

© В. О. Тимошенко, С. И. Бердников, 2016  
УДК 616.329/333-008.63-089.85-072.1

В. О. Тимошенко, С. И. Бердников

## АНТИРЕФЛЮКСНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А. И. Крыжановского»  
(главврач — канд. мед. наук А. А. Модестов)

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эндоскопическая диссекция, подслизистый слой, желудок

Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в России среди взрослого населения составляет до 60 % [1]. В лечении ГЭРБ консервативная терапия с включением ингибиторов протонной помпы (ИПП) является основной [2].

Лапароскопическая эзофагофундопликация, как правило, рекомендуется тем пациентам, у которых симптомы ГЭРБ слабо контролируются ИПП, и рассматривается как «золотой стандарт» хирургического лечения с хорошим контролем гастроэзофагеального рефлюкса в ближайшие и отдаленные сроки, хотя долгосрочные результаты данного метода лечения по-прежнему остаются неоднозначными.

Исходя из принципов хирургической эзофагофундопликации, в последние годы в лечении ГЭРБ были предложены разнообразные эндоскопические технологии, выполняемые экстра- и интралюминальными способами.

Н. Inoue и соавт. [3] из Японии поделились клиническими результатами 10 прооперированных пациентов внутрипросветным эндоскопическим способом с рефрактерной ГЭРБ, среди которых у 2 пациентов была выполнена циркулярная, у 8 — серповидная эндоскопическая диссекция в подслизистом слое кардиального отдела желудка. Эта начальная серия проведенных операций продемонстрировала новые возможности антирефлюксных вмешательств. Кроме того, у

пациентов с ГЭРБ без скользящей хиатальной грыжи данная манипуляция, по их мнению, может рассматриваться как эффективный способ контроля гастроэзофагеального рефлюкса. Приводим наше наблюдение.

Сотрудниками эндоскопического отделения нашего диспансера в августе 2015 г. прооперирована пациентка К., 49 лет, по методике, описанной Н. Inoue и соавт. [3]. В 2008 г. ей была проведена антирефлюксная операция по Ниссену—Роззети традиционным способом, которая оказалась малоэффективной.

Этапы выполненной данной большой операции: 1) маркировка слизистой оболочки путем электрокоагуляции, предполагаемой для эндоскопической диссекции (рис. 1); 2) подслизистое введение плазмозамещающего раствора гемохес 6% — 17 мл, подкрашенного индигокармином 0,4% — 2 мл, с раствором адреналина 0,1% — 1 мл (рис. 2); 3) подслизистая диссекция промаркированного участка с помощью электрокоагулятора «Olympus 100» в режиме «puls cat 100», с использованием инструментов компании «FineMedix» — FM I — type, FM — L-type, FM-O — type (рис. 3, 4); 4) при возникновении геморрагий гемостаз осуществляли с помощью инъекций раствора адреналина и применением коагуляционных щипцов горячей биопсии «Endo-Flex»; 5) соединение краев дефекта осуществляли клипсами «Boston Scientific».

С целью профилактики кровотечения в послеоперационном периоде пациентке было назначено внутривенное введение ИПП (нексиума) в течение 3 дней в дозе 40 мг 1 раз в сутки, с последующим переводом на таблетированную форму по 40 мг в день в течение 1 мес.

Со второго дня после проведения манипуляции была назначена диета (стол 1А). Через 5 сут после манипуляции пациентка была выписана на амбулаторное наблюдение и лечение, включающее репаративные, кислотоподавляющие и защищающие слизистую оболочку препараты.

Контрольная фиброгастроскопия была выполнена спустя 2 мес после манипуляции, при которой констатированы

### Сведения об авторах:

Тимошенко Валерий Олегович (e-mail: [Vtimosh@inbox.ru](mailto:Vtimosh@inbox.ru)), Бердников Сергей Иванович, Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А. И. Крыжановского, 660133, г. Красноярск, ул. 1-я Смоленская, 16



Рис. 1. Этап маркировки предполагаемого участка субмукозной диссекции

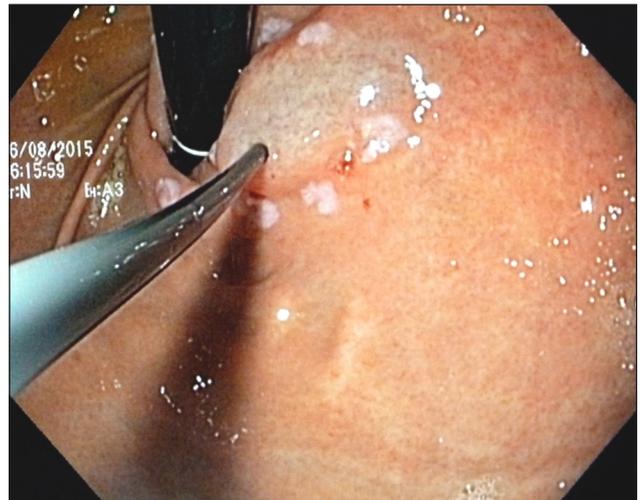


Рис. 2. Этап подслизистого введения раствора гемохес 6% — 17 мл, подкрашенного индигокармином 0,4% — 2 мл, с раствором адреналина 0,1% — 1 мл



Рис. 3. Этап проведения подслизистой диссекции

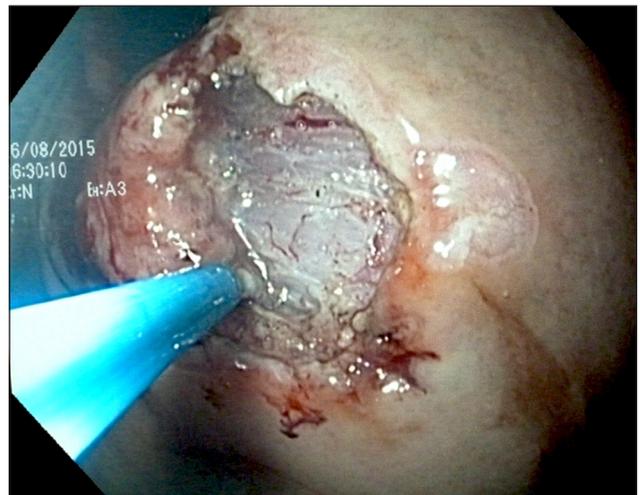


Рис. 4. Этап продолжения подслизистой диссекции

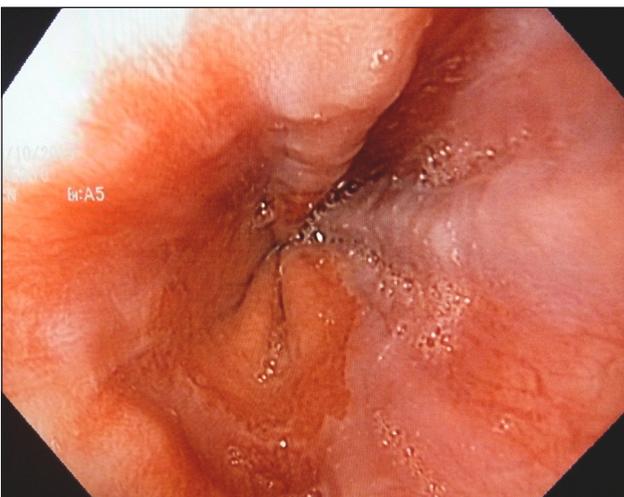


Рис. 5. ЭГДС-контроль через 2 мес после манипуляции. Отсутствие явлений эзофагита, плотное смыкание розетки кардии, отсутствие рефлюкса желудочного содержимого



Рис. 6. ЭГДС-контроль через 2 мес после манипуляции, инверсия. Плотное примыкание слизистой оболочки кардиального отдела желудка к «рубашке» эндоскопа. Также в центре сформированного рубца имеются металлические клипсы

наличие рубца и плотное примыкание слизистой оболочки кардиального отдела желудка к «рубашке» эндоскопа (рис. 5, 6). Субъективно пациентка отмечала значительное снижение симптомов ГЭРБ (изжоги, отрыжки воздухом), эффект от лечения пациентка расценивает как «хороший».

Таким образом, исходя из полученных клиничко-эндоскопических результатов, антирефлюксная эндоскопическая диссекция в подслизистом слое кардиального отдела желудка по методике Н. Inoue и соавт. расширяет возможности лечения ГЭРБ и может рекомендоваться у ряда больных.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Масловский Л.В., Минушкин О.Н. Терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эффективная фармакотер. в гастроэнтерол. 2008. № 1. С. 2–7.
2. Осадчук А.М., Давыдкин И.Л., Палушкина М.Г. Рефрактерная форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Актуальные и нерешенные вопросы консервативной терапии // Мед. альманах. 2012. № 1. С. 29–34.
3. Inoue H., Ito H., Ikeda H. et al. Anti-reflux mucosectomy for gastroesophageal reflux disease in the absence of hiatus hernia: a pilot study // Ann. Gastroenterol. 2014. Vol. 27. P. 346–351.

Поступила в редакцию 15.06.2016 г.