



Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: показания к хирургическому лечению

Н.И. Башилов

Адрес для переписки: Никита Иванович Башилов, nikita.bashilov@gmail.com

В настоящее время в развитых странах гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) занимает одно из ведущих мест в перечне заболеваний желудочно-кишечного тракта по распространенности. ГЭРБ значительно снижает качество жизни больных. Пациенты вынуждены менять привычный образ жизни, длительно принимать лекарственные препараты, строго соблюдать диету. В связи с этим актуальными остаются вопросы лечения ГЭРБ, назначения различных терапевтических методик.

В статье представлены современные подходы к определению показаний для хирургического лечения больных ГЭРБ, практические рекомендации, методы оценки эффективности терапии.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, консервативная терапия, хирургическое лечение, лапароскопия

Введение

Заболевание, характеризующееся забросом желудочного содержимого в пищевод, известно с давних времен. Упоминания об изжоге и отрыжке встречаются в трудах Авиценны. В XVIII в. J. Hunter описал обнаруженные при аутопсии воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода. В 1879 г. Н. Quinke выделил гастроэзофагеальный рефлюкс в отдельную нозологическую единицу.

Известно множество терминов, характеризующих данное заболевание. В разные исторические периоды гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) называли пептическим эзофагитом или рефлюкс-эзофагитом, реф-

люксной болезнью или гастроэзофагеальным рефлюксом (хотя в половине случаев поражение слизистой оболочки пищевода отсутствует, а собственно рефлюкс может быть физиологическим явлением и встречаться у абсолютно здоровых лиц) [1, 2]. В 1996 г. в Международную классификацию болезней был введен термин ГЭРБ. Он наиболее полно отражает особенности данной патологии [3, 4].

Ассоциация гастроэнтерологов России определяет ГЭРБ как хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно

повторяющимся забросом в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием функциональных нарушений и/или дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, простого (катарального), эрозивного или язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных со временем – цилиндроклеточной (железистой) метаплазии (пищевода Барретта) [5].

Согласно результатам многоцентровых исследований, у 44% населения по крайней мере один раз в месяц появляются симптомы изжоги, 7% сотрудников лечебных учреждений испытывают ее ежедневно, а 18% населения вынуждены прибегать к симптоматическому самолечению. Установлено, что желудочно-пищеводный рефлюкс имеет место у 3–4% всей популяции, причем его распространенность у лиц старше 55 лет возрастает примерно до 5%. Среди них 20% страдают тяжелым рефлюксом, вызывающим такие осложнения, как пищевод Барретта (10–15%), изъязвления (2–7%), стриктуры (4–20%), кровотечение (2%). Регургитация и ночная аспирация обнаруживаются у 40% пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), изжога и рефлюкс – у 86%, тошнота и рвота – у 40%.



Следует отметить увеличение в последние годы частоты развития ГЭРБ и ее осложнений. В России распространенность ГЭРБ составляет 18–46%. Почти у 60% пациентов, обратившихся за первичной терапевтической помощью, регистрируется наличие изжоги. В то же время показатели истинной распространенности ГЭРБ значительно выше статистических. Это обусловлено, в частности, тем, что лишь менее трети больных ГЭРБ обращаются к врачу. Не случайно гастроэнтерологи называют ГЭРБ болезнью XXI в. [6–12]. ГЭРБ не влияет на продолжительность жизни, но значительно ухудшает ее качество в период обострений. Медикаментозное лечение в 90–95% случаев эффективно, тем не менее после его отмены в течение полугода рецидив симптомов наблюдается у 50% больных, через год – у 80–100% [3, 7]. Как правило, алгоритм лечения предусматривает применение препаратов в высоких дозах, а поддерживающая терапия достаточно продолжительна. Таким образом, консервативное лечение обычно носит симптоматический характер. Во многих случаях эффект непродолжителен, что лишь отдалает сроки развития осложнений, подлежащих оперативному лечению [13]. Иными словами, единственным методом, позволяющим восстановить функцию кардиального сфинктера, устранить гастроэзофагеальный рефлюкс и его последствия, является выполнение антирефлюксных операций.

Основные принципы терапии

В 1990-х гг. арсенал врачей-гастроэнтерологов в отношении лечения пациентов с ГЭРБ существенно расширился, в том числе за счет появления на фармацевтическом рынке ингибиторов протонной помпы, развития лапароскопических малоинвазивных методов оперативной техники. Сегодня схема лечения зависит от индивидуальных особенностей течения заболевания, причин его развития, наличия

осложнений и сопутствующих заболеваний.

Цели лечения ГЭРБ заключаются в максимально быстром купировании клинических симптомов, улучшении качества жизни, лечении эзофагита, заживлении эрозий, профилактике рецидивирования, предотвращении или устранении осложнений [6, 14]. К основным принципам комплексной терапии относят снижение объема желудочного содержимого, повышение антирефлюксной функции нижнего пищеводного сфинктера, усиление эзофагеального очищения, защиту слизистой оболочки пищевода от повреждения, устранение анатомического дефекта [2, 3].

Основные мероприятия консервативной терапии включают:

- изменение образа жизни, режима и характера питания;
- улучшение резистентности слизистой оболочки пищевода;
- применение антацидных препаратов, урсодезоксихолевой кислоты и холестирамина, блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов, ингибиторов протонной помпы, прокинетических препаратов;
- противорецидивное лечение [1, 2, 5, 15, 16].

Обратите внимание: у 5–10% больных ГЭРБ лекарственная терапия малоэффективна, поэтому применяются оперативные методы лечения [14].

Основные аргументы в пользу хирургического лечения ГЭРБ:

- операция воздействует на саму причину возникновения рефлюкса, в то время как лекарственная терапия в большей степени направлена на купирование симптомов заболевания;
- более 90% пациентов обычно удовлетворены результатами хирургического лечения;
- после операции значительно сокращается потребность в лекарственной терапии (только 14% пациентов продолжают прием препаратов);
- снижается необходимость в постоянном медицинском наблюдении.

Показания и противопоказания к хирургическому лечению

Около 40 лет назад оперативное вмешательство назначалось только при наличии осложнений ГЭРБ или неэффективности других методов лечения и, как правило, сопровождалось длительным периодом реабилитации. Кроме того, оперативное лечение не всегда оправдывало надежды, которые на него возлагались [13]. В течение последних двух десятилетий бурного развития лапароскопических подходов к лечению многих заболеваний брюшной полости были радикально пересмотрены показания к проведению операций, противопоказания, методы предоперационной подготовки и собственно техника выполнения операций.

Результаты большинства отечественных и зарубежных исследований показали, что хирургическое лечение почти полностью устраняет симптомы заболевания и значительно улучшает качество жизни пациентов [17].

При обсуждении современных методов коррекции ГЭРБ во главу угла ставят прежде всего функциональную роль пищеводно-желудочного перехода. Именно функционированием сложного механизма, препятствующего желудочно-пищеводному рефлюксу, отличаются предлагаемые методы.

Сегодня к хирургической коррекции ГЭРБ предъявляются два основных требования: во-первых, восстановление нормальной анатомии путем репозиции кардии и удержания ее под диафрагмой и, во-вторых, создание антирефлюксного барьера за счет формирования постоянного острого кардиофундального угла [18]. Иначе говоря, оперативное лечение направлено на восстановление в первую очередь функции кардии желудка, что обеспечивает:

- уменьшение симптомов, связанных с гастроэзофагеальным рефлюксом, и предотвращение его осложнений;
- ликвидацию данного рефлюкса (подтверждается исследовани-

гастроэнтерология



ем рН среды пищевода после операции);

- нормализацию образа жизни пациентов в соответствии с их возрастом и социальной активностью (отсутствие необходимости принимать определенное положение тела, применение лекарственной и диетической терапии);
- отсутствие дискомфорта и отрыжки при глотании;
- снижение или исчезновение метеоризма или рвоты [19].

Согласно данным литературы, показания к хирургическому лечению ГЭРБ весьма противоречивы. По мнению хирургов, показания к оперативной коррекции достаточно обширны, поскольку нередко через короткий промежуток времени после медикаментозного лечения наблюдается рецидив симптомов, а желудочно-пищеводный рефлюкс осложняется стенозом или рубцовой деформацией пищевода. М. Meining и соавт. показанием к хирургическому лечению считают неэффективность консервативной терапии ГЭРБ в течение шести месяцев независимо от наличия или отсутствия хиатальной грыжи, а также развитие осложнений (пептических язв или стеноза пищевода). Не лишним будет напомнить, что в клинической практике имели место случаи оперативного лечения больных ГЭРБ вследствие ГПОД при неэффективности консервативной терапии в течение четырех недель. Кроме того, плановые операции проводились при катаральном рефлюкс-эзофагите с частыми обострениями, несоблюдении режима консервативного лечения (нередко по экономическим соображениям). В то же время высказывалось и другое мнение: подавляющее большинство пациентов с рефлюкс-эзофагитом требуют консервативного лечения. Оперативное вмешательство применялось только при наличии строгих показаний (кровотечение, пептическая стриктура пищевода, подозрение на рак, гигантские ГПОД с анемическим

синдромом, сопутствующее заболевание, требовавшее хирургического лечения). R.A. Menin и соавт. предлагали учитывать не только наличие рефлюкс-эзофагита, но также снижение давления в нижней пищеводной зоне высокого давления (НПЗВД) менее 10 мм рт. ст. и интенсивное закисление пищевода. Еще один подход состоял в назначении оперативного вмешательства исключительно при внепищеводных проявлениях рефлюкс-эзофагита (повторные пневмонии, частое обострение хронического бронхита, хронический рефлюксный ларингит и фарингит, поражение зубов) [3, 13, 20].

В.И. Остретков и соавт. [21] выделяют абсолютные, настойчивые и относительные показания к хирургическому лечению ГЭРБ.

Абсолютные показания:

- ✓ стенозирующий рефлюкс-эзофагит;
- ✓ ГЭРБ с метаплазией слизистой оболочки пищевода (пищевод Барретта);
- ✓ селективная проксимальная ваготомия у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки независимо от наличия ГЭРБ;
- ✓ ГПОД с наличием катарального, эрозивно-язвенного или хронического рефлюкс-эзофагита;
- ✓ ГЭРБ с укорочением пищевода (приобретенный короткий пищевод);
- ✓ ГЭРБ, осложненная кровотечением с явлениями хронической анемии.

Настойчивые показания:

- ✓ ГЭРБ с признаками рефлехторной стенокардии;
- ✓ ГЭРБ с наличием псевдокоронарных болей;
- ✓ ГЭРБ с ларингеальной или пульмональной симптоматикой;
- ✓ резекция желудка у пациентов с язвенной болезнью и наличием ГЭРБ;
- ✓ триада Кастена;
- ✓ лапароскопическая холецистэктомия при наличии у больных ГЭРБ с явлениями рефлюкс-эзофагита, не поддающегося консервативному лечению.

Относительные показания: состояние при резекции желудка или холецистэктомии, выполняемых соответственно по поводу язвенной и желчнокаменной болезни; наличие у таких больных ГЭРБ с закислением пищевода более 12 мин/ч, снижением коэффициента (отношение давления в НПЗВД к внутрижелудочному) менее 2,5:1, укорочением НПЗВД менее 3 см.

Ряд авторов к настойчивым показаниям также относят бесперспективность медикаментозных методов лечения при наличии грубых морфологических изменений в пищеводе или выраженных экстрапищеводных проявлений ГЭРБ, снижающих качество жизни больного. У каждого третьего такого больного ГЭРБ сочетается с ГПОД, при которой консервативная терапия имеет симптоматическое значение и характеризуется непродолжительным эффектом непосредственно в момент ее проведения. Кроме того, пациентам молодого возраста с невысоким риском оперативного лечения, у которых симптомы заболевания исчезают на фоне приема омепразола, но рецидивируют сразу после его отмены, целесообразно выполнять раннюю антирефлюксную операцию [4, 12].

А.Н. Огороков [1] приводит следующие показания к антирефлюксному хирургическому лечению:

- ✓ стриктура пищевода;
- ✓ геморрагический эзофагит, глубокие язвы пищевода, рефрактерные к адекватной антирефлюксной терапии (ГЭРБ III–IV стадий);
- ✓ ГЭРБ в сочетании с бронхиальной астмой или повторными пневмониями, рефрактерными к адекватному антирефлюксному лечению (при наличии признаков аспирации на фоне резко сниженного тонуса нижнего эзофагального сфинктера);
- ✓ необходимость долгосрочной антирефлюксной терапии у молодых пациентов с ГЭРБ;
- ✓ пищевод Барретта – наличие желудочной метаплазии слизистой



оболочки пищевода проксимальнее 2,5 см от кардии (желудочно-пищеводного соединения).

Д.Ю. Петров и А.В. Смирнов [4] подразделяет показания на четыре группы:

- 1) отсутствие эффекта от консервативного лечения или выраженность побочных эффектов лекарственных препаратов;
- 2) желание больного;
- 3) осложненные формы эзофагита;
- 4) экстраэзофагеальные проявления ГЭРБ.

Кроме того, при назначении оперативного лечения ГЭРБ необходимо учитывать критерии, позволяющие прогнозировать низкую эффективность консервативной терапии:

- 1) морфологические:
 - эндоскопические:
 - ✓ эрозивный рефлюкс-эзофагит, особенно стадий С и D по Лос-Анджелесской классификации;
 - ✓ сочетание гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов;
 - ✓ уменьшение расстояния от резцов до кардии менее 38 см;
 - ✓ наличие стриктур;
 - рентгенологические:
 - ✓ неполное смыкание кардии;
 - ✓ фиксированные ГПОД;
 - ✓ большие грыжи – кардиофундальные, субтотальные и тотально-желудочные;
- 2) функциональные:
 - рН-метрические:
 - ✓ процент общего времени с $4 < \text{pH} \geq 9\%$;
 - ✓ число продолжительных рефлюксов более 5 минут ≥ 4 рефл/сут;
 - ✓ наибольшая продолжительность рефлюкса ≥ 10 минут;
 - ✓ индекс De Meester ≥ 30 ;
 - манометрические:
 - ✓ уменьшение амплитуды волн давления в дистальной части пищевода < 40 мм рт. ст.;
 - ✓ уменьшение общей длины < 30 мм и абдоминальной части нижнего пищеводного сфинктера (НПС) < 10 мм;
 - ✓ увеличение количества транзитных релаксаций НПС до шести и более в час;

- ✓ наличие признаков ГПОД – плато давления и двойной реверсии дыхания;
- 3) социальные:
 - низкий прожиточный уровень, не позволяющий провести адекватное консервативное лечение (медикаментозное, санаторно-курортное);
 - отказ больного от консервативного лечения в пользу хирургического из-за нежелания длительно принимать лекарственные препараты и несоблюдение рекомендаций врача;
 - предшествовавшее неэффективное медикаментозное лечение;
 - 4) качество жизни (значительное (более чем на 40–50%) снижение параметров качества жизни) [22].

Следует отметить, что исходя из клинических рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации, при решении вопроса о хирургическом лечении необходимо анализировать другие методы лечения, поскольку симптомы могут быть связаны не с ГЭРБ, а с иными заболеваниями. Кроме того, если пациент с ГЭРБ по объективным или субъективным причинам не может получать консервативную терапию, целесообразно рассмотреть вопрос о хирургическом лечении и при неосложненном течении [5].

Вместе с тем вопрос об оперативном лечении решается совместно с опытным специалистом в данной области хирургии. Конечно, при условии, что выполнены все мероприятия по нормализации образа жизни, доказано (с помощью рН-импедансометрии) наличие патологического желудочно-пищеводного рефлюкса и установлено (с помощью манометрии пищевода) отсутствие дефектов перистальтики пищевода [21].

Противопоказаниями к хирургическому лечению служат:

- беременность и лактация;
- возраст менее 18 лет;
- онкологические заболевания;

- тяжелые нарушения свертывающей системы крови;
- психические расстройства (тяжелые депрессии, психозы, в том числе хронические, истерии, ипохондричные состояния, злоупотребление психоактивными веществами (алкоголем, наркотическими и иными психотропными веществами), некоторые виды расстройств личности (психопатии));
- тяжелые соматические заболевания, резко повышающие риск оперативного вмешательства (сердечная недостаточность III–IV функционального класса, цирроз печени, печеночная, почечная недостаточность и др.) [20].

Таким образом, направляя пациента на операцию, лечащий врач должен помнить, что хирургическое лечение показано пациентам с тяжелыми формами ГЭРБ, не поддающимися лечению другими способами. Хирургическое лечение пациентов молодого возраста в отсутствие сопутствующих заболеваний избавляет от длительного (иногда пожизненного) приема лекарственных средств. Перед направлением на операцию врач должен убедиться (с помощью рН-мониторирования) в наличии рефлюкса, даже несмотря на проведенную лекарственную терапию, а также в несостоятельности антирефлюксной защиты при нормальной двигательной активности пищевода. Цель операции – ликвидация ГПОД (при ее наличии), укрепление нижнего пищеводного сфинктера для обеспечения нормальной работы (например, фундопликация по Ниссену). Решение об операции принимает лечащий врач после консультации с хирургом, диетологом и при необходимости с другими специалистами.

Отметим, что хирургическое лечение ГЭРБ может быть эффективно у пациентов с типичными проявлениями ГЭРБ. В случае внепищеводных проявлений хирургическое лечение менее эффективно.

гастроэнтерология

**Основные виды оперативных вмешательств при ГЭРБ**

На сегодняшний день известно свыше 40 методов оперативной коррекции недостаточности кардии желудка:

- крурорафия (сужение пищеводного отверстия диафрагмы путем сшивания ее ножек);
- гастропексия (низведение кардии и натяжение пищевода путем пришивания верхних отделов малой кривизны желудка к передней брюшной стенке или пищеводно-желудочного перехода к другим образованиям поддиафрагмальной области);
- восстановление острого угла Гиса (путем фиксации дна желудка к левому «ребру» пищевода (эзофагофундорафия) или фиксация (диафрагмофундопексия) дна желудка к нижней поверхности диафрагмы);
- операции, направленные на снижение кислотности желудочного сока и дренирование полости желудка;
- эзофагофундопликация полная и неполная;
- операции при коротком пищеводе и стенозирующих рефлюкс-эзофагитах (медиастинизация кардии, абдоминализация кардии, рассечение суженного участка пищевода с созданием антирефлюксного клапана из стенки желудка, резекция суженного участка пищевода с эзофагопластикой желудочной трубкой, кишечной вставкой);
- экстирпация пищевода с одномоментной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой из абдоминоцервикального доступа (без торакотомии);
- идеоторакоскопическая экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудком;
- повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера и укрепление пищеводно-желудочного перехода с помощью естественных и искусственных материалов [20].

Более полувека прошло с тех пор, как впервые было выполнено открытое вмешательство при

ГЭРБ. Очередной этап развития антирефлюксной хирургии пищеводно-желудочного перехода в 1990-х гг. ознаменовался широким внедрением в практическую медицину эндоскопических малоинвазивных технологий. T. Geagea и B.D. Dallemagne в 1991 г. провели первую лапароскопическую фундопликацию. В результате адаптации методик открытой хирургии и изучения послеоперационных результатов стали возможны лапароскопические вмешательства, такие как лапароскопическая фундопликация, укрепление пищеводно-желудочного перехода круглой связкой печени, воссоздание угла Гиса или передняя вальвулопластика по Angelchik. Большинство хирургов предпочитают отдавать фундопликации, поскольку, по их мнению, эффект от других операций, выполняемых при рефлюкс-эзофагите, менее продолжителен [23].

Диапазон методик лапароскопической фундопликации широк:

- 360-градусная по Nissen (дно желудка на 360° оборачивается вокруг внутрибрюшного отдела пищевода в виде манжеты) или по Nissen – Rosseti (трансплевральная фундопликация с оставлением части желудка в грудной полости);
- 210–270-градусная задняя парциальная и двухсторонняя классическая фундопликация по Touret (дно желудка на 270° оборачивается вокруг внутрибрюшного отдела пищевода по задней поверхности) или передняя парциальная фундопликация по Dor [4, 12, 18, 23].

Как показал сравнительный анализ, результаты лапароскопических операций в ближайшем послеоперационном периоде и в течение двух лет после проведения подобных операций практически не отличаются от результатов открытых вмешательств. Тем не менее инвазивность и травматичность лапароскопических операций значительно ниже, что обеспечивает широкое применение метода. Кроме того, эксперты, оценивая течение послеопе-

рационного периода, пришли к выводу, что болевой синдром при использовании лапароскопического метода в 3–4 раза меньше. Как следствие – снижение койко-дней и затрат на лечение [24].

В настоящее время широкое распространение получила фундопликация по Nissen, Touret и Dor, характеризующаяся наиболее низким процентом послеоперационной летальности, быстрой последующей реабилитацией, хорошими и отличными результатами более чем в 90% случаев. Основные факторы, определяющие такой исход, – устранение хиатальной грыжи, возвращение гастроэзофагеального соединения в брюшную полость, восстановление угла Гиса и длины внутрибрюшной части пищевода, укрепление НПС различными типами обертывания [2, 13].

Осложнения хирургического лечения

Хорошие результаты хирургического лечения сохраняются на протяжении десяти лет у 80–90% пациентов [1]. Клинические недостатки хирургического вмешательства сводятся к зависимости результата от опыта хирурга, риску летального исхода, необходимости применения после операции лекарственной терапии [14]. Вероятность развития осложнений оперативных методов лечения зависит от вида вмешательства, качества хирургического пособия и составляет 2–10% [14].

К специфическим осложнениям хирургического лечения относят:

- синдром вздутия живота (характеризуется чувством насыщения в верхней части живота сразу после еды; возникает после устранения отрыжки хирургически созданным более мощным нижним пищеводным сфинктером; особенно предрасположены к нему пациенты, которые курят или употребляют большое количество газированных напитков; данный синдром, как



правило, исчезает через несколько месяцев);

- послеоперационную дисфагию (отмечается у 1/3 пациентов; связана с послеоперационным отеком и проходит самостоятельно);
- нарушение механизмов рвоты;
- повреждение блуждающего нерва;
- демпинг-синдром;
- диарею;
- язву желудка (вследствие механического раздражения, снижения кровотока, желудочного стаза в антральном отделе, денервационного синдрома желудка);
- скольжение дна пищевода в желудок при неадекватной фиксации, что вызывает дисфагию и образование язв;
- образование желудочных свищей;
- соскальзывание манжеты [1, 2, 4, 13, 20].

К группе неспецифических осложнений оперативного вмешательства причисляют нижнедолевую пневмонию, парез желудочно-кишечного тракта, пневмомедиастинум, раневые осложнения воспалительного генеза и др. [1, 2].

Таким образом, среди осложнений во время антирефлюксных операций (в открытом и видеолапароскопическом исполнении) и в ближайшем послеоперационном периоде могут возникать общие и раневые осложнения. При открытом варианте подобных вмешательств наносимая травма более значительна, чем в закрытом, что проявляется большим числом и тяжестью осложнений в послеоперационном периоде, более длительным периодом восстановления функциональных возможностей больного. При использовании видеолапароскопической технологии оперативных вмешательств при ГЭРБ возможны нетипичные для традиционной техники осложнения, связанные с применением электрохирургических инструментов (травма селезенки, левосторонний пневмоторакс, эмфизема средостения

и подкожно-жировой клетчатки шеи, электрокоагуляция диафрагмы) [23]. Вместе с тем клинически значимых осложнений после видеолапароскопических антирефлюксных операций намного меньше. Кроме того, минимальная травматичность, малый косметический дефект, быстрое выздоровление и короткие сроки пребывания в стационаре – несомненные преимущества видеолапароскопических антирефлюксных операций перед традиционными открытыми вмешательствами [24].

Оценка эффективности хирургического лечения

Клинические симптомы ГЭРБ, как типичные, так и трудно диагностируемые, снижают качество жизни больных. Назначая терапию больным ГЭРБ, важно адекватно оценивать ее клиническую эффективность [2]. Для оценки отдаленных результатов хирургического лечения больных ГЭРБ предназначена шкала Visick в модификации В.М. Дурлештера и его коллег [22]:

- отличный результат: жалобы отсутствуют, в применении медикаментозных препаратов пациент не нуждается, объективные и специальные методы исследования не выявляют органических и функциональных нарушений пищевода;
- хороший результат: жалобы на отрыжку воздухом, при эзофагоскопии не выявлены изменения слизистой оболочки, трудоспособность, социальная и психологическая адаптация, качество жизни не нарушены;
- удовлетворительный результат: жалобы на периодическую отрыжку воздухом, при эзофагоскопии не выявлены изменения слизистой оболочки, кардия визуализируется на уровне диафрагмы, при рентгенографическом исследовании определяется внутригрудное расположение манжетки, кардия арефлюксная. Умеренное снижение нормальной жизнедеятельности

и трудоспособности, снижение качества жизни, особенно в отношении физической работоспособности, физического состояния, болевого симптома, общего здоровья, эмоционального состояния в среднем на 20–30%;

- плохой результат: эффект от хирургического лечения отсутствует, симптоматика в прежнем объеме: изжога, отрыжка воздухом и кислым. Пациенты нуждаются в постоянном медикаментозном лечении или повторном хирургическом вмешательстве. Операция не повлияла или снизила показатели качества жизни. Другими словами, наличие после оперативного вмешательства даже менее выраженной симптоматики расценивается как неудача [19].

Заключение

В настоящее время хирургические методы терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни удерживают прочные позиции. Вместе с тем в вопросе определения состояний, при которых необходимо оперативное вмешательство, консенсус не достигнут. Большинство врачей-гастроэнтерологов утверждают, что оперативное вмешательство абсолютно показано при осложнениях ГЭРБ (стриктуры пищевода, повторные кровотечения), пищеводе Барретта с наличием дисплазии эпителия высокой степени (из-за опасности малигнизации). Особое внимание следует уделять проблемам своевременности хирургического вмешательства и целесообразности индивидуализированных, патогенетически обоснованных схем поэтапной реабилитации. В условиях развития медицинской отрасли и усовершенствования хирургической техники, в том числе малоинвазивных методик, значительно снижающих риск оперативного вмешательства, необходимо продолжать изучение терапевтических методик ГЭРБ, направленных прежде всего на повышение качества жизни пациентов. ●



Литература

1. Огороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Практическое руководство. Витебск, 2000.
2. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Лебедева Е.Г. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. М., 2000.
3. Бисенков Л.Н. Торакальная хирургия. СПб.: СпецЛит, 2004.
4. Петров Д.Ю., Смирнов А.В. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014. № 7. С. 89–95.
5. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. М., 2014.
6. Гастроэнтерология: национальное руководство: краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
7. Гастроэнтерология. Клинические рекомендации / под ред. В.Т. Ивашкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
8. Рапопорт С.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Пособие для врачей. М.: Медпрактика-М, 2009.
9. Исаков В.А., Морозов С.В., Ставраки Е.С., Комаров Р.С. Анализ распространенности изжоги: национальное эпидемиологическое исследование взрослого городского населения (АРИАДНА) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2008. № 1. С. 20–30.
10. Морозов С.В., Ставраки Е.С., Исаков В.А. Распространенность изжоги у пожилых пациентов городских амбулаторно-поликлинических учреждений в России // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 12. С. 17–23.
11. Старостин Б.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (часть I). Эпидемиология, факторы риска // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2014. № 1 (24). С. 2–14.
12. МакНелли П.Р. Секреты гастроэнтерологии. М.: Бино, 2001.
13. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищевода и диафрагмы. М.: Медпрактика-М, 2003.
14. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Трухманов А.С. и др. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Руководство для практикующих врачей / под общ. ред. В.Т. Ивашкина. М.: Литтерра, 2003.
15. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от патогенеза к терапевтическим аспектам // Consilium Medicum. 2013. Т. 15. № 8. С. 30–34.
16. Андреев Д.Н., Кучерявый Ю.А. Перспективы лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2013. № 2. С. 9–14.
17. Василевский Д.И., Прядко А.С., Луфт А.В. и др. К вопросу о показаниях к хирургическому лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ее осложнений // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 10. С. 67–70.
18. Галимов О.В., Ханов В.О., Гантракипов Э.Х. Новые технологии в хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Хирургия. 2007. № 2. С. 29–33.
19. Дяттерева И.И. Клиническая гастроэнтерология. М.: МИА, 2004.
20. Пряхин А.Н., Калинина Е.А. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыж пищевода и диафрагмы. Челябинск, 2014.
21. Оскретков В.И., Ганков В.А., Климов А.Г., Гурьянов А.А. Диагностика и хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Проблемы клинической медицины. 2007. № 4 (12). С. 26–32.
22. Дурлеитер В.М., Корочанская Н.В., Суюхов Р.Ш. Своевременное хирургическое лечение и послеоперационная реабилитация больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Краснодар, 2008.
23. Остретков В.И., Василевский Д.И., Ганков В.А. и др. Видеоскопическая хирургия пищевода. Учебное пособие / под ред. В.И. Остреткова. СПб., 2004.
24. Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л., Мацак В.А. Исследование эффективности лапароскопических фундопликаций при хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эндоскопическая хирургия. 2008. Т. 14. № 3. С. 27–34.

Indications for Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease

N.I. Bashilov

321st Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Russian Federation

Contact person: Nikita Ivanovich Bashilov, nikita.bashilov@gmail.com

Gastroesophageal reflux disease (GERD), currently, occupies one of the first places among gastrointestinal tract diseases by prevalence in developed countries. GERD significantly reduces the quality of life. Patients are forced to change their habitual social relations, to take long-term medications, to observe a strict diet. In connection with this, the issues of treatment of GERD, the appointment of various therapeutic methods still remain topical definition. The review presents modern approaches to determining indications for surgical treatment of GERD patients, practical recommendations, methods for evaluating the effectiveness of therapy.

Key words: gastroesophageal reflux disease, hernia of the esophagus of the diaphragm, reflux esophagitis, conservative therapy, surgical treatment, laparoscopy