

УДК 616.33-006.6-089-06:616.329-002

**РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ
ГАСТРЭКТОМИИ**

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
*ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Нелипа Людмила Олеговна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье представлен разбор клинического случая рефлюкс-эзофагита у пациента, перенесшего резекцию желудка по поводу рака. Приводится обзор литературных источников по вопросам диагностики и лечения этого заболевания.

Ключевые слова: РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА,
РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ

UDC 616.33-006.6-089-06:616.329-002

**REFLUX-ESOPAGITIS AS A COMPLICATION
OF GASTROECTOMY**

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD,
professor
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
*SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Nelipa Ludmila Olegovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

A clinic case of reflux-esophagitis in patient who underwent gastric resection because of cancer is discussed. A literature review of diagnostics and treatment of the disease is presented.

Key words: GASTRIC RESECTION,
REFLUX-ESOPHAGITIS

Введение

Рефлюкс-эзофагит (РЭ) – распространенная гастроэнтерологическая патология. Это факультативное предраковое заболевание может трансформироваться в аденокарциному пищевода. Патология развивается как у пациентов с целостной анатомической структурой желудочно-кишечного тракта, так и после оперативного лечения – гастрэктомии и резекции желудка. Заболевание характеризуется воспалительными и эрозивными изменениями различной степени тяжести в дистальном отделе пищевода. Типичная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у пациентов с интактным желудком достаточно хорошо изучена с позиций диагностики и лечения, что связано с высокой частотой распространения данной патологии.

По эпидемиологическим данным заболеваемость в России сопоставима с показателями развитых стран Европы и США и достигает от 10 до 25 % (Лапина Т. Л., Ивашкин В. Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. М., 2003. С. 266–76).

После оперативного лечения рефлюкс-эзофагита (гастрэктомии и резекции желудка) данные о частоте этого серьезного осложнения достаточно противоречивы – от 1,7 % до 95,4 % случаев (Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. Т. 13, № 6).

Основные методы лечения злокачественных заболеваний желудка – гастрэктомия и резекция желудка – несмотря на предложенный ряд модификаций, сопряжены с возникновением дуоденогастрального или еюноэзофагеального рефлюксов. В результате происходит поступление в пищевод компонентов кишечного содержимого – солей желчных кислот,

трипсина, лизолецитина, что приводит к развитию рефлюкс-эзофагита различной степени тяжести (катаральный, эрозивный), а в ряде случаев – к возникновению пищевода Барретта, когда многослойный плоский эпителий дистальной части пищевода замещается цилиндрическим кишечным эпителием. Патогенез заболевания включает прямое повреждающее действие этих компонентов слизистой оболочки пищевода, что, в свою очередь, усугубляется снижением клиренса пищевода и зависит от длительности и частоты рефлюкса (Назаров Н. С. Эрозивный рефлюкс-эзофагит у больных после гастрэктомии или резекции желудка – диагностика и лечебные подходы, 2015).

Сложность данной проблемы заключается в том, что изжога – типичный для ГЭРБ симптом при сохраненной анатомо-физиологической структуре желудочно-кишечного тракта. Однако у таких пациентов она встречается реже или менее выражена, патогенетической ее основой является «щелочной рефлюкс», характеризующийся большей агрессивностью. В 1989 г. S. E. Attwood и соавт. показали существование причинной связи «щелочного рефлюкса» с развитием эзофагита, пищевода Барретта и даже аденокарциномы пищевода (Ул Абидин З., Ивашкин В. Т, Шептулин А. А и др. Значение суточного мониторирования рН в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и оценке эффективности лекарственных препаратов // Клиническая медицина. 1999. Т. 77, № 7. С. 39–42).

Диагностика данной патологии включает эндоскопическое и гистологическое исследования, а также применение суточной рН-импедансометрии. В последнем случае мы регистрируем повышение внутрипищеводного рН более 7,0, что является доказательством щелочного рефлюкса. Трудности диагностики и лечения у пациента этой патологии наглядно иллюстрирует представленный ниже клинический случай.

Пациент С., 1940 года рождения, поступил 26.09.2016 в консультативный центр поликлиники СКАЛ ККБ № 2 г. Краснодара с жалобами на периодические боли в верхней половине живота опоясывающего характера с иррадиацией в грудной отдел позвоночника после погрешности в диете, вздутие живота после еды, сухость во рту, тошноту после еды и неоформленный стул (до трех раз в сутки).

Из анамнеза пациента: жалобы беспокоят много лет, в июне 2008 г. прооперирован в хирургическом отделении ККБ № 2 г. Краснодара по поводу рака проксимального отдела желудка, T3N0M0, 2-я стадия, II клиническая группа. По данным ПГИ – умеренно дифференцированная аденокарцинома желудка в области верхней трети большой кривизны желудка. Проведена операция в объеме – расширенная резекция желудка с лимфоаденэктомией, наложен эзофагоэнтероанастомоз «конец в бок» с включением двенадцатиперстной кишки, энтероэнтероанастомоз.

При обследовании: УЗИ органов брюшной полости от 17.06.08 – признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы, холецистолитиаза. Послеоперационный период без осложнений, в последующем в краевом онкологическом диспансере (КОД) пациент проходил курсы химиотерапии. До 2012 г. состоял на учете в КОД, после этого ежегодно эндоскопию не проводили. В сентябре 2016 года в ходе фиброэзофагогастроуденоскопии (ФЭГДС) у пациента был выявлен эрозивный эзофагит, далее он был направлен на консультацию в поликлинику СКАЛ ККБ № 2. В условиях клиники проведена ФЭГДС: Пищевод свободно проходим, физиологические сужения выражены достаточно, в просвете скудное количество прозрачной слизи, слизистая оболочка его бледно-розовая, в нижней трети гиперемирована, линейно эрозирована, складчата. Эзофагоэнтероанастомоз округлый, на 44 см от резцов, в его области единичная лигатура. Дистальнее определяется тонкокишечный комплекс – неизменная межкишечная шпора, устья и

петли тонкой кишки; последние не изменены, активно перистальтируют, слизистая розовая, в просвете желчь. При обследовании общеклинические исследования – общий и биохимический анализы крови были без патологических изменений.

Диагноз: Эрозивный эзофагит. Перенесенное оперативное лечение (расширенная резекция желудка) в 2008 г. по поводу рака желудка, T3N0M0. Хронический билиарнозависимый панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, стадия неполной ремиссии. Желчекаменная болезнь (ЖКБ, холецистолитиаз).

Пациенту было рекомендовано к лечению добавить урсодезоксихолевую кислоту – по 250 мг два раза в день, панкреатин – 10 000 ЕД, а также явиться на контрольное исследование в ноябре 2016 г. По результатам ФЭГДС от 22.11.16 пищевод свободно проходим, на расстоянии 30 см от резцов по правой стенке пищевода имеется полиповидное образование диаметром 0,4 см. Была взята биопсия. Физиологические сужения выражены достаточно, в просвете скудное содержание прозрачной слизи, слизистая оболочка его бледно-розовая, гладкая, в нижней трети гиперемирована, линейно эрозирована, складчатая. Эзофагоэнтероанастомоз округлый на 44 см от резцов, в его области единичные лигатуры. Дистальнее определяется тонкокишечный комплекс – неизменная межкишечная шпора, устья и петли тонкой кишки; последние не изменены, активно перистальтируют, слизистая розовая, в просвете желчь. ПГИ: фрагмент плоскоклеточной папилломы пищевода.

Окончательный диагноз: Болезнь оперированного желудка, эрозивный эзофагит. Состояние после оперативного лечения (гастрэктомии) в 2008 г. по поводу рака желудка, T3N0M0. Папиллома средней трети пищевода. Хронический билиарнозависимый панкреатит с

внешнесекреторной недостаточностью, стадия неполной ремиссии. ЖКБ. Холецистолитиаз.

Далее пациент был направлен к хирургам по поводу новообразования пищевода, рекомендации по медикаментозному лечению прежние: полиферментные препараты и урсодезоксихолевая кислота.

Обсуждение

Современные представления об эрозивном эзофагите в основном основаны на понимании этого патологического состояния как проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В то же время у пациентов после перенесенной гастрэктомии это состояние является закономерным и диагностируется после проведения эндоскопического исследования. Трудности заключаются в том, что, как показывает практика, на сегодняшний день отсутствуют эффективные методы лечения, приводящие к полной эпителизации эрозий пищевода. Арсенал применяемых препаратов ограничен – это урсодезоксихолевая кислота, которая обладает цитопротективным действием в отношении слизистой оболочки пищевода, вытесняя пул гидрофобных желчных кислот рефлюктата и антацидные препараты. Применение ингибиторов протонной помпы считаем необоснованным с точки зрения патогенеза данного осложнения.

В научных исследованиях приводятся следующие данные. Если имеет место только «щелочной рефлюкс», как в нашем случае, то назначается монотерапия – урсодезоксихолевая кислота в дозе 10–15 мг/кг/сут до эндоскопической ремиссии сроком до 6 мес. Поддерживающая доза лекарственного препарата составляет 5 мг/кг/сут на длительный срок (Буеверов А. О., Лапина Т. Л. Дуоденогастральный рефлюкс как причина рефлюкс-эзофагита // Фарматека. – 2006. – № 1. – С. 1–5).

Основным клиническим проявлением заболевания является изжога. Она, по данным разных источников (Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., 2003, Минушкин О. Н. и др., 2008, Самсонов А. А.,

2012, Бордин Д. С., 2013.), встречается у 70 % пациентов. Однако замечена обратная корреляция клинических симптомов и тяжести поражения слизистой оболочки пищевода: при большем распространении эрозии слизистой оболочки пищевода изжога менее выражена. Поэтому у таких пациентов уровень качества жизни существенно снижен. Хирурги предлагают различные модификации оперативного лечения. Современные подходы к медикаментозному лечению этого патологического состояния крайне ограничены и требуют разработки и оптимизации схем комплексной терапии.

Список литературы

1. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., 2003; Минушкин О. Н. и др., 2008; Самсонов А. А., 2012; Бордин Д. С., 2013.
2. *Минушкин О. Н.* Опыт лечения ГЭРБ у больных, перенесших резекцию желудка или гастрэктомию / О. Н. Минушкин, Л. В. Масловский, А. Г. Шулешова, Н. С. Назаров // Материалы XVIII Российской гастроэнтерологической недели // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – Т. 22, № 5. – С. 17.
3. *Назаров Н. С.* Эрозивный рефлюкс-эзофагит у больных после гастрэктомии или резекции желудка – диагностика и лечебные подходы : автореф. дис... канд. мед. наук / Н. С. Назаров. – М., 2015.
4. *Буеверов А. О.* Дуоденогастральный рефлюкс как причина рефлюкс-эзофагита / А. О. Буеверов, Т. Л. Лапина // Фарматека. – 2006. – № 1. – С. 1–5.
5. *Ивашкин В. Т.* Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача / В. Т. Ивашкин, А. С. Трухманов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – Т. 13, № 6.
6. *Лапина Т. Л.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Т. Л. Лапина, В. Т. Ивашкин // Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. – М., 2003. С. 266–76.
7. *Минушкин О. Н.* Маалокс в клинической практике / О. Н. Минушкин. – М., 1999.
8. *Ул Абидин З.* Значение суточного мониторирования рН в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и оценке эффективности лекарственных препаратов / З. Ул Абидин, В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин и др. // Клиническая медицина. – 1999. – Т. 77, № 7. – С. 39–42.
9. *Шептулин А. А.* Современная стратегия лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. А. Шептулин // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 6. – С. 11–15.
10. Гастроэнтерология. Национальное руководство. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2008. – 700 с.