

© О. Б. Дронова, А. А. Третьяков, 2012
УДК 616.33/.34-06:616.33-008.17-07-089

О. Б. Дронова, А. А. Третьяков

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИ НЕКОТОРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» (ректор — проф. В. М. Боев)

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, резекция желудка по Бильрот-II, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в настоящее время занимает лидирующее место в индустриально развитых странах не только среди заболеваний пищевода, но и в гастроэнтэологии в целом. Она имеет тенденцию к увеличению распространенности [4], утяжелению течения [1, 6]. Известно, что ГЭРБ может осложниться стриктурой пищевода, образованием язв, которые могут быть источником кровотечения, а также пищеводом Барретта [2, 3, 8, 9]. Кроме того, ГЭРБ является маской многих заболеваний других органов: бронхиальной астмы, бронхита, пневмонии, ларингитов, ишемической болезни сердца, нарушения кардиального ритма и др. [5, 7]. Хотя имеются типичные признаки ГЭРБ (клинические, эндоскопические), но все-таки существуют некоторые отличия в зависимости от того, на фоне какого заболевания она развивается.

Цель исследования — выявить особенности ГЭРБ на фоне некоторых хирургических заболеваний.

Материал и методы. Обследовано 200 больных с ГЭРБ на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), 150 больных после резекции желудка по Бильрот-II с формированием гастроэнteroанастомоза в модификации Гофмейстера—Финстерера и с формированием поперечного гастроэнteroанастомоза, а также 28 пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Больным выполнены клинические, эндоскопические, морфологические исследования и определение наличия *Helicobacter pylori* (Hp) (уреазные тесты, гистологические, цитологические).

Результаты и обсуждение. У больных с язвенной болезнью желудка — 80 человек (1-я группа) и ДПК — 120 человек (2-я группа) имелись пищеводные и внепищеводные симптомы, но преобладали жалобы на изжогу (у 90,7%), несколько реже беспокоили боли (у 77,7%) различной локализации, горечь во рту (у 24,4%), першение в горле (у 26,7%), ощуще-

ние «комка» в горле (у 20%), запах изо рта (у 22,1%), чувство быстрого насыщения (у 20,1%), боли в области сердца (у 13,9%). Выраженность этих симптомов более значительна у пациентов с язвенной болезнью ДПК.

Среди 150 больных, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни желудка и ДПК по Бильрот-II, мужчин было 132 (88%), женщин — 18 (12%) в возрасте 40–50 лет. 1-ю группу составили 60 больных, у которых гастроэнteroанастомоз сформирован в модификации Гофмейстера—Финстерера, 2-ю группу — 90 больных с поперечным гастроэнteroанастомозом. ГЭРБ диагностирована у 112 (74,7%) больных. Из 1-й группы было 54 (90%) пациента, из 2-й — 58 (64,4%). Среди 112 больных с ГЭРБ, осложнившей состояние после операции резекции желудка, тяжелых постгастрорезекционных расстройств, которые бы явились показанием к оперативному лечению, не было. В 1-й группе демпинг-синдром лёгкой и средней степеней отмечен у 10 (18,5%) больных, синдром приводящей петли — у 9 (17,7%), во 2-й группе — демпинг-синдром лёгкой степени — у 2 (3,5%), синдром приводящей петли — у 5 (8,6%).

У больных после резекции желудка ведущей жалобой было ощущение горечи во рту (у 50%) преимущественно среди больных 1-й группы (у 92,6%), першение в горле — у 48,2%, также преимущественно у пациентов 1-й группы (у 83,6%) в сравнении со 2-й группой (у 15,6%), ощущение «комка» в горле в 1-й группе — у 46,3% больных, во 2-й группе — у 20,2%. Изжога беспокоила лишь треть (33,9%) больных, но чаще у больных после резекции желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера—Финстерера (у 53,7%) в сравнении со 2-й группой больных (у 15%). На боли в эпигастринии или за грудиной жаловалась незначительное число больных обеих групп.

У пациентов, страдающих ГПОД, ведущим симптомом была боль (у 92,8%), изжога появлялась у половины из них (у 53,6%).

При анализе эндоскопических исследований обращали внимание на уровень расположения и форму Z-линии, а также на степень воспалительных изме-

нений в области пищеводно-желудочного перехода (ПЖП). У больных с язвенной болезнью желудка и ДПК крайними уровнями расположения Z-линии были расстояния до 60 мм выше и 9 мм ниже розетки кардии — у 2,5 и 1,5% соответственно. На уровне розетки кардии Z-линия находилась лишь в 12% наблюдений, в 35% — с расположением Z-линии от 10 до 19 мм выше, а в 33,5% — от 20 до 60 мм выше розетки кардии. Форма Z-линии у этих больных была волнистой у 30,5% из них, зубчатой — у 13%, ровной — у 19,5%, языкообразной — у 4%, сложной или в виде сочетаний различных её форм по разным стенкам пищевода — у 33%. У больных с язвенным процессом в желудке преобладали зубчатые и языкообразные формы Z-линии. Сложные или сочетание различных форм по разным стенкам встречались в 1-й и 2-й группах примерно с одинаковой частотой.

Из 28 больных с ГЭРБ и ГБОД Z-линия располагалась только выше розетки кардии у 16 (57,1%) — от 20 до 30 мм, у 12 (32,2%) — от 40 до 60 мм. Расположение Z-линии на уровне розетки кардии не встретилось ни в одном наблюдении. У 15 больных Z-линия имела форму рубца, у 10 — был сформирован второй вход в желудок, у 5 — супрастенотическое расширение на уровне абдоминального отрезка пищевода.

Выраженность воспаления в слизистой оболочке ПЖП также имела свои особенности в различных группах. Для характеристики воспаления использовали Лос-Анджелесскую классификацию. Так, у больных с язвенной болезнью желудка и ДПК воспаление соответствовало степени А у 34,9% из них и степени Б — у 33,7%, несколько реже (у 21%) — степени С. Эндоскопически негативная форма ГЭРБ была у 8,1% пациентов. После резекции желудка 62,5% больных имели воспаление, соответствующее степени А, лишь 25% — степени Б. У пациентов со сформированным поперечным гастроэнтероанастомозом степень А имела место у 70,7% из них, с анастомозом в модификации по Гофмейстеру—Финстереру — у 53,7%. Эндоскопически негативная форма ГЭРБ была у 3,7% больных 1-й и 5,2% — 2-й группы.

У больных с ГЭРБ на фоне ГПОД обнаружены более тяжелые степени эзофагита: степень Б — у 35,7% из них, С и Д — у 46,4%. В сравнении с предыдущими группами степень А имела место всего лишь в 17,9% наблюдений. Эндоскопически негативной формы не было.

Морфологические исследования слизистой оболочки с цилиндрическим эпителием ПЖП проведены с целью определения наличия и степени пренеопластических осложнений ГЭРБ. Среди больных с язвенной болезнью желудка и ДПК полная и(или) неполная кишечная метаплазия слизистой оболочки с цилиндрическим эпителием ПЖП обнаружена у 12,7% из них, атрофия — у 15,1%, дисплазия — у 4,7%, у 1

большого — аденокарцинома. Кишечная метаплазия у больных с язвенной болезнью ДПК встречалась чаще (16%), чем у больных с язвенной болезнью желудка (6%). Дисплазия слизистой оболочки ПЖП также чаще (6%) обнаруживается у больных с язвенной болезнью ДПК в сравнении с больными с язвенной болезнью желудка (2,8%). Причем, больше половины (65,6%) пренеопластических изменений слизистой оболочки ПЖП у этих больных имелась при эзофагите степени А: кишечная метаплазия — у 63,6%, атрофия — у 61,5%, дисплазия — у 75%, аденокарцинома выявлена на фоне эзофагита степени А. После резекции желудка пренеопластические осложнения обнаружены у больных с гастроэнтероанастомозом по Гофмейстеру—Финстереру в 56,6% наблюдений, а при формировании поперечного гастроэнтероанастомоза — в 35,6%. У 1 пациента после резекции по Бильрот-II в модификации Гофмейстера—Финстерера через 5 лет, у другого — через 9 лет обнаружена аденокарцинома пищевода. Пренеопластические изменения слизистой оболочки ПЖП имели место у 61,8% больных преимущественно на фоне эзофагита степени А: кишечная метаплазия — у 64,3% из них, атрофия — у 57,1%, дисплазия — у 60%.

У больных с ГПОД пренеопластические изменения слизистой оболочки ПЖП выявлены у 8 (28,5%) из 28: кишечная метаплазия — у 3 (10,7%), атрофия — у 2 (7,1%), дисплазия — у 2 (7,1%), лейкоплакия многослойного плоского эпителия — у 2 (7,1%). Больше половины больных (5 из 8) имели эзофагит степени А, у остальных — эзофагит степени Б.

Больным всех групп определяли Нр в антравальном отделе и теле желудка, а также в слизистой оболочке с цилиндрическим эпителием ПЖП. У больных с язвенной болезнью желудка и ДПК Нр обнаружили у 55,8% из них, после резекции желудка — у 48%, с ГПОД — у 25%.

Желчь в пищеводе выявлена у больных с язвенной болезнью желудка и ДПК у 25,6% из них, с ГПОД — у 21,4%, после резекции желудка — у 32%. Но у больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера—Финстерера, она обнаружена у 66,7%, а при формировании поперечного анастомоза — у 8,9%.

Больным с ГЭРБ изучаемых групп назначали антирефлюксную диету и режим, а также медикаментозную терапию ингибиторами протонной помпы и прокинетиками, при этом длительность и дозировка препаратов зависела от тяжести заболевания. При обнаружении Нр в пищеводе и(или) желудке больные получали антихеликобактерную терапию согласно Маастрихским положениям. Больным с пренеопластическими осложнениями в слизистой оболочке ПЖП проводили фотодинамическую терапию.

Оперативному лечению (фундопликация по Ниссену) подверглись 15 (53,6%) пациентов с ГПОД. Показаниями к оперативному лечению были: упорно сохраняющиеся боли в эпигастрии и изжога, несмотря на длительное лечение, регургитация желудочного содержимого, эзофагит степени С и Д, не имеющий тенденции к эндоскопическому улучшению, данные рентгенологического исследования, подтверждающие наличие III или IV степени ГПОД. Из 15 человек 12 имели III степень ГПОД, 3 — IV степень, у 10 — была аксиальная грыжа, у 5 — параэзофагеальная грыжа, у 3 — фиксированная, у 12 — частично фиксированная и нефиксированная грыжа. После операции продолжали антирефлюксыкий режим и диету, медикаментозную терапию; в течение 3 мес наступила полная эпителилизация эрозий пищевода, постепенно больные перестали предъявлять жалобы. Больным, у которых были обнаружены преопластические изменения слизистой оболочки ПЖП, в послеоперационном периоде проведена фотодинамическая терапия с положительным в последующем результатом. На протяжении последующих 4–5 лет рецидива не наблюдали.

Выводы. 1. Больные всех групп имели пищеводные и внепищеводные проявления ГЭРБ, но у пациентов с язвенной болезнью желудка и ДПК ведущим симптомом была изжога, у больных после резекции желудка, особенно в модификации Гофмейстера—Финстерера, — ощущение горечи во рту, с ГПОД — загрудинная упорная боль.

2. Для больных после резекции желудка характерен эзофагит О — степени А, с язвенной болезнью желудка и ДПК — эзофагит степени А-В, с ГПОД — более тяжелые эрозивные степени эзофагита (С и Д).

3. У больных обследованных групп, особенно при язвенной ДПК после резекции желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера—Финстерера, часто обнаруживаются преопластические осложнения ГЭРБ, преимущественно на фоне лёгких степеней эзофагита, поэтому целесообразно выделять их в группу риска по развитию предраковых изменений слизистой оболочки и рекомендовать клинический и эндоскопический контроль с морфологическим исследованием ПЖП, определением Нр с последующим лечением.

4. Учитывая более частое возникновение осложнений после резекции желудка по Бильрот-II в

модификации Гофмейстера—Финстерера, следует рекомендовать хирургам методику резекции желудка с формированием поперечного гастроэнтероанастомоза.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Калинин А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: метод. указ. М., ГИУВ МОРФ. 2004. С. 40.
2. Королёв М. П., Федотов Л. Е., Антипова М. В., Иванов А. П. Пищевод Барретта (клиника, диагностика, лечение) // Альманах эндоскопии. 2002. № 1. С. 61–72.
3. Кубышкин В. А., Корняк В. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Диагностика, консервативное и оперативное лечение. М., 1999. 208 с.
4. Лапина Т. Л. Эзомепразол — первый ингибитор протонной помпы париетальных клеток желудка, созданный как мономазер: новые достижения в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2002. № 1. С. 23–29.
5. Маев И. В. Использование ингибиторов протонной помпы в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клин. мед. 2003. № 9. С. 54–58.
6. Старостин Б. Д., Старостина Г. А. Неэрозивная рефлюксная болезнь // Болезни органов пищеварения. 2004. № 2. С. 79–83.
7. Шумейко Н. К., Кириллов В. И. и др. Фаринголарингеальный рефлюкс — симптом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни или отдельная нозология // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2007. № 447. Прил. № 30. С. 119.
8. Bu X., Ma Y., Der R. et al. Body mass index is associated with Barrett oesophagus and cardiac mucosal metaplasia // Dig. Dis. Sci. 2006. Vol. 51, № 9. P. 1589–1594.
9. Casson A. Z., Williams L., Guernsey D. L. Epidemiology and molecular biology of Barrett esophagus // Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2005. Vol. 17, № 4. P. 284–291.

Поступила в редакцию 15.06.2012 г.

О. В. Дронова, А. А. Третьяков

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN CERTAIN SURGICAL DISEASES OF THE UPPER PARTS OF THE GASTRO- INTESTINAL TRACT

The examination included 340 patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) (200 patients with ulcer disease of the stomach and duodenum, 112 patients after Billroth II resection of the stomach, 58 with formed transverse gastroenteroanastomosis and 28 with hiatal hernia). Characteristics of clinical, endoscopic and morphological manifestations of GERD against the background of the disease in question were revealed which must be taken into consideration in differential diagnostics, medicamentous and operative treatment.