

УДК 617-089:616.33-022

## ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

О. А. Баулина\*,  
А. С. Ивачев, доктор медицинских наук,  
В. А. Баулин, кандидат медицинских наук,  
А. А. Баулин, доктор медицинских наук

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, 440060, Россия, Пенза, ул. Стасова, д. 8а

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, клинико-инструментальное обследование, консервативная терапия, предикторы неэффективности, показания к хирургическому лечению.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): olga.kosenko@mail.ru.

Цель исследования – выявление предикторов неэффективности медикаментозной терапии, совершенствование показаний к хирургическому лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Проанализированы результаты обследования 3 182 пациентов с ГЭРБ. Средний возраст больных составил  $42,7 \pm 3,5$  года; 1 231 (38,7%) мужчина и 1 951 (61,3%) женщина. Всем пациентам проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование. Во время осмотра оценивались: выраженность клинической картины, возможные внепищеводные проявления, эффективность комплексного медикаментозного лечения (если таковое проводилось), уровень качества жизни на фоне основного заболевания по специальному адаптированному опроснику, социально-экономический статус, уточнялись предпочтения больного относительно метода лечения (консервативное или оперативное).

Инструментальное обследование включало: обязательное выполнение эндоскопического и рентгенологического исследования пищевода и желудка, УЗИ органов брюшной полости. Видеоэзофагогастродуоденоскопия производилась обязательно с инверсией для оценки степени несостоятельности кардии (НК), при подозрении на пищевод Барретта делалась биопсия пищевода. Именно НК мы рассматриваем как основу патогенеза ГЭРБ и главную причину неэффективности консервативной терапии. По показаниям назнача-

лись консультации терапевта, кардиолога, оториноларинголога, пульмонолога, стоматолога.

Неэффективность консервативного лечения определена у 1 807 (56,8%) пациентов, 477 (15%) отказались от проведения медикаментозного лечения после подсчета стоимости курса основной и поддерживающей терапии ввиду экономической несостоятельности; 668 (21%) обследованных высказали предпочтение в пользу оперативного лечения даже при хорошем эффекте консервативного лечения на фоне снижения качества жизни, пожизненной потребности в терапии, высокой ее стоимости.

По результатам рентгенологического исследования грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) обнаружена у 2 704 (85%) больных.

По данным видеоэзофагогастродуоденоскопии рефлюкс-эзофагит и НК были выявлены у всех обследуемых пациентов, пищевод Барретта – у 37 (1,2%) больных. При этом преобладал рефлюкс-эзофагит 1 степени (89%), НК 1 степени (47%), тонкокишечная метаплазия (54% больных с пищеводом Барретта).

По результатам УЗИ органов брюшной полости сочетанная патология (желчнокаменная болезнь) выявлена у 1146 (35%) пациентов.

На основе анализа результатов клинико-инструментального обследования у пациентов с ГЭРБ были выделены причины неэффективности ме-

O. A. Baulina, A. S. Ivachev, V. A. Baulin, A. A. Baulin

RATIONAL INDICATIONS FOR SURGICAL TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, clinical and instrumental examination, conservative therapy, predictors of inefficiency, indications for surgical treatment.

дикаментозного лечения и комплекс неблагоприятных факторов, позволяющий прогнозировать малую эффективность консервативного лечения и выставлять показания к своевременному оперативному лечению: 4–5 степень рефлюкс-эзофагита, дисплазия пищевода 3–4 степени, НК, ГПОД, снижение качества жизни, выраженная клиническая картина ГЭРБ, социально-экономический фактор, предпочтение пациента.

Мы определили следующие показания к антирефлюксной операции:

1. Рефлюкс-эзофагит (степень тяжести оценивалась по эндоскопической классификации Savary-Miller, в модификации J. N. G. Tytgat et. al. (1990)).
2. Осложненное течение ГЭРБ: пищевод Барретта, пептическая язва.
3. НК (оценивалась по 4-степенной классификации А. А. Баулина).
4. ГПОД (оценивалась по классификации аксиальных грыж по Б. В. Петровскому и Н. Н. Каншину).
5. Внепищеводные проявления ГЭРБ:
  - бронхопульмональные: кашель, астма, частые аспирационные пневмонии, легочный фиброз;
  - отоларингологические: ларингиты, осиплость голоса, отиты;
  - стоматологические: эрозии эмали зубов;
  - кардиальные: псевдокоронарный синдром;
  - анемический синдром.
6. Неэффективность комплексного медикаментозного лечения (коррекция образа жизни, антациды, прокинетики, H<sub>2</sub>-блокаторы гистамина, ингибиторы протонной помпы):
  - рецидивы симптомов ГЭРБ после многократных курсов лечения или после перерыва в приеме препаратов через 8 месяцев лечения;
  - сохранение как клинических, так и эндоскопических признаков эзофагита на фоне консервативного лечения в течение 8 месяцев или их прогрессирование на фоне лечения;
  - выраженные побочные эффекты консервативного лечения;
  - противопоказания к медикаментозному лечению по тем или иным причинам (непереносимость препаратов, тяжесть состояния больного, сопутствующая патология);
  - недостаточная приверженность больных к лечению вследствие низкой мотивации, длительности существующих схем терапии (не менее 4 недель) и высокой стоимости препаратов.

7. Выраженная клиническая картина ГЭРБ.
8. Снижение качества жизни по причине ГЭРБ.
9. Невозможность проведения адекватного консервативного лечения ввиду экономических факторов.
10. Сочетанная патология органов брюшной полости.
11. Предпочтение пациента даже при эффективном лечении в случае снижения качества жизни, пожизненной потребности в консервативном лечении, высокой его стоимости.

При этом ни один из пунктов не может являться абсолютным показанием к хирургическому лечению пациента с ГЭРБ. В каждом конкретном случае к больному с данной патологией должен быть индивидуальный подход (современные требования по индивидуализации подхода к больным с ГЭРБ Американской гастроэнтерологической ассоциации, Европейского гастроэнтерологического общества) с обязательным учетом всех представленных выше показаний. В случае решения вопроса об оперативном лечении пациенту следует проводить антирефлюксную операцию.

## ВЫВОДЫ

1. В качестве объективного критерия в выборе метода лечения необходимо использовать эндоскопическую оценку степени НК.
2. В каждой конкретной ситуации необходим индивидуальный подход к выбору метода лечения пациента, страдающего ГЭРБ.
3. Предикторами неэффективности медикаментозного лечения являются: 4–5 степень рефлюкс-эзофагита, дисплазия пищевода 3–4 степени, НК, ГПОД, снижение качества жизни, выраженная клиническая картина ГЭРБ, социально-экономический фактор, личные особенности пациента.
4. Показаниями к оперативному лечению ГЭРБ являются: рефлюкс-эзофагит; осложненное течение ГЭРБ; НК; ГПОД; внепищеводные проявления ГЭРБ; неэффективность консервативного лечения; выраженная клиническая картина ГЭРБ; снижение качества жизни по причине ГЭРБ; невозможность проведения адекватного консервативного лечения ввиду экономических факторов; сочетанная патология органов брюшной полости; предпочтение пациента даже при эффективном лечении в случае снижения качества жизни, пожизненной потребности в консервативном лечении, высокой его стоимости.