

В.В. Булынин
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА

*Каф. госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н.Бурденко
Минздравсоцразвития России*

Резюме. Приведены результаты восстановительного лечения 50 пациентов с рубцовым стенозом пищевода на фоне гастроэзофагорефлюксной болезни. Приведен алгоритм диагностики и лечения, описаны новые оригинальные методики диагностики и лечения, позволяющие снизить длительность лечения пациентов с этой патологией.

Ключевые слова: гастроэзофагорефлюксная болезнь; рубцовый стеноз пищевода; диагностика, лечени.

Актуальность. Среди заболеваний пищевода гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) встречается наиболее часто. Эпизодически симптомы этого заболевания выявляются почти у половины взрослого населения, а эндоскопические признаки эзофагита обнаруживаются у 2-10% обследованных людей. В развитых странах в последние годы заболеваемость ГЭРБ неуклонно возрастает. В этой связи ГЭРБ гастроэнтерологи называют болезнью XXI века. [1,2].

Цель исследования – улучшить результаты лечения пациентов с рубцовой стриктурой пищевода на фоне эзофагита.

Материал и методы исследования. В отделении торакальной хирургии с 2006 по 2011 годы пролечено 627 больных со злокачественными опухолями кардии и нижней трети пищевода. У 601 (95,9%) пациентов при сборе анамнеза, по данным ФГС или рентгенографических исследований, выявлен эзофагит различной выраженности, длительности, предшествовавший возникновению рака кардии и нижней трети пищевода. Диагностика эзофагита не представляет большой трудности, однако требует определенного оборудования. Набор инструментальных методов обследования включает в себя рентгеноскопию, - графию пищевода и желудка с контрастированием этих органов, ФГС, 24 часовой пищеводный и желудочный РН мониторинг, дополненный манометрией. Такой пакет довольно дорогостоящих исследований доступен не в каждой больнице и поликлинике, а ФГС позитивный эзофагит выявляется почти у 30% обследованного населения.

Полученные результаты и их обсуждение. В отделении эндоскопии фиброэзофагогастродуоденоскопия была проведена 5895 больным, из которых у 1674 (28,4%) был диагностирован эзофагит различной степени выраженности. Перечисленные выше обстоятельства привели к разработке мобильного, легко выполнимого и не очень дорогого «скринингового» способа диагностики эзофагита и причин его возникновения. Предложенный способ определения желудочно-пищеводного рефлюкса отвечает всем этим требованиям. В основу способа легло различное окрашивание метиленовым синим слизистой пищевода, слизистой тонкого и толстого кишечника.

Способ заключается в следующем: больному натошак проводят фиброгастроскоп в пищевод, через инструментальный канал фиброгастроскопа в

полость желудка вводят зонд, по которому нагнетают 10 мл (спиртового) 1% раствора метиленового синего, разведенного в 20 - 30 мл физиологического раствора, после чего извлекают фиброгастроскоп вместе с зондом. Больному предлагают совершить ряд проб, провоцирующих рефлюкс: согнуть и приподнять ноги в лежащем положении, наклонить туловище вперед, присесть и т.д. Спустя 10-15 минут больному проводят фиброэзофагоскопию, во время которой определяют желудочно-пищеводный рефлюкс-раствор метиленового синего забрасывается в пищевод и прокрашивает его, причем эрозированные участки окрашиваются несколько интенсивнее по сравнению с неизменной слизистой, а участки пищевода Баррета имеют более яркую синюю окраску. В зависимости от степени недостаточности кардиального сфинктера пищевода, раствор метиленового синего прокрашивает слизистую пищевода от кардиального отдела вплоть до средней и верхней трети его, что свидетельствует об интенсивности желудочно-пищеводного рефлюкса, являющегося пусковым фактором развития пептического эзофагита.

Предлагаемой методикой можно пользоваться в любых учреждениях, имеющих фиброгастроскоп и врача эндоскописта, она не требует значительных дополнительных материальных затрат, что позволяет ее широко применять в медицинской практике.

Метод определения желудочно-пищеводного рефлюкса визуализирован на 53 пациентах, проходивших лечение в воронежской областной клинической больнице № 1. Всем пациентам в комплексе с методом определения гастроэзофагеального рефлюкса для оценки эффективности метода проводилась рН-метрия. У всех 53 пациентов по результатам рН-метрии регистрировался патологический желудочно-пищеводный рефлюкс, что подтверждает достоверность метода.

Для контроля эффективности метода определения желудочно-пищеводного рефлюкса была выделена группа сравнения, которую составили 17 здоровых людей, не страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, всем проведено аналогичное исследование на наличие желудочно-пищеводного рефлюкса по вышеописанной методике. У здоровых пациентов не наблюдалось рефлюкса метиленовой сини в пищевод, им же было проведено рН-метрическое исследование, при котором патологический рефлюкс не был обнаружен, что дало основание не проводить дальнейшее использование этого метода у большего количества пациентов без подозрения на патологию области желудочно-пищеводного перехода.

Гастроэзофагеальный рефлюкс желудочного содержимого является естественным процессом функционирования желудочно-кишечного тракта и наблюдается до 5 раз в сутки у здоровых людей, общая продолжительность его не превышает 1 часа. Нормальная рН в нижней трети пищевода составляет 6,0. Длительные изменение рН пищевода в кислую или щелочную сторону вызывают повреждения слизистой оболочки. Патологические, кислые забросы наблюдаются при следующей патологии желудка: повышение базальной кислотности желудка, нарушение функции кардии.

Недостаточность кардии бывает при нарушении функции кардии, что часто наблюдается изолировано, при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, а также после избыточной дилатации кардии при ахалазии, кардиоспазме и различных оперативных вмешательствах в зоне кардии (табл.1).

Таблица 1.

Распространенность недостаточности кардии

Диагноз	Эзофагит без органической причины (n=112)		Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (n=319)		Ахалазия и кардиоспазм (n=220)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эзофагит	112	100	220	69	53	24
Недостаточность кардии	21	18,7	47	14,7	2	0,9

По нашим наблюдениям изолированная недостаточность кардии встречалась в 18,7% и вне зависимости от РН желудочного содержимого и сопровождалась эзофагитом (эрозивным у 17 из 21 пациентов с недостаточностью кардии). При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы недостаточность кардии сопровождала это заболевание в 14,7% случаев. Недостаточность кардии у одного больного наблюдалась после кардиодилатации и в одном случае после операции Геллера по поводу ахалазии кардии. Во всех случаях недостаточность кардии сопровождалась эзофагитом. Эзофагит при всех заболеваниях, перечисленных ниже (табл. 2), более чем в 96% случаях сопровождался другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, которые его потенцировали. Чаще всего эзофагит сопутствовал язвенной болезни, хроническому гастриту и гастродуодениту, которые встречались почти у 90% больных с эзофагитом.

Очень часто язвенная болезнь, хронический гастрит и гастродуоденит ассоциировались с *helicobacter pylori* (НВр) и при этом, эзофагит принимал злокачественное течение, о чем свидетельствовали жалобы пациентов и эндоскопическая картина.

В 87% эзофагит сочетался с гастритом, дуоденитом, язвенной болезнью и более, чем в 51% ему сопутствовал НВ. Во всех случаях выявления НВр клиническая картина эзофагита была более яркой.

При ГПОД на фоне НВр+ частота эрозивных эзофагитов значительно больше и преобладают многогранные жалобы пациентов, а в группе пациентов с НВр- преобладают моно симптомы и катаральный эзофагит.

Течение эзофагита при ахалазии кардии и кардиоспазме отличается от течения при других заболеваниях пищеводно-желудочного перехода (табл. 2). Эзофагит наблюдался у 53 пациентов с этой патологией и только у двух из них он был на фоне гастроэзофагеального рефлюкса. У основной массы больных (51 чел.) эзофагит был вызван застоем пищевых масс в пищеводе, и всем им были проведены вмешательства, устраняющие причину этого застоя. Всем пациентам проводилась антибактериальная

терапия. У двух больных после проведенных вмешательств появилась недостаточность кардии, возникшая в одном случае после кардиодилатации, а в другом - после операции Геллера. Этим пациентам антибактериальная терапия была дополнена антацидной терапией H₂ блокаторами, течение заболевания приняло рецидивирующий характер.

Таблица 2.

Сочетания эзофагита с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Заболевания ЖКТ	Эзофагит					
	без органической причины (n=112)		при грыже пищеводного отверстия диафрагмы (n=220)		при ахалазии и кардиоспазме (n=53)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Язвенная болезнь	25	22,3	33	15	10	18,9
Хронический гастрит	53	47,3	85	38,7	22	41,5
Гастродуоденит	24	21,4	83	37,7	17	30,1
ЖКБ	3	2,7	7	3,2	3	5,7
Панкреатит	1	0,9	4	1,8	–	–
Анастомозит	–	–	1	1,9	–	–
Кандидоз	2	1,8	–	–	–	–
Нет заболеваний ЖКТ	4	3,6	8	3,6	1	1,9

Подход к лечению эзофагита различен в зависимости от причин возникновения эзофагита. Лечение пациентов с нормальным количеством рефлюксов (до 5) и нормальной их длительностью (в сумме до 1 часа), но с повышенной кислотностью их содержимого при снижении рН до 4,0 и ниже осуществляется с помощью современных лекарственных средств (антацидные препараты, блокаторы H₂ – рецепторов гистамина и ингибиторов протонной помпы). Разнообразие и эффективность этих препаратов настолько выражены, что за последние пять лет нам не приходилось при лечении эзофагитов прибегать к хирургическим способам снижения кислотообразования. Из 112 пролеченных в торакальном отделении больных с эзофагитом без видимой патологии кардии, у 50 (44,6 %) был эрозивный эзофагит, который вызвал пептический рубцовый стеноз пищевода. У 17 (81%) пациентов из 21 с недостаточностью кардии наблюдался эрозивный эзофагит. Это свидетельствует в пользу того, что недостаточность нижнего пищеводного сфинктера, не обусловленную другими заболеваниями, не корригируемую лекарственными препаратами, как при очень кислых (рН ниже 4,0), щелочных (рН выше 7,0), так и при нормоацидных (рН – 6,0) забросах, необходимо лечить оперативным путем.

Вероятность возникновения осложнений у пациентов с ГПОД, осложненных эзофагитом более 12%. Приведенные выше данные позволили предложить алгоритм лечения пептических эзофагитов, повышающий качество лечения больных с этой патологией (рис. 1).



Рис. 1. Алгоритм лечения пептического эзофагита

Пациентам с жалобами, характерными для пептического эзофагита, проводится специальное обследование, заключающееся в проведении фиброэзофагогастроскопии, определении желудочно-пищеводного рефлюкса с помощью красителя, рентгеновское исследование пищевода и желудка, 24-часовой рН-метрии. При выявлении пептического эзофагита, сочетающегося с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы или недостаточностью кардиального сфинктера пищевода, больному проводится курс консервативного лечения в соответствии с последними известными схемами лечения рефлюкс-эзофагита в течение 4 недель, что позволяет нормализовать кислотность и способствует регенерации эрозированной слизистой пищевода.

После проведенного курса лечения выполняется фундопликация открытым или видеолапароскопическим методом.

Из пациентов, оперированных на фоне эзофагита без предоперационной терапии, у одного больного наблюдалась стриктура с малигнизацией, у 18 сформировались рубцовые стриктуры на фоне эзофагита, пять пациентов оперировались повторно по поводу рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). У пациентов, прошедших медикаментозную предоперационную подготовку, этих осложнений выявлено не было. Одновременно амбулаторное, и в редких случаях, стационарное терапевтическое лечение эзофагита позволило снизить среднее пребывание в хирургическом стационаре с 24,6 до 16,3 дня (более чем на 8 койкодней).

Сформировавшийся пептический стеноз пищевода значительно усложняет проведение лечения больного и увеличивает сложность и риск проводимых вмешательств. Из 50 пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода на фоне

эрозивного рефлюкс-эзофагита находившихся под нашим наблюдением. В 24 случаях рефлюкс-эзофагит с рубцовой стриктурой был результатом ГПОД, в 26 случаях рубцовая стриктура пищевода была вызвана рефлюкс эзофагитом другой этиологии (повышением желудочной кислотности, недостаточностью кардии).

Применение методики эндоскопического бужирования с последующим самобуживанием позволили снизить количество осложнений до 13,3% (два пациента прекратили лечение, и у них наблюдался рецидив). Шести больным произведена фундопликация с последующим выздоровлением и отсутствием жалоб, определяющих патологию верхних отделов пищеварительной системы. Пяти пациентам на фоне самобуживания произведена лекарственная коррекция желудочной кислотности, что позволило полностью ликвидировать проблемы патологии нижней трети пищевода. У всех пациентов последней группы наблюдались сопутствующие заболевания желудочно-двенадцатиперстной зоны, которые часто встречаются при рубцовых стенозах пищевода на фоне рефлюкс-эзофагита. Лечение основного заболевания приводило к излечению сопутствующей патологии, так как патогенез этих заболеваний был общим. Двое возрастных больных со стенозом пищевода на фоне ГПОД, получая медикаментозную терапию, проводя поддерживающее самобуживание, отказались от оперативного лечения, т.к. качество жизни их полностью удовлетворяло.

Приведенные выше данные привели к разработке алгоритма лечения пептического стеноза пищевода, позволяющего значительно улучшить результаты лечения этой патологии.

При лечении пациентов с пептической стриктурой нижней трети пищевода применяется предложенный нами способ лечения. Больному проводится бужирование стриктуры по струне, после чего пациента обучаем самобуживанию эластичным зондом с озонированным оливковым маслом.

Спустя месяц проводили больным контрольный фиброэзофагоскопический и рентгенологический осмотр, при купировании воспаления в пищеводе на фоне недостаточности кардии и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, выполняем фундопликацию, в случае выявления продолжающегося эзофагита продолжаем медикаментозную терапию в сочетании с самобуживанием до полного исчезновения проявления эзофагита. Нами пролечено 15 пациентов по вышеописанному алгоритму.

Рубцовые стриктуры на фоне эрозивного эзофагита иногда имеют очень агрессивное течение. Бужирование в этом случае проводится с большими трудностями, так как стриктура образована очень рыхлыми, инфильтрованными тканями пищевода, а рентгеновское и РКТ обследования не могут исключить развитие ракового процесса в области стриктуры, хотя гистологические и цитологические исследования опухолевого роста не выявляют. Перейти от эндоскопического бужирования к самобуживанию не удастся, так как стриктура грубая, не эластичная и провести эластичный буж – зонд за нее не удастся. Результаты, достигнутые при бужировании под контролем ФГС, нивелируются за два – три дня быстрым

образованием рестеноза. В этих случаях, на наш взгляд, единственно правильным решением является экстирпация пищевода с последующей пластикой его желудочной трубкой трансхиатально, учитывая то, что эти пациенты очень быстро истощаются.

Выводы. Таким образом, эндоскопический метод диагностики с метиленовой синью может быть применен в качестве скринингового метода диагностики ГЭРБ и ее осложнений. Лечение эзофагита должно проводиться различно, в зависимости от причин, вызвавших его с использованием алгоритма лечения.

Хеликобактерная инфекция усугубляет течение эзофагита и эррадикация *helicobacter pylori* должна стать неотъемлемой частью лечения этого заболевания.

Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера, не обусловленную другими заболеваниями, не корригируемую лекарственными препаратами, необходимо лечить оперативным путем.

Эффективное лечение стеноза пищевода, возникшего на фоне эзофагита, достигается применением способа самобуживания с озонированным маслом. Это лечение необходимо применять до хирургической коррекции причин, вызвавших эзофагит, что позволяет снизить среднее пребывание больного на больничной койке с 24,6 до 16,3 дней и улучшить количество хороших результатов более чем на 18%.

Эзофагит при ахалазии и кардиоспазме не является пептическим эзофагитом, за исключением случаев неадекватного лечения, приведшего к недостаточности кардии и должен лечиться коррекцией основного заболевания.

Литература

1. Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода / А.Ф.Черноусов, П.М.Богопольский, Ф.С.Курбанов. – М.: Медицина, 2000. – 349 с.
2. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь / С.И.Пиманов. – М.: Медицинская книга, 2000. – 376 с.

Abstract.

V.V. Bulinin

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SCAR STENOSIS OF ESOPHAGUS ON REFLUX ESOPHAGITIS BACKGROUND

Voronezh N.N. Burdenko state medical academy, Chair of the hospital surgery

The results of rehabilitation treatment of 50 patients with cicatricial stenosis of the esophagus in the background gastroezofagoreflyuksnoy disease. An algorithm for the diagnosis and treatment are described new original methods of diagnosis and treatment that can reduce the duration of treatment for patients with this disease.

Keywords: gastroezofagoreflyuksnaya disease; scarry stenosis of the esophagus; diagnosis, treatment.

Сведения об авторах: Булынин Виктор Викторович, д.м.н., доц. каф. госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития России