

Ковалёва А. В., Коломиец Я. Ю.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕТАПЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

*Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Черкасов М. Ф.,
канд. мед. наук, доц. Черкасов Д. М.*

Кафедра хирургии №4, кафедра хирургических болезней №2

*ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону*

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) тесно связана с таким потенциально опасным осложнением, как метаплазия слизистой оболочки пищевода (СОП). Выделяют следующие типы метаплазированного эпителия пищевода: желудочный (кардиальный и фундальный) и кишечный (пищевод Барретта). У пациентов с пищеводом Барретта (ПБ) риск развития аденокарциномы пищевода возрастает в 40 раз, в сравнении с популяцией. В последнее время появляется всё больше научных исследований, посвящённых неопластической трансформации желудочного типа эпителия. Частота выявления ПБ, в среднем, составляет 2,4 - 4%. В то же время, выявление аденокарциномы пищевода у больных, не наблюдавшихся ранее по поводу ПБ, свидетельствует о том, что значительное количество случаев ПБ не имеет клинической симптоматики и остается не диагностированным. Поэтому своевременное выявление метаплазии СОП при эндоскопическом исследовании является очень актуальной проблемой.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с ГЭРБ осложненной метаплазией СОП.

Материалы и методы. Наше исследование проводилось на базе хирургического отделения клиники Ростовского государственного медицинского университета. Проанализированы результаты лечения 32 пациентов с ГЭРБ, осложненной метаплазией СОП. Средний возраст составил от 42 до 64 лет. Количество мужчин (17) и женщин (15) было практически одинаково. У всех пациентов метаплазия СОП протекала на фоне аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. По патоморфологическим заключениям, у 19 (59,25%) пациентов выявлена кишечная метаплазия, у 7 (21,75%) – желудочная, в 6 случаях (19%) – дисплазия низкой степени на фоне кишечной (4) и желудочной (2) метаплазии. После верификации диагноза всем пациентам назначены курсы медикаментозной терапии, выполнена операция Ниссена из лапароскопического доступа, а затем проведены курсы аргон-плазменной коагуляции (АПК) очагов метаплазии СОП со следующими параметрами: мощность 30 – 40 Вт, расход аргона 2 – 2,2 л/мин.

Результаты и их обсуждение. Чтобы уменьшить риск развития стриктуры пищевода, за 1 сеанс АПК проводилась коагуляция участка метаплазии СОП площадью не больше 4 см². Осложнений в виде перфорации и кровотечения после АПК не отмечалось. Для купирования болевого синдрома, который после АПК наблюдался у 3 пациентов, были применены антацидные препараты с анестетиком. Количество сеансов АПК находилось в диапазоне от 2 до 5. При дальнейшем эндоскопическом и гистологическом контроле клинически и по данным патоморфологического заключения у всех пациентов отмечалась полная регрессия метаплазированного эпителия и замещение его типичным многослойным плоским эпителием.

Выводы. Пациентам с ГЭРБ, осложненной метаплазией СОП, необходим комплексный подход в лечении (консервативная терапия, антирефлюксные операции, аргон-плазменная коагуляция). Сеансы АПК должны проводиться с интервалами 1 - 1,5 месяца. Площадь воздействия на участки метаплазии СОП не должна превышать 4 см². Представленная схема лечения позволяет избежать кровотечений, стриктур пищевода и добиться регрессии патологических изменений слизистой оболочки пищевода. В послеоперационном периоде необходимо проводить контроль в виде эндоскопического исследования с биопсией слизистой оболочки пищевода.