

7. Розенфельд И. И. Отдалённые результаты лапароскопической пластики хиатальных грыж / И. И. Розенфельд // Тезисы VI Всероссийской межвузовской научно-практической конференции молодых учёных с международным участием «Молодёжь и медицинская наука». — Тверь: ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Совет молодых учёных и студентов. — 2018. — С. 56–57.

8. Розенфельд И. И. Классификация негативных результатов лапароскопических операций при грыжах пищевого отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, В. А. Акопян // Материалы XII Международной научно-практической конференции и студентов и молодых учёных-медиков «Молодежь — практическому здравоохранению». — Тверь: ФГБОУ ВО Тверской

ГМУ Минздрава России. Совет молодых учёных и студентов. — 2018. — С. 856–858.

9. Розенфельд И. И. Лапароскопическая пластика при больших и гигантских грыжах пищевого отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, Д. Л. Чиликина // Материалы Международного молодёжного форума посвященного 80-летию юбилею Ставропольского государственного медицинского университета «Неделя науки — 2018». — Ставрополь: ФГБОУ ВО Ставропольский ГМУ Минздрава России. — 2018. — С. 408–409.

10. Розенфельд И. И. Оценка результатов использования сетчатых имплантатов при аллопластике грыж пищевого отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, Д. Л. Чиликина // Исследования и практика в медицине. — 2018. — Т. 5, № 4. — С. 82–90.

ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И МАЛЫХ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Розенфельд И.И.

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России,
город Тверь, Россия*

DOI: [10.31618/nas.2413-5291.2020.1.57.258](https://doi.org/10.31618/nas.2413-5291.2020.1.57.258)

Цель работы: проведение обзора литературы и сравнительного анализа современных методов лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и малых грыж пищевого отверстия диафрагмы (ГПОД).

В 2010 году метаанализ на 1232 пациентах выявил достоверное преимущество лапароскопической операции над консервативным лечением в улучшении качества жизни пациентов в послеоперационном периоде, а также меньшей частотой послеоперационных осложнений и дисфагии [1]. В 2014 году метаанализ Rickenbacher N. выявил те же результаты, но большая часть прооперированных пациентов принимала ингибиторы протонной помпы [2]. В 2015 году исследовании «LOTUS» показано достоверное преимущество лапароскопической операции над консервативным лечением с применением эзомепразола. Выявлено различие методов лечения по частоте бессимптомной ремиссии (92% при лапароскопической операции и 85% при консервативном лечении), по достоверно большей частоте дисфагии (5 и 11%) [3]. В исследовании 2016 года Anvari M. и соавторов была доказана достоверная разница в пользу лапароскопической операции по рефлюксной симптоматике и качеству жизни [4].

Показания к эндоскопическому оперативному лечению ГЭРБ и ГПОД чётко определены в клинических рекомендациях «SAGES»: хирургическое лечение ГЭРБ и малых грыж эквивалентно по эффективности консервативному лечению и должно быть предложено при условии достаточного опыта хирурга (I уровень доказательности) [5]. Лапароскопическая

фундопликация выполняется при неудачном консервативном лечении, при наличии осложнений ГЭРБ и наличии внепищеводных осложнений. Пациенты должны отвечать на терапию ингибиторами протонной помпы (ИПП), что сказано в клинических рекомендациях по лечению ГЭРБ «EAES».

Метаанализ Peters M. J. показал достоверное преимущество лапароскопических операций перед открытыми вмешательствами по продолжительности пребывания в стационаре (среднее отличие — 2,7 дней), по сроку нетрудоспособности (среднее отличие — 7,7 дней), по частоте послеоперационных осложнений и по продолжительности операции (среднее отличие — 39,0 минут) [6].

В проспективном рандомизированном исследовании (ПРИ) Broeders J. A. и не было выявлено достоверной разницы между лапароскопической и открытой фундопликацией по частоте симптомов (7,6 и 9,3%), частоте рН-метрических (3 и 4) и анатомических (3 и 2) рецидивов. В то же время была доказана достоверная разница по проценту реопераций, в основном, пластик послеоперационных ventральных грыж: 15,2% при лапароскопической и 34,8% при открытой фундопликации [7].

В клинических рекомендациях «SAGES» указано: частота клинических рецидивов лапароскопической фундопликации по Ниссену не превышает 10% в течение 3 лет и 33% через 7–10 лет после операции. Устранение внепищеводных проявлений достигается в 69–100% случаев, а необходимость в приёме ИПП составляет менее 20%. Частота ранней (до 3-

х месяцев) послеоперационной дисфагии достигает 76%, к концу года до 20%, а в отдалённом периоде составляет 5–8%.

В проспективном рандомизированном исследовании «LOTUS» бессимптомная ремиссия отмечена у 85,0% пациентов через 5 лет после операции [8].

Метаанализ Bell R. C. и соавторов на 4252 операциях по Ниссену и 1984 фундопликациях по Тупе показал отсутствие достоверной разницы по удовлетворённости хирургических вмешательств (отношение шансов (ОШ) 0,96), частоте рефлюкс-эзофагита (ОШ 0,72), объективным признакам рецидива (ОШ 0,73), реоперациям (ОШ 1,29) [9].

В то же время после фундопликации по Тупе базальное давление нижнего пищеводного сфинктера (ОШ 2,76), частота дисфагии (ОШ 1,68), дилатаций (ОШ 3,67) и «gas – bloat» синдрома (47,4% при фундопликации по Ниссену и 26,0% по Тупе) были достоверно ниже, но только при исходном нарушении перистальтики пищевода [10].

Таким образом, обе методики обеспечивают одинаковый контроль рефлюкса, но при нарушении перистальтики пищевода меньшую дисфагию даёт фундопликация по Тупе.

Следовательно, можно сделать вывод о равнозначности фундопликаций по Ниссену и по Тупе при лечении ГЭРБ, однако при наличии дисфагии и нарушении перистальтики пищевода предпочтительнее выполнять фундопликацию по Тупе, но не по Дору из-за недостаточного контроля рефлюкса.

По мнению отечественных авторов фундопликация по Тупе может быть рекомендована для профилактики дисфагии также в тех случаях, когда затруднено формирование манжетки по Ниссену по техническим причинам, такими являются: небольшой объём дна желудка, массивная жировая клетчатка в области угла Гиса. Но при тяжёлом течении ГЭРБ всегда рекомендуется фундопликация по Ниссену.

В рекомендациях «SAGES» говорится, что в целом фундопликация по Тупе является предпочтительным методом по сравнению с фундопликацией по Ниссену благодаря меньшей частоте дисфагии (II уровень доказательности). Однако для усиления антирефлюксного эффекта хирург должен применять фундопликацию по Ниссену с длиной манжетки до 3 см, а для профилактики дисфагии — фундопликацию по Тупе или короткую, длиной 1–2 см, манжетку по Ниссену (III уровень доказательности). Передняя фундопликация из-за недостаточного антирефлюксного эффекта не рекомендуется (III уровень доказательности).

Одной из дополнительных методик является фундопликация по Ниссену – Розетти. Метаанализ Khatrı K. и соавторов показал отсутствие достоверной разницы фундопликации по Ниссену – Розетти с операцией Ниссена по частоте осложнений (ОШ 0,72), дисфагии (ОШ 0,69), и «gas

– bloat» синдрому (ОШ 0,68). Следует вывод: отсутствие пересечения коротких желудочных артерий не влияет на функциональные результаты операции, но уменьшает её продолжительность. Следовательно, необходимость в пересечении желудочно-селезёночной связки отсутствует, но только при достаточной естественной мобильности дна желудка.

Вторым техническим моментом лапароскопических антирефлюксных операций является вид крурорафии. Стандартом является задняя крурорафия, однако существует мнение, что проведение передней крурорафии, которая является технически более простым методом, может уменьшить частоту дисфагии, связанной с перегибом абдоминального отдела пищевода. В рекомендациях «SAGES» говорится, что крурорафия обязательна при лапароскопических антирефлюксных операциях (II уровень доказательности). При этом передняя крурорафия может давать меньшую частоту дисфагии, но необходима большая доказательная база для окончательного определения её роли (III уровень доказательности).

Так же существуют методы лечения ГЭРБ и малых ГПОД, которые можно комбинировать, делятся на 3 категории: контроль рефлюкса (применение ингибиторов протонной помпы, фундопликация), абляция (фотодинамическая терапия, аргонно-плазменная абляция, радиочастотная абляция, криодеструкция), радикальное удаление (эндоскопическая резекция слизистой, радикальная эзофагэктомия).

В рекомендациях «SAGES» сказано, что пациенты с пищеводом Барретта и дисплазией пищевода низкой степени должны проходить такое же лечение, что и пациенты без дисплазии. При пищеводном Барретта с тонкокишечной метаплазией при наличии дисплазии низкой степени предусмотрено 2 варианта ведения больного: только эндоскопический скрининг или эндоскопическая абляция с последующим эндоскопическим скринингом и контрольными осмотрами каждые 6 месяцев. При обоих вариантах ведения необходимо выполнение фундопликации или при наличии противопоказаний к ней — проведение длительной терапии ингибиторами протонной помпы. При выборе скрининга фундопликация может быть произведена сразу же, а при решении применить абляцию — до, во время или после выполнения (III уровень доказательности).

Результаты: проведён обзор различных современных методов лечения ГЭРБ и малых ГПОД на основе анализа литературы определены показания к лапароскопическим антирефлюксным операциям; показаны результаты стандартной антирефлюксной операции — лапароскопической задней крурорафии и фундопликации по Ниссену; описан выбор методики фундопликации при лапароскопических антирефлюксных операциях; проанализированы дополнительные методики; определено особое место эндоскопических

антирефлюксных операций в современной хирургии. В результате определена проблема малой доказательной базы лапароскопической фундопликации как самостоятельного метода. Она может быть самостоятельным методом лечения при пищеводе Барретта без дисплазии и с дисплазией низкой степени, при которой риск прогрессии в дисплазию высокой степени и инвазивный рак относительно небольшой.

Однако определить четкую позицию лапароскопической фундопликации как самостоятельного метода на данный момент времени нельзя. По мнению некоторых авторов и на основании собственного опыта, фундопликация самостоятельно может применяться при ультракоротком и коротком сегменте пищевода Барретта без дисплазии, естественно, при условии тщательного дальнейшего эндоскопического скрининга.

Литература:

1. Peters M. J. Meta – analysis of randomized clinical trials comparing open and laparoscopic anti – reflux surgery / M. J. Peters, A. Mukhtar // American journal of gastroenterology. — 2009. — Vol. 104, № 6. — P. 1548-1561.
2. Broeders J. A. Laparoscopic anterior 180 – degree versus Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease: systematic review and meta – analysis of randomized clinical trial / J. A. Broeders, D. J. Roks, A. U. Ahmed // Annals of surgery. — 2016. — Vol. 257, № 5 — P. 850-859.
3. Shaw J. M. Long – term outcome of laparoscopic Nissen and laparoscopic Toupet fundoplication for gastroesophageal reflux disease: a prospective, randomized trial / J. M. Shaw, P. C. Bornman, M. D. Callanan // Surgical endoscopy. — 2010 — Vol. 244. — P. 924-932.
4. Велигоцкий М. М. Профилактика неблагоприятных результатов лапароскопической коррекции антирефлюксной функции кардии при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и ахалазии пищевода. / М. М. Велигоцкий, А. В. Горбулич, В. В. Комарчук // Одесский медицинский журнал. — 2015 — С. 66-69
5. Khatri K. Laparoscopic Nissen fundoplication with or without short gastric vessel division: a meta – analysis / K. Khatri, M. S. Sajid, R. Brodrick // Surgical endoscopy. — 2012 — Vol. 26, № 4 — P. 970-978.
6. Розенфельд И. И. Отдалённые результаты лапароскопической пластики хиатальных грыж / И. И. Розенфельд // Тезисы VI Всероссийской межвузовской научно-практической конференции молодых учёных с международным участием «Молодёжь и медицинская наука». — Тверь: ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Совет молодых учёных и студентов. — 2018. — С. 56–57.
7. Розенфельд И. И. Классификация негативных результатов лапароскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, В. А. Акопян // Материалы XII Международной научно-практической конференции и студентов и молодых учёных-медиков «Молодежь — практическому здравоохранению». — Тверь: ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Совет молодых учёных и студентов. — 2018. — С. 856–858.
8. Розенфельд И. И. Лапароскопическая пластика при больших и гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, Д. Л. Чиликина // Материалы Международного молодёжного форума посвященного 80-летию юбилею Ставропольского государственного медицинского университета «Неделя науки — 2018». — Ставрополь: ФГБОУ ВО Ставропольский ГМУ Минздрава России. — 2018. — С. 408–409.
9. Розенфельд И. И. Основные проблемы, возникающие при пластике грыж пищеводного отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, Д. Л. Чиликина // Материалы Международного молодёжного форума посвященного 80-летию юбилею Ставропольского государственного медицинского университета «Неделя науки — 2018». — Ставрополь: ФГБОУ ВО Ставропольский ГМУ Минздрава России. — 2018. — С. 409–411.
10. Розенфельд И. И. Оценка результатов использования сетчатых имплантатов при аллопластике грыж пищеводного отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, Д. Л. Чиликина // Исследования и практика в медицине. — 2018. — Т. 5, № 4. — С. 82–90. doi: 10.17709/2409-2231-2018-5-4-8.