

УДК 616.329–002–007.43–089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Сиюхов Руслан Шумафович – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Беретарь Руслан Батырбиевич
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Свечкарь Игорь Юрьевич
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Козин Дмитрий Александрович
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье приведены данные обследования и хирургического лечения 261 пациента с рефлюкс-эзофагитом и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Всем пациентам была выполнена антирефлюксная операция. Результаты хирургического лечения оценивали через 1, 6, 12, 24 месяца. Отмечены хорошие и удовлетворительные результаты у 97 % оперированных пациентов.

Ключевые слова: РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ,
АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ ОПЕРАЦИИ

UDC 616.329–002–007.43–089

SURGICAL TREATMENT OF REFLUX-ESOPHAGITIS

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD, professor
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»,
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Siukhov Ruslan Shumafovich – Ph.D. (Med.)
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Beretar' Ruslan Batyirbievich
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Svechkar' Igor' Yurievich
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Kozin Dmitrii Alexandrovich
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

The article presented the data of observation and surgical treatment for 261 patients with reflux-esophagitis and esophageal diaphragmal hernia. All patients underwent areflux surgery. The results obtained were assessed in 1, 6, 12, 24 months. 97 % patients displayed good and satisfactory results.

Key words: REFLUX-ESOPHAGITIS, AREFLUX
SURGERY

Рефлюкс-эзофагит (РЭ) занимает одно из лидирующих мест в структуре заболеваний пищеварительной системы человека, конкурируя с хроническим холециститом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Об актуальности данной нозологии свидетельствует непрерывное увеличение числа научных публикаций.

Основным методом лечения РЭ является медикаментозный, в основе которого заложено применение ингибиторов протонной помпы (ИПП) [1, 2, 6, 10]. Он обеспечивает положительный непосредственный эффект для подавляющего большинства пациентов, однако, после его отмены в течение года отмечается рецидив симптомов у 80–100 % больных [2]. Выполнение антирефлюксных операций является единственным методом, способствующим устойчивому устранению проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

К настоящему времени для хирургического лечения осложнений ГЭРБ предложено более 100 различных видов операций, что объясняется неудовлетворенностью хирургов как ближайшими, так и отдаленными послеоперационными результатами [4]. Традиционно гораздо чаще остальных используют фундопликации по Ниссену, Ниссену – Розетти, парциальную фундопликацию по Тупе и Дору. В России, кроме вышеперечисленных методов, используют методы антирефлюксного вмешательства по А.Ф. Черноусову [7] и В.И. Оноприеву [3]. Ограничение развития хирургического лечения РЭ обусловлено было высокой степенью травматичности оперативного вмешательства и, как следствие, высокой долей послеоперационных осложнений.

Интерес к хирургическому лечению РЭ резко возрос после внедрения в клиническую практику малоинвазивных методов. В клинике ГБУЗ «ККБ № 2» г. Краснодара в 2008 г. в клиническую практику была внедрена лапароскопическая методика коррекции нарушений

кардиоэзофагеальной зоны (приоритетная справка № 2013122121 от 14.05.2013 г.).

Цель работы: оценка ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения, с учетом использованной методики хирургической коррекции, и повышение эффективности лечения больных РЭ.

Материал и методы

С 2008 по 2012 гг. нами были выполнены оперативные вмешательства по поводу РЭ у 261 пациента. В плане дообследования пациентов применялись общеклинические методы исследования: фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с хромокопией и биопсией из подозрительных участков слизистой пищевода, суточная рН-метрия, полипозиционное рентген-контрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Возраст больных колебался от 26 до 78 лет и в среднем составлял $44 \pm 3,2$ года, соотношение мужчин и женщин было 1,0:1,2. Анамнез заболевания включал от 2 до 20 лет. К основным жалобам пациентов относились: постоянная изжога, боли за грудиной после еды, отрыжка, боли в эпигастрии. У преимущественного большинства из них – 232 (89 %) – заболевание развилось на фоне имеющейся грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), у 29 (11 %) диагностирована недостаточность кардии. По Лос-Анджелесской классификации рефлюкс-эзофагит стадии А установлен у 21 (9 %) пациента, стадии В – у 188 (72 %), стадии С – у 26 (11 %), стадии Д – 11 (4 %) больных, в 15 случаях выявлен гистологически подтвержденный пищевод Барретта. При проведении 24-часовой рН-метрии у всех больных отмечены множественные кислые гастроэзофагеальные рефлюксы (ГЭР). Результаты суточной рН-метрии пищевода свидетельствуют о снижении среднего значения рН, увеличении общего количества и продолжительности рефлюксов, повышении индекса De Meester.

Всем пациентам после соответствующего дообследования и предоперационной подготовки в плановом порядке выполнено антирефлюксное вмешательство. При этом 77 (29,5 %) больных оперированы лапаротомным доступом по методике В.И. Оноприева и 184 (70,5 %) – лапароскопическим путем.

Лапароскопический способ формирования арефлюксной кардии был разработан и внедрен в нашей клинике в 2008 г. Он заключается в обширной мобилизации зоны пищеводно-желудочного перехода с визуализацией и безопасным отведением блуждающих нервов из области вмешательства, в создании 360-градусной арефлюксной манжеты вокруг абдоминального отдела пищевода и фиксацией ее к пищеводному отверстию диафрагмы по оригинальной методике.

Показаниями для оперативного лечения являлись:

- РЭ, резистентный к медикаментозной терапии в течение не менее 6 месяцев лечения;
- осложненное течение РЭ (пептические стриктуры и кровотечения из эрозий и язв пищевода);
- внепищеводные появления РЭ, не поддающиеся консервативному лечению;
- пищевод Барретта;
- РЭ на фоне кардиофундальных и субтотальных ГПОД.

У 7 пациентов с пептической рубцовой стриктурой пищевода на фоне РЭ сначала были выполнены 1–2 сеанса эндоскопического бужирования пищевода, антирефлюксная операция выполнялась через 10–12 суток после последнего сеанса бужирования.

Ранние послеоперационные осложнения имели место у 7 (2,6 %) пациентов.

Структура ранних послеоперационных осложнений отражена в данных таблицы.

Таблица – Структура ранних послеоперационных осложнений
антирефлюксных операций

Осложнения	Лапаротомная группа <i>n</i> (%)	Лапароскопическая группа, <i>n</i> (%)
Дисфагия	1 (1,3)	2 (1)
Перфорация пищевода, перитонит	0 (0)	1 (0,5) *
Перфорация желудка, перитонит	0 (0)	2 (1) *
Всего	1 (1,3)	5 (2,5) *

Примечание: * $p < 0,05$.

Из приведенных в таблице данных следует, что ранние послеоперационные осложнения достоверно ($p < 0,05$) чаще отмечены в группе больных, оперированных лапароскопически. Случаи, которые правильнее назвать недиагностированным осложнением в ходе операции (перфорация пищевода и желудка с перитонитом), имели место в первый год освоения лапароскопического метода, в дальнейшем подобных осложнений не наблюдалось. Этим пациентам была выполнена повторная операция – лапаротомия с коррекцией развившихся осложнений и рефундопликацией по методике В.И. Оноприева.

В трех случаях послеоперационной дисфагии, обусловленной гиперфункцией арефлюксной манжеты, выполнены с положительным эффектом 2–3 сеанса эндоскопического бужирования пищевода.

Зафиксированы два летальных исхода в лапароскопической группе у пациентов пожилого возраста с выраженной сопутствующей патологией – в одном случае на 3-и сутки от массивной тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА), в другом – от двусторонней пневмонии на 10-е сутки. Таким образом, общая послеоперационная летальность составляла 0,7 %, в лапароскопической группе – 1,0 %.

Отдаленные результаты с учетом послеоперационной летальности оценены у 259 пациентов.

При оценке динамики клинической картины в послеоперационном периоде отмечено достоверное ($p < 0,05$) и стойкое купирование клинических симптомов РЭ у 245 (93,8 %) пациентов за весь период наблюдения, начиная с 1-го месяца (в лапаротомной группе – у 73 (94,8 %) больных, в лапароскопической группе – у 177 (94 %)).

При выполнении контрольного полипозиционного рентгениследования пищевода и желудка у 255 (97,7 %) пациентов выявлены: отсутствие признаков ГЭР и ГПОД, хорошая эвакуаторная функция фундопликационной манжеты без задержки прохождения контраста, по сравнению с дооперационными показателями ($p < 0,05$). Рентгенологически у 2-х (2,6 %) пациентов в лапаротомной и у 5 (2,6 %) в лапароскопической группах отмечен рецидив ГПОД с признаками развертывания и дислокации арефлюксной манжеты, ГЭР и нарушением в различной степени эвакуации контраста из пищевода (рис. 1).



Рисунок 1. Арефлюксная кардия в инверсии

На контрольных ФЭГДС у 255 (97,7 %) пациентов отмечали: отсутствие эрозий или язв пищевода, плотное смыкание кардии,

отсутствие ГЭР, по сравнению с предоперационным осмотром ($p < 0,05$). Эндоскопическая клиника рецидива РЭ и ГПОД соответствовала рентгенологической картине у 7 (2,6 %) больных – 2-х (2,6%) в лапаротомной и 5 (2,6 %) в лапароскопической группах.

При проведении контрольной суточной рН-метрии пищевода и желудка у прооперированных пациентов достоверно ($p < 0,05$) снизились: процент общего времени с $pH < 4$ и индекс DeMeester – у 254 (97 %); среднее значение рН достоверно ($p < 0,05$) повысилось во всех случаях. У 7 (2,6 %) вышеназванных больных с рецидивами РЭ и ГПОД отмечены множественные ГЭР, количественно сравнимые с дооперационными показателями (рис. 2).

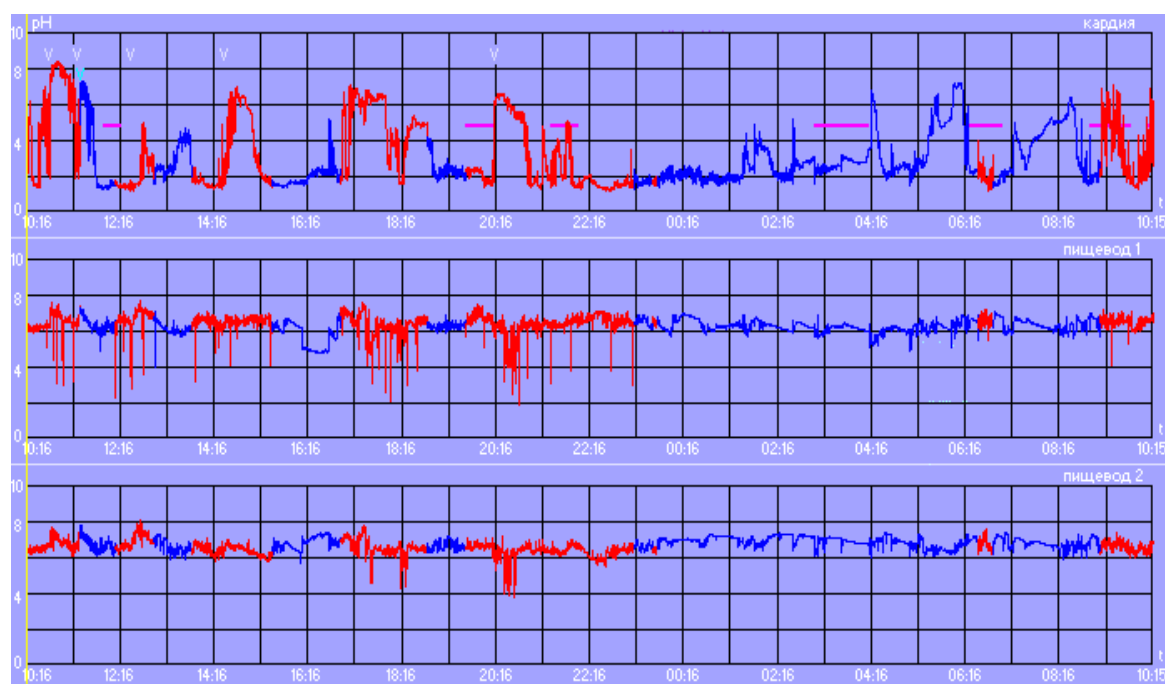


Рисунок 2. Послеоперационная рН-грамма

У 4-х из этих пациентов отмечены повышение среднего значения рН и снижение индекса DeMeester, что свидетельствует об адекватности выполненного объема селективной проксимальной ваготомии. В 3-х других случаях зафиксировано от 5 до 15 непродолжительных (до 30 с)

рефлюксов в сутки, не достигающих уровня средней трети пищевода и не сопровождающихся клиническими проявлениями, что позволило оценить их как физиологические.

При динамическом контроле в послеоперационном периоде в сроки от 6 до 18 месяцев у 7 (2,68 %) пациентов были выявлены рецидивы ГПОД и РЭ – у 2 (2,6 %) в лапаротомной и 5 (2,6 %) в лапароскопической группах. Процент рецидивов в обеих группах совпадал.

Из 7 пациентов с выявленными рецидивами повторно оперированы 4 (лапаротомным доступом), остальные 3 от реоперации на данный момент отказываются и лечатся медикаментозно. Результаты повторных операций на данный момент оцениваются как хорошие, но необходим более длительный период послеоперационного наблюдения и контроля для адекватной оценки отдаленных результатов лечения (рис. 3).

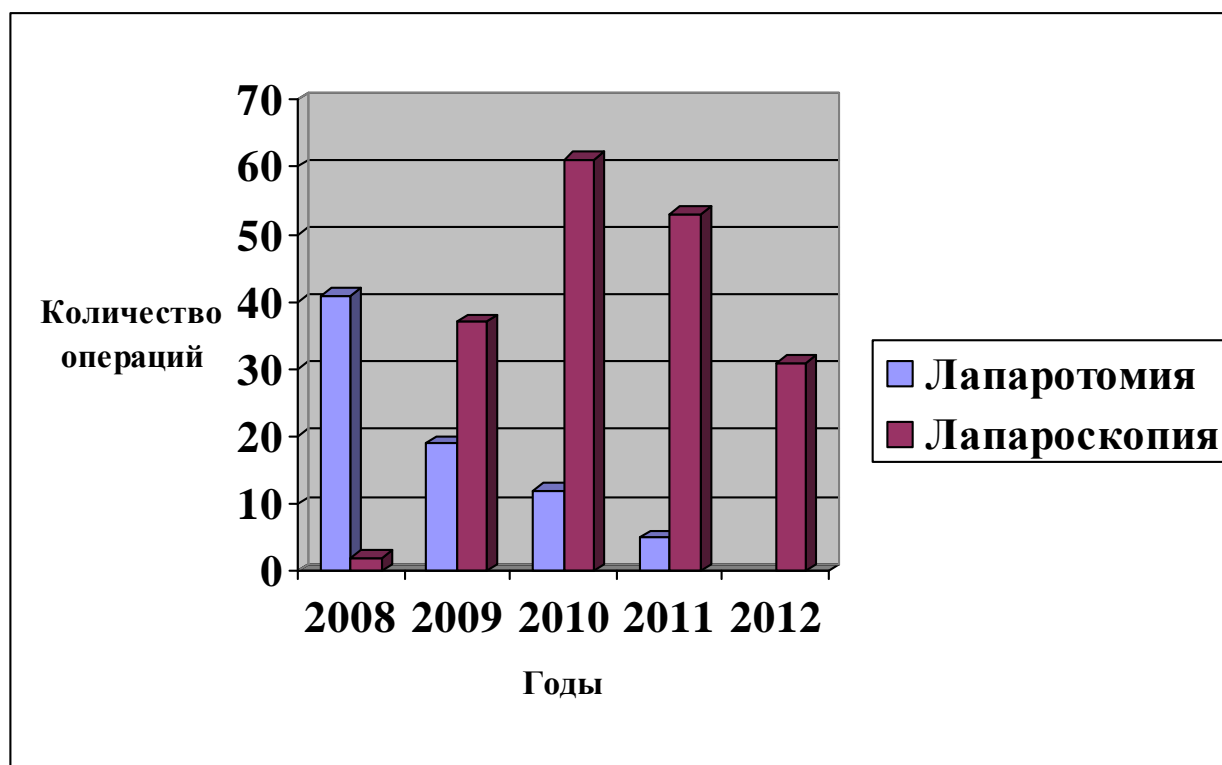


Рисунок 3. Тенденции развития лапароскопической методики в период 2008–2012 гг.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о высокой степени эффективности лапароскопической антирефлюксной операции, по результатам сопоставимой с лапаротомным вмешательством, в лечении пациентов с РЭ и ГПОД.

Выводы

Показанием к оперативному лечению являются наличие высокого патологического желудочно-пищеводного рефлюкса, подтвержденного суточной рН-метрией, воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода, неэффективность консервативной терапии и осложненное течение РЭ.

Антирефлюксная операция, выполненная по показаниям, как в лапаротомном, так и в лапароскопическом вариантах, является высокоэффективным методом лечения РЭ.

Количество рецидивов заболевания является равным как при лапаротомном, так и при лапароскопическом доступах, число интра- и ранних послеоперационных осложнений достоверно выше при выполнении лапароскопической фундопликации, однако большее их количество приходится на период освоения методики.

С учетом совершенствования техники и накопления опыта выполнения лапароскопических антирефлюксных вмешательств, с постепенным снижением числа осложнений, а также известными экономическими, клиническими и реабилитационными преимуществами, тенденция преобладания лапароскопии над лапаротомным доступом оправдана и имеет право на дальнейшее развитие.

Список литературы

1. *Ивашкин В.Т., Шептулин А.А.* Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: пособие для врачей. – М., 2005. – 30 с.
2. *Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Толстых М.П.* История и современное состояние проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эндоскопич. хирургия. – 2005. – Т. 11, № 4. – С. 54–59.
3. *Оноприев В.И.* Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. – Краснодар, 1995. – 293 с.
4. *Пучков К.В., Филимонов В.Б.* Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. М.: «Медпрактика-М», 2003.
5. *Сигал Е.И., Бурмистров М.В.* Лапароскопические операции в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Хирургия. – 2004. – №10. – С. 42–44.
6. *Старостин Б.Д.* Оптимизация лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007.– № 4. – С. 4–10.
7. *Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С.* Рефлюкс-эзофагит. – М: ИздАТ. – 1999. – С. 136.
8. *Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев П.Ф.* Рефлюкс-эзофагит у больных с коротким пищеводом // Хирургия. – 2008. – № 8. – С. 24–29.
9. *Boeckxstaens G.E.* Review article: the pathophysiology of gastroesophageal reflux disease // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2007. – Vol. 26. – P. 149–160.
10. *Dent J.* Pathogenesis of gastroesophageal reflux disease and novel options for its therapy // Neurogastroenterol. Motil. – 2008. – Vol. 20 (suppl. 1). – P. 91–102.
11. *Salvatore S., Vandenplas Y.* Gastro-oesophageal reflux disease and motility disorders. // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2003. – Vol. 17. – № 2. – P. 163–179.