

В последние десятилетия гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и её осложнения привлекают внимание специалистов разного профиля: гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов, онкологов. Актуальность проблемы рефлюкс-эзофагитов сопряжена с тем, что неэффективность консервативной терапии и отказ от приёма лекарственных препаратов приводят к скорому рецидиву заболевания. В этой ситуации средние терапевтические дозы препаратов становятся недостаточными, чтобы купировать клинические проявления заброса содержимого желудка в пищевод и предупредить развитие осложнений, одним из которых являются предраковые изменения слизистой оболочки пищевода, получившие в мировой литературе название пищевода Барретта.

В настоящее время одним из наиболее сложных разделов в торакоабдоминальной хирургии остаётся хирургическое лечение заболеваний пищевода, активно разрабатываемое в нашей стране академиком РАМН Александром Черноусовым и его учениками. Активная хирургическая тактика эффективна при таких осложнениях рефлюкс-эзофагитов, как стриктуры и язвы пищевода. Во всём мире наибольшее распространение получила фундопликация по Ниссену и её модификации. Неудачи открытой фундопликации Ниссена, на наш взгляд, обусловлены конструктивными недостатками самой операции: полным разрушением связочного аппарата пищеводно-желудочного перехода, захватом в манжетку зоны деления блуждающего нерва, реальной опасностью повреждения нерва Латерже с развитием стазовой гиперсекреции, отсутствием хирургического механизма подавления секреции хлористоводородной кислоты и пепсина. Развитие «постфундопликационного» синдрома, включающего дисфагию, рецидив или усиление рефлюкса, сочетание дисфагии и рефлюкса, постпрандиальный синдром переполнения («газового вздутия») желудка или симптомы вагальной денервации желудка, побуждают хирургов совершенствовать методику операции или предлагать новые пути решения проблемы. Не менее важной задачей является внедрение оригинальных хирургических технологий в практическое здравоохранение.

В краевой клинической больнице № 2 Краснодара разработана и внедрена в широкую клиническую практику операция устранения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и формирования арефлюксной кардии. В клинике в тесном сотрудничестве работает мультидисциплинарная команда врачей: гастроэнтерологов, хирургов, эндоскопистов, морфологов, специалистов функциональной диагностики.

Только за последние 5 лет в этой крупной многопрофильной клинике разработаны и внедрены несколько десятков новых методов хирургического лечения, диагностики и профилактики заболеваний пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, толстой кишки, желчевыводящих путей и поджелудочной железы. В настоящее время сотрудники больницы принимают участие в разработке краевой программы по своевременной диагностике и оптимальному лечению предраковых заболеваний и ранних раков пищеварительной системы.

На диспансерном учёте в клинике состоит более 250 пациентов с рефлюкс-эзофагитом в возрасте от 22 до 77 лет. У 42 пациентов были выявлены предраковые изменения слизистой оболочки пищевода и установлен диагноз «пищевод Барретта». Хирургическое лечение проводили при неэффективности консервативной

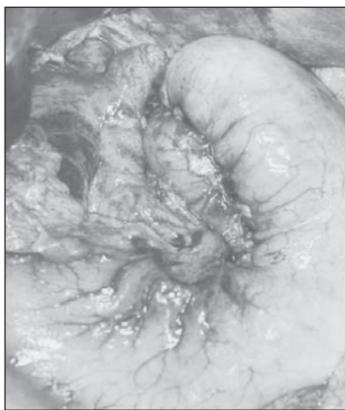
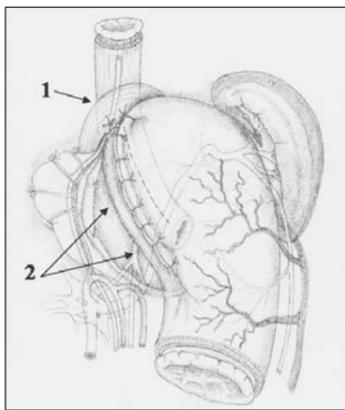


Рис. 1. Окончательный вид сформированной арефлюксной кардии (1 – пищевод с восстановленным связочным аппаратом; 2 – денервированный участок малой кривизны желудка)

Современные технологии

# Краснодарский почерк

## Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагитов и предраковых заболеваний пищевода

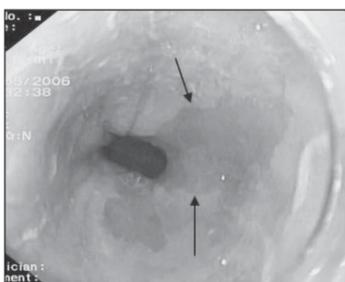


Рис. 2. ФГДС. Визуализируется ярко красный участок слизистой на уровне Z-линии

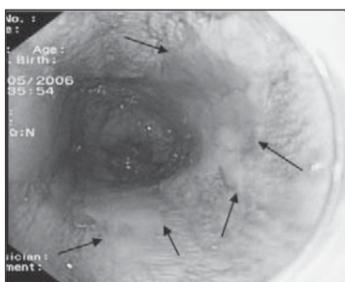


Рис. 3. Комбинированная хромокопия раствором люголя и метиленового синего. Очаг прокрашенной слизистой с усиленной рельефностью

терапии. В течение последних 3 лет в клинике применяется модифицированная лапароскопическая методика создания арефлюксной кардии и устранения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. По этой методике прооперировано 94 пациента, отдалённые результаты

дрии. Окончательный вид вновь созданной арефлюксной кардии представлен на рис. 1.

В предоперационном периоде, через 1,5-2, 6 и 12 месяцев после операции изучали клинические

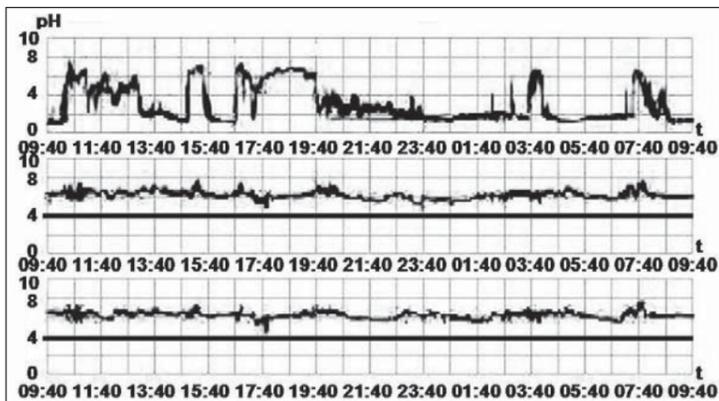


Рис. 4. Суточная pH-грамма желудка и пищевода (датчики расположены в кардии). Гастроэзофагеальные рефлюксы отсутствуют

лапароскопических операций требуют дальнейшей оценки. Наиболее подробно изучены результаты лечения 126 человек с рефлюкс-эзофагитом, прооперированных с использованием лапаротомного доступа.

В основе данной операции лежит мобилизация дна желудка, кардии и пищевода по типу суперселективной проксимальной ваготомии с сохранением стволов вагусов и главной двигательной ветви Латерже и восстановлением всех топографо-анатомических элементов физиологической кардии: абдоминального отдела пищевода, эзофаго-кардио-фундо- (интер)крупальных связок, угла Гиса, клапана Губарева с последующей инвагинацией пищевода в дно желудка и формированием искусственной арефлюксной кар-

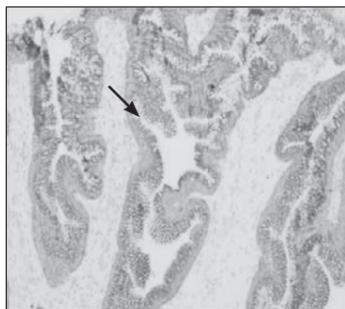


Рис. 5. Пищевод Барретта с желудочной метаплазией. Интенсивная реакция MUC 5AC (указано стрелкой). Увеличение x 200 (А), x 400 (Б)

проявления рефлюкс-эзофагита. Выполняли эндоскопическое исследование (видеоинформационная система с цифровым анализатором изображения) с хромокопией (прижизненная

окраска слизистой пищевода растворами метиленового синего 1% и люголя 1%) с последующей биопсией изменённой слизистой до и через год после операции. Особое внимание обращали на состояние слизистой оболочки пищевода, наличие эрозий, смыкание кардии, пролабирование слизистой желудка в пищевод. Границы и протяжённость очагов цилиндрической метаплазии дистального отдела пищевода оценивали на основании Пражских критериев, разработанных Международной рабочей группой экспертов по классификации эзофагитов на 12-й Европейской гастроэнтерологической неделе в 2004 г. При комбинированной хромокопии по разработанной

содержимого желудка в пищевод отсутствовали (см. рис.4).

В процессе динамического мониторинга данных биопсий у пациентов с предраковыми изменениями пищевода установлено, что уже через полгода после хирургического лечения у половины обследованных пациентов находили очаги эпидермизации в метаплазированном эпителии, а через год от начала лечения такие очаги наблюдали у всех пациентов вне зависимости от длины сегмента.

В послеоперационном периоде у больных рефлюкс-эзофагитом всё шире применяются методы иммуногистохимической диагностики, которые по своей чувствительности и специфичности превосходят традиционное

оригинальной методике 1%-ным раствором метиленового синего отмечали гетерогенность окрашивания и производили забор материала на патогистологическое исследование участков с повышенной интенсивностью накопления красителя. 1%-ный раствор Люголя использовали для чёткой визуализации границ поражения при коротких сегментах пищевода Барретта.

На рис. 2 показана нативная картина пищевода Барретта – визуализируется ярко-красный участок слизистой на уровне Z-линии. Комбинированная хромокопия по предложенной методике представлена на рис. 3, очаг метаплазии и его границы визуализируются более четко.

Уже через месяц после операции эзофагит отсутствовал у всех пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью без предраковых изменений, а у больных с пищеводом Барретта не наблюдалось прогрессирования заболевания, размеры сегментов метаплазии не увеличивались согласно Пражским критериям. Такая тенденция сохранялась и в более отдалённые сроки после оперативного вмешательства.

Результаты полипозиционной рентгенографии желудочно-кишечного тракта с контрастированием бариевой взвесью в различные сроки после операции свидетельствуют, что через 1,5-2 месяца после оперативного лечения восстанавливалось плотное смыкание кардии. В течение 3 лет диспансерного наблюдения грыжа пищеводного отверстия диафрагмы не рецидивировала.

гистологическое исследование, позволяющее значительно упростить как сам процесс верификации пищевода Барретта, так и определение неопластического потенциала метаплазированного эпителия пищевода.

Имуногистохимическое исследование проводили с использованием антител к муцинам (MUC5AC, MUC2) (см. рис.5), цитокератинам (CK7/CK20) и определения индекса пролиферации (ядерная метка Ki-67). Во всех случаях проведение антирефлюксной операции стабилизировало метапластические процессы в слизистой оболочке пищевода и способствовало снижению их онкогенного потенциала.

Таким образом, внедрение новых хирургических технологий позволяет эффективно устранять клинические проявления и последствия рефлюкс-эзофагитов. Проведённый анализ клинических, эндоскопического, рентгенологического исследований и суточной pH-метрии выявил уменьшение и(или) исчезновение симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после проведённого хирургического лечения по предложенной методике. В связи с арефлюксностью конструкции вновь созданной кардии протяжённость сегментов пищевода Барретта не увеличивалась, прогрессирования метаплазии и появления дисплазии не наблюдалось, следовательно, заболевание в послеоперационном периоде не прогрессировало.

**Владимир ДУРЛЕШТЕР,**  
заместитель главного врача  
Краснодарской краевой больницы  
№ 2 по хирургии,  
профессор кафедры хирургии № 1  
Кубанского государственного  
медицинского университета,  
заслуженный врач РФ.

**Наталья КОРОЧАНСКАЯ,**  
руководитель  
гастроэнтерологического центра  
ККБ № 2,  
профессор кафедры хирургии  
№ 1 Кубанского государственного  
медицинского университета.

**Руслан СИУХОВ,**  
врач-хирург хирургического  
отделения № 4 ККБ № 2,  
кандидат медицинских наук.

**Наталья ШАБАНОВА,**  
клинический фармаколог ККБ № 2,  
кандидат медицинских наук.

**Людмила ДРЯЕВА,**  
заведующая  
патологоанатомическим  
отделением ККБ № 2,  
кандидат медицинских наук.