

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Рыбко А.И.

Клинический онкологический диспансер, г. Симферополь Украина

Ключевые слова: пищевод Барретта, гастроэзофагеальный рефлекс, резекция пищевода.

Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) являются сложной проблемой, находящейся на стыке терапии, хирургии и онкологии. ГЭРБ относится к числу наиболее часто встречающихся гастроэнтерологических заболеваний. Исследования, проведенные в США, показали, что 7% взрослого населения этой страны испытывают изжогу (ведущий клинический симптом ГЭРБ) ежедневно, 14% – не реже 1 раза в неделю, 40% – не реже 1 раза в месяц [1]. Частота рефлюкс-эзофагита (РЭ) в популяции составляет 2 – 4%. Это заболевание обнаруживают у 6–12% лиц, подвергающихся эндоскопическому исследованию верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Заболеваемость РЭ растет с возрастом, причем его осложнения выявляются, как правило, у больных старше 50 лет. Если среди пациентов с ГЭРБ процентное соотношение мужчин и женщин оказывается почти одинаковым, то среди больных с РЭ отмечается значительное преобладание мужчин (в соотношении 2 : 1 или даже 3 : 1) [3].

Кроме снижения качества жизни пациентов (страдающие изжогой), ГЭРБ характеризуется целым спектром тяжелых осложнений:

- эрозивный эзофагит;
- рефлюксный ларингит;
- затрудненное дыхание;
- пищевод Барретта;
- пептические язвы и стриктуры пищевода [7].

Среди указанных осложнений ГЭРБ наиболее онкологически значимым является пищевод Барретта (ПБ) – состояние, развивающееся в результате замещения разрушенного многослойного плоскоклеточного эпителия нижней части пищевода цилиндрическим эпителием, в связи с чем, возникает предрасположенность к развитию аденокарциномы пищевода или кардии (одно из наиболее опасных осложнений ГЭРБ) [11]. Впервые заболевание было описано английским хирургом Norman Barrett в 1957 г. Для его установления основными диагностическими манипуляциями в настоящее

время остаются рентгенологическое и эндоскопическое исследование пищевода. Последнее с дальнейшим морфологическим исследованием биопсийного материала является наиболее информативным, однако при стандартном эндоскопическом исследовании поставить диагноз ПБ можно далеко не во всех случаях. Обычно приходится ориентироваться на косвенные признаки (наличие грыж пищеводного отдела диафрагмы (ГПОД), укорочение пищевода, пептический эзофагит). Выявление аденокарциномы пищевода на фоне РЭ является затруднительным, т.к. визуальное данное состояние можно расценить как воспалительные изменения. В последнее время предложен метод эндоскопического исследования с применением витальных красителей (1% раствора уксусной кислоты, раствора Люголя), что позволяет визуализировать патологические очаги для их дальнейшего целенаправленного изучения [5].

Для выявления пептических стриктур применение эндоскопических методов является важным, а зачастую и решающим методом диагностики [2,8]. При невозможности проведения эндоскопа за линию сужения, выполняется диагностическое бужирование. Манипуляция выполняется в условиях внутривенного наркоза. Эндоскоп устанавливается над входом в стриктуру, по инструментальному каналу проводят струну-направитель за линию сужения, затем по ней буж. Диаметр первого проводимого бужа подбирают в соответствии с диаметром просвета стриктуры. Как правило, короткие пептические стриктуры хорошо поддаются бужированию, что способствует быстрому восстановлению диаметра, позволяющего проведению эндоскопа в нижележащие отделы [6]. Пептические язвы и стриктуры пищевода также могут привести к малигнизации, стенозу и дисфагии. Именно на этом этапе развития заболевания до появления опухолевого роста возникают споры по поводу методики лечения осложнений ГЭРБ, а именно – какой тип хирургического вмешательства наиболее рационален при возникновении осложнений ГЭРБ.

Таблица 1

Методики хирургического лечения осложнений ГЭРБ

Корректирующие операции:	Резекции пищевода
– Устранение ГПОД (крурорафия, гастропексия) – Устранение рефлюкса (фундопликация)	– эзофагогастропластика (ЭГП)

Показания к резекции, по мнению ряда авторов, следующие:

1. Почти полное, на значительном протяжении сужение пищевода при наличии агрессивной (бурнопротекающей по классификации А.Ф. Черноусова) форме заболевания.
2. Предположения о наличии малигнизации по данным гистологического исследования.
3. Невозможность исключить рак на основании рентгенологических и эндоскопических данных, даже при отрицательных результатах биопсии [9].

При выборе корректирующих операций возникает вопрос об их эффективности касательно предупреждения малигнизации при уже имеющейся метаплазии пищевода, но при этом эти операции являются более щадящими для пациента и послеоперационный период у больных протекает намного легче, чем при резекции пищевода. Основным “минусом” выбора данной тактики лечения является высокий риск возникновения рецидивов и таким больным требуются повторные оперативные вмешательства.

При выборе методом лечения резекции пищевода с ЭГП возникают следующие проблемы:

1. техническая сложность выполнения данных операций;
2. высокий риск послеоперационных осложнений и летальности.

Основным видом хирургического вмешательства при этом является операция типа Льюса или трансхиатальная резекция пищевода с проведением желудочного трансплантата на шею через заднее средостение [9]. Радикальность РП при ГЭРБ не вызывает сомнений. По данным А.Ф. Черноусова, после трансхиатальной резекции пищевода рецидивов рефлюкса практически не встречается [4, 10]. Также считается, что агрессивный хирургический подход в лечении ПБ с дисплазией высокой степени, а именно – радикальная эзофагэктомия, может обеспечить высокую продолжительность жизни [5]. Однако показания к резекции пищевода с ЭГП при осложнениях ГЭРБ разработаны недостаточно и дискуссия в литературе по поводу объема оперативного вмешательства при осложненных формах ГЭРБ продолжается.

При выборе тактики лечения пептической стриктуры пищевода следует учитывать причину, вызвавшую патологический процесс, результаты эндоскопического пособия в сочетании с медикаментозной терапией, возраст больного, желание самого больного к проведению хирургического лечения. Некоторые источники рекомендуют терапевтическую тактику лечения для таких больных [6], однако вышеуказанные методики бужирования эффективны только для “коротких” стриктур пищевода, когда зонд можно провести ниже зоны сужения, для больных с “длинной” стриктурой данная методика представляется невозможной.

Выводы

1. Пищевод Барретта является наиболее тяжелым осложнением ГЭРБ.
2. Необходимо выработать единый алгоритм диагностических мероприятий для больных с осложнениями ГЭРБ.
3. Расширить показания к радикальному оперативному вмешательству (учитывать возраст пациента, риск возникновения рецидива).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Kahrilas P.J. Gastroesophageal reflux disease [Text] / Kahrilas P.J. // JAMA. – 1996. – Vol. 276. – P. 983-988.
2. Penagini R. Bile reflux and oesophagitis [Text] / Penagini R. // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2001. – Vol. 13, № 1.- P. 1-3.
3. Wienbeck M. Entzündliche Erkrankungen der Speiseröhre. Gastroenterologie (Hrsg. H. Goebell) [Text]. / Wienbeck M. // Munchen- Wien- Baltimore – 1992. – P.385-392.
4. Zaninotto G. Long-Term Follow-up of Barrett's Epithelium: Medical Versus Antireflux Surgical Therapy [Text] / Zaninotto G., Parente P., Salvador R., Farinati F., Tieppo C., Passuello N., Zanatta L., Fassan M., Cavallin F., Costantini M., Mescoli C., Battaglia G., Ruol A., Ancona E., Rugge M. // J Gastrointest Surg. – 2012 – Vol. 16. – P. 7-15.
5. Давыдов М. И. Современные возможности диагностики и лечения пищевода Барретта [Текст] / Давыдов М. И., Поддубный Б. К., Кувишинов Ю. П., Стилиди И. С., Дыхно А. Ю., Малихова О. А., Чистякова О. В., Богатырева В. Н., Захарова Т. И., Мацнева Н. Л. – М., 2003 – С. 64-65.
6. Королев М. П. Факторы, влияющие на выбор тактики лечения пептической стриктуры пищевода при пептическом стенозирующем рефлюкс-эзофагите; эндоскопическое стентирование стенозирующих заболеваний ЖКТ [Электронный ресурс] / Королев М. П., Федотов Л. Е., Антипова М. В., Оглоблин А. Л. // Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/3702>.
7. Морошек А. А. Современные принципы диагностики и лечения пищевода Барретта. Автореф. дис. к. мед. наук [Текст] / Морошек А. А. – Казань, 2008. – 20 с.
8. Пинчук Т. Рефлюкс-эзофагит: рентгеноэндоскопическая диагностика [Текст] // Пинчук Т., Кавардакова О., Берестнева Э. Ж. // Врач. – 2002. – № 2. – С. 23-26.
9. Проценко А. В. Резекция пищевода при осложнениях гастроэзофагальной рефлюксной болезни [Текст] / Проценко А. В. // Сучасні проблеми торакальної хірургії. – 2005. – С. 104-107.
10. Черноусов А. Ф. Хирургия пищевода [Текст] / Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. // – М: Медицина, 2000 – 341 с.
11. Васильев Ю. В. Пищевод Барретта: этиопатогенез, диагностика, лечение больных [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/1966>.

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ**

Рибко А.І.

*Клінічний онкологічний диспансер,
м. Сімферополь, Україна*

Резюме. Стравохід Барретта є найбільш небезпечним ускладненням ГЕРХ. Вибір тактики лікування і діагностики повинен базуватись на віці пацієнта та на можливості виникнення рецидиву захворювання. Необхідно розробити єдиний алгоритм діагностики та лікування пацієнтів з ускладненнями ГЕРХ, а також розширити показання до радикальних оперативних втручань.

Ключові слова: стравохід Барретта, гастроєзофагальний рефлекс, резекція стравоходу.

**CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSIS
AND TREATMENT OF COMPLICATED FORMS
OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

Ribko A.

*Clinical oncologic dispensary,
Simferopol, Ukraine*

Summary. Barrett's esophagus is currently the most dangerous complication of GERD. The treatment and diagnosis must depend on the patient's age, the risk of relapse. It is needed to develop a single algorithm for the diagnosis and treatment for patients with complications of GERD, as well as to expand the indications for radical surgical interventions.

Keywords: Barrett's esophagus, gastroesophageal reflux, resection of the esophagus.