Т. М. СЕМЕНИХИНА[1], В. М. ДУРЛЕШТЕР[2,3], Н. В. КОРОЧАНСКАЯ[2,3], Н. Е. ШАБАНОВА[3], С. А. ГАБРИЭЛЬ[3], Р. М. ТЛЕХУРАЙ[2,3], В. В. РЯБЧУН[3], Д. С. МУРАШКО[3]

ПОКАЗАНИЯ К СВОЕВРЕМЕННОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА

[1]Больница скорой медицинской помощи г. Краснодара,
Россия, 350042 , г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14;
[2]кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС КГМУ,
Россия, 350008, г. Краснодар, ул. Седина, 4;
[3]МУЗ городская больница № 2 КМЛДО,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2. E-mail: Nshabanova1980@mail.ru

В статье приведены данные обследования 67 больных с длительностью анамнеза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни более пяти лет. Проведенный комплексный анализ клинических, морфологических и функциональных исследований позволил уточнить показания к своевременному хирургическому лечению больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, осложненной пищеводом Барретта, путем устранения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и формирования арефлюксной кардии.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, антирефлюксные операции.

T. M. SEMENIKHINA[1], V. M. DURLESHTER[2,3], N. V. KOROCHANSKAYA[2,3], N. E. SHABANOVA[3], S. A. GABRIEL[3], R. M. TLEKHURAY[2,3], V. V. RYABCHUN[2], D. S. MURASHKO[3]

RECOMMENDATIONS FOR SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH BARRETT`S ESOPHAGUS IN PROPER TIME

[1]Hospital of the first help Krasnodar,
Russia, 350042, Krasnodar, 40 let Pobedy street, 14;
[2]department of surgery № 1, Kuban state medical university,
Russia, 350008, Krasnodar, Sedina street, 4;
[3]city hospital № 2 KMLDO,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnih partizan street, 6/2. E-mail: Nshabanova1980@mail.ru

The article gives the results of the examination of 67 patients, duration of anamnesis of gastroesophageal reflux disease is more than five years. The carried out complex analyses of clinical, morphological and functional research allowed to give more accurate recommendations for timely surgical treatment of patients with gastroesophageal reflux disease complicated by Barrett`s esophagus, by means of esophageal hernia elimination and forming of antireflux cardia.

Key words: gastroesophageal reflux disease, Barrett`s esophagus, антирефлюксные operations.

Пищевод Барретта (ПБ) — осложнение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), при котором происходит замещение (метаплазия) многослойного плоскоклеточного эпителия пищевода цилиндрическим желудочным эпителием, при этом в 30–40 раз повышается риск развития рака пищевода [2]. Основными факторами, играющими роль в развитии ГЭРБ, являются: нарушение двигательной функции нижнего пищеводного сфинктера (НПС); снижение пищеводного клиренса и повреждение слизистой оболочки пищевода агрессивным рефлюктантом. Снижение функции антирефлюксного барьера НПС происходит в результате: снижения давления (тонуса) НПС и увеличения числа эпизодов спонтанного расслабления НПС; деструктуризации антирефлюксной функции НПС; увеличения внутриполостного давления в брюшной полости и в желудке. Немаловажное значение в патогенезе ГЭРБ занимает грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Если у пациента имеется диафрагмальная грыжа, вероятность ГЭРБ резко возрастает [2, 4].

В последние годы существенный прогресс достигнут в диагностике и лечении ГЭРБ, широкое использование в клинической практике новых лекарственных препаратов (ингибиторов протонной помпы, прокинетиков, антацидов, альгинатов) значительно расширило возможности медикаментозной терапии тяжелых форм этого заболевания. Вместе с тем существуют объективные обстоятельства, ограничивающие применение консервативных методов лечения. Высокая стоимость и необходимость постоянного приема различных таблетированных средств значительно снижают комплаентность пациентов [5], ряд пациентов не чувствительны к стандартным дозам медикаментозных препаратов [6].

Объективными факторами, свидетельствующими в пользу хирургического лечения данной патологии, являются: анатомическая перестройка кардии; ее недостаточность, возникающая при ГПОД, которая не корригируется медикаментозно; фоновые процессы, возникающие в результате воздействия рефлюктанта, в итоге приводящие к стриктуре, ПБ и аденокарциноме пищевода (АКП). Развивающаяся на фоне метаплазии

УДК 616.329-085-089

слизистой оболочки пищевода АКП характеризуется низкими показателями выживаемости [9, 10]. В связи с этим только своевременное выявление пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом и высоким риском онкотрансформации, адекватное комплексное медикаментозное и хирургическое лечение — основной путь первичной профилактики, ранней диагностики и улучшения результатов лечения АКП.

Целью исследования явилось повышение эффективности хирургического лечения пациентов с ГЭРБ, осложненной ПБ, путем уточнения клинических, морфологических и социальных показаний к выполнению технологии устранения ГПОД и формирования арефлюксной кардии по методике В. И. Оноприева.

Материалы и методы

В соответствии с поставленной целью обследовали 67 больных в возрасте от 22 до 77 лет (39 мужчин, 28 женщин) с клинической картиной ГЭРБ и длительностью анамнеза заболевания более пяти лет, находившихся на лечении в МУЗ «Городская больница № 2» Краснодарского многопрофильного лечебно-диагностического объединения (КМЛДО) в 2007–2010 годах.

После проведения углубленных клинического, морфологического и функционального исследований пациентов разделили на 3 группы: в 1-ю (21 человек) вошли больные, у которых установлена неэрозивная форма ГЭРБ, во 2-ю – пациенты с эзофагитом А и В стадий по Лос-Анджелесской классификации (n=23) и в 3-ю группу — больные с ПБ (n=23).

Контрольную группу составили 24 добровольца (12 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 26 до 55 лет, у которых по результатам многочисленных исследований, включая лабораторные и инструментальные, не было выявлено соматических заболеваний.

В 3 группах изучали клинические проявления ГЭРБ. Выполняли эндоскопическое исследование (видеоинформационная система с цифровым анализатором изображения фирмы «Olimpys» «Evis Exera Gif TYPE x P160», Япония) с хромоскопией (прижизненная окраска слизистой пищевода растворами метиленового синего 1%-ного и Люголя 1%-ного) с последующей биопсией измененной слизистой. Особое внимание обращали на состояние слизистой оболочки пищевода, наличие эрозий, смыкание кардии, пролабирование слизистой желудка в пищевод. Границы и протяженность очагов цилиндроклеточной метаплазии дистального отдела пищевода оценивали на основании Пражских критериев, разработанных Международной рабочей группой экспертов

Таблица 1

Факторы риска развития и прогрессирования заболевания у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Социальные показатели, чел. (%)	1-я группа (n=21), чел. (%)	2-я группа (n=23), чел. (%)	3-я группа (n=23), чел. (%)
Курение			
До 20 штук в сутки	2 (9,5)	6 (26,1)	1 (4,3)
Более 20 штук в сутки	3 (14,3)	3 (13)	8 (34,8)
Злоупотребление алкоголем			
Спорадически	9 (42,6)	6 (26,1)	10 (43,5)
Менее 1 раза в неделю	4 (19)	5 (21,7)	0
Более 1 раза в неделю	1 (4,8)	3 (13)	3 (13)
Режим питания			
2 раза в день	10 (47,6)	12 (52,2)	12 (52,2)
3 раза в день	9 (42,6)	11 (47,8)	8 (34,8)
4 раза в день и более	2 (9,5)	0	3 (13)
Связь заболевания с режимом питания			
Взаимосвязано	8 (38,1)	8 (34,8)	12 (52,2)
Возможно	7 (33,3)	7 (30,4)	10 (43,5)
Частое употребление в пищу			
Острое	1 (4,8)	3 (13)	4 (17,4)
Жирное	3 (14,3)	6 (26,1)	5 (21,7)
Жареное	11 (52,4)	12 (52,2)	8 (34,8)
Мучное	6 (28,6)	2 (8,7)	6 (26,1)
Частота обострений в год			
Один раз	2 (9,5)	0	6 (26,1)
Два раза	3 (14,3)	1 (4,3)	0
Три раза	3 (14,3)	5 (21,7)	5 (21,7)
Более трех раз	12 (57,1)	16 (69,6)	9 (39,1)*
Медикаментозное лечение			
Проводимое ранее	5 (23,8)	12 (52,2)*	11 (47,8)*
Положительный эффект	4 (19)	5 (21,7)	7 (30,4)

Примечание: * – достоверные различия, p<0,05.

Таблица 2

Результаты эзофагогастродуоденоскопии у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Характерные признаки	1-я группа (n=21) чел. (%)	2-я группа (n=23) чел. (%)	3-я группа (n=23) чел. (%)
Эзофагит по Лос-Анджелесской классификации (1994 г.)			
Неэрозивная ГЭРБ	21 (100)	0	0
– ст. A	0	12 (52,2)	0
– ст. B	0	11 (47,8)	0
– ст. D	0	0	23 (100)
Кардия смыкается			
– плотно	7 (33,4)	2 (8,7) *	1 (4,3)*
– неплотно	11 (52,4)	12 (52,2)	18 (78,3)
– зияет	3 (14,2)	9 (39,1)	4 (1,4)
Z-линия			
– четкая	13 (61,9)	8 (34,8)	9 (39,1)
– смазана	8 (38,1)	15 (65,2)	14 (60,9)
Пролабирование слизистой желудка в пищевод			
	5 (23,8)	6 (26,0)	7 (30,4)
Наличие желчи в желудке			
	4 (19)	15 (65,2)*	12 (52,2) *
Воспалительные изменения в луковице двенадцатиперстной кишки			
	3 (14,2)	10 (43,5)*	14 (60,9)*

Примечание: * – достоверные различия, p<0,05.

Таблица 3

Результаты морфологического исследования слизистой оболочки пищевода у больных с пищеводом Барретта (n=23)

Вид метаплазии	Ультракороткий сегмент	Короткий сегмент	Длинный сегмент	Всего
Желудочная	1 (4,4%)	4 (17,4%)	2 (8,87%)	7 (30,4%)
Кишечная	4 (17,4%)	3 (13,0%)	0	7 (30,4%)
Желудочно-кишечная	5 (21,7%)	4 (17,4%)	0	9 (39,2%)
Всего	10 (43,5%)	11 (47,8%)	2 (8,7%)	23 (100%)

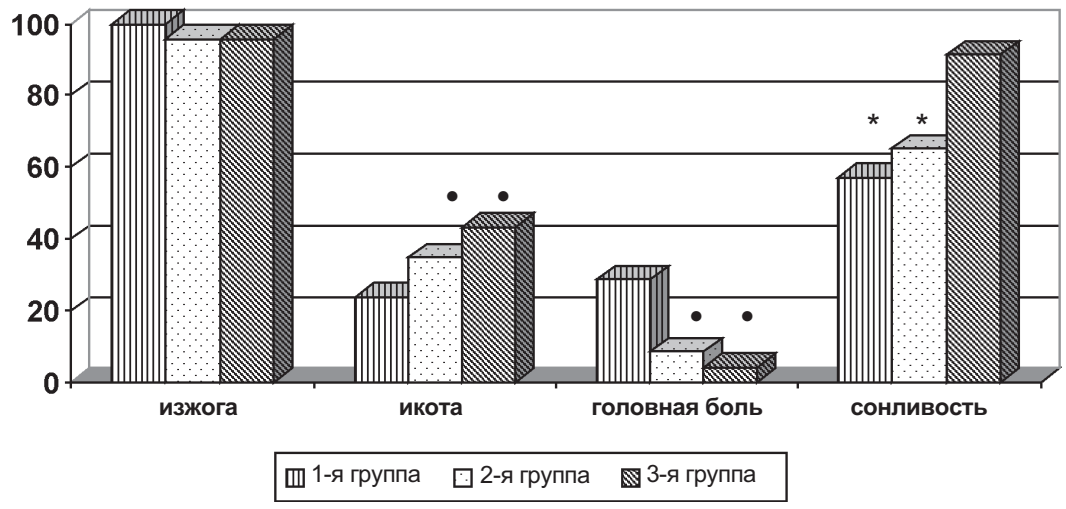

Рис. 1. Характеристика основных клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у обследованных пациентов в группах

Примечание: ● – p<0,05 (критерий Манна-Уитни) по сравнению с 1-й группой;
* – по сравнению с 3-й группой.

Таблица 4

Параметры полипозиционной рентгенографии желудочно-кишечного тракта у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Признаки	1-я группа (n=21), чел., %	2-я группа (n=23), чел., %	3-я группа (n=23), чел., %
Кардия смыкается			
Плотно	7 (33,3)	0	2 (8,7)*
Неплотно	9 (42,9)	21 (91,3)*	17 (74,0)*
Быстро расслабляется	5 (23,8)	2 (8,7)	4 (17,3)
Стриктура пищевода			
Есть	1 (4,8)	2 (8,7)	2 (8,7)
Гастроэзофагеальный рефлюкс			
Есть	3 (14,3)	4 (17,4)	5 (21,7)
Стоя	0	1 (4,35)	3 (13,0)
Лежа	3 (14,3)	3 (13,0)	2 (8,7)
Утолщение складок слизистой дистальной части пищевода			
Есть	2 (9,5)	4 (17,4)	5 (21,7)
ГПОД			
Есть	14 (66,7)	23 (100,0)	17 (7)
Нефиксированная	8 (57,1)	8 (34,8)	4 (23,5)*
Частично фиксированная	4 (28,6)	5 (21,7)	3 (17,7)
Фиксированная	2 (14,3)	10 (43,5)*	10 (58,8)*
Аксиальная	14 (100)	20 (95,2)	17 (100)
Параэзофагеальная	0	1 (4,8)	0
Эзофагеальная	2 (14,3)	1 (4,8)	1 (5,9)
Кардиальная	9 (56,3)	8 (34,8)	4 (23,5)
Кардиофундальная	3 (18,8)	11 (52,3)*	12 (70,6)*
Субтотальная	0	2 (8,7)	0
Гастроптоз			
Есть	1 (4,8)	2 (8,7)	3 (13,1)
1-я ст.	1 (4,8)	2 (8,7)	2 (8,7)
2-я ст.	0	0	1 (4,4)
Колоптоз			
Есть	1 (4,8)	2 (8,7)	2 (8,7)
Правосторонний	1 (4,8)	2 (8,7)	1 (4,4)
Левосторонний	0	0	1 (4,4)
Долихосигма	1 (4,8)	1 (4,4)	1 (4,4)
2-й тип строения толстой кишки			
	0	1 (4,4)	2 (8,7)

Примечание: * – достоверные различия, p<0,05.

по классификации эзофагитов на 12-й Европейской гастроэнтерологической неделе в 2004 году [1]. При комбинированной хромоскопии по разработанной нами методике (приоритетная справка от 09.03.2010 г. № 2010108459) 1%-ным раствором метиленового синего отмечали гетерогенность окрашивания и производили забор материала на патогистологическое исследование участков с повышенной интенсивностью накопления красителя. 1%-ный раствор Люголя использовали для четкой визуализации границ поражения при коротких сегментах ПБ.

Рентгеноскопию и рентгенографию желудочно-кишечного тракта (в левом лопаточном положении) выполняли на рентгенаппарате «Baccara» с электронно-оптическим преобразователем фирмы «Apelet» (Франция). Суточное pH-мониторирование проводили с помощью прибора «Гастроскан-24» фирмы «Исток-система» (г. Фрязино) с использованием стандартных зондов с 3 сурьмяными электродами и накожным хлорсеребряным электродом сравнения. Оценивали: среднее значение pH, % общего времени с pH<4, число продолжительных рефлюксов > 5 мин (рефл/сут.), наибольшую продолжительность рефлюкса (мин), обобщенный показатель De Meester. Данные параметры изучали на уровне 5 см над кардией, дистальный электрод располагали в дне желудка. За 2 недели до исследования отменяли антисекреторные препараты. Исследование начинали в 9 часов утра натощак, при этом больные вели обычный образ жизни с фиксированием продолжительности следующих параметров (при их наличии): сон, прием пищи, курение, тошнота, изжога, боль, прием лекарственных препаратов, чувство голода, горизонтальное положение.

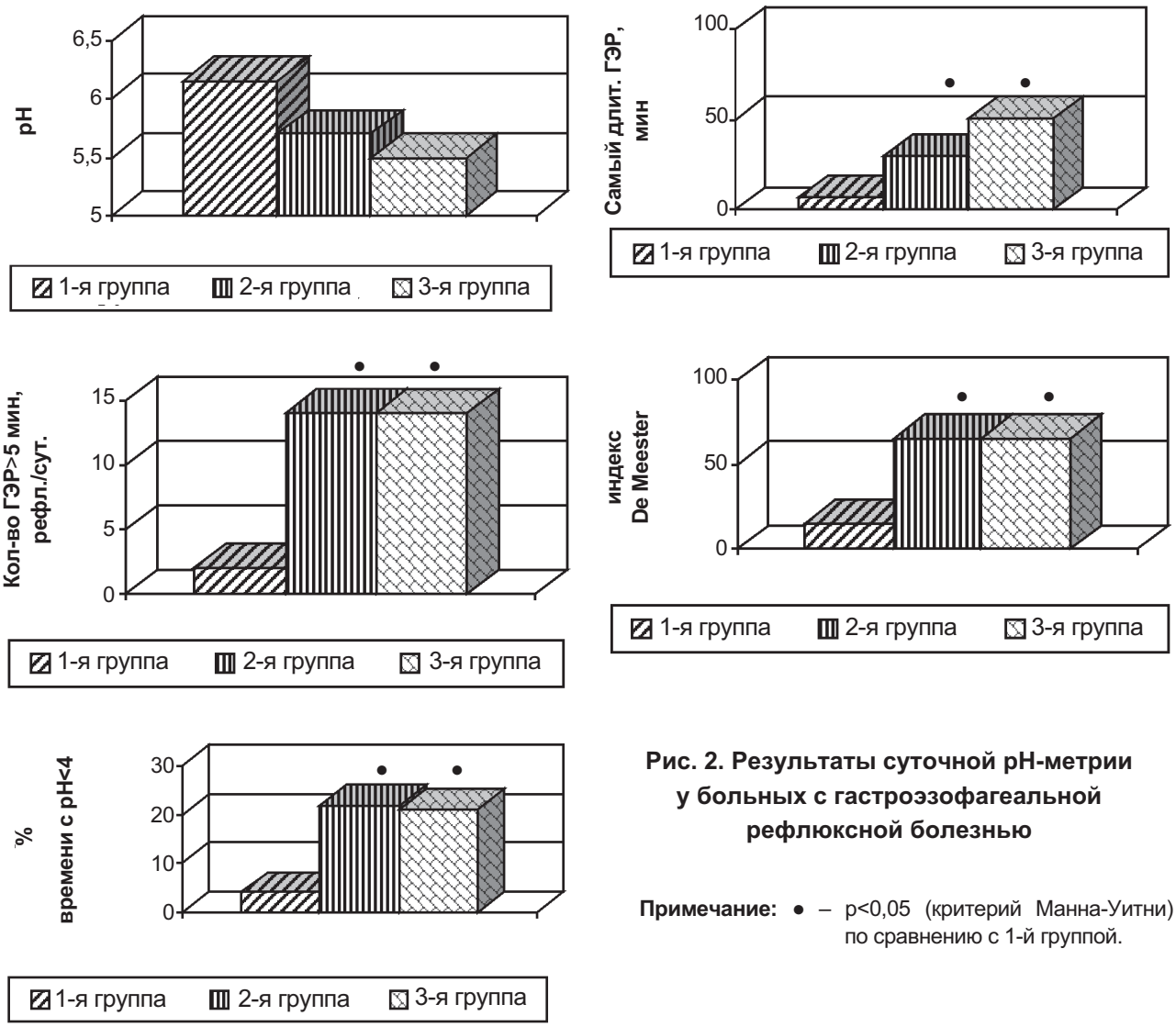

Рис. 2. Результаты суточной pH-метрии у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Примечание: • – p<0,05 (критерий Манна-Уитни) по сравнению с 1-й группой.

Качество жизни (КЖ) оценивали по опроснику MOS-SF-36, включающему 8 шкал и позволяющему оценить физическую и социальную активность, выраженность болевого синдрома, эмоционально-психический статус [3].

Статистическую обработку полученных данных производили на IBM-совместимом компьютере на базе «Intel Pentium IV» с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и программы «Статистика-7.0» для «Windows XP» (версия 2002). По критерию Шапиро-Уилкса анализировали вид распределения признаков. При распределении, не соответствующем критериям нормального распределения признака, применяли расчет величин с использованием непараметрических методов: медиана (Me), квартили (Q0,25 и Q0,75), минимальное и максимальное значения признака. Сравнение групп проводилось с помощью U-критерия Манна-Уитни, Spearmen, Kendall Tau и Gamma. Анализ различий качественных признаков выполняли с использованием точного критерия Фишера и χ^2. Достоверными считали различия p<0,05.

Результаты исследования

С целью уточнения показаний к своевременному хирургическому лечению пациентов мы провели сопоставительный анализ клинико-морфофункционального состояния эзофагогастродуоденального комплекса и КЖ больных ГЭРБ 1-й, 2-й и 3-й групп.

Ведущим симптомом заболевания (рис. 1) в трех группах была изжога. Жалобы на нее предъявляли все пациенты из 1-й группы, из 2-й и 3-й группы по 22 (95,65%) человека соответственно. Достоверные различия между группами были выявлены по показателям наличия умеренной икоты (4,8%, 17,4% и 21,7%, p<0,05); выраженная головная боль (28,6%, 8,7% и 4,3%, p<0,05) чаще встречалась у пациентов 1-й группы; сонливость – в 3-й (57,1%, 65,2%, 91,3%, p<0,05). Учитывая полученные результаты, отметим, что более выраженные клинические симптомы чаще встречались в 1-й клинической группе, что подтверждает данные литературы о том, что неэрозивная форма ГЭРБ существенно снижает КЖ пациентов и требует адекватной и длительной медикаментозной терапии.

При изучении возможных факторов риска, которые, по нашему мнению, могут влиять на развитие и прогрессирование ГЭРБ (табл. 1), установлено, что достоверно чаще в 1-й и 2-й группах по сравнению с 3-й наблюдались обострения заболевания в течение года. Это связано с нечувствительностью слизистой оболочки пищевода к действию агрессивного кислого содержимого желудка при наличии немых рецидивов ПБ.

Медикаментозное лечение до поступления и обследования в наш стационар проводилось достоверно чаще у обследованных 2-й и 3-й клинических групп по сравнению с 1-й. Однако о хороших результатах консервативной терапии сообщили только 4 пациента (19%) из 1-й, 5 (21,7%) из 2-й и 7 (30,4%) из 3-й группы.

Результаты эзофагогастродуоденоскопии представлены в таблице 2.

У пациентов в 1-й группе достоверно чаще встречалось плотное смыкание кардии относительно 2-й и 3-й групп и достоверно реже – воспалительные изменения в двенадцатиперстной кишке по сравнению с больными 2-й и 3-й групп, что свидетельствует о том, что у больных неэрозивной формой ГЭРБ на первый план может выходить гиперчувствительность слизистой оболочки пищевода к гастроэзофагеальному рефлюксу, а у больных с эрозивной формой – нарушение арефлюксных свойств кардии.

Наличие желчи в желудке натощак во 2-й и 3-й группах встречалось достоверно чаще по сравнению с 1-й; полученные результаты подтверждают литературные данные об участии билиарного рефлюкса в патогенезе ПБ.

Пациентам, у которых выявлены ультракороткие, короткие и длинные сегменты ПБ, проводили комбинированную хромоскопию с последующей биопсией для исключения аденокарциномы пищевода. Гистологическое исследование также выполнялось больным, у которых при эзофагогастродуоденоскопии были обнаружены эрозии в нижней трети пищевода со сглаженностью z-линии. Шести пациентам из 2-й группы на этапе скрининговой диагностики был выставлен диагноз эзофагита по Лос-Анджелесской классификации (А и В стадии), но после проведения хромоскопии и получения результатов биопсии слизистой оболочки, они были переведены в 3-ю группу со стадией D.

Результаты морфологического исследования слизистой оболочки пищевода у больных 3-й группы представлены в таблице 3.

Из данных таблицы 3 следует, что в 3-й группе у 30,4% пациентов встречался кишечный тип метаплазии, у 39,2% — желудочно-кишечный. Известно, что кишечный тип метаплазии обладает более высоким злокачественным потенциалом и его наличие повышает риск развития аденокарциномы пищевода.

Полипозиционное рентгенологическое исследование пассажа взвеси сульфата бария по желудочно-кишечному тракту было проведено всем больным. Результаты представлены в таблице 4.

Наличие ГПОД было выявлено у 54 человек (80,6%) из 67 обследованных больных. В 1-й группе у пациентов достоверно чаще встречалась нефиксированная, прогностически более благоприятная форма ГПОД. Во 2-й и 3-й группах по сравнению с 1-й достоверно преобладали более тяжелые формы грыж: фиксированные (43,5%, 58,8% и 14,3% соответственно) и кардиофундальные (52,3%, 70,6% и 18,8% соответственно). Кроме того, только во 2-й группе были выявлены параэзофагеальные (4,8%) и субтотальные (8,7%) ГПОД.

Суточная pH-метрия нами была проведена у 50 пациентов, что составляет 74,6% обследованных, из них в 1-й группе – у 12 человек, во 2-й и 3-й группах – по 19 соответственно. Полученные данные приведены на рисунке 2.

У пациентов из 2-й и 3-й групп по сравнению с 1-й группой выявлены достоверные различия ($p<0,05$) по % общего времени с pH<4, числу продолжительных рефлюксов более 5 мин, наибольшей продолжительности

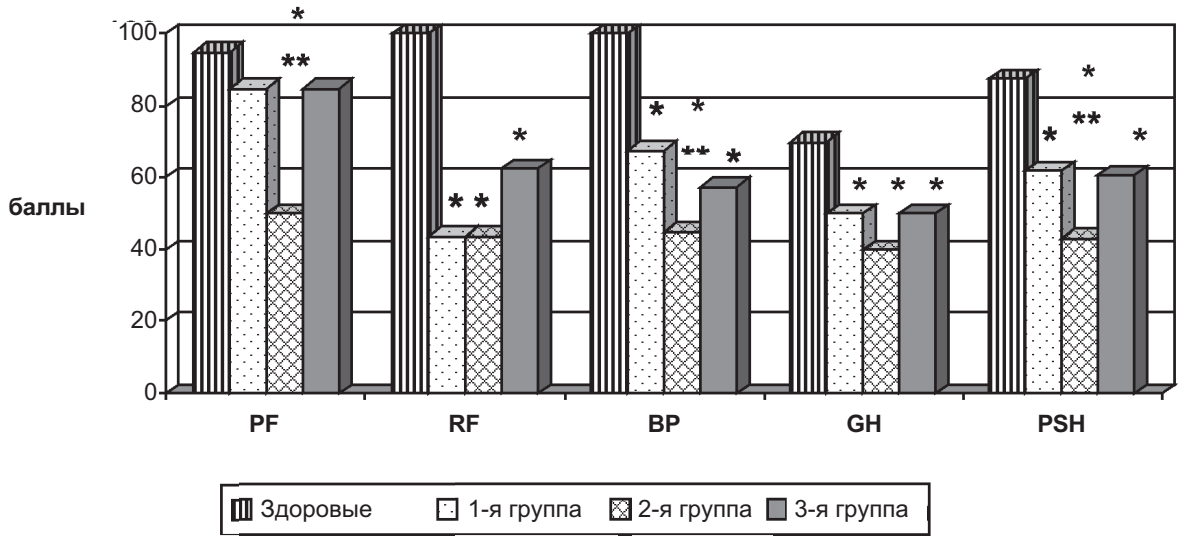

Рис. 3. Параметры физического здоровья больных ГЭРБ по сравнению с практически здоровыми людьми

Примечание: PF – физическое функционирование;
RF – ролевое физическое функционирование;
BP – болевой синдром;
GH – общее здоровье;
PSH – суммарные измерения физического здоровья.
Здесь и далее * отмечены достоверные отличия от показателей здоровых лиц ($p<0,05$); ** отмечены достоверные отличия показателей пациентов 2-й группы от пациентов 1-й и 3-й групп ($p<0,05$).

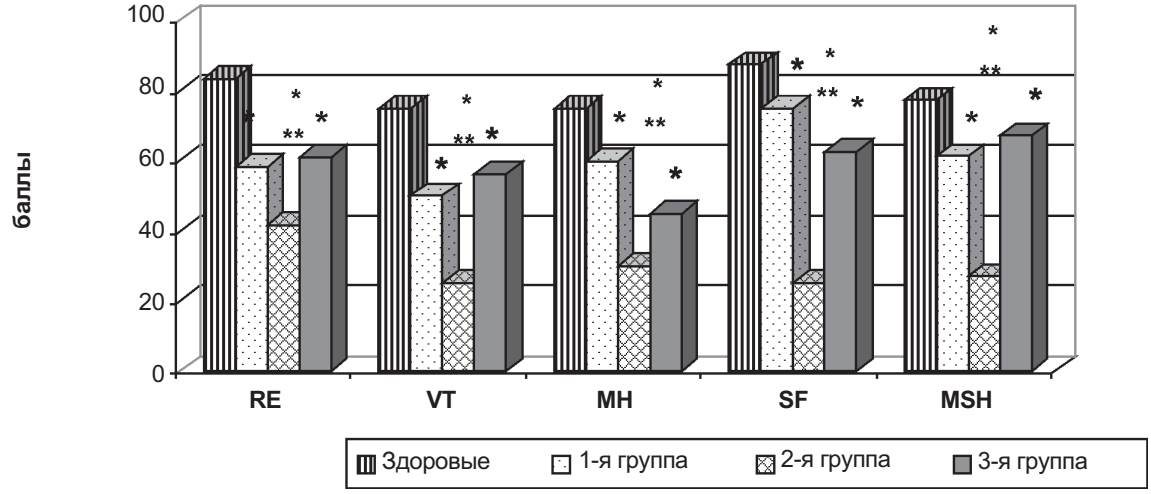

Рис. 4. Параметры психического здоровья больных ГЭРБ по сравнению с практически здоровыми людьми

Примечание: RE – ролевое эмоциональное функционирование;
VT – жизнеспособность;
MH – психическое здоровье;
SF – социальное функционирование;
MSH – суммарные измерения психологического здоровья.

рефлюкса и по индексу De Meester. Во 2-й и 3-й группах % общего времени с pH<4 примерно в 5,5 и 5 раз превосходил показатели 1-й группы, наибольшая продолжительность рефлюкса – в 4 и 7 раз соответственно; число продолжительных рефлюксов больше 5 минут – в 4 раза, индекс De Meester – в 4,5 раза. Рефлюксы в нижней трети пищевода были зарегистрированы в трех группах у всех пациентов, а у 3 (15,8%) пациентов 2-й группы и 5 (26,3%) больных 3-й группы мы зафиксировали наличие кислотного рефлюкса, доходящего до средней трети пищевода.

Для комплексной оценки течения ГЭРБ мы провели сравнительный анализ показателей КЖ всех групп больных и практически здоровой популяции. Параметры КЖ больных ГЭРБ в сравнении со здоровыми людьми представлены на рис. 3 и 4, из которых следует, что у пациентов 2-й и 3-й групп отмечается достоверное снижение показателей КЖ по шкалам как физического, так и психического здоровья по сравнению с практически здоровыми людьми; в первой группе достоверные отличия отсутствуют только по шкале физического функционирования. У пациентов 2-й группы большинство показателей (кроме ролевого физического функционирования и общего здоровья) более чем на 40–50% отличались от контроля, в 1-й и 3-й группах снижение параметров КЖ было менее выраженным.

Обсуждение полученных результатов

Проведенное клиническое обследование пациентов показало, что ведущим симптомом во всех группах являлась изжога, причем более выраженные ее проявления чаще встречались у пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ. Комплексное инструментальное исследование выявило, что у пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ на первый план выходит гиперчувствительность слизистой оболочки пищевода к гастроэзофагеальному рефлюксу, а при эрозивной форме – нарушение арефлюксных свойств кардии; более тяжелые формы ГПОД и недостаточность кардии встречались у пациентов с эрозивной формой ГЭРБ и ПБ. У всех обследованных мы выявили патологические изменения показателей суточной pH-метрии пищевода, более выраженные во 2-й и 3-й группах. Изучение КЖ во всех группах продемонстрировало достоверное его снижение, вместе с тем у пациентов 2-й группы определялись более низкие показатели.

Таким образом, обобщив литературные данные и результаты нашего исследования, можно выделить следующие показания к своевременному хирургическому лечению ГЭРБ: а) клинические: сохранение изжоги на фоне адекватной медикаментозной терапии; внепищеводные проявления ГЭРБ; б) эндоскопические: ПБ; пептическая стриктура пищевода; множественные эрозии пищевода на фоне адекватной медикаментозной терапии; в) гистологические: желудочно-кишечная метаплазия; кишечная метаплазия; дисплазия легкой степени; г) рентгенологические: большие кардиофундальные, субтотальные и тотально-желудочные ГПОД; д) функциональные (pH-метрические): число длительных рефлюксов больше 5 минут ≥ 4 рефл/сут.; продолжительность рефлюкса ≥ 10 минут; индекс De Meester ≥ 30; высокий рефлюкс, достигающий средней трети пищевода; е) социальные: низкий уровень жизни, не дающий возможности провести адекватную медикаментозную терапию и санаторно-курортное лечение; нежелание пациента длительно принимать лекарственные препараты, несоблюдение врачебных рекомендаций и отказ от консервативной терапии в пользу хирургического лечения; неэффективность ранее проведенной медикаментозной терапии; снижение большинства параметров КЖ более чем на 40–50% от нормативных.

Данные литературы [2, 4] и наш собственный опыт свидетельствуют о том, что раннее выявление пациентов ГЭРБ с высоким риском онкотрансформации и своевременно проведенное хирургическое лечение позволяют предотвратить риск раковой трансформации и способствуют повышению КЖ больных при данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кашин С. В., Иваников И. О.* Пищевод Барретта: принципы эндоскопической диагностики и медикаментозной терапии // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – № 6. – С. 73–78.

2. *Маев И. В., Вьючнова Е. С., Лебедева Е. Г., Дичева Д. Т., Антоненко О. М., Щербенков И. М.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Учебно-методическое пособие / Под ред. И. В. Маева. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. – 52 с.

3. *Оноприев В. И., Корочанская Н. В., Бендер Л. В., Клименко Л. И.* Критерии качества жизни в хирургическом лечении и медикаментозная реабилитация больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. – Краснодар, 2001. – 76 с.

4. *Пиманов С. И.* Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. – М.: Медицинская книга, Нижний Новгород: изд-во НГМА, 2000. — 378 с.

5. *Рудакова А. В.* Фармакоэкономические аспекты применения рабепразола и эзомепразола у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Consilium medicum. – 2006. – № 1. – С. 3–6.

6. *Старостин Б. Д.* Оптимизация лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – № 4. – С. 4–10.

7. *Dent J., Jones R., Kahrilas P., Talley N. J.* Management of gastro-oesophageal reflux disease in general pratcice // BMJ. – 2000. – V. 322. – P. 344–347.

8. *Galmiche J. P., Lettessier E., Scarpignato C.* Treatment of gastro-oesophageal reflux disease in adults // BMJ. – 1998. – V. 316. – P. 344–347.

9. *Lagergren J.* Adenocarcinoma of oesophagus: what exactly is the size of problem and who is at risk? // Gut. – 2005. – V. 54. – P. 11–15.

10. *Sharma P., Sidorenko E. I.* Are screening and survellance for Barrett`s oesophagus really worth while? // Gut. – 2005. – V. 54. – P. 127–132.

Поступила 10.10.2010

Е. А. ТЕМНИКОВА

МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ПОДХОД К АМБУЛАТОРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии
ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Росздрава»,
Россия, 644043, г. Омск, ул. Ленина, 12, тел. (3812) 731200. E-mail: temnikovaomsk@mail.ru

Проведено клиническое наблюдение 130 амбулаторных пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), рандомизированных на группу совместного ведения врачами первичного звена здравоохранения и социальными работниками, обученными по теме «Хроническая сердечная недостаточность у лиц старческого возраста», и контрольную группу, обслуживаемую социальными работниками, не прошедшими подготовки. Анализ эффективности терапии в течение года позволил выявить преимущества многопрофильного подхода в улучшении функционального состояния больных, качества жизни, связанного со здоровьем, уменьшении потребности в госпитализациях, связанных с усилением симптомов ХСН, и числа дней стационарного лечения.

Ключевые слова: социальные работники, старческий возраст, хроническая сердечная недостаточность, многопрофильный подход.

E. A. TEMNIKOVA

MULTIDISCIPLINARY APPROACH FOR THE MANAGEMENT OF HEART FAILURE ELDERLY PATIENTS IN POLYCLINIC

Department of internal medicine, and outpatient therapy state educational institution of higher education «Omsk state medical academy» Federal agency for health and social development, Russia, 644043, Omsk, st. Lenina, 12, tel. (3812) 731200. E-mail: temnikovaomsk@mail.ru

There has been clinical observation of 130 ambulatory elderly patients with chronic heart failure (CHF). They were randomized into a group of joint management by physicians in primary care and social workers trained on «Chronic heart failure in elderly patients», and a control group served by social workers, not trained. Analysis of the effectiveness of therapy during the year revealed the advantages of a multidisciplinary approach to improve the functional status of patients, quality of life associated with health, reducing the need for hospitalization associated with increased symptoms of CHF and the number of days of hospital treatment.

Key words: social workers, elderly, chronic heart failure, multidisciplinary approach.

УДК 616.12-008.46-039.12-08-035053.9