



Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: проблема выбора эффективной тактики ведения пациентов

Г.С. Джулай, И.А. Зябрева, Т.Е. Джулай

Адрес для переписки: Галина Семеновна Джулай, djoulai@mail.ru

В статье рассматриваются возможности хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы и консервативной терапии рефлюксного синдрома, а также ограничения к их проведению, влияющие на выбор эффективной лечебной тактики.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюксный синдром, хирургическое и консервативное лечение, ингибиторы протонной помпы

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), или хиатальные грыжи, встречаются в общей популяции в 4–10% случаев. Их распространенность, равно как и выраженность клинических проявлений, увеличивается с возрастом больных, достигая у пожилых лиц 30–50% и даже 80% [1]. ГПОД часто маскируются под гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ), поскольку их основная симптоматика при неосложненном течении обусловлена рефлюксным синдромом и рефлюкс-эзофагитом. При этом сами грыжи считаются доказанным фактором риска развития ГЭРБ и имеют место более чем у 30% пациентов с данным

заболеванием [2]. Медико-социальное значение ГПОД также определяется их внепищеводными проявлениями, обусловленными негативным компрессионным и рефлекторным влиянием на сердечно-сосудистую и бронхолегочную системы, а также непосредственным воздействием рефлюксата на слизистые оболочки верхних отделов пищеварительного тракта, дыхательных путей, ЛОР-органов [3]. Бессимптомные ГПОД приобретают симптомное и осложненное течение с частотой 1% в год, прежде всего за счет увеличения размеров пролабирующего в грудную полость сегмента желудка и других органов брюшной полости [4].

Выбор метода лечения больных ГПОД остается непростой задачей для врача. В отношении подходов к консервативному и оперативному ведению таких пациентов высказываются противоречивые, а иногда диаметрально противоположные точки зрения. При этом необходимость в хирургическом лечении ГПОД больших размеров, а также ГПОД осложненного течения сомнений не вызывает, поскольку высок риск компрессии органов грудной полости желудком и/или другими органами брюшной полости [5]. Последние десятилетия хирургия развивается быстрыми темпами: разработаны, внедрены и усовершенствованы лапароскопические технологии, применяются сетчатые импланты для пластики диафрагмы, максимально индивидуализирован выбор операции, включая симультанные вмешательства при коморбидной патологии. Международные базы данных насчитывают тысячи публикаций, посвященных различным аспектам хирургического лечения, в разных странах мира активно проводятся исследования. Солидный опыт опера-



тивного лечения ГПОД накоплен и в России [5–7].

Сегодня в клинической практике распространены различные антирефлюксные операции, направленные на воссоздание анатомических характеристик пищевода, формирование дополнительных антирефлюксных механизмов, сохранение нормального функционирования пищеводно-желудочного перехода. При этом используются разнообразные модификации фундопликации (Toupet, Nissen и Nissen-Rosetti, Dor) в сочетании с крурорафией и хиатопластикой. По данным В.В. Анищенко и соавт., отличные и хорошие результаты в течение первого года после фундопликации по Toupet, Nissen и Nissen-Rosetti отмечают в 94–96% случаев [8].

Новым этапом в хирургическом лечении ГПОД, в том числе грыжи малых размеров, стали трансоральная фундопликация, использование магнитного сфинктерного импланта LINX и Stretta-кагетера [9–12]. Подобные вмешательства характеризуются достаточно высоким уровнем безопасности, однако об их повсеместном введении в медицинскую практику говорить преждевременно, поскольку соответствующие крупные рандомизированные исследования не проводились и имеются сведения о снижении эффективности этих видов пособий в отдаленном послеоперационном периоде [13].

Актуальным остается вопрос доступности высокотехнологичных методов хирургического лечения ГПОД: нельзя не признать, что «задолженность» медицины перед данной категорией пациентов высока, а эффективные и безопасные операции пока выполняются только в центрах, специализирующихся в области хирургии пищевода и имеющих опыт проведения подобных операций. На это указано и в руководствах по хирургическому лечению ГПОД: направлять пациентов с ГПОД следует к врачу-специалисту или в медицинские учреждения

с солидным опытом проведения операций на пищеводе.

Вопросами хирургического лечения проблема ГПОД не исчерпывается. Во-первых, существует ряд противопоказаний, обусловленных тяжестью состояния больных. Во-вторых, иногда возникают рецидивы хиатальных грыж, требующие рефундопликации. И наконец, в-третьих, частота неудовлетворительных результатов после лапароскопических фундопликаций составляет 5–25%, что обусловлено развитием послеоперационной дисфагии, рецидивами рефлюкса и ГПОД, синдромом вздутия (gas-bloat), смещением фундопликационной манжетки в средостение, интраоперационными кровотечениями, перфорацией желудка или пищевода [14]. Все это существенно ограничивает возможности действенной оперативной коррекции ГПОД. Приходится оценивать потенциал консервативного лечения, доступного в широкой клинической практике, прежде всего для ведения пациентов с малыми ГПОД. Именно эти формы хиатальных грыж наиболее распространены. Вместе с тем они явно недооценены с позиции клинического участия в формировании стойкого рефлюксного синдрома, обусловленного рефлюкс-эзофагитом.

Препараты антисекреторного действия, внедренные в клиническую практику, в ряде случаев решают проблему основного клинического симптома ГПОД – изжоги, но не меняют суть вопроса, связанного с рефлюксогенным механизмом ее развития. Тем не менее данное обстоятельство отражается на тактике ведения больных хиатальными грыжами малых размеров, поскольку к субъективному улучшению (или даже благополучию) пациентов в качестве аргумента в пользу консервативного лечения присоединяется отсутствие периоперационных рисков.

Таким образом, тактика ведения пациентов с малыми ГПОД остается дискуссионной, в том числе с точки зрения безопасной

Основу базисной терапии пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищевода при наличии гастроэзофагеального рефлюкса составляют ингибиторы протонной помпы разных поколений – от омепразола до декслансопразола. Их эффективность в купировании рефлюксного синдрома и заживлении эрозивного рефлюкс-эзофагита превышает таковую блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов

продолжительной терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП), блокаторами H_2 -гистаминовых рецепторов, антацидами, прокинетики. В то же время эксперты Американской гастроэнтерологической ассоциации признают наличие у пациентов с торпидным рефлюксным синдромом хиатальной грыжи основанием, достаточным для пролонгированного назначения ИПП [15]. В частности, основу базисной терапии больных с ГЭРБ и ГПОД при наличии гастроэзофагеального рефлюкса составляют ИПП разных поколений – от омепразола до декслансопразола. Их эффективность в купировании рефлюксного синдрома и заживлении эрозивного рефлюкс-эзофагита превышает таковую блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов [3]. Однако на фоне применения ИПП лишь 70% пациентов отмечают купирование симптомов, ассоциированных с рефлюксом, а при ГПОД второй-третьей степени указанный показатель снижается до 20–30% [14]. Возможно, неэффективность консервативной терапии в отдельных случаях обусловлена низким комплаенсом – нарушением режима дозирования и схемы приема ИПП, особенностями



В ряде клинических случаев неэффективность стандартных доз антисекреторных препаратов может быть связана с феноменом ночного кислотного прорыва, при котором даже на фоне приема ингибиторов протонной помпы не обеспечивается поддержание внутрипищеводного рН выше 4,0 ед.

метаболизма системы CYP2C19, отсутствием дифференцированного подхода к консервативному ведению таких больных в зависимости от типа рефлюкса и выраженности воспалительно-эрозивных изменений в пищеводе. В исследованиях показано, что среди пациентов с продолжительностью клинических проявлений ГПОД менее двух лет лишь 66,2% регулярно принимали ИПП, 26,7% принимали их в режиме «по требованию», а 7,1% – не принимали совсем [16]. При этом среди пациентов, принимавших антисекреторные препараты постоянно, лишь 14% отмечали желаемую положительную динамику, 13,5% – временный эффект. Между тем частота осложнений на фоне постоянного приема препаратов составила 10,8%, на фоне нерегулярного приема – 31,5%. Почти 75% пациентов забывали принимать ИПП за 30 минут до еды, а 68% принимали их во время еды [17]. В ряде клинических случаев неэффективность стандартных доз антисекреторных

препаратов может быть связана с феноменом ночного кислотного прорыва, при котором даже на фоне приема ИПП не обеспечивается поддержание внутрипищеводного рН выше 4,0 ед. В результате создаются условия для персистирования рефлюкс-эзофагита [2].

Биодоступность ИПП в стандартных дозах зависит от полиморфизма генов цитохрома P450. У 70% представителей европеоидной расы вследствие носительства отдельных генетических полиморфизмов имеет место неудовлетворительный по силе и продолжительности антисекреторный ответ на терапию ИПП из-за медленного метаболизма препаратов [17–19]. С учетом результатов генетического типирования европеоидов, в соответствии с Маастрихтским соглашением – V, большим с кислотозависимыми заболеваниями рекомендуется назначать удвоенные дозы омепразола либо препараты, действие которых в меньшей степени зависит от скорости метаболизма, присущей препаратам данного класса [20]. Чтобы решить проблему, в перспективе предполагается использовать фармакогенетический анализ как метод персонализации медицины [21].

Применение ИПП при дуоденогастральном и дуоденогастроэзофагеальном рефлюксах, вошедшее в повсеместную практику, не обеспечивает субъективного благополучия больных. По мнению ряда авторов, рефрактерный характер рефлюксного синдрома объясняется именно влиянием желчи [22]. Сорбция желчных кислот цитопротекторами со сли-

зистой оболочки эзофагогастро-дуоденальной зоны и насыщение желчи нетоксичной урсодезоксихолевой кислотой со снижением концентрации гидрофобных желчных кислот – потенциальный способ уменьшить негативное влияние компонентов дуоденального содержимого на слизистую оболочку пищевода.

В публикациях, посвященных осложнениям на фоне длительного применения ИПП, упоминаются повышение риска развития костных переломов у женщин в менопаузе, гипомагниемия и сопряженные с ней гипокальциемия и гипокалиемия, дефицит витамина B₁₂, инфекции, вызванные *Clostridium difficile*, висцеральный кандидоз, госпитальная пневмония, хроническая болезнь почек, деменция у пожилых, инфаркт миокарда [23–24]. При этом следует учитывать, что за почти 40-летнюю историю клинического применения антисекреторных препаратов данного класса публикации об их негативных эффектах немногочисленны и весьма противоречивы. Необходимы дальнейший учет всех случаев и доказательный критический анализ.

Говоря о долгосрочном назначении ИПП больным с ГПОД малых размеров и ГЭРБ, уместно вспомнить шведского гастроэнтеролога Lars Lundell [25], который пытался ответить на вопрос: хирургия лучше, чем медикаментозная терапия? Ответ станет очевидным по мере совершенствования и широкого квалифицированного внедрения малоинвазивных оперативных технологий. ☉

Литература

1. Губергриц Н.Б., Клочков А.Е., Лукашевич Г.М., Фоменко П.Г. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: патогенез, особенности клиники и лечение // Медицинский алфавит. 2017. Т. 4. № 40 (337). С. 43–49.
2. Бордин Д.С., Эмбутникс Ю.В. Патогенетически обоснованное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: доказательная база // Эффективная фармакотерапия. 2018. Вып. 15. Гастроэнтерология. № 2. С. 8–13.
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. Т. 27. № 4. С. 75–95.
4. Siegal S.R., Dolan J.P., Hunter J.G. Modern diagnosis and treatment of hiatal hernias // Langenbecks Arch. Surg. 2017. Vol. 402. № 8. P. 1145–1151.
5. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П. Рефлюкс-эзофагит. М.: Практическая медицина, 2017.



6. Кочуков В.П., Юдин В.А., Мостыка С.В. Клиническая картина ГПОД. Аксиальная грыжа // Хирургическая практика. 2012. № 3. С. 26–29.
7. Пучков К.В., Пучков Д.К. Лапароскопический метод лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы с использованием композитных сетчатых имплантов для герниорафии // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2017. № 51. С. 1239–1240.
8. Анищенко В.В., Разумахина М.С., Платонов П.А., Ковган Ю.М. Анализ отдаленных результатов фундопликации при рефлюксной болезни в сочетании и без грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Наука и мир. 2014. Т. 2. № 11 (15). С. 129–131.
9. Rodríguez L., Rodríguez P., Gómez B. et al. Two-year results of intermittent electrical stimulation of the lower esophageal sphincter treatment of gastroesophageal reflux disease // Surgery. 2015. Vol. 157. № 3. P. 556–567.
10. Asti E., Bonitta G., Lovece A. et al. Longitudinal comparison of quality of life in patients undergoing laparoscopic Toupet fundoplication versus magnetic sphincter augmentation: observational cohort study with propensity score analysis // Medicine (Baltimore). 2016. Vol. 95. № 30. e4366.
11. Skubleny D., Switzer N.J., Dang J. et al. LINX® magnetic esophageal sphincter augmentation versus Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis // Surg. Endosc. 2017. Vol. 31. № 8. P. 3078–3084.
12. Aiolfi A., Asti E., Bernardi D. et al. Early results of magnetic sphincter augmentation versus fundoplication for gastroesophageal reflux disease: systematic review and meta-analysis // Int. J. Surg. 2018. Vol. 52. P. 82–88.
13. Huang X., Chen S., Zhao H. et al. Efficacy of transoral incisionless fundoplication (TIF) for the treatment of GERD: a systematic review with meta-analysis // Surg. Endosc. 2017. Vol. 31. № 3. P. 1032–1044.
14. Карпицкий А.С., Журбенко Г.А., Шестюк А.М. Видеолапароскопическая фундопликация как метод коррекции недостаточности нижнего пищеводного сфинктера // Новости хирургии. 2013. Т. 21. № 2. С. 94–99.
15. Freedberg D.E., Kim L.S., Yang Y.X. The risks and benefits of long-term use of proton pump inhibitors: expert review and best practice advice from the American Gastroenterological Association // Gastroenterology. 2017. Vol. 152. № 4. P. 706–715.
16. Уварова Н.А. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Университетская медицина Урала. 2016. Т. 2. № 1 (4). С. 87–89.
17. Топчий Н.В., Топорков А.С. Стратегия выбора ингибитора протонной помпы нового поколения декслансопрозола в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Медицинский совет. 2018. № 3. С. 32–41.
18. Денисенко Н.П., Сычев Д.А., Сизова Ж.М. и др. Частота полиморфизмов гена CYP2C19, ассоциированных с измененным фармакологическим ответом на ингибиторы протонной помпы, у российских пациентов с язвенной болезнью // Молекулярная медицина. 2015. № 5. С. 58–61.
19. Сычев Д.А., Отделенов В.А., Денисенко Н.П., Смирнов В.В. Изучение активности изоферментов цитохрома P450 для прогнозирования межлекарственных взаимодействий лекарственных средств в условиях полипрагмазии // Фармакогенетика и фармакогеномика. 2016. № 2. С. 4–11.
20. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report // Gut. 2017. Vol. 66. № 1. P. 6–30.
21. Takeushi T., Oota K., Harada S. et al. Characteristics of refractory gastroesophageal reflux disease (GERD) symptoms – is switching proton pump inhibitors based on the patient's CYP2C19 genotype an effective management strategy? // Intern. Med. 2015. Vol. 54. № 2. P. 97–105.
22. Джулай Г.С., Секарева Е.В. Секреторная и моторно-эвакуаторная активность желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с разными типами рефлюкса // Терапевтический архив. 2016. Т. 88. № 2. С. 16–20.
23. Moberg L.M., Nilsson P.M., Samsioe G., Borgfeldt C. Use of proton pump inhibitors (PPI) and history of earlier fracture are independent risk factors for fracture in postmenopausal women. The WHILA study // Maturitas. 2014. Vol. 78. № 4. P. 310–315.
24. Daniell H.W. Acid suppressing therapy as a risk factor for Candida esophagitis // Dis. Esophagus. 2016. Vol. 29. № 5. P. 479–483.
25. Lundell L. Borderline indication and selection of gastroesophageal reflux disease patients: «Is surgery better than medical therapy?» // Dig. Dis. 2014. Vol. 32. № 1–2. P. 152–155.

Hiatal Hernia: the Problem of Choosing of Effective Patients' Management Tactics

G.S. Dzhulay, I.A. Zyabreva, T.Ye. Dzhulay
Tver State Medical University

Contact person: Galina Semyonovna Dzhulay, djoulai@mail.ru

The article discusses the possibilities and limitations for surgical treatment of hiatal hernias and conservative therapy of reflux syndrome, which determine the choice of effective treatment tactics.

Key words: hiatal hernia, reflux syndrome, surgical and conservative treatment, proton pump inhibitors

гастроэнтерология