

ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ И СИСТЕМА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ЦВЕТОВОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Стародубцев В. А.¹, Полосин А. В.¹, Куприянов М. П.¹, Ахунова Д. М.¹, Березина Н. П.¹,
Баулин А. А.², Баулин В. А.², Щербаков П. Л.³

¹ ООО КДЦ «Медиклиник», Пенза

² ГОУ ДПО Институт усовершенствования врачей, Пенза

³ ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Стародубцев Владимир Алексеевич

440071, Пенза, ул. Стасова, д. 7-б

Тел.: 8 (841) 2-20-30-29, 8 (902) 353 1366

E-mail: stavla_66@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Поскольку гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является «болезнью XXI века», актуальность ее диагностики на ранних стадиях высока. Применяя трансназальную фиброэзофагогастроуденоскопию, которая значительно лучше переносится пациентами, и технологию интеллектуального цветового выделения патологии слизистой оболочки FICE, удается диагностировать наиболее ранние проявления ГЭРБ в виде воспалительных, неэрозивных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода; оценить недостаточность нижнего пищеводного сфинктера; сделать прогноз по течению болезни и сформулировать рациональную тактику ведения больного.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; рефлюкс-эзофагит; трансназальная фиброэзофагогастроуденоскопия; недостаточность кардии; технология FICE.

SUMMARY

As gastroesophageal reflux disease is a “disease of the XXI century”, the relevance of its diagnosis at early stages is high. Using transnasal fibroesophagogastroduodenoscopy, which is significantly better tolerated by patients, and the technology of intelligent color coding of pathology of the mucous membrane FICE, can diagnose the earliest manifestations of GERD in the form of inflammatory noerosive changes in the mucous membrane of the distal esophagus, to evaluate the failure of the lower esophageal sphincter; to make a prognosis for the disease, and to formulate a rational policy of conducting the patient.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, reflux esophagitis; transnasal fibroesophagogastroduodenoscopy; insufficiency of the cardia; FICE technology.

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) привлекает к себе повышенное внимание, что связано со следующими обстоятельствами. В развитых странах мира наблюдается отчетливая тенденция к увеличению частоты ГЭРБ. Среди взрослого населения Европы и США изжога — кардинальный симптом ГЭРБ — встречается у 20–40%. Значение ГЭРБ определяется не только ее распространенностью, но и утяжелением течения. За последние десять лет в 2–3 раза чаще стали наблюдаться тяжелые рефлюкс-эзофагиты (РЭ). У 10–20% больных РЭ развивается пищевод Барретта (ПБ), который является предраковым

заболеванием. Кроме того, было установлено, что в генезе ряда лор- и легочных заболеваний важное место занимает гастроэзофагеальный рефлюкс.

Существенный прогресс достигнут в диагностике и лечении ГЭРБ. Широкое использование в клинической практике новых лекарственных препаратов (блокаторы H₂-рецепторов, ингибиторы протонной помпы, прокинетики) существенно расширило возможности лечения заболевания даже при тяжелых степенях ГЭРБ. Выработаны четкие показания к хирургическому лечению РЭ. В то же время практические врачи и сами пациенты недооценивают значение этого заболевания. В большинстве случаев больные поздно обращаются к врачу за медицинской помощью и даже при выраженных симптомах лечатся самостоятельно.

Врачи, в свою очередь, плохо осведомлены о данном заболевании и недооценивают его последствия, нерационально проводят терапию РЭ. Крайне редко диагностируется такое серьезное осложнение, как ПБ, являющийся предраковым состоянием.

ГЭРБ как самостоятельная нозологическая единица получила официальное признание в материалах по ее диагностике и лечению, принятых в октябре 1997 года на междисциплинарном конгрессе гастроэнтерологов и эндоскопистов в г. Генвале (Бельгия), где было предложено выделять эндоскопически позитивную и эндоскопически негативную форму ГЭРБ. Последнее распространяется на те случаи, когда у пациента с проявлениями заболевания, отвечающего клиническим критериям ГЭРБ, отсутствуют повреждения слизистой пищевода.

Важным этапом в истории ГЭРБ стало выделение одного из осложнений длительно существующего РЭ — ПБ, который рассматривается как болезнь, ведущая к развитию аденокарциномы. В 1999 году ГЭРБ официально вошла в Международную классификацию болезней X пересмотра. **Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и /или дуоденального содержимого, приводящим к повреждению дистального отдела пищевода и появлению характерных симптомов (изжога, регургитация, ретростеральные боли, дисфагия).** Истинная распространенность заболевания мало изучена. Это связано с большой вариабельностью клинических проявлений: от эпизодически возникающих изжог, при которых больные редко обращаются к врачу, до ярких признаков осложненного РЭ, требующего госпитализации. У большинства больных имеются слабовыраженные и спорадические симптомы, по поводу которых они не обращаются к врачам, а самостоятельно принимают щелочи или пользуются советами знакомых. Именно эти больные составляют, по образному определению D. O. Castell (1978), наибольшую подводную часть айсберга и охватывают 70–80% всех случаев заболевания («телефонные рефлюксы»). Средняя надводная часть айсберга — это больные РЭ (20–25%) с выраженными или постоянными симптомами, но без осложнений, которым необходимо проводить регулярное амбулаторное наблюдение и лечение («амбулаторные рефлюксы»). Наконец, вершина айсберга — небольшая группа больных (2–5%), у которых развились осложнения (пептические язвы, кровотечения, стриктуры, пищевод Барретта) и которые нуждаются в стационарном лечении («госпитальные рефлюксы»).

Среди взрослого населения Европы и США изжога — кардинальный симптом ГЭРБ — встречается у 20–40%. Причем изжогу ежедневно испытывают до 10%, еженедельно — 30%, ежемесячно — 50%, однако только 2% лечатся по поводу РЭ. Рефлюкс-эзофагит выявляется у 6–12% лиц, которым проводится эндоскопическое исследование. Р. Н. Jones (Великобритания, 1990), обследовав методом случайной выборки 7428

человек, отметил наличие изжоги у 40%, причем 24% страдали от изжоги более 10 лет и только четверть из них консультировались по этому поводу с врачами.

Частота возникновения тяжелого эзофагита в общей популяции составляет 5 случаев на 100000 населения в год. Распространенность ПБ среди лиц с эзофагитом приближается к 8–10% [1]. В России, по данным многоцентрового исследования МЕГРЭ (7812 респондентов методом случайной выборки), изжога беспокоила 47,5% респондентов, при этом редкая изжога возникала у 38,5%, частая — у 9% опрошенных; регургитация отмечена у 42,9% опрошенных, редко она возникала у 35,3%, часто — у 7,6% опрошенных. Общая распространенность ГЭРБ (наличие изжоги и /или регургитации раз в неделю и чаще в течение последних 12 месяцев) составила 13,3% [2].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Процессор *EPX-4400 Fujinon* с функцией интеллектуального цветового выделения патологии слизистой FICE. Обычные цветные изображения преобразовываются в несколько спектральных изображений, каждое из которых соответствует определенной длине волны — от фиолетового 400 нм, проникающего в поверхностные слои слизистой оболочки, до красного 700 нм, проникающего практически на всю глубину слизистой оболочки. Только определенные длины волн могут быть использованы для реконструкции изображения (система RGB). FICE располагает десятью наборами волн разной длины, которые готовы к использованию в клинической практике; система позволяет выбирать спектральные изображения с определенной длиной волны, усиливать различия отраженного спектра и создавать высококонтрастные изображения различных тканей [3]. Эндоскопы: *Fujinon EG-530N*, диаметр дистального конца 5,9 мм (трансназальный), диаметр биопсийного канала 2,0 мм; *EG-530FP*, диаметр дистального конца 8,5 мм (трансоральный), диаметр биопсийного канала 2,8 мм. Изображение проецируется на экран HD 19 дюймов, регистрация изображений — на карту CF, регистрация пациентов — «Медialog 6.75» PMT, запись видео DVD *Sony*, печать фото — лазерный принтер HP.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 1868 пациентов: мужчин — 765, женщин — 1103. Трансорально выполнено 790 исследований, из них с применением технологии FICE — 580; трансназально выполнено 1078 исследований, из них с применением технологии FICE — 954. С жалобами на боли обратилось 1010 пациентов; по локализации боли распределились следующим образом: по ходу пищевода — 93; за грудиной — 62; в эпигастрии — 816; в мезогастррии — 122; в правом подреберье — 262; в левом подреберье — 198.

С жалобами на симптомы желудочной диспепсии обратились 1102 пациента. По симптомам они распределились следующим образом: изжога — 537; горечь в полости рта — 237; отрыжка — 357;

срыгивание — 17; дисфагия — 160; тошнота — 266; рвота — 77; тяжесть в желудке — 452.

ГЭРБ в форме различных степеней рефлюкс-эзофагита по Савари — Миллеру в модификации G.N.J. Tytgat и соавт. (1990) выявлена у 1395 пациентов, что составило 74,79%. По степеням рефлюкс-эзофагит распределился следующим образом: 1-я степень (рис. 1 см. на цветной вклейке) — 1189 пациентов (85,2%), 2-я степень (рис. 2 см. на цветной вклейке) — 149 пациентов (10,7%), 3-я степень (рис. 3 см. на цветной вклейке) — 36 пациентов (2,6%), 4-я степень (рис. 4 см. на цветной вклейке) — 10 пациентов (0,7%), 5-я степень (рис. 5 см. на цветной вклейке) — 11 пациентов (0,8%).

Степень недостаточности кардии (НК) оценивалась по степеням от первой до четвертой в зависимости от вида сегмента слизистой пищевода при инверсионном осмотре нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и распределилась следующим образом. Общее количество пациентов — 1157 (61,9% — выявляемость по обращаемости), из них 1-я степень — 477 (41,2%), 2-я степень — 211 (18,2%), 3-я степень — 182 (15,7%), 4-я степень — 287 (24,9%).

Видеогастроскоп EG530FP: субъективная оценка пациентов — страх перед исследованием — несколько меньше, чем при рутинном исследовании волоконными приборами, поскольку меньше диаметр вводимого аппарата; рвотный рефлекс, затрудненное дыхание во время процедуры, боли в горле и животе, невозможность контакта с врачом.

Субъективная оценка врача: простота введения прибора; визуализация отличная, с использованием функции FICE детализация мельчайших изменений слизистой; не возникает трудностей в достижении нисходящего колена ДПК, но не всегда четко визуализируется область БСД; высокоточная биопсия; некоторое удлинение времени процедуры по сравнению с рутинной методикой — в среднем 5 минут.

Видеогастроскоп EG530N: субъективная оценка пациентов — страх перед исследованием минимальный; отсутствие рвотного рефлекса; хорошее дыхание во время процедуры; отсутствие болевого синдрома в горле и животе; сохранен контакт с врачом. Субъективная оценка врача: простое введение прибора после подготовки носовых ходов (возможны неудачи — узкие носовые ходы — 142 человека (7,6%); качество визуализации отличное; нисходящее колено ДПК и БСД визуализируются всегда; биопсия — удовлетворительно, но несколько хуже, чем при трансоральном исследовании; время процедуры не отличается от трансорального способа.

Для объективной оценки различных способов проведения процедуры применили слепое исследование ситуативной тревожности перед ФЭГДС с использованием теста Спилбергера — Ханина. Всего в исследовании принимали участие 168 пациентов; они были распределены на следующие группы:

- 1) ЭГДС трансорально (видеогастроскопы) — 33;
- 2) ЭГДС трансназально (видеогастроскопы) — 78;
- 3) ЭГДС трансназально повторно (контроль лечения, динамическое наблюдение) — 57.

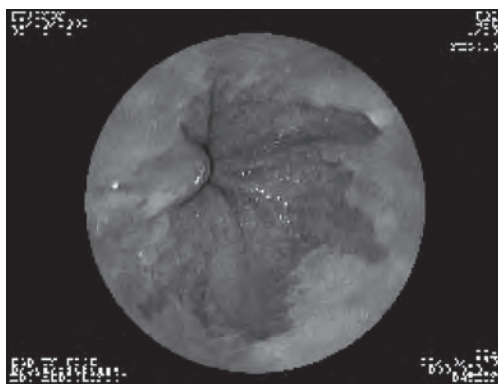


Рис. 6. Высококонтрастный режим «0». Технология FICE, режим «0» R-500 nm, G-445 nm, B-415 nm, высококонтрастное изображение зубчатой линии, смазанность границы, миграция желудочного эпителия в виде язычков и островков

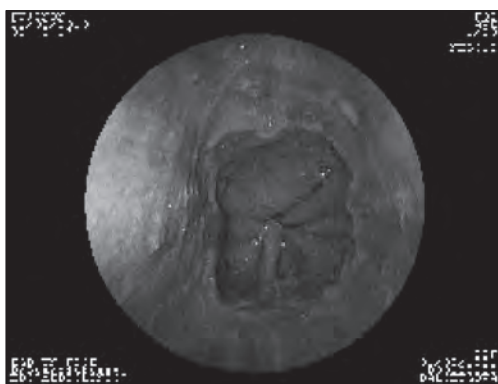


Рис. 7. Высококонтрастный режим «5». Технология FICE — режим «5» R-500 nm, G-520 nm, B-460 nm, четко прослеживается зубчатая линия

Высокий уровень тревожности выявлен у пациентов первой группы, умеренный уровень — у пациентов второй группы, низкий уровень — у пациентов третьей группы.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Для осмотра такой деликатной зоны, как кардия, оценки состояния области гастроэзофагеального перехода и функции нижнего пищеводного сфинктера необходимо спокойное состояние пациента и отсутствие антиперистальтических сокращений из-за рвотного рефлекса. По образному выражению, необходим полный «внутрипросветный штиль на палубе в шторм» [4]. В условиях массового амбулаторного приема, когда неприемлемо использование сильнодействующих седативных препаратов, такие условия достижимы при использовании трансназальной фиброэзофагогастродуоденоскопии (ТН ФЭГДС). В дополнение к ТН ФЭГДС, применяя технологию FICE, используя режимы «0» R-500 nm, G-445 nm, B-415 nm (рис. 6) и «5» R-500 nm, G-480 nm, B-420 nm (рис. 7), удалось достичь высококонтрастного изображения зоны гастроэзофагеального перехода. Используя режим «6» R-580 nm, G-520 nm, B-460 nm (рис. 8 см. на цветной вклейке), удалось достичь высококонтрастного изображения артериальных сосудов слизистой оболочки, а используя

режим «9» R-550 nm, G-500 nm, B-400 nm (рис. 9 см. на цветной вклейке), удалось достичь высококонтрастного изображения венозных сосудов слизистой оболочки. Данная технология применима только к эндоскопической картине РЭ 1-й степени (неэрозивные поражения); при эрозивных поражениях сосудистый рисунок сливается в общий фон и видна только сосудистая реакция по периметру эрозивного процесса. Также применяя режимы «6» и «9», отчетливо прослеживаем лейкоплакию пищевода, которая в условиях гастроэзофагеального рефлюкса является начальным проявлением повреждающего действия рефлюксанта на многослойный плоский неороговевающий эпителий пищевода.

По нашему мнению, классификация РЭ по Савари — Миллеру (1977) в ее классическом варианте самая удобная для врача-эндоскописта; некоторые ее недостатки в виде неразграничения катаральной стадии РЭ и первых проявлений в виде единичных эрозий устраняются модификацией 1990 года (G. N. J. Tytgat и соавт.); Лос-Анджелесская классификация 1998 года, по нашему мнению, больше подходит для гастроэнтерологов. Данные подтверждаются результатами опросов врачей-эндоскопистов — 61% из них в своей повседневной работе используют классификацию Савари — Миллера и ее модификации и лишь 36% — Лос-Анджелесскую [4]. Используя ТН ФЭГДС и технологию FICE и опираясь на патофизиологию воспаления в классическом виде (rubor, color, tumor, dolor et function laesa), которое возникает в результате повреждающего действия рефлюксанта на дистальный отдел пищевода [5], нам удалось достичь очень высокой степени эндоскопической диагностики неэрозивной ГЭРБ.

Неосложненные формы ГЭРБ на сегодняшний день хорошо поддаются консервативному медикаментозному лечению по разработанным схемам. Однако, по литературным данным, рецидив симптомов ГЭРБ возникает у 50% пациентов через 6 месяцев после прекращения адекватной антирефлюксной терапии; а у 87–90% — через 12 месяцев. Успешность терапии заключается не только в адекватно проведенной медикаментозной коррекции, но и в изменении образа жизни и диетических привычек больного, что в нынешних экономических условиях временами бывает проблематично. По нашему мнению, такой высокий процент рецидивов связан с высокой степенью недостаточности кардии; причем при ТН ФЭГДС недостаточность оценивается более точно, поскольку НПС в меньшей степени

реагирует на тонкий прибор и ведет себя ближе к физиологическому состоянию.

По-видимому, выходов из данной ситуации два: постоянный прием антирефлюксных препаратов в поддерживающей дозе или направление пациентов в хирургическую клинику для проведения хирургической коррекции, направленной на восстановление запирающей функции НПС, не дожидаясь развития осложнений в виде стриктур, кровотечений и пищевода Барретта. На сегодняшний день есть данные, что постоянный, бесконтрольный прием ингибиторов протонной помпы чреват осложнениями: колонизация слизистой оболочки дистального отдела пищевода и желудка микроорганизмами ротоглотки вследствие гипо- и анацидности; развитием так называемой «кломостридиальной диареи»; развитием атрофического гастрита как первой ступени каскада прогрессивного развития неопластических изменений; более частое возникновение инфекций дыхательной системы и, наконец, очень высок риск развития патологических переломов в результате формирования остеопороза [6]. По нашему мнению, второй путь наиболее благоприятен для таких пациентов. В нашей клинике разработано и успешно применяется малоинвазивное оперативное вмешательство, направленное на восстановление запирающей функции НПС.

ВЫВОДЫ

1. Применение технологии FICE значительно улучшает диагностику ГЭРБ, так как при использовании различных длин волн удается диагностировать мельчайшие изменения эпителия пищевода-желудочного перехода.
2. ТН ЭФГДС значительно лучше переносится пациентами, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения в клинической практике, особенно для диагностики ГЭРБ.
3. Использование инверсионного осмотра и оценка степени НК дает возможность оценить прогностический результат консервативного лечения.
4. Наличие у пациентов НК 3–4-й степени и сопутствующего РЭ 1–2-й степени предполагает направление пациента в хирургическую клинику для проведения оперативного лечения, имеющего целью восстановление запирающей функции НПС для исключения в последующем развития осложненных форм ГЭРБ.
5. Метод FICE требует дальнейшего клинического применения для изучения максимально полного использования его возможностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, методические указания. — М.: ГИУВ МО РФ, 2004. — С. 2–4.
2. Лазебник Л. Б. и др. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЕРЭ), первые итоги // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 6. — С. 4–12.
3. Miyake Y., Konzu T. Atlas of spectral endoscopic images. — Chiba University Hospital, 2007. — P. 6–14, 33, 60.
4. Федоров Е. Д. Стандарты эндоскопической диагностики ГЭРБ в России // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2004. — № 5.
5. Чернеховская Н. Е. и соавт. Лечебная эзофагогастроуденоскопия. — М.: Медпресс-информ, 2009. — С. 22–24.
6. Ткаченко Е. И. и соавт. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: новое решение старой проблемы // Consilium Medicum. — 2009. — № 8. — С. 5–13.