

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
МЕДИЧНОЇ НАУКИ
ТА ПРАКТИКИ**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
ВИПУСК 77**

ТОМ 1

КНИГА 2

Запоріжжя, 2010

УДК 61 (063)

ББК 5я431

А 43

Редакційна колегія:

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – О.С. Никоненко, член-кореспондент НАН України, д.мед.н., професор, Лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, Заслужений діяч науки і техніки України, ректор Запорізької медичної академії післядипломної освіти.

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА:

- І.М. Фуштей, д.мед.н., професор, проректор з наукової роботи ЗМАПО;
- С.Д. Шаповал, д.мед.н., професор, перший проректор з науково-педагогічної роботи ЗМАПО.
- С.М. Дмитрієва, д.мед.н., професор, проректор з науково-педагогічної, методичної та виховної роботи ЗМАПО;

ВІДПОВІДАЛЬНІ СЕКРЕТАРІ:

- Н.Г. Завгородня, д.мед.н., професор, завідувача кафедрою очних хвороб ЗМАПО.

Члени редколегії:

- | | |
|--|--|
| Н.Г. Бараннік, д.мед.н., професор; | В.П. Мірошниченко, д.мед.н., професор; |
| Н.М. Бучакчійська, д.мед.н., професор; | М.М. Милиця, д.мед.н., професор; |
| Б.М. Голдовський к.мед.н., доцент; | О.П. Мягков, д.мед.н., професор; |
| С.М. Гриценко, д.мед.н., професор; | Л.С. Овчаренко, д.мед.н., професор; |
| О.Д. Гусаков, д.мед.н., професор; | А.М. Побєл, д.мед.н., професор; |
| М.Я. Доценко, д.мед.н., професор; | Р.М. Портус, д.мед.н., професор; |
| О.О. Ковальов, д.мед.н., професор; | В.Ф. Посний, д.мед.н., професор; |
| І.В. Кочін, д.мед.н., професор; | Ю.В. Просвєтов, к.мед.н., доцент; |
| В.І. Кошля, д.мед.н., професор; | Ю.І. Решетілов, д.мед.н., професор; |
| Н.С. Луценко, д.мед.н., професор; | О.І. Токаренко, д.мед.н., професор; |
| О.О. Люлько, д.мед.н., професор; | В.С. Якушев, д.мед.н., професор; |
- В.Г. Ярешко, д.мед.н., професор.

Рецензенти:

В.Г. Дейнега, д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України; О.В. Губка, д.мед.н., професор.

Матеріали збірника друкуються згідно рішення Вченої ради Запорізької медичної академії післядипломної освіти (протокол № 03 від 31.05.2010 р.)

Атестований в галузі медичних наук Вищою атестаційною комісією України, перелік № 14 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора та кандидата наук (додаток до постанови президії ВАК України від 30 червня 2004р. № 3-05/7)

А 43 Актуальні питання медичної науки та практики: Зб. наук. пр. ЗМАПО. Випуск 77, Т1, К2 – Запоріжжя, 2010. – 256 с.

ISBN 978-966-2404-04-3

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори

SUMMARY
**SEXUAL, AGE-SPECIFIC AND CLINICAL FEATURES OF A CHRONIC
NONATROPHIC AND ATROPHIC GASTRITIS CURRENT.**

Zak M.U.

"Institute of gastroenterology AMS of Ukraine", Dnepropetrovsk.

At 51 patients with nonatrophic chronic gastritis (CG) and at 73 patients with atrophic CG sexual, age and clinical features of disease current were analysed. It is established, that nonatrophic CG is happening approximately at equal quantity of women and men, and an occurrence parity of atrophic CG at women and men is equally 1:2,8. Atrophic CG is met at patients of the senior age groups a little bit more often, however essential differences in the middle age patients between groups were not established ($> 0,05$). In a clinical picture of nonatrophic CG dominated abdominal pain syndrome which was met at all patients, dyspepsia frustration have been less expressed and met at 40 (78,4 %) patients. On the contrary, in a clinical picture of atrophic CG over poorly expressed pain syndrome dominated dyspepsia complaints which were met at all patients.

Key words: a chronic gastritis, a sex, age, a clinical current.

УДК 616.33-007.43-008.63-07-08

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

А.В.Клименко, Ю.А.Кузнецова

Кафедра. госпитальной хирургии

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищевого отверстия диафрагмы, лапароскопическая фундопликация.

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – одно из самых распространенных заболеваний в практике гастроэнтеролога индустриально развитых стран [1, 7]. Полноценная диагностика, правильное консервативное и своевременное оперативное лечение играют решающую роль в профилактике тяжелых инвалидизирующих осложнений ГЭРБ, развитии пищевода Баррета и рака пищевода.

В последние годы мировое сообщество гастроэнтерологов уделяет огромное внимание проблеме ГЭРБ. Результатом этого явилось внедрение в практику новых диагностических и лечебных методов, дающих возможность взглянуть на проблему ГЭРБ под другим углом.

В ноябре 2009 года в Лондоне (Великобритания) состоялся международный конгресс гастроэнтерологов – GASTRO 2009 UEGW/WCOG, London. Значительное количество секций и докладов этого конгресса было посвящено проблеме ГЭРБ, в частности, пищеводу Баррета и раннему раку пищевода. Ряд докладов оценивал результаты консервативного и оперативного методов лечения ГЭРБ.

Диагностические задачи хирурга и терапевта значительно отличаются и прежде всего это обусловлено применением разных методов лечения. Для терапевта важнейшей задачей является не только выявить и устранить основные симптомы ГЭРБ, но и своевременно диагностировать раннее злокачественное новообразование пищевода и пищевод Баррета. Кроме того терапевт обязан выделить группу пациентов бесперспективных для дальнейшего консервативного лечения как монотерапии. Выявление предракового состояния – пищевода Баррета и раннего рака пищевода возможно при ранней обращаемости и правильно налаженной диспансеризации пациентов, применении современных мировых стандартов диагностики и новых, перспективных её методов. В частности, мировым стандартом является эндоскопическое исследование пищевода под седацией с окрашиванием слизистой пищевода. Такое исследование позволяет выявить достоверно большее количество очагов дисплазии и раннего рака пищевода. Добавление в эту схему методов улучшенной визуализации таких как эндоскопия с высоким разрешением, конфокальная эндомикроскопия, узкополосная микроскопия, аутофлюоресцентная эндоскопия, эндоскопия с использованием световых фильтров, а также их сочетаний позволяет досконально исследовать слизистую оболочку пищевода и нацелить врача на участки слизистой, с которых нужно брать биопсию. Несмотря на множество великолепных визуализирующих методик, по мнению большинства исследователей, еще достаточно рано отказаться от биопсии как окончательного метода диагностики морфологических изменений слизистой пищевода [5]. Применение современных, широко распространенных в мировой гастроэнтерологии методов эндоскопической терапии, таких как радиочастотная абляция и эндоскопическая резекция слизистоподслизистого слоев пищевода позволяет провести эффективную профилактику и лечение опухолей пищевода. В связи с внедрением данных методов эндотерапии, в ведущих мировых центрах лечения заболеваний пищевода резко снизилось количество эзофагэктомий. Снижается количество «открытых» операций на пищеводе в пользу миниинвазивных видеолапароскопических и видеоторакоскопических операций. Растет качество жизни и выживаемость пациентов при этой тяжелой патологии.

Не менее важной задачей является определение группы больных у которых консервативное лечение не дает стойкого эффекта и не является профилактикой осложненного течения ГЭРБ – группы, которым необходим этап оперативного лечения. Несмотря на то, что оперативное лечение может оборвать прогрессирование ГЭРБ, больные после операции должны наблюдаться терапевтом в диспансерной группе [12, 13, 15]. Классическим абсолютным показанием к операции, а на современном этапе это подразумевает под собой лапароскопическую фундопликацию по Ниссену с крурорафией, является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) любой степени, проявляющаяся ГЭРБ. Распространено заблуждение, что нужно оперировать грыжу ПОД только II степени и выше. Однако, как свидетельствует мировая практика и наш личный опыт грыжа ПОД I степени

не оставляет больному шансов на длительный период ремиссии и опасна развитием язвы пищевода, пищевода Баррета и рака пищевода [2, 3, 7]. При грыже ПОД I степени, а тем более при грыже ПОД II-III степеней, всегда происходит укорочение пищевода и смещение кардиального отдела в направлении грудной клетки, что лишает пищеводно-желудочный переход запирающей функции, приводит к рефлюксу желудочного содержимого в пищевод и развитию эзофагита. Применение ингибиторов протонной помпы в этом случае является действенной мерой купирования симптомов ГЭРБ, однако не исключает рефлюкса желудочного содержимого в пищевод и не гарантирует от осложнений.

Абсолютным показанием к операции также считается наличие экстрапищеводных осложнений ГЭРБ. Это осложнения со стороны ЛОР-органов и ротовой полости (хронический субатрофический фарингит, ларингит, глоссит, гингивит и т.д.), бронхолегочные осложнения (хронический бронхит с приступами удушья и без, аспирационная пневмония), сердечные осложнения (аритмия, гипертонический криз, приступ стенокардии), анемия [4, 8, 9]. Операция в сочетании с поддерживающей консервативной терапией ИПП значительно улучшает состояние больных, хотя для исчезновения некоторых симптомов требуются месяцы [7, 10].

Тяжелое течение ГЭРБ подразумевает под собой возникновение эрозивного эзофагита, пептической язвы пищевода, пептической структуры пищевода, пищевода Баррета и требует включения в лечебную программу хирургического этапа лечения [6, 11, 14]. Если последние три пункта вряд ли вызовут сомнение, то показания к оперативному лечению при ГЭРБ с эрозивным эзофагитом, носящие характер относительных, следует детализировать. Во-первых, почему у больного при адекватной терапии ИПП рецидивирует эрозивный эзофагит либо эрозии имеют слабую тенденцию к заживлению? Если ответ на этот вопрос находится в плоскости недостаточная доза – неправильный прием препаратов, – это можно откорректировать. Если же перед нами пациент с низким комплаенсом, оптимальное решение – лапароскопическая фундопликация по Ниссену, задняя круорография. Во-вторых, – какова морфология эрозий? В ряде случаев – это дисплазия эпителия по кишечному типу, требующая эндотерапии. В третьих, если все согласно консенсусу, а клиника ГЭРБ остается? Таким пациентам хирургическое лечение может облегчения не принести. Более того, ряд ведущих хирургов (Н. Van Der Port, В. Dallemagne) считают, что при этой ситуации операция противопоказана. Возможно таким пациентам более правильным будет искать помощи у психиатра. Проведение суточной рН-метрии пищевода позволяет выявить больных с атипично протекающей неэрозивной ГЭРБ и ответить на вопрос о причастности рефлюкса кислого желудочного содержимого к клиническим проявлениям и такой, к примеру, болезни как бронхиальная астма [4, 9, 11].

Из вышеизложенного становится понятно, что терапевт-гастроэнтеролог доказывает диагноз, выставляет показания к операции и направляет пациента на этап хирургической коррекции. В этом случае в

диагностические задачи хирурга входит выявить противопоказания к операции, а не повторять весь арсенал доказательного звена диагностики.

Интересна эволюция взглядов на необходимость хирургического лечения по относительным показаниям (эрозивный эзофагит) в странах запада за последние 10 лет. Если в конце девяностых, на волне всеобщего восхищения минимальной травматичностью лапароскопических операций, на операцию направляли как на абсолютно альтернативный консервативному лечению метод, вдобавок дающий долговременный эффект, то на конгрессе в Лондоне наметилась тенденция к более взвешенному отбору пациентов на оперативное лечение по относительным показаниям [12, 15]. Однако это не следует понимать как откат на старые позиции, так как здравоохранение Украины и США значительно отличается и по уровню диспансеризации и по отношению к здоровью самих пациентов. Кроме того количество лапароскопических фундопликаций, проведенных в это время в США, измеряется сотнями тысяч, в Украине же оно едва переваливает за тысячу [3].

Преимущества лапароскопической фундопликации по Ниссену несомненны. Во-первых, исчезновение изжоги и ассоциированных с ней кардиальных проявлений уже в первые сутки после операции. Во-вторых, великолепная переносимость операций лицами всех возрастных категорий. В-третьих, практически полное отсутствие болевого синдрома и подчас необходимости во введении анальгетиков. В-четвертых, возможность питаться с первых суток после операции. Все это ставит лапароскопическую фундопликацию по Ниссену в ряд наиболее желаемого лечения пациентов с патологией пищевода [1, 2, 3, 7].

Десятилетнее наблюдение за больными после лапароскопической фундопликации по Ниссену выявило необходимость приема ИПП из-за возврата клинической симптоматики у 10-18% пациентов [10, 12, 15]. В основном возврат клиники возникает в группе больных с выраженным ожирением и у лиц не соблюдающих рекомендации об ограничении тяжелой физической нагрузки. В целом, рядом рандомизированных контролируемых исследований доказано преимущество оперативного метода лечения ГЭРБ перед консервативным, в особенности, как единственного метода, изменяющего естественное течение болезни [3, 7].

Цели работы. На основе материалов международного конгресса гастроэнтерологов – GASTRO 2009 UEGW/WCOG, London и персонального опыта авторов сделана попытка обобщить новые тенденции в диагностике и лечении ГЭРБ, и в этом свете представить преемственность между терапевтом и хирургом в лечении данной категории больных.

Материал и методы. В клинике госпитальной хирургии Запорожского государственного медицинского университета за 2009 - 2010 года произведено 26 лапароскопических фундопликаций по абсолютным показаниям при тяжелом течении ГЭРБ. Женщин было – 11, мужчин – 15. Возраст больных был от 33 до 76 лет. У всех пациентов была грыжа ПОД I-IV степени, ГЭРБ, пептический эрозивный рефлюкс-эзофагит ст. "В" и "С". У двух больных была гигантская грыжа ПОД. Длительность заболевания составила от 2 до 40 лет. У

двух больных выявлен пищевод Баррета. У 8 пациентов был эзофагопульмонарный синдром, у 3 – эзофагокардиальный, у 9 больных имел место хронический фарингит, у 1 - анемия, у 1- стоматит, глоссит. У одного пациента течение ГЭРБ осложнилось пептической язвой пищевода. Всем пациентам в до и послеоперационном периоде проведены эзофагоскопия с биопсией, рентгеноскопия пищевода, рН-метрия.

Результаты и их обсуждение. Летальных исходов, конверсий не было. Все пациенты выписаны из стационара на 4-5 сутки послеоперационного периода. Значимых интраоперационных и послеоперационных осложнений не отмечено.

Все оперированные пациенты с первого дня после операции ощутили исчезновение симптомов ГЭРБ.

Всем больным после выписки из хирургического отделения рекомендовано диспансерное наблюдение гастроэнтеролога.

В сроки наблюдения от 1 до 12 месяцев данных, указывающих на возобновление клинических проявлений ГЭРБ не отмечалось.

ВЫВОДЫ

1. Современные методы диагностики и лечения позволяют эффективно предотвращать и лечить осложнения ГЭРБ.
2. Лапароскопическая фундопликация является методом выбора в лечении ГЭРБ на фоне грыжи ПОД.
3. Больные с грыжей ПОД любой степени в сочетании с рефлюксэзофагитом, а также больные с ГЭРБ, не поддающейся консервативному лечению, должны своевременно, до развития тяжелых осложнений, направляться для выполнения лапароскопической фундопликации по Ниссену.
4. Необходимо внедрение передовых технологий и создание на их основе центров лечения заболеваний пищевода.

Наша работа предполагает дальнейшее четкое взаимодействие гастроэнтеролога и хирурга по своевременному выявлению больных ГЭРБ, нуждающихся в хирургическом лечении; проведение лапароскопической фундопликации по Ниссену; а также проспективное диспансерное наблюдение гастроэнтеролога за прооперированными больными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахангишвили Р.Ш., Кржечковская В.В. Гастроэнтерология: заболевания пищевода. Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 477 с. – (Медицина для вас)
2. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. М.: «Спрос», 1999. – 208 с.
3. Фомин П.Д., Грубник В.В., Никишаев В.И., Малиновский А.В. Неопухольевые заболевания пищевода. К.: ООО «Бизнес-Интеллект», 2008 г. – 304 с.
4. Akyildiz S., Varis A., Vardar R. et all. Impact of different ph cut-off values on patients with laryngopharyngeal reflux disease // Gut 2009; 58 (Suppl II) A436

5. Alvarez Herrero L., Pouw R.E., van Vilsteren F.G.I. Radiofrequency ablation for very long segments of barrett oesophagus containing neoplasia // Gut 2009; 58 (Suppl II) A48
6. Broeders J., Rijnhart-de Jong H.G., Draaisma W.A. et al Ten-year outcome of laparoscopic and conventional nissen fundoplication: randomised clinical trial Gut 2009; 58 (Suppl II) A7
7. Gastroesophageal reflux disease: diagnosis and treatment. Интернет-ресурс: www.websurg.com
8. Giannikoulis C.J., Karkoulis K.P., Thomopoulos K.X. et al. Patients with gastro esophageal reflux disease and respiratory manifestations don't present lung function disorders during exercise test // Gut 2009; 58 (Suppl II) A283
9. Karoui S., Bibani N., Kallel L. et al. Nighttime proximal gastro-esophageal acid reflux in patients with chronic pharyngitis and laryngitis // Gut 2009; 58 (Suppl II) A431
10. Roks D.J.G.H., Broeders J.A.J.L., Draaisma W.A. Objective predictors of recurrent reflux disease after primary Nissen fundoplication // Gut 2009; 58 (Suppl II) A7.
11. Savarino E., Zentilin P., Pohl D., Marabotto E. Reflux patterns in patients with short and long segment barrett's esophagus, erosive esophagitis and controls: a study using impedance-ph monitoring // Gut 2009; 58 (Suppl II) A137
12. Spechler SJ, Lee E, Ahnen D, et al. Long-term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease: follow-up of a randomized controlled trial. JAMA 2001; 285: 2331-8.
13. Stein H.J, Feussner H, Siewert J.R. Failure of antireflux surgery: causes and management strategies. Am J Surg 1996;171:36-40.
14. Yada T., Akiyama J., Uemura N. Regression of barrett's esophagus with proton pump inhibitor therapy Gut 2009; 58 (Suppl II) A139
15. Yuan Y., Dattani N.D., Scarpignato C., Hunt R.H. Use of antisecretory medication after antireflux surgery: evidence of an unmet need? // Gut 2009; 58 (Suppl II) A283.

SUMMARY

CONTEMPORARY DIAGNOSTIC AND THERAPY ASPECTS IN GASTROESOPHAGIAL REFLUX DISEASE.

Klymenko A.V., Kuznetsova U.A.

The article combines authors experience with data from GASTRO 2009 UEGW/WCOG, London in gastroesophageal reflux disease. The authors demonstrate a strong need of cooperation between a gastroenterologist and a surgeon treating GERD. The results of the laparoscopic fundoplication in 26 patients are described in the article.

Key words: gastroesophageal reflux disease, hiatal hernia, Nissen fundoplication