжелое течение заболевания у больных с коротким анамнезом (до 5 лет) (второй «взрослый тип») и предполагает дифференцированный подход к диагностике и лечению. Установлена целесообразность пролонгации до 12 недель у пожилых больных ГЭРБ длительности основного курса терапии ИПП в полной дозе, что позволило увеличить эффективность терапии на 14,1%. По его завершении пожилым больным со вторым типом заболевания показано поддерживающее лечение в постоянном режиме, поскольку режим «по требованию» у них неэффективен. Разумный подход к терапии пожилых больных, в том числе и ИПП, позволяет получить пользу и сделать минимальным риск лечения. Через 24 месяца после выполненной фундопликации отличные и хорошие результаты отмечены в 96% случаев. При этом у больных с неэффективной моторикой пищевода отмечается улучшение показателей манометрии пищевода, что свидетельствует о рефлюксной природе этих нарушений исходно.

Выводы. Течение и лечение ГЭРБ у лиц пожилого возраста имеет свои особенности, которые диктуют необходимость комплексного подхода к диагностике и терапии этой категории больных. Пожилым больным с укорочением пищевода 1-й степени возможно выполнение лапароскопической операции, при укорочении пищевода 2-й степени наиболее безопасным является лапаротомный доступ.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; пожилой больной; эпидемиология; длительная терапия ИПП; показания к хирургическому лечению; короткий пищевод.

SUMMARY

Aim. Was made a multicenter study of the GERD prevalence in Russia — MEGRE — that revealed quantitative criteria for GERD in 13.3% of respondents but in Moscow it was 23,6%. Also was detected an increasing prevalence with age, and respondents noted a higher prevalence of GERD in groups of older age (over 60) compared with persons younger than 60 years — accordingly 26.5% and 20.2%. We studied the course and treatment of elderly patients with GERD and assessed the results of surgical treatment of patients with short esophagus syndrome.

Methods. Was made a prospective study of 500 patients with GERD (241 — age 60 years) that were treated with PPI and 95 patients were operated with an axial HH (42 of them with shortening of the esophagus 1–2-th power), mean age 65.7 ± 17.4 years. We used endoscopic techniques (endoscopy), daily pH monitoring, esophageal manometry.

Results. Results of a prospective clinical study in elderly patients allocated two clinical variants of the flow of GERD, predicting a more severe course of disease in patients with a short history (up to 5 years) (the second «adult type») and suggests a differentiated approach to diagnosis and treatment. The expediency of extension to 12 weeks in elderly patients with GERD, the duration of the basic course of PPI therapy in full doses, which increased the effectiveness of therapy in 14.1%. after ending of this protocole, elderly patients with a second type of disease showed maintenance treatment in continuous operation since the regime «on demand» from them ineffective. A reasonable approach to therapy in elderly patients, including STIs, can benefit and make a minimal risk of treatment. 24 months after performed fundoplication were observed excellent and good results in 96% of cases. In this case, patients with ineffective esophageal motility observed improvement in esophageal manometry, indicating that nature reflux of these disorders at baseline.

Conclusions. Course and treatment of GERD in the elderly has its own characteristics, which dictate the need for an integrated approach to diagnosis and treatment of these patients. Older patients with esophageal shortening, 1 st degree possible to perform laparoscopic surgery, and shortening of the esophagus, 2 nd degree is the most secure laparotomic access.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, elderly patient, epidemiology, long-term therapy PPI; indications for surgical treatment, short esophagus.



Интерес к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) определяется в первую очередь ее высокой распространенностью и продолжающимся ростом заболеваемости. Это нашло отражение в постулате «XX век — век язвенной болезни, а XXI век — это век ГЭРБ», которое было выдвинуто на VI Объединенной гастроэнтерологической неделе (Бирмингем, 1997). Помимо ухудшения самочувствия и снижения качества жизни ГЭРБ у значительной доли больных сопровождается воспалением дистального отдела пищевода, в ряде случаев ведущим к метаплазии и развитию аденокарциномы пищевода, что особо актуально у пожилых больных с длительным течением заболевания. Рефлюкс может быть причиной внепищеводных проявлений ГЭРБ, имитирующих или отягощающих течение патологии сердца, легких, лор-органов, особенно в условиях полиморбидности у пожилых больных. При этом классическая симптоматика как длительно существующих хронических, так и недавно возникших заболеваний изменяется, симптомы становятся более выраженными или, напротив, сглаживаются, или инвертируются. Неяркая выраженность клинических проявлений, отсутствие острого дебюта болезни часто дезориентируют врача [1]. Недостаточная информированность о клинических особенностях и вариантах ГЭРБ у стариков, в том числе и при полиморбидности, порождают дискуссию о частоте и диагностическом значении изжоги и других симптомов у пожилых больных ГЭРБ, создает проблемы выбора оптимальной тактики лечения ГЭРБ и сопутствующих заболеваний.

Эпидемиологические исследования, проведенные с использованием опросника Клиники Мэйо, показали, что распространенность ГЭРБ (наличие изжоги и /или регургитации раз в неделю и чаще в течение последних 12 месяцев) в странах Западной Европы и Северной Америки составляет 10–20%, а в странах Азии — около 5% [2], В Москве — 23,6% [3]. При этом была выявлена тенденция к увеличению

распространенности заболевания с возрастом респондентов ($r = +0,341$, $p = 0,056$) и отмечена более высокая распространенность ГЭРБ в старших возрастных группах (старше 60) по сравнению с лицами моложе 60 лет — соответственно 26,5% и 20,2% ($p = 0,009$) (А. А. Машарова, 2008).

Многоцентровое исследование распространенности ГЭРБ в России — МЭГРЕ — выявило количественные критерии ГЭРБ у 13,3% опрошенных [4]. Помимо этого было отмечено, что с возрастом увеличивается количество респондентов, испытывавших загрудинную боль, с 16,9% у молодых (18–35 лет) до 58,1% у пожилых (старше 60 лет). Связь указанной боли с физической нагрузкой или психоэмоциональным напряжением отметили 46,8% молодых и 74,4% пожилых, при этом доля боли, связанной с приемом пищи или положением тела, практически не меняется: у молодых — 34,9%, у пожилых — 30,2%. Эти данные указывают на необходимость учета НКБГ при дифференциально-диагностическом поиске у пожилых больных.

По литературным данным, по крайней мере у 30% пациентов, подвергающихся коронарографии по поводу болей за грудиной, патологии не выявляется. Некоронарогенные боли за грудиной (НКБГ) могут быть обусловлены психологическим стрессом, висцеральной гиперчувствительностью и, более часто, ГЭРБ. Более чем у половины пациентов с НКБГ обнаруживают патологические изменения при ЭГДС или 24-часовом рН-мониторировании [5]. Клиническими признаками, позволяющими дифференцировать ассоциированную с ГЭР симптоматику от сердечной, являются следующие: появление боли за грудиной после приема пищи, ночные боли, возникающие в положении лежа, в покое, отсутствие тенденции к иррадиации боли, ослабление ее после приема антацидов [6]. Некоторые исследователи отмечают ценность назначения ингибиторов протонной помпы (ИПП) в качестве диагностического теста краткосрочным курсом при выявлении НКБГ.

По данным W. Pandak и соавт. (2002), 71% пациентов, лечившихся омепразолом (в дозе 40 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней), отметили улучшение по сравнению с 18% в группе, получавших плацебо. Используя более короткий курс, с более высокими дозами ИПП (60 мг омепразола раз в сутки в течение недели), R. Fass и соавт. (1998) установили, что в диагностике ГЭР-обусловленных НКБГ пробный курс лечения ИПП имеет чувствительность 78% и специфичность 86%.

В литературе нет единого мнения о взаимосвязи частоты симптомов ГЭРБ с возрастом пациентов. Так, G.R. Locke и соавт. (1999) не выявили зависимости симптомов ГЭРБ от возраста, отметив лишь некоторое возрастание частоты изжоги в возрасте 35–44 лет у мужчин и 45–54 лет у женщин. С. А. Курилович и соавт. (2000) при опросе в рамках программы ВОЗ MONIKA в Новосибирске показали незначительное колебание частоты изжоги с возрастом без тенденции к ее увеличению. С другой стороны, при анализе английской базы данных общей практики было выявлено нарастание частоты симптомов ГЭРБ возрастом до 69 лет с последующим снижением [7]. В США были получены аналогичные английскому исследованию результаты с той лишь разницей, что снижение частоты изжоги отмечалось у респондентов старше 55 лет [8]. По данным российского исследования АРИАДНА, распространенность частой (более 2 раз в неделю) изжоги с возрастом увеличивалась, достигая максимума у группы лиц 50–59 лет, и в дальнейшем оставалась на стабильном уровне [9]. В ходе крупного эпидемиологического исследования, проведенного в Норвегии и включавшего более 65000 обследованных, отмечено, что частота изжоги у женщин линейно возрастает с возрастом, у мужчин возрастной пик частоты изжоги приходится на период с 50 до 70 лет [10].

Сведения относительно распространенности и диагностического значения изжоги при ГЭРБ у больных пожилого возраста также противоречивы. В одних исследованиях показано, что у пожилых больных ГЭРБ изжога является весьма частым симптомом [11], в других работах авторы отмечают преобладание в клинической картине внепищеводных проявлений [12] и /или преобладание «стертой» симптоматики [13]. R. Fass и соавт. (2000) отметили отсутствие ярких симптомов заболевания у пациентов старших возрастных групп, несмотря на тенденцию к повышению степени тяжести повреждения пищевода и удлинение времени экспозиции кислоты в нем. Анализ 5 проспективных рандомизированных контролируемых клинических исследований, включавших в общей сложности 11945 пациентов с ГЭРБ старше 18 лет, показал, что с возрастом происходит прогрессивное увеличение выявления рефлюкс-эзофагита — с 12% у больных моложе 21 года до 37% в возрастной группе старше 70 лет ($p < 0,001$). При этом изжога в группе пожилых лиц наблюдалась реже: у больных ГЭРБ старше 70 лет

в 34% случаев, в то время как у молодых в 82% ($p < 0,001$) [14]. Бессимптомность или наличие лишь минимальных клинических проявлений при рефлюкс-эзофагите в пожилом возрасте отмечают и другие авторы [1].

Мы придерживаемся мнения, что изжога — один из немногих симптомов ГЭРБ, сохраняющий свою актуальность при диагностике ГЭРБ у пожилых, в то время как прочие симптомы возникают при прогрессировании заболевания или при развитии осложнений [15]. Исследование, проведенное у стационарных больных ЦНИИГ, показало, что кардинальными симптомами ГЭРБ во всех возрастных группах являются изжога и регургитация, встречающиеся у 89,6% и 31,6% больных соответственно. При этом их распространенность с возрастом меняется: наблюдается снижение доли больных с изжогой (с 91,8% в возрасте моложе 60 лет до 87,1% в возрасте старше 60 лет, $p = 0,002$) и увеличение — с регургитацией (соответственно с 24,7 до 39%, $p = 0,001$). Их частота и выраженность не коррелируют с эндоскопической картиной заболевания, в то время как дисфагия имеет прямую корреляционную взаимосвязь со стадией ГЭРБ ($r = +0,451$, $p = 0,052$). Таким образом, среди больных ГЭРБ, верифицированной клинически и инструментально, ведущими жалобами являются изжога, частота которой имеет тенденцию к снижению с возрастом, и регургитация, частота и диагностическая значимость которой, напротив, увеличивается. Это не противоречит данным нашего эпидемиологического исследования о росте распространенности ГЭРБ с возрастом, поскольку количественным критерием ГЭРБ является наличие как минимум одного из симптомов (изжоги и /или регургитации) не реже 1 раза в неделю.

Мы не выявили достоверной разницы в частоте эрозивных эзофагитов у больных ГЭРБ до 59 лет и у пожилых (60 лет и старше), которые наблюдались примерно в трети случаев. Однако при учете длительности анамнеза заболевания (до и больше 5 лет) была установлена прямая корреляционная связь между давностью и частотой выявления эрозивной ГЭРБ у молодых ($r = +0,7$) и обратная зависимость ($r = -0,8$) в группе пожилых больных. У больных старше 60 лет с коротким (до 5 лет) анамнезом заболевания эрозивные рефлюкс-эзофагиты встречались значительно чаще, чем у пожилых с длительным анамнезом (соответственно 46,4% против 27,1%, $p < 0,001$). Одним из факторов, способствующих развитию РЭ, является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Частота выявления ГПОД не отличается у молодых и у пожилых с длительностью заболевания более 5 лет (соответственно 22,4% и 34,7%, $p > 0,05$), но значительно возрастает у пожилых с анамнезом ГЭРБ менее 5 лет (58,8%, $p < 0,001$).

Приведенные выше данные позволили выделить два клинических типа ГЭРБ у больных пожилого и старческого возраста в зависимости от давности анамнеза заболевания: 1-й тип («молодой»), когда заболевание обнаруживает себя в молодом возрасте,

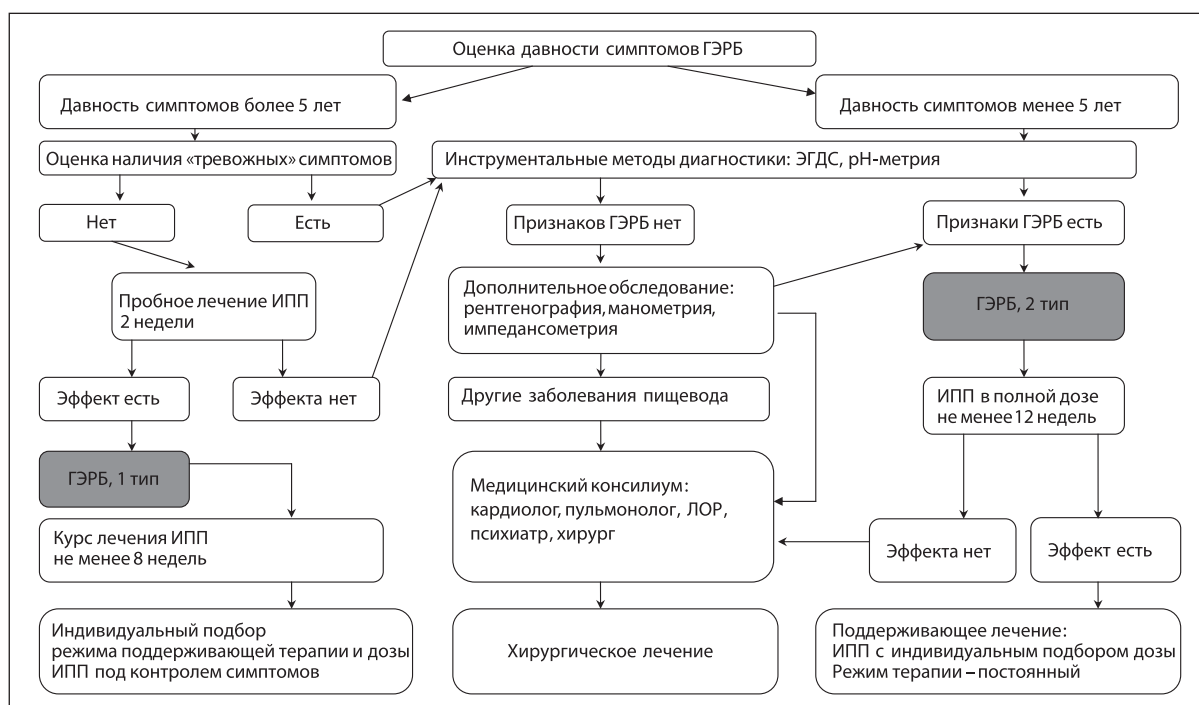
развивается эволюционно и протекает более благоприятно; 2-й тип («взрослый», или «возрастной») — возникает в пожилом возрасте, характеризуется большей агрессивностью: частыми эрозивными эзофагитами, наличием ГПОД. Нами был разработан алгоритм ведения пожилых больных с учетом типа заболевания (см. рис.). Согласно предложенному нами алгоритму ведения пожилых больных ГЭРБ, на первом этапе обследования больных старших возрастных групп должна быть проведена оценка давности симптомов ГЭРБ, а также наличия симптомов «тревоги» (прогрессирующая потеря массы тела, дисфагия, одинофагия, исчезновение или значительное уменьшение (без лечения) ранее имевшейся изжоги и т. д.). Эти сведения дают возможность либо непосредственно приступить к лечению, либо продолжить дальнейший диагностический поиск согласно предложенному алгоритму. Результаты обследования и медикаментозного лечения пожилых больных определяют долгосрочную тактику их ведения. Наиболее эффективна непрерывная поддерживающая терапия ИПП в полной или половинной дозе (допустимой только у больных с первым «молодым» типом).

Основными целями терапии ГЭРБ является купирование симптомов, улучшение самочувствия (качества жизни), лечение и предотвращение осложнений, прежде всего рефлюкс-эзофагита. Теоретически, исходя из патогенеза заболевания, в качестве основных направлений такой терапии рассматривают уменьшение объема и модификацию состава рефлюктанта, повышение антирефлюксной функции нижнего пищеводного сфинктера, снижение градиента давления, направленного из желудка в пищевод, усиление клиренса (очистки) пищевода,

защиту слизистой пищевода от повреждающего воздействия рефлюктанта. Лечение предусматривает рекомендации по изменению образа жизни и диеты, фармакотерапию (антисекреторные препараты, прокинетики, антациды, альгинаты), при неэффективности которых возможно хирургическое лечение (полостная и лапароскопическая фундопликация по Nissen, Toupet, Dor и др.).

По нашим данным, восьминедельный курс лечения ингибиторами протонной помпы приводит к клинко-эндоскопической ремиссии лишь у 56,4% пожилых больных, в то время как у больных моложе 60 лет достигает 70,9% ($p < 0,001$). Удлинение основного курса терапии до 12 недель повышает эффективность лечения на 14,1%. На фоне поддерживающей терапии в отдаленные сроки наблюдения ремиссия сохраняется у 76,9% и 80,2% больных через 1 и 3 года соответственно без статистически значимых различий у больных всех возрастных групп.

Наиболее эффективным режимом поддерживающего лечения у пожилых больных является прием стандартной дозы ИПП 2 раза в день. Прием ИПП в режиме «по требованию» поддерживает клинко-эндоскопическую ремиссию только у 41,7% пожилых больных с 1-м типом ГЭРБ и в 25% — со 2-м типом заболевания. У больных моложе 60 лет при таком режиме поддерживающего лечения клинко-эндоскопическая ремиссия сохраняется в 66,7% случаев. Длительный прием (1–3 года) ИПП в средней терапевтической дозе безопасен у больных пожилого и старческого возраста. Нежелательные явления (диарея, головная боль, боль в животе,



Алгоритм ведения пожилых больных с клинической картиной ГЭРБ

Таблица 1

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ГПОД		
	<i>n</i> = 95	%
Мужчины	37	39
Женщины	58	61
Средний возраст, лет	65,7 ± 12,4	
Укорочение пищевода по А. Ф. Черноусову (1965)		
Укорочение пищевода 1-й степени (до 4 см)	32	34
Укорочение пищевода 2-й степени (более 4 см)	10	11
Степень выраженности эзофагита		
Savary — Miller I	17	18
Savary — Miller II	12	13
Savary — Miller III	34	36
Savary — Miller IV (язва пищевода, стриктура)	26	27
Savary — Miller V (пищевод Барретта)	6	6
Длительность анамнеза ГЭРБ		
Не более 1 года	2	2
От 1 года до 5 лет	22	23
От 5 до 10 лет	47	50
Более 10 лет	24	25

метеоризм) в среднем выявлены у 3,1% больных (14 из 451, получавших ИПП) без статистически значимых различий у больных пожилого возраста и больных моложе 60 лет — 3,5% и 2,7% соответственно ($p = 0,82$).

Безусловно, прием ИПП остается базовым лечением ГЭРБ, однако это не исключает как комбинацию ИПП с альгинатами, так и в ряде случаев использование последних в качестве монотерапии.

Ингибиторы протонной помпы произвели революцию в лечении кислотозависимых заболеваний. Высокое значение соотношения эффективность/безопасность обеспечило значительный рост использования препаратов данной группы. Вместе с тем долгосрочная терапия и использование высоких доз ИПП потенциально ассоциированы с рядом побочных эффектов, к числу которых относят кишечные инфекции, внебольничная пневмония,

Таблица 2

ПОКАЗАТЕЛИ МАНОМЕТРИИ И рН-МЕТРИИ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ГЭРБ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ГПОД			
	Больные с ГПОД, <i>n</i> = 95	Больные без ГПОД, <i>n</i> = 21	<i>p</i>
Давление покоя нижнего пищеводного сфинктера, мм рт. ст.	5,7 ± 6,5	5,9 ± 3,4	
Средняя амплитуда перистальтической волны в дистальном отделе пищевода (3 и 8 см от НПС) мм рт. ст.	37,8 ± 20,2	51,7 ± 34,1	
Отсутствие проведения сокр. в дистальный отдел пищевода более 20% глотков	6	1	
Количество больных с неэффективной моторикой пищевода	47 (50%)	8 (38%)	< 0,05
Индекс DeMeester	40,4 ± 17,4	30,8 ± 18,5	
Количество кислых ГЭР	81,6 ± 37,6	104,6 ± 49,7	
Количество длительных ГЭР	8,2 ± 4,3	2,5 ± 1,8	< 0,05

а у пожилых больных — прогрессирование остеопороза, перелом шейки бедра. Исходя из этого, больные должны получать ИПП по показаниям и столь длительно, сколько требует клиническая ситуация. При достижении клинического и /или эндоскопического эффекта, если необходимость приема ИПП сохраняется, по возможности следует уменьшать дозу до минимально эффективной. Таким образом, разумный подход к терапии пожилых больных, в том числе и ИПП, позволяет получить пользу и сделать минимальным риск лечения.

Показания для хирургического лечения необходимо определять медицинским консилиумом.

Антирефлюксные хирургические вмешательства в последние годы стали широко применяться для лечения осложненных форм ГЭРБ.

Показания для хирургического лечения ГЭРБ согласно стандартам диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (четвертое Московское соглашение, 2010) следующие [16]:

- сохраняющиеся или постоянно возникающие симптомы, несмотря на оптимальную терапию;
- отрицательное воздействие на качество жизни из-за зависимости от приема медикаментов или в связи с их побочными эффектами;
- наличие осложнений ГЭРБ (пищевод Барретта, рефлюкс-эзофагит III или IV степени, стриктура, язва пищевода);
- ограничения качества жизни или наличие осложнений, связанных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Одним из характерных осложнений рецидивирующего РЭ, в том числе на фоне ГПОД, является приобретенное укорочение пищевода. Среди хирургов нет единого мнения о целесообразности выполнения лапароскопических антирефлюксных вмешательств больным с укорочением пищевода.

Снижение тонуса сфинктера прогрессирует с возрастом, при развитии мышечной атрофии или в результате факторов, которые повышают внутрибрюшное давление [17–19].

Одним из факторов, влияющих на нарушение моторики пищевода и определяющих течение ГЭРБ, является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, которая наиболее часто (50–90%) [20–23] встречается у больных пожилого возраста, имеющих клинические симптомы рефлюкс-эзофагита. ГПОД является фактором риска развития ГЭРБ в связи с тем, что нижний пищеводный сфинктер перемещается из зоны высокого внутрибрюшного в зону низкого отрицательного внутригрудного давления, тем самым создаются условия, нарушающие его нормальное функционирование [23].

Считается, что у больных ГЭРБ с ГПОД время закисления пищевода значительно удлиняется, что объясняется скоплением в самой грыже кислого желудочного содержимого и формированием раннего ретроградного потока, возникающего после релаксации нижнего пищеводного сфинктера [24].

При длительном существовании рефлюкса и отсутствии адекватного лечения возникают предпосылки для укорочения пищевода, что создает дополнительные сложности в терапии больных ГЭРБ. Приобретенное укорочение пищевода, по мнению А. Ф. Черноусова, является не только частым, а по сути, закономерным осложнением тяжелого рефлюкс-эзофагита, развивающимся на фоне скользящих ГПОД. А медикаментозная терапия в этих условиях направлена на профилактику возможных осложнений, так как исправить анатомо-физиологические нарушения возможно только хирургическим путем [25].

На базе Центрального научно-исследовательского института в период с 2007 по 2009 г. было прооперировано 95 больных с аксиальной ГПОД. Средний возраст больных с ГПОД составил $65,7 \pm 17,4$. Тяжелые формы РЭ также чаще выявляются среди больных с ГПОД (69%) в сравнении с больными без ГПОД. А также подавляющее большинство этих больных симптомы ГЭРБ беспокоят более 5 лет (75% больных с ГПОД).

Как видно из представленных данных, группу с аксиальной ГПОД в основном формируют больные пожилого возраста. И именно у этих больных наиболее часто встречаются осложненные формы ГЭРБ (язвы и стриктуры пищевода, пищевод Барретта). При анализе моторных нарушений в группе с ГПОД выявлены статистически значимые отличия по показателям неэффективной моторики пищевода.

При анализе данным рН-метрии статистически значимых отличий по обобщенному показателю DeMeester выявлено не было. При этом количество кислых ГЭР преобладало в группе больных без ГПОД, однако в группе больных ГПОД зарегистрировано статистически и клинически значимо большее количество длительных кислых ГЭР. Такие моторные нарушения определяют клинко-эндоскопическую картину ГЭРБ у больных пожилого возраста с наличием ГПОД.

Всем больным с укорочением пищевода 1-й и 2-й степени была выполнена фундопликация. При выполнении лапароскопических вмешательств больным с укорочением пищевода 1-й степени мы не испытывали больших технических затруднений. При формировании манжеты мы во всех случаях выводили стволы блуждающих нервов за манжету для профилактики постоянного их раздражения. Мы не выполняем различные варианты фундопексии и передние фундопликации как неспособные адекватно противостоять гастроэзофагеальному рефлюксу. Мы также отказались от проведения крурорафии у больных с укорочением пищевода и от фиксации манжеты к ножкам диафрагмы, так как эти действия создают предпосылки для «соскальзывания» манжеты. При укорочении 1-й степени пищевод во время операции практически всегда можно низвести в брюшную полость. Однако



в послеоперационном периоде при глотании пищевода может «сократиться», и фиксированная к ножкам диафрагмы манжета в лучшем случае сползет, в худшем — приведет к разрыву пищевода. Мы разделяем мнение А. Ф. Черноусова и соавт. (2008), что в случае миграции при укорочении пищевода в заднее средостение манжета с не меньшим эффектом будет обеспечивать свои антирефлюксные свойства [26].

При выполнении лапароскопических вмешательств у больных с укорочением пищевода 2-й степени манипуляции на пищеводе и кардиоэзофагеальном переходе хотя и возможны, но сильно затруднены, так как приходится работать фактически в заднем средостении, в сильно ограниченном пространстве, и практически соосно с лапароскопом. Это создает немалые трудности на этапе как мобилизации, так и формирования манжеты. Дополнительные сложности возникают при развитии у больного подкожной эмфиземы на лице и шее, когда приходится уменьшать давление углекислого газа в брюшной полости, соответственно уменьшая и без того небольшой угол обзора. При этом возрастает риск интраоперационных

осложнений. В таких условиях время оперативного вмешательства, а следовательно, наркоза удлинится.

Учитывая, что группу с укорочением пищевода 2-й степени в большей степени составляют больные пожилого возраста, считаем целесообразным выполнение лапаротомных фундопликаций во избежание перечисленных выше интраоперационных осложнений, а также укорочения времени медикаментозного воздействия анестезии. Через 24 месяца после выполненной фундопликации отличные и хорошие результаты отмечены в 96% случаев. При этом у больных с неэффективной моторикой пищевода отмечается улучшение показателей манометрии пищевода, что свидетельствует о рефлюксной природе этих нарушений исходно. Пожилые больные составляют большую долю среди больных с осложненными формами ГЭРБ, и хирургическое лечение этих больных сопряжено с техническими трудностями. Однако тщательная предоперационная подготовка в содружестве с гастроэнтерологами и выбор оптимальной тактики оперативного лечения приводит к отличным результатам, позволяющим отказаться от длительного приема ИПП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Л. Б., Дроздов В. Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. — М.: Анахарсис, 2003. — 208 с.
2. Dent J., el-Serafi H. B., Wallander M. A. et al. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: A systematic review // Gut. — 2005. — Vol. 54. — P. 710–717.
3. Bor S., Lazebnik L. B., Kutapcioglu G. et al. The prevalence of gastroesophageal reflux in Moscow // J. Clin. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 40, Suppl. 4. — S. 199.
4. Лазебник Л. Б., Машарова А. А., Бордин Д. С. и др. Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной Рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ): первые итоги // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — Т. 6. — С. 4–12.
5. Richter J. E. Noncardiac (unexplained) chest pain // Curr. Treat. Options Gastroenterol. — 2000. — Vol. 3. — P. 329–334.
6. Звенигородская Л. А., Таранченко Ю. В. Особенности диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2003. — № 1. — С. 110–115.
7. Ruigomez A., Wallander M. A., Johansson S. et al. Natural history of gastroesophageal reflux disease diagnosed in UK general practice // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2004. — Vol. 20. — P. 751–760.
8. Kottman J., Wade W., Yu H. H. Assessing NSAID prescription use as a predisposing factor for gastroesophageal reflux disease in a Medicaid population // Pharm. Res. — 2001. — Vol. 18. — P. 1367–1372.
9. Исаков В. А., Морозов С. В., Ставраки Е. С. и др. Анализ Распространенности Изжоги: национальное эпидемиологическое исследование взрослого городского населения (АРИАДНА) // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2008. — № 1.
10. Nilsson M., Johnsen R., Ye W. et al. Prevalence of gastroesophageal reflux symptoms and the influence of age and sex // Scand. J. Gastroenterol. — 2004. — Vol. 39, № 11. — P. 1040–1045.
11. Raiha I. J., Hietanen E., Sourander L. B. Symptoms of gastroesophageal reflux in elderly people // Age Aging. — 1991. — Vol. 20. — P. 365–370.
12. Franceschi M., Leandro G., Novello R. Elderly subjects with esophagitis have different symptomatology and more severe disease than adult and young patients // Gut. — 2001. — Vol. 49, Suppl. 3. — A. 2335.
13. Johnson D. A. Gastroesophageal reflux disease in the elderly — a prevalent and severe disease // Rev. Gastroenterol. Disord. — 2004. — Vol. 4, Suppl. 4. — P. 16–24.
14. Johnson D. A., Fennerty M. B. Heartburn severity underestimates erosive esophagitis severity in elderly patients with gastroesophageal reflux disease // Gastroenterology. — 2004. — Vol. 126, № 3. — P. 660–664.
15. Васильев Ю. В., Машарова А. А., Мананников И. В., Лазебник Л. Б. Реабилитация больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2005. — № 2. — С. 36–43.
16. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (4-е Московское соглашение) // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — № 5. — С. 113–118.
17. Чернякевич С. А. Моторная функция верхних отделов пищеварительного тракта в норме и при патологии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1998. — № 2. — С. 33–39.
18. Fisher B. L., Pennathur A., Mutnick J. L. M. et al. Obesity correlates with gastroesophageal reflux // Dig. Dis. Sci. — 1999. — Vol. 44. — P. 2290–2294.
19. Kahrilas P. J., Shi G., Manka M. et al. Increased frequency of transient lower esophageal sphincter relaxation induced by gastric distention in reflux patients // Gastroenterology. — 2000. — Vol. 118. — P. 688–695.
20. Лазебник Л. Б., Комиссаренко И. А., Конев Ю. В. Гериатрическая гастроэнтерология/Практическая гериатрия, избранные лекции. — М., 2002. — С. 379–408.
21. Таранченко Ю. В., Звенигородская Л. А. Дифференциальная диагностика загрудинных болей при сочетании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с ишемической болезнью сердца // Consilium medicum. — 2002. — Прил. № 2. — С. 3–4.
22. Murray J. A., Gamillery M. The fall and rise of the hiatal hernia // Gastroenterology. — 2000. — Vol. 119. — P. 1779–1794.
23. Sloan S., Kahrilas P. J. Impairment of esophageal emptying with hiatal hernia // Gastroenterology — 1991. — Vol. 100. — P. 596–605.
24. Kahrilas P. J. Gastroesophageal reflux disease // JAMA. — 1996. — Vol. 276. — P. 933–938.
25. Черноусов А. Ф. Клиника и хирургическое лечение приобретенного короткого пищевода: дис... канд. мед. наук. — М., 1965.
26. Черноусов А. Ф., Хоробрых Т. В., Ветшев Ф. П. Рефлюкс-эзофагит у больных с коротким пищеводом // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2008. — № 8. — С. 24–29.