

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ПИЩЕВОДНО- ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ДО И ПОСЛЕ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ

[О.Б. Оспанов, И.С. Волчкова](#)

Национальный научный медицинский центр МЗ РК (г. Астана)

Авторы произвели сравнение результатов эндоскопического исследования у больных до и после антирефлюксных операций. В результате исследования установлено, что через 1 месяц после антирефлюксных операций явления рефлюкс-эзофагита у пациентов с эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни наблюдаются у 17,4 % пациентов основной группы и у 20,6 % контрольной группы, а через 6 месяцев признаков эзофагита в основной группе не наблюдали, в то время как в контрольной группе наблюдали явления эзофагита у 17,6 % пациентов.

Ключевые слова: эндоскопическое исследование, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, антирефлюксные операции, оценка результатов.

Оспанов Орал Базарбаевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель научно-исследовательского отдела реконструктивной хирургии и интенсивной терапии ННМЦ МЗ РК, e-mail: VolchkovaIS@mail.ru

Волчкова Ирина Сергеевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии АО «Медицинский университет Астана», e-mail: VolchkovaIS@mail.ru

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в настоящее время считают одной из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта [1]. Эндоскопические методы оценки слизистой оболочки пищевода и замыкательной функции пищеводно-желудочного перехода остаются наиболее информативными для выбора метода лечения и оценки результатов антирефлюксных операций.

Цель исследования: эндоскопически оценить результаты выполненных антирефлюксных операций.

Материалы и методы. Сравнительному анализу подлежали больные, которым была выполнена лапароскопическая тотальная фундопликация. Все больные ($n = 72$) по использованному методу фундопликации были разделены на две группы: первая — основная группа (А) ($n = 30$), где использовался разработанный метод лапароскопической тотальной фундопликации с миотоническим компонентом манжетки (ЛТФМК), вторая — контрольная группа (Б) ($n = 42$), в которой применялась лапароскопическая тотальная фундопликация (ЛТФН) типа Ниссена.

Эндоскопическое исследование уточняло диагноз путем оценки состояния слизистой оболочки, определения границы слизистой оболочки пищевода и желудка. При эзофагоскопии пищеводно-желудочное соединение обнаруживали выше диафрагмы, выявляли недостаточность замыкательного аппарата кардии и заброс желудочно-кишечного содержимого в пищевод. При осмотре кардии эндоскопом на инверсии (ретрофлексии — ретроградно со стороны дистальных отделов желудка) возможна точная оценка вида грыжи и ее особенностей.

При этом определяли до фундопликации и после неё состояние гастроэзофагеального створчатого клапана (ГЭСК) Губарева (Gastroesophageal flap valve — GEFV) по классификации Hill L. D. и соавт. [2].

По этой классификации определяли 4 градации: I и II степень оценивали как норму, а III и IV степени определяли как патологию.

При I степени складка-створка на малой кривизне желудка была рядом с эндоскопом и плотно охватывала его. При II степени складка-створка также определялась, но наблюдались периоды открытия и быстрого закрытия отверстия вокруг эндоскопа. При III степени складки-створки не было видно, и эндоскоп не был обжат тканями — отмечалось зияющее отверстие пищевода, ось которого была не параллельна, а чаще перпендикулярна малой кривизне, со смещением ближе к дну желудка. Для IV степени GEFV было характерно отсутствие складки-створки, просвет пищевода постоянно зиял рядом с эндоскопом и находился в самой верхней части желудка, которая, как правило, была выше контурирующих через стенку желудка ножек диафрагмы.

Состояние эпителия и степень эзофагита мы определяли по старой и новой классификации. Это было связано с тем, что классификация Савари-Миллера отражала преимущественно глубину поражения эпителия, а Лос-Анджелесская классификация — преимущественно распространенность поражения. По Лос-Анджелесской классификации пищевод Барретта мог быть при любой степени эзофагита. Различный тип шрифта и терминов (стадия и степень) позволяли не путать данные классификации при описании.

Стадии по Савари-Миллеру:

- I стадия — округлые и продольные поражения, которые не сливаются и распространяются от Z-линии к слизистой оболочке пищевода;
- II стадия — сливающиеся транзиторные поражения в зоне Z-линии, не захватывающие всю поверхность слизистой оболочки;
- III стадия — язвенные поражения, сливающиеся в нижней части пищевода и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки;
- IV стадия — хронические язвенные поражения пищевода, фиброзный стеноз, укорочение пищевода, пищевод Барретта.

По Лос-Анджелесской классификации различали:

- степень А — одно (или более) поражение слизистой оболочки менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки;
- степень В — одно (или более) поражение слизистой оболочки более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки;
- степень С — одно (или более) поражение слизистой оболочки, распространяющееся на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75 % окружности пищевода;
- степень D — одно (или более) поражение слизистой оболочки, распространяется на 75 % и более окружности пищевода.

Для ГЭРБ и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) были характерны следующие эндоскопические данные:

1. уменьшение расстояния от передних резцов до кардии (укорочение пищевода);
2. наличие грыжевой полости;
3. наличие «второго входа» в желудок;
4. зияние или неполное смыкание кардии;
5. транскардиальные миграции (пролапс) слизистой оболочки;
6. гастроэзофагеальный и дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс;
7. признаки грыжевого гастрита и рефлюкс-эзофагита (РЭ);
8. наличие контрактильного кольца (Шацкого);
9. наличие очагов эктопии эпителия — «пищевод Баррета».

Эзофагоскопия давала возможность получения сведений морфологического порядка и была особенно полезна для оценки выраженности рефлюкс-эзофагита. Прямые визуальные свидетельства его наличия (гиперемия и эрозия слизистой оболочки пищевода, зияние кардии и т. д.) были более достоверны, чем рентгенологические признаки. В сомнительных случаях при подозрении на рак пищевода взятие и исследование биопсийного материала позволяло установить диагноз.

В результате исследования оценивалось состояние слизистой оболочки пищевода, желудка, 12-перстной кишки, диагностировали степень тяжести эзофагита, а также осложнения ГЭРБ. Констатировали наличие язв, эрозий, опухолей пищевода, желудка и 12-перстной кишки, определяли их вид, размеры, локализацию. Проводили косвенную диагностику недостаточности кардии, ахалазии и аномалии пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюксов. Во время фиброгастроэзофагоскопии проводили прицельную биопсию из слизистой оболочки кардиального отдела пищевода для верификации диагноза эзофагита, пищевода Баррета и опухоли пищевода.

Результаты и обсуждение. Эндоскопические методы позволили довести процент выявления ГЭРБ до 90,28 %. В 9,72 % был установлен эндоскопически негативный ГЭРБ, который подтвержден при проведении суточной рН-метрии.

Ценные сведения об эффективности антирефлюксных операций мы получали из рутинного внутрипросветного эндоскопического обследования пищеводно-желудочного перехода. На рис. 1 показана эндоскопическая картина до и после оперативного вмешательства.

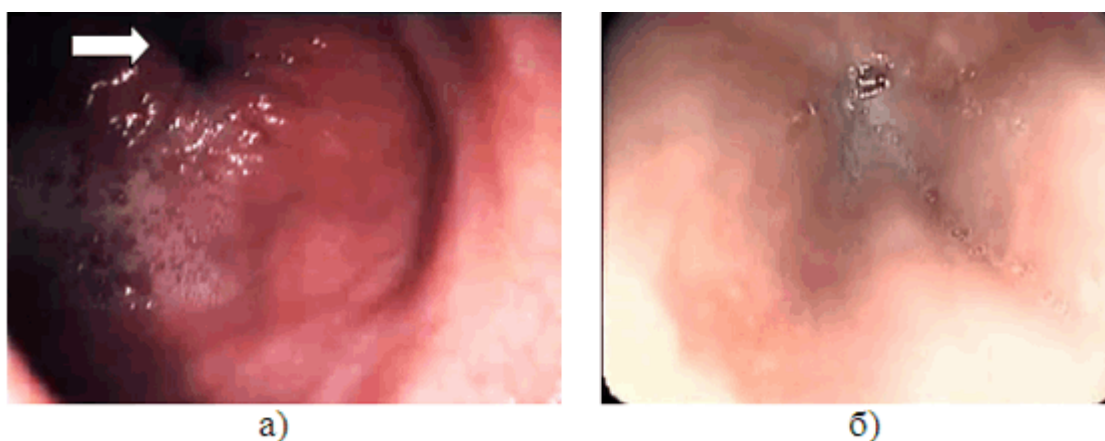


Рис. 1. Эндоскопическая картина состояния функциональной кардии:
а) до антирефлюксной операции, б) после антирефлюксной операции через 6 месяцев.
Стрелка показывает дополнительное сужение на желудке за счет ножек диафрагмы

На рис. 1а при эндоскопии через постоянно зияющее кольцо пищеводно-желудочного соединения видна дооперационная аксиальная кардиальная грыжа, которая определяется в виде дополнительного сужения, обусловленного сдавливанием стенки желудка ножками диафрагмы. После операции (б) — кардия находится в сомкнутом состоянии, но легко открывается при дополнительной инсuffляции воздуха.

При фиброэзофагогастродуоденоскопии через 4 недели после операции наблюдали снижение частоты и тяжести эзофагита в обеих группах (табл. 1).

Таблица 1

Эндоскопические данные у больных с эрозивной формой ГЭРБ после антирефлюксных операций*

Форма ГЭРБ/показатели степени повреждений	Через 1 мес		Через 6 мес	
	Основная группа n = 30	Контрольная группа n = 42	Основная группа n = 30	Контрольная группа n = 42
Эрозивная форма (до операции)	23 (76,7 %)	34 (80,9 %)	23 (76,7 %)	34 (80,9 %)
Нет признаков повреждения слизистой оболочки пищевода после операции	22 (73,3 %)	31 (73,8 %)	26 (86,7 %)	32 (76,2 %)
I степень	4 (17,4 %)	7 (20,6 %)	0	6 (17,6 %)
II степень	0	0	0	0
III степень	0	0	0	0
IV степень**	4	4	4	4
Пищевод Барретта	4 (13,3 %)	4 (9,5 %)	4 (13,3 %)	4 (9,5 %)

Примечание. * Пациенты с неэрозивной (эндоскопически негативной) формой не включены; ** IV степень эзофагита включала после операции только пациентов с пищеводом Барретта.

Через 1 месяц среди пациентов с эрозивной формой ГЭРБ эзофагит I стадии (SM) или A) степени (LA) выявлен у 4 (17,4 %) в первой и у 7 (20,6 %) второй группы ($P > 0,05$). Через 6 месяцев в основной группе явлений эрозивного эзофагита не было выявлено, что

свидетельствовало об устранении рефлюкс-эзофагита и полном заживлении дефектов в слизистой оболочке пищевода. В контрольной группе также отмечалась явная положительная динамика в состоянии пищевода эпителия, но у 6 (17,6 %) пациентов через 6 и 12 месяцев мы наблюдали остаточные явления эрозивного эзофагита 1 стадии (SM) или A) степени (LA). Но данные проявления были значительно меньше, чем до операции, когда наблюдали 3–4 стадию (SM) или C—D) степени (LA).

При контрольном обследовании пациентов в слизистой оболочке полностью исчезал воспалительный компонент, который выявлялся до операции по яркой гиперемии слизистой с языками метаплазированного эпителия (рис. 2), а зона метаплазии явно выявлялась по характерному рисунку в слизистой оболочке.



Рис. 2. Дооперационный макроскопический вид участков кишечной метаплазии, на фоне гиперемии слизистой, в виде подъема Z-линии в виде «языков» более 3 см

В отдаленном послеоперационном периоде также отсутствовали случаи развития дисплазии пищевода эпителия.

Эндоскопические данные у пациентов с пищеводом Барретта, который был выявлен и подтвержден морфологически у четырех пациентов в основной и четырех в контрольной группах, указывали на положительный эффект выполненных фундопликаций. Всем больным с пищеводом Барретта была выполнена аргонплазменная коагуляция в течение 1–3 месяцев после операции.

Оценивали после антирефлюксных операций восстановление нормального состояния ГЭСК по Hill L. D. (рис. 3). При этом, если в основной группе у 30-ти (100 %) пациентов наблюдали 1–2 степень состояния ГЭСК, то в контрольной группе у двух (4,8 %) пациентов через 6 месяцев и через 1 год наблюдали 3 степень состояния ГЭСК, что было связано с чрезмерно свободным наложением манжетки. По нашему мнению, отсутствие регулирующего механизма натяжения манжетки и относительно слабый мышечный слой дна желудка по сравнению с мышечным компонентом разработанной антирефлюксной манжетки приводит через несколько месяцев, к «болтающейся» на пищеводе фундопликационной манжетке и является причиной рецидива изжоги.

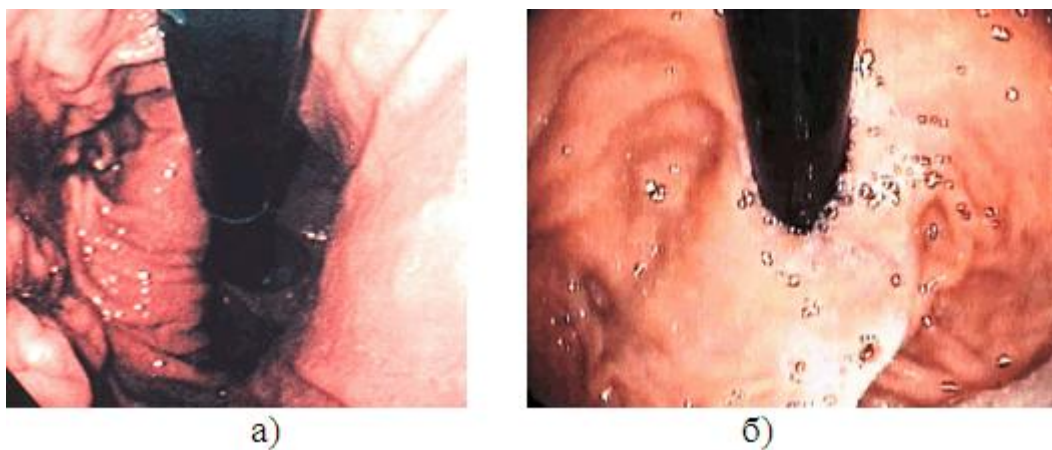


Рис. 3. Состояние ГЭСК после фундопликации при эндоскопии в положении ретрофлексии эндоскопа а) до операции, б) после операции

По рис. 3 определяется до операции (а) отсутствие складки-створки, зияние кардии выше контурирующих диафрагмальных ножек (аксиальная грыжа), а после операции (б) видно, что аксиальная грыжа устранена, эндоскоп плотно обжимает ткани кардии и как в норме отверстие пищевода впадает значительно ниже дна желудка.

Выводы

1. Через 1 месяц после антирефлюксных операций явления рефлюкс-эзофагита у пациентов с эрозивной формой ГЭРБ наблюдаются у 17,4 % пациентов основной группы и у 20,6 % контрольной группы, а через 6 месяцев признаков эзофагита в основной группе не наблюдали, в то время как в контрольной группе наблюдали явления эзофагита у 17,6 % пациентов.

2. Признаками, свидетельствующими о восстановлении анатомических взаимоотношений в области НПС после операции, являлось выявление 1–2 степени эндоскопического состояния ГЭСК, по Hill L. D., у 100 % оперированных по разработанной методике и у 95,2 % — в контрольной группе.

Список литературы

1. Пучков К. В. Сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и некоторые аспекты выбора метода фундопликации / К. В. Пучков [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2002. — № 6. — С. 31–39.
2. Hill L. D. The gastroesophageal flap valve : in vitro and in vivo observations / L. D. Hill // Gastroint. Endosc. — 1996. — Vol. 44. — P. 541–547.

RESULTS OF ENDOSCOPIC ESTIMATION OF ESOPHAGEAL- GASTRIC TRANSITION AT GASTROEZOFAGEALNOJ REFLUX ILLNESS BEFORE AND AFTER ANTIREFLUX SURGERIES

O.B.Ospanov, I.S.Volchkova

National scientific medical center MH of the RK (Astana)

Authors have made the comparison of results of endoscopic research at patients before and after antireflux surgeries. As a result of research it is established that in 1 month after antireflux surgeries the reflux-esophagitis phenomenon at patients with the erosive form of gastroesophageal reflux illnesses is observed at 17,4 % of patients of the basic group and at 20,6 % of control group. And in 6 months there were no signs of esophagitis in the basic group of patients, while in control group the phenomena of esophagitis was observed at 17,6 % of patients.

Keywords: endoscopic research, gastroesophageal reflux illness, antireflux surgeries, estimation of results.

About authors:

Ospanov Oral Bazarbaevich — doctor of medical sciences, professor, head of research department of reconstructive surgery and intensive care at NSMC MH of the KR, e-mail: VolchkovaIS@mail.ru

Volchkova Irina Sergeevna — candidate of medical sciences, assistant of the general surgery chair at joint-stock company «Astana medical university», e-mail: VolchkovaIS@mail.ru

List of the Literature:

1. Puchkov K. V. The comparative estimation of the nearest and remote results of surgical treatment of patients with gastroesophageal reflux illness and some choice aspects of fundoplication method / K. V. Puchkov [etc.] // Endoscopic surgery. — 2002. — № 6. — P. 31–39.
2. Hill L. D. The gastroesophageal flap valve : in vitro and in vivo observations / L. D. Hill // Gastroint. Endosc. — 1996. — Vol. 44. — P. 541–547.