

М.Б. Скворцов, Е.М. Загузина, М.А. Кожевников**РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ – БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – РАК ПИЩЕВОДА.
ОСОБЕННОСТИ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ****ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (Иркутск)
ГБУЗ Иркутская областная ордена «Знак Почета» клиническая больница (Иркутск)**

Рефлюкс-эзофагит (Р-Э) – предраковое заболевание. Авторы показывают актуальность проблемы с позиции раннего выявления рефлюкс-эзофагита и его своевременного хирургического лечения, с учетом неутешительных результатов хирургического, а также лучевого и химиотерапевтического методов лечения рака пищевода. Опираясь на данные современной литературы и собственные исследования, авторы утверждают, что позднее выявление Р-Э и запоздалая операция требуют лечения еще и бронхообструктивных и легочных осложнений, а также рака пищевода. Большая распространенность Р-Э в России, как и за рубежом, подтверждается данными собственных исследований. В ранней диагностике Р-Э авторы придают большое значение описанным ими эндоскопическим критериям Р-Э – недостаточной замыкательной функции кардии, укорочению пищевода, другим эндоскопическим признакам осложненных форм Р-Э. Они могут служить ориентиром для своевременной диагностики и назначения на операцию. Приведенные клинические наблюдения подтверждают опасность возникновения бронхолегочных осложнений и рака пищевода при Р-Э и показывают эффективность хирургического лечения при тех и других осложнениях.

Ключевые слова: пищевод, рак, хирургическое лечение

**REFLUX ESOPHAGITIS – BRONCHIAL ASTHMA – ESOPHAGEAL CARCINOMA.
PECULIARITIES OF OWN OBSERVATIONS AND LITERARY REVIEW****M.B. Scvortsov, E.M. Zaguzina, M.A. Kozhevnikov****State Medical University, Irkutsk
Regional Clinical Hospital, Irkutsk**

Reflux esophagitis (R-E) is precancerous condition. The authors show urgency of the problem from the perspective of early detection of reflux esophagitis and its timely surgical treatment considering disappointing results of surgical and radiation and chemotherapy treatments of esophageal carcinoma. Basing on the data of modern literature and own researches the authors claim that late revealing of R-E and late surgery need the treatment of bronchoobstructive and pulmonary complications as well as esophageal carcinoma. Great spread of R-E in Russia and abroad proves the data of own researches. In early diagnostics of R-E the authors pay much attention to described endoscopic criteria of R-E, they are lack the reflex function of the cardia, shortening of the esophagus and other endoscopic signs of complicated forms of R-E. They can serve as guide for timely diagnostics and appointment for surgery. The given clinical observations prove the risk of bronchial complications and esophageal carcinoma at R-E and show the efficiency of surgical treatment in the case of complications.

Key words: esophagus, cancer, surgical treatment

Результаты лечения рака пищевода до настоящего времени остаются неутешительными. Основным видом лечения рака пищевода является хирургический [4, 7, 8, 18]. Не вызывают оптимизма результаты химио- и лучевой терапии. Смертность после операций по данным большинства статистик колеблется от 4 до 11 % [4, 7, 8, 18], пятилетняя выживаемость после операций по поводу рака пищевода колеблется около 20–30 % [9]. Основная причина неудовлетворительных результатов – позднее выявление рака. В связи с этим представляется целесообразным изучать и выявлять предраковые заболевания пищевода, своевременно их излечивать и тем самым внести вклад в предупреждение и улучшение результатов лечения рака пищевода. Одним из распространенных заболеваний, предшествующих возникновению рака пищевода, является рефлюкс-эзофагит (Р-Э) и его осложнения, из них наиболее признанным предраковым заболеванием является осложнение рефлюкс-эзофагита – пищевод Барретта [4, 8, 12, 17]. М.И. Давыдов и соавт. (2006) считают, что возникновение пищевода Барретта увеличивает риск развития аденокарциномы пищевода в 30–40 раз, а

метаплазия в дистальном отделе пищевода при синдроме Барретта не подвержена обратному развитию [4, 5]. Следовательно, чем раньше удастся выявить и излечить рефлюкс-эзофагит, тем больше шансов у человека не заболеть раком пищевода. Распространенность Р-Э среди взрослого населения достигает 50 % [5]. В странах Западной Европы и США широкие эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что 40–50 % лиц постоянно испытывают изжогу – основной симптом рефлюкс-эзофагита. В России изжогу испытывают 61,7 % мужчин и 63 % женщин [5]. В последние годы большое внимание уделяется внепищеводным симптомам Р-Э. Считается, что попадание содержимого пищевода в просвет бронхов способно провоцировать бронхоспазм [5]. У 80 % больных бронхиальной астмой был обнаружен патологический желудочно-пищеводный рефлюкс [5]. Работами нашей клиники, как и другими авторами, неоднократно показана связь рефлюкс-эзофагита и бронхообструктивных нарушений, положительная динамика со стороны бронхолегочной системы у больных после антирефлюксных операций [2, 3, 6, 10, 11, 18, 20].

Нами на протяжении 35 лет проводилось оперативное лечение более 350 больных раком пищевода [12], выявление предраковых и предболезненных состояний пищевода путем массовых осмотров населения и активное лечение различных форм рефлюкс-эзофагита [1, 9, 10, 12, 15, 20]. При массовом обследовании работников крупного промышленного объединения одного из городов Иркутской области нами в одной группе из 8494 взрослых при жалобах на боли, дискомфорт в животе, изжогу и т.п. у 1529 (18,0 %) человек выполнена эзофагогастроуденоскопия. Мы обращали внимание на состояние замыкательной функции кардии и пищевода. Недостаточная замыкательная функция кардии как основной механизм, способствующий возникновению рефлюкс-эзофагита, была нами выявлена у 526 чел, что составило 6,2 % к числу обследованных, а рефлюкс-эзофагит – у 348 (4,1 %) [1, 15, 20]. Эти показатели также свидетельствуют о высокой распространенности рефлюкс-эзофагита и предрасположенности к нему в виде отчетливо выявленной недостаточной замыкательной функции кардии [15]. Мы в последующем неоднократно выявляли Р-Э у больных с бронхиальной астмой, ХОБЛ и т.п. [2, 6, 11].

В клинике госпитальной хирургии ИГМУ на базе Областной больницы с 1975 по 2012 гг. мы лечили более 1188 больных рефлюкс-эзофагитом, из них оперировали 1082 [13]. Основными критериями для диагностики Р-Э и определения показаний к операции считали эндоскопические признаки – недостаточную замыкательную функцию кардии (58 %), укорочение пищевода и смещение зубчатой линии вверх до 38 см от резцов и выше, наличие эрозий выше зубчатой линии (ЗЛ), наличие воронкообразного расширения пищевода или псевдопищевода книзу от ЗЛ, циркулярную или частичную инвагинацию слизистой желудка в пищевод, признаки ущемления слизистой желудка в пищеводе, трансформацию слизистой в пищеводе ниже З-линии – пищевод Барретта (ПБ). Этот участок называем псевдопищеводом. При эндоскопии мы выявили катаральный эзофагит у 46,7 % больных, эрозивно-язвенный дистальный эзофагит выявлен у 38,6 %, хронический рубцующийся эзофагит без стеноза – у 26,6 %, стенозирующий эзофагит – у 14,8 %. Данные эндоскопического исследования только тогда использовали для решения в пользу операции, когда они подтверждались рентгенологическими и клиническими данными. Нами отмечено частое сочетание Р-Э с другими заболеваниями желудка и 12-п. кишки. Наиболее часто он сочетается с различными проявлениями гастрита (31 %). У значительной части больных мы отмечали бронхообструктивные нарушения, хронический кашель, разные формы бронхиальной астмы. Нередко легочные проявления рефлюкс-эзофагита исчезали после хирургической коррекции замыкательной функции кардии [1, 2, 3, 6]. Поэтому наличие бронхообструктивных проявлений, осложняющих течение Р-Э, считаем одним из показаний к операции. Мы выделяем следующие виды Р-Э:

1. Неосложненный рефлюкс-эзофагит: 1) изолированная недостаточность кардии (первичная). 2) недостаточность кардии в сочетании: а) с грыжей

пищеводного отверстия диафрагмы; б) с язвенной болезнью желудка и ДПК, с гастритом; в) с калькулезным холециститом; г) с бескаменным холециститом и холецистопанкреатитом; д) с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости; е) с хроническими заболеваниями тонкой и толстой кишки.

2. Осложненный рефлюкс-эзофагит: 1) хронический рубцующийся рефлюкс-эзофагит без стеноза. 2) стенозирующий рефлюкс-эзофагит: а) кольцевидные стриктуры (до 2 см в длину); б) короткие фиброзные стриктуры (2–4 см); в) длинные фиброзные стриктуры (более 4 см); г) язва пищевода, д) пищеводно-трахеальный свищ. 3) пищевод Барретта. 4) кровотечения из пищевода на фоне Р-Э. 5) бронхореспираторные нарушения.

Показаниями к операции при Р-Э считаем:

1. Неэффективность консервативной терапии в течение 4–6 недель.

2. Сочетание Р-Э с ГПОД, язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, с калькулезным холециститом.

3. Осложненные формы рефлюкс-эзофагита [9–12]. Исходя из изложенного, как и другие авторы, считаем, что своевременное оперативное лечение Р-Э может избавить больного от возникновения ряда осложнений, в частности, от рака пищевода, и излечить его не только от симптомов Р-Э, но и от других проявлений болезни и ее осложнений, в частности, бронхообструктивных [1, 3, 5, 10–12, 16, 19, 20]. Несоблюдение этого принципа может оказаться вредным для больного и усугубить проявления как самого рефлюкс-эзофагита, так и индуцированных им бронхолегочных проявлений, и, возможно, способствовать возникновению рака пищевода. Мы об этом выступали неоднократно, хотя и не всегда встречали поддержку [12]. Приводим наши клинические наблюдения.

Наблюдение 1. Д-х С.Б., 53 г. И.Б. № 8137, пост. 18.03.2013 г. Житель Иркутского района. Жалобы на мучительную изжогу, иногда рвоту, тяжесть в животе, дискомфорт после еды, боли в эпигастрии, за грудиной после еды, частую отрыжку. Затрудненное дыхание, кашель, одышка при небольшой физической нагрузке. Изжога, отрыжка, тяжесть в груди и в животе после еды беспокоят в течение 35 лет. Более 10 лет болеет тяжелой бронхиальной астмой, проявлявшейся частой одышкой при сравнительно небольшой физической нагрузке, ежедневно постоянный кашель. Утром, как проснется, появлялся сильный кашель, и пока не откашляется, дышать не мог. Спать на спине не мог – как ляжет, сразу начиналось першение во рту и кашель. В течение последних около 10 лет спал только на животе. В специализированном учреждении пульмонологом диагностирована неаллергическая бронхиальная астма, ХОБЛ средней степени тяжести, осложненной ДН-2 ст. В последние 5 лет отмечает значительное ухудшение. Самостоятельно принимал эуфиллин, ингаляции сальбутамола, изредка – беродуал – без эффекта. По поводу бронхиальной астмы неоднократно лечился в участковой (село Х-во.) больнице.

Дважды лечился в пульмотерапевтическом отделении. Последний раз с 21.02.2013 по 05.03.2013 гг.

(И.Б. № 5426.) с диагнозом: Бронхиальная астма не-аллергическая, тяжелое персистирующее течение, тяжелое обострение. Хр. обструктивная болезнь легких средней степени тяжести, обострение. ДН-2. Сопутствующее заболевание – ГЭРБ, фиксированная ГПОД. Заключение спирографии: ЖЕЛ – 74 %, ОФВ1 – 43 % индекс Тиффно – 38 %; Легкое снижение ФВД по рестриктивному типу, резкое – по обструктивному типу. Рентгенография легких от 12.02.2013 – без патологии. ЭХО КГ – дилатация ПЖ (3,5 см). Эзофагогастродуоденоскопия: смешанный (поверхностный + атрофический) гастрит. Дуоденит. Недостаточность кардии. Дистальный рубирующий рефлюкс-эзофагит. Признаки аксиальной ГПОД. Кандидозный эзофагит. Проведено лечение: тевакомб 25/250 по 2 вдоха 2 р.д., беклазон 250 2 вд. (вдоха) 2 р.д., беродуал 1,0 + лазолван 20 кап. через небулайзер; эуфиллин 2,4 % – 10,0 + натрия хлорид 200,0 + преднизолон 60 мг в/в кап., массаж грудной клетки, ЛФК, ДДТ на область грудной клетки. Отмечает, что после лечения наступило незначительное непродолжительное улучшение. При обследовании перед операцией на спирограмме – крайне резкое снижение ФВД по обструктивному типу и значительное снижение – по респираторному типу. При рентгенологическом исследовании пищевода и желудка от 13.03.2013 г. выявлена аксиальная скользящая ГПОД, дистальный отдел пищевода частично сужен (рис. 1). При эзофагогастроскопии выявлено: «гастрит, дуоденит, недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит, признаки ГПОД». Взята биопсия из дистального отдела пищевода. Гистологическое заключение (№ 4730 от 05.03.2013 г.): фрагмент

многослойного плоского эпителия с гиперплазией, слабым ядерным полиморфизмом; фрагменты слизистой желудка с атрофией желез, слабовыраженным неактивным воспалением.

Клинический диагноз: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, короткий пищевод, недостаточность кардии, хронический рефлюкс-эзофагит со стенозированием дистального отдела пищевода. 19.03.2013 г. выполнена операция (М.Б. Скворцов) – низведение желудка, герниотомия с иссечением грыжевого мешка и циркулярной жировой муфты кардии, эзофагофундопликация по собственной методике, диафрагморafia, пилоропластика по Фреде-Рамштедту, ревизия дуоденоюанального угла.

Под эндотрахеальной анестезией произведена верхняя срединная лапаротомия от мечевидного отростка до пупка. При ревизии околопищеводного пространства слева от пищевода в диафрагме выявлено отверстие диаметром 6–7 см – параззофагеальная грыжа. Через это отверстие в грыжевой мешок и с ним в средостение сместились дно и часть тела желудка. Они без труда низведены в брюшную полость. Мобилизована левая доля печени, продолжена ревизия. Верхушка грыжевого мешка располагалась рядом с пищеводом в средостении на уровне нижней легочной связки. Грыжевой мешок спаян с передней, задней стенками желудка, с большой и с малой кривизной, он иссечен вместе с жировой муфтой кардии путем лигирования, клипирования сосудов и использованием аппарата Ligasure. Пищевод укорочен, его абдоминальный отдел практически не выражен, на уровне диафрагмы и выше нее он сращен с окружающими

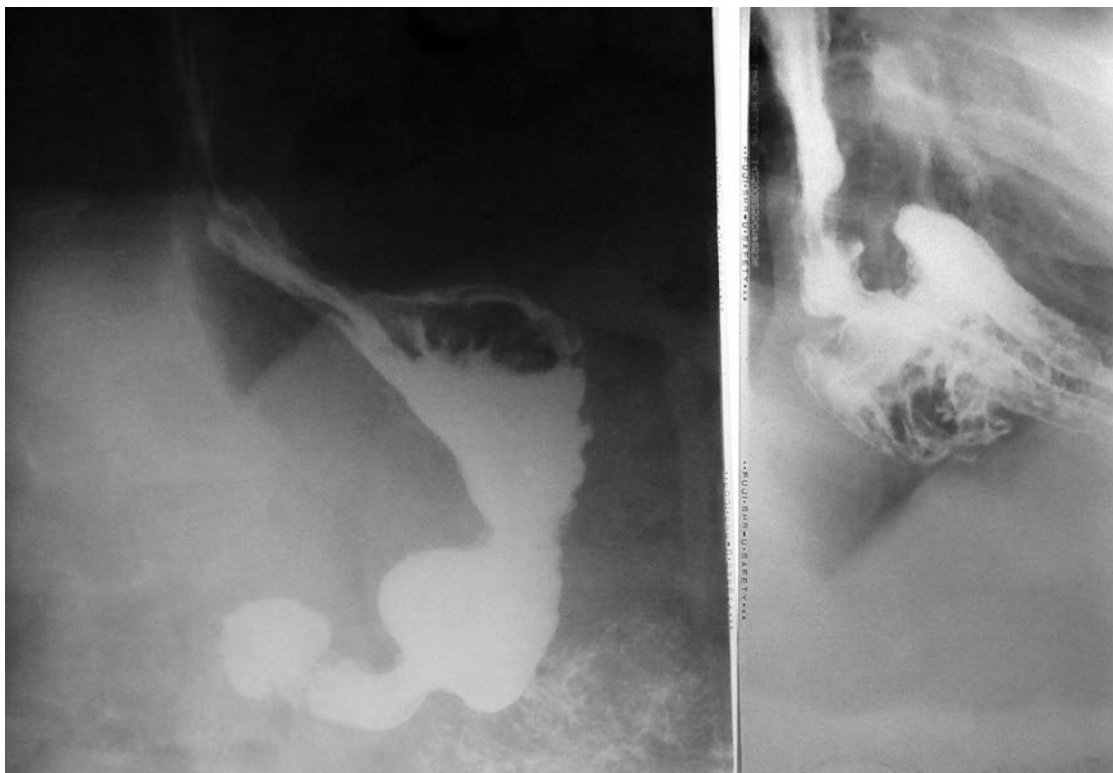


Рис. 1. Рентгенограммы пищевода и желудка б-го Д-х С.Б., 53 г. от 13.03.2013 г. Определяется укорочение пищевода, недостаточная замыкательная функция кардии и смещение проксимального отдела желудка в наддиафрагмальное пространство.

тканями, с грыжесвым мешком и после мобилизации несколько сместился книзу и стал доступен для создания антирефлюксной манжетки. Дно желудка мобилизовано путем перевязки и пересечения 3 пар коротких сосудов. Стенка дна желудка проведена позади пищевода и 4-мя швами фиксирована к его правой стенке, затем пятью швами фиксирована к задне-левой стенке, третьим рядом узловых швов фиксирована к передней стенке с образованием полной циркулярной манжетки вокруг пищевода длиной 4–5 см без натяжения тканей и сдавления пищевода. Расширенное пищеводное отверстие диафрагмы ушито спереди от пищевода двумя узловыми швами. Пищевод не ущемлен, манжетка – под диафрагмой, чувствуется некоторое натяжение пищевода с тенденцией сместиться в средостение. Для профилактики смещения манжетки вверх через ушитое ПОД верхушка манжетки фиксирована к брюшине диафрагмы снизу узловыми швами. Выше манжетки в средостение – в пространство, где был грыжесвой мешок и его содержимое, введена дренажная трубка и выведена в правое подреберье. Осмотрен привратник, он ригиден, пилорическая мышца утолщена, просвет сужен. Произведена пилоромиотомия с продольным рассечением серо-мускулярного слоя передней стенки желудка, привратника и двенадцатиперстной кишки (ДПК) длиной 7 см без вскрытия просвета. Участок пилорической мышцы иссечен для гистологического исследования. Дефект ушит в поперечном направлении. В области дуоденоюанального угла (ДЕУ) сращений нет. Кишка расправлена. Проверен гемостаз – в области ворот селезенки небольшая кровоточивость (устранена). К воротам селезенки подведен дренаж и выведен слева в подреберье. Рана брюшной стенки послойно ушита наглухо. Наклейка. Препарат: Удалены грыжесвой мешок и жировая муфта кардии, участок пилорической мышцы.

Диагноз после операции: Параэзофагеальная корпоро-фундальная ГПОД. Короткий пищевод. Недостаточность кардии, хронический рефлюкс-эзофагит с признаками стенозирования дистального отдела пищевода. Гипертрофический пилоростеноз.

Гистологическое заключение от 20.03.2013 г. № 6289. Материал представлен двумя объектами: 1) гипертрофированная мышца привратника – фрагмент серой ткани, 7 × 5 мм, гистологически: гладкомышечная ткань, неравномерно выраженный интерстициальный фиброз. 2) грыжесвой мешок и жировая муфта кардии – неправильной формы фрагмент желтой ткани, жирового вида, 8 × 1,5 × 1,5 см, 25 г. Гистологически: жировая ткань, с неравномерно выраженными тяжистыми участками фиброза. Местами сосуды с утолщением стенок. Вр. Дворянов Я.А.

Послеоперационный период протекал без осложнений, дренажи удалены на 3 и 4-е сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии 02.04.2013 г. За все время после операции больной чувствовал себя удовлетворительно, изжоги, отрыжки, дисфагии не было. Исчезли боли за грудиной и в эпигастрии, рвоты не было ни разу, прекратился кашель, значительно уменьшилась одышка – свободно поднимается на 2–3 этажа.

Это наблюдение показывает, как последовательно развивалась болезнь – вначале ее пищеводно-желудочный фрагмент, затем присоединились легочно-бронхиальные симптомы. Затем они взаимно отягощались. И довели больного до тяжелой степени дыхательных нарушений. Считаем, что возникновению желудочно-пищеводного рефлюкса в немалой степени способствовал гипертрофический пилоростеноз, выявленный во время операции. Выполненная операция имела целью прекратить рефлюкс желудочного содержимого в пищевод. Она свою задачу выполнила – рефлюкс прекратился на следующее утро после операции – исчезли и пищеводные и легочные проявления. Больной постоянно спал на спине. Устранение параэзофагеальной грыжи ПОД также повлияло положительно – сразу после операции исчезли проявления болезни, связанные с приемом пищи и переполнением смещенного в средостение желудка. По нашим наблюдениям, опубликованным ранее, хорошие и удовлетворительные результаты после операции сохраняются долгие годы более, чем у 90 % обследованных (2, 3, 11, 20). Следовательно, гастроэзофагеальный рефлюкс, вызванный описанными механизмами, является одним из механизмов возникновения бронхо-легочных проявлений болезни.

Наряду с бронхообструктивным синдромом еще одним исходом рефлюкс-эзофагита является возникновение рака пищевода. Приводим еще одно клиническое наблюдение.

Наблюдение 2. Р-н В.П., 72 г. И.Б. № 15261, поступил в клинику 03.06.2010 г. Житель города Б. Иркутской области. Предъявлял жалобы на затруднения при глотании в виде чувства комка за грудиной иногда – рвота. Ежедневно беспокоит изжога, избавлялся от которой приемом соды, алмагеля, и др. препаратов, в т.ч. омез и его аналоги, фамотидин и т.п. Часто беспокоят приступы кашля астмоидного типа с трудно откашливаемой мокротой, одышка. Кашель до операции был в виде частых приступов с выделением до 1/2 стакана мокроты, больше по утрам. Боли по ходу пищевода возникают около 1 раза в неделю в течение последних 6 мес.

История заболевания. Болен с 23 лет, когда появилась мучительная изжога. Она до настоящего времени не прекращается, усиливается при приеме острой пищи, др. нарушениях диеты. По этому поводу многократно лечился в различных лечебных учреждениях Иркутска, области и страны. Около 40 лет страдает от приступов кашля различной формы, частоты и степени тяжести. По этому поводу также ежегодно лечился в тех же учреждениях, принимал самые разнообразные препараты с непродолжительным и непостоянным эффектом. При обследовании в разных клинических учреждениях общей сети и ведомственных у него были диагностированы: ХОБЛ, хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, пневмофиброз, бронхоэктатическая болезнь (бронхоэктазы S2 и S10 dextr) с дыхательной недостаточностью II ст. и выраженным снижением показателей функции внешнего дыхания. Также были диагностированы ИБС, диффузный кардиосклероз, ХСН – 1. Как сопутствующий диагноз указывали: грыжа

пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюксный эзофагит, хронический гастрит и ряд заболеваний других органов и систем. Неоднократно устанавливали диагноз «бронхиальная астма». Для лечения подолгу принимал: антибиотики, беротек, спириву, халиксол, теопек, эуфиллин, небулайзеротерапию с лазолваном, амброксолом, беродуалом, а также фамотидин, церукал, мотилиум, мезим форте, панангин, кардиомагил, преднизолон и т.д. За 2,5 года до поступления обратился к одному из нас и от предложенного обследования с последующим хирургическим лечением рефлюкс-эзофагита воздержался. После выявления эндоскопических признаков рака пищевода в мае 2010 г. направлен в госпитальную хирургическую клинику ИГМУ для решения вопроса об оперативном лечении. При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые без особенностей, подкожно-жировой слой выражен умеренно, вес 69 кг. Доступные пальпации лимфоузлы

визуально и пальпаторно не увеличены. При аускультации легких особой патологии не отмечено.

При рентгеновском исследовании пищевода и желудка в клинике от 04.06.2010 г. – диагностировано: короткий пищевод, ГПОД 2 ст., формирующаяся пептическая стриктура дистального отдела пищевода, выявляется непостоянный гастроэзофагеальный рефлюкс, дислокация желудка в средостение (рис. 2).

05.06.2010 г. выполнена **эзофагогастродуоденоскопия**: М/а лидокаином. Гастроскоп проведен на 100 см. Вход в пищевод свободен. Просвет пищевода обычный. 3-линия – на расстоянии 25 см от резцов, размыта, поверхность трансформирована, умеренно эрозирована, шероховатая на протяжении 1,5–2 см, умеренная отечность стенки (эзофагит). Ниже – слизистая желудочного типа. Второй жом – на расстоянии 40 см, он не перистальтирует, не смыкается, над ним слизистая – желудочного типа. Рефлюкс из желудка в момент исследования не выявляется, инвагинации слизистой желудка в пищевод



Рис. 2. Рентгенограммы пищевода и желудка б-го Р-н В.П., 72 лет от 04.06.2010 г. Описание в тексте.

нет. Слизистая желудка в теле и в антральном отделе розовая, бархатистая, складки высотой 5–7 мм, расправляются, перистальтика поверхностная, медленная. Привратник с тенденцией к спазму, раскрывается до 5–7 мм. Он вяло перистальтирует и не смыкается. ДГР не выражен. При инверсионном осмотре видно отсутствие смыкания кардии вокруг тубуса аппарата. Слизистая ДПК – обычная, складки циркулярные, перистальтика правильная. БДС – невысокий, шириной до 3 мм, просвет кишки хорошо расправляется на всем протяжении. При извлечении аппарата взята биопсия и мазки на цитологическое исследование из 6 точек: а) из кардии желудка = 40 см, б) на 35 см – между 3-линией и 2-м жомом (сегмент Барретта), в) на уровне 30 см – в зоне эзофагита; г), д), е) на 25 см – в зоне трансформации слизистой. **Заключение ФГС:** Недостаточность замыкательной функции кардии с признаками дегенерирующего рефлюкс-эзофагита на уровне 3-линии, а также выше и ниже нее, а также признаки опухолевого роста. Укорочение пищевода (сегмент Барретта = 2 см). Выраженный субтотальный рефлюкс-эзофагит. Пилороспазм. Гистологическое заключение № 9716 от 06.09.2010 г.: а) фрагмент слизистой желудка фундального типа с выраженным хроническим воспалением с гиперплазией покровно-ямочного эпителия; б) фрагмент слизистой кардиального типа с выраженным хроническим воспалением, с очаговой толстокишечной метаплазией и дисплазией 1 ст.; в) признаки толсто- и тонкокишечной метаплазии с очаговой дисплазией 1–2 ст. и умеренно выраженным хроническим воспалением; г) рост умеренно дифференцированной аденокарциномы; д) фрагмент гиперплазированного многослойного плоского эпителия; е) признаки роста умеренно дифференцированной аденокарциномы. **Заключение:** Хронический рефлюкс-эзофагит. Аденокарцинома пищевода Барретта.

После дообследования и подготовки к операции больной взят на операцию.

09.06.2010 г. Операция (М.Б. Скворцов) – Субтотальная резекция пищевода с малым сальником из абдомиоцервикального доступа с одномоментной эзофагогастропластикой целым желудком с анстомозом на шее, пилородигитоклазия. Эндотрахеальная анестезия. Верхняя срединная лапаротомия, обходя пупок слева. Выпота нет. Желудок обычных размеров. Печень и селезенка не изменены, метастазы не выявляются. Слева от пищевода в диафрагме выявлено большое отверстие диаметром 7–8 см, через которое в средостение дислоцирована верхняя половина желудка. Желудок низведен в живот. Мобилизована левая доля печени. Желудок признан пригодным для пластики пищевода, абдоминальный отдел пищевода длиной 2–3 см представлен желудочной трубкой, покрытой серозной оболочкой, вытянутой в средостение (пищевод Барретта). Без сагиттальной диафрагмотомии выделен абдоминальный, затем с помощью специальных медиастинальных крючков – нижегрудной отделы пищевода, он взят на держалку. Отмечены плотные сращения пищевода на уровне ПОД, а также под и над диафрагмой. При их разделении и мобилизации пищевода была рассечена

левая медиастинальная плевра, интимно сращенная с пищеводом и периэзофагеальными тканями. Затем пищевод мобилизован кверху выше бифуркации трахеи. Желудок вместе с малым сальником мобилизован полностью путем лигирования, клипирования и коагуляции сосудов с сохранением кровоснабжения за счет правой желудочно-сальниковой артерии. Выявленная на передней стенке тела желудка субсерозная фиброма диаметром 7–8 мм иссечена и направлена на гистологическое исследование, образовавшийся дефект стенки в серозно-мышечном слое ушит атравматической нитью. Привратник ригиден, просвет его равен 6–7 мм. Пальцевая пилородилатация. Левосторонняя цервикотомия (М.А. Кожевников), выделен шейный отдел пищевода и пищевод с 2-х сторон мобилизован полностью. Пищевод пересечен на шее, низведен в живот (рис. 3). Средостение сверху и снизу тампонировано с гемостатической целью.

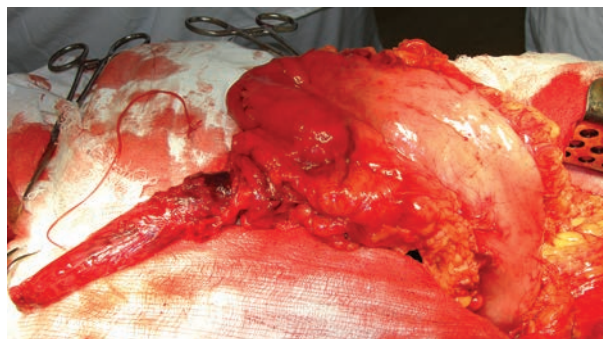


Рис. 3. Пищевод мобилизован, пересечен на шее, низведен в живот и в рану вместе с мобилизованным желудком. Желудок мобилизован с сохранением правых сосудов, органокомплекс выведен в рану.

Пищевод у места впадения отсечен от желудка вместе с малым сальником. Просвет желудка ушит послойным (на слизистую) аппаратным и рядом узловых серо-мускулярных швов с переходом швов на малую кривизну для перитонизации оголившейся *pars pida* малой кривизны (рис. 4, 5). Отмечены умеренные сращения вокруг желудка и 12-перстной кишки – рассечены. Двенадцатиперстная кишка мобилизована по Кохеру, желудок и 12-перстной кишка смещаются значительно вверх. Длина желудка достаточна для пластики пищевода. Проверен гемостаз. Дополнительный гемостаз коагуляцией и перевязкой сосудов. Трансплантат за верхушку дна проведен через заднее средостение на шею, там фиксирован к предпозвоночной фасции, и к пищеводу. Наложен пищеводно-желудочный анастомоз 2-рядным послойным непрерывным (на слизистые) и узловым (мышечно-серо-мускулярный слой) швами, сформирован антирефлюксный клапан. Кровоснабжение трансплантата не вызывает сомнений. Верхушка желудка вкруговую фиксирована швами к тканям шеи на 2–3 см ниже анастомоза. Проведен назогастральный зонд. Дренирована левая плевральная полость, дренаж выведен между швами. Левая доля печени фиксирована к диафрагме 3-мя швами. Проверен гемостаз – достаточный. Рана брюшной стенки послойно ушита с оставлением в малом

тазу дренажа, выведенного справа в мезогастрии. Выпускник к анастомозу на шее выведен через дополнительный разрез. Рана шеи послойно ушита. Ас наклейки.



Рис. 4. От желудка отсечен малый сальник, осталось отсечь от желудка пищевод и удалить их единым блоком с малым сальником.

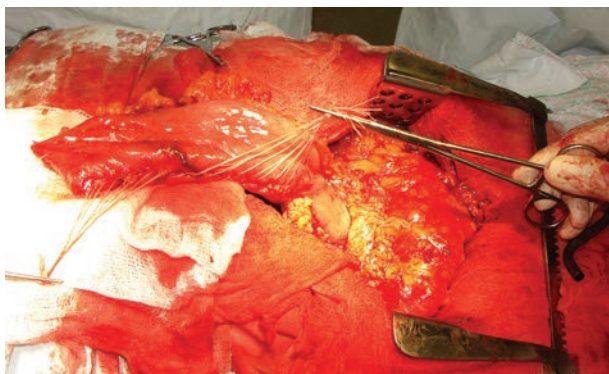


Рис. 5. Пищевод и малый сальник отсечены. Малая кривизна желудка перитонизирована узловыми швами. Желудок подготовлен к трансплантации на шею.

PS: При разделении всех тканей у больного отмечена обильная повышенная кровоточивость, что оперирующей бригадой расценено как следствие длительного медикаментозного лечения, в т.ч. кардиомагнилом, преднизолоном и др.

Препарат: Резецирован шейный, грудной и абдоминальный отделы пищевода (рис. 6) длиной 15 см, расстояние между точками пересечения = 22 см. В верхней части препарата определяется поверхностная бородавчатая опухоль в пределах слизистого слоя длиной до 1 см, шириной до 2 см (по окружности пищевода), не изъязвлена, не циркулярная. В дистальном отделе – рубцовое циркулярное изменение подслизистого слоя на протяжении до 3 см. Ниже слизистый слой на всем протяжении трансформирован и представлен слизистой желудочного типа с изменениями. Вместе с пищеводом удален малый сальник, пальпаторно и визуально лимфоузлы в нем не определяются. Отдельно иссечена часть пищевода длиной 2 см по верхнему краю резекции.

Диагноз после операции: Рак среднегрудного отдела пищевода. T-1, N-0, M-0. Параэзофагеальная ГПОД. Короткий пищевод. Хронический субтотальный рефлюкс-эзофагит, осложненный синдромом Барретта. Формирующаяся стриктура дистального отдела пищевода. Пилороспазм.

Гистологическое исследование № 9935 от 15.06.2010 г. 1) Плотное серое опухолевидное образование из стенки желудка $1 \times 0,8$ см. 2) Часть пищевода длиной 6,5 см с фрагментом желудка $2,5 \times 3,5$ см. На расстоянии 2 см от проксимального края резекции наблюдается неровная зубчатая линия, дистальнее которой – бугристое опухолевидное образование $2,5 \times 1,5$ см. Часть сальника $8 \times 7,5 \times 2$ см. 3) Отдельно – фрагмент пищевода по верхнему краю резекции длиной 2 см, периметром 3,5 см. **МИКРО:** 1) Опухолевидное образование желудка представлено хаотично переплетающимися пучками гладкомышечных волокон с фиброзом стромы, митозы, некрозы, атипия отсутствует. 2) Гистологически на микропрепаратах пищевода в слизистой наблюдается рост умеренно дифференцированной аденокарциномы с фокусами инвазии в собственную мышечную пластинку слизистой. В краях резекции, регионарных лимфоузлах роста опухоли нет. В сегменте Барретта наблюдается тонко- и толстокишечная метаплазия слизистой пищевода с умеренно выраженным хроническим воспалением и очаговой дисплазией 1–2 ст. В слизистой желудка – слизистая кардиального типа с выраженным хроническим воспалением минимальной активности с наличием лимфоидных фолликулов в собственной пластинке слизистой, гиперплазией и очаговой дисплазией 1–2 ст. покровно-ямочного эпителия, в мышечном слое – множественные образования из хаотично переплетающихся гладкомышечных волокон со склерозом стромы. 3) Фрагменты стенки пищевода с признаками хронического рефлюкс-эзофагита, роста опухоли нет. **Заключение:** Умеренно дифференцированная аденокарцинома пищевода. В регионарных лимфоузлах, краях резекции роста опухоли нет. Хронический рефлюкс-эзофагит. Пищевод Барретта. Множественные лейомиомы желудка. Вр. Сисенкова А.Ю.



Рис. 6. Удаленный пищевод с малым сальником, отдельно – участок шейного отдела пищевода по верхнему краю резекции. Описание – в тексте.

Послеоперационный период протекал тяжело. Питание по зонду в трансплантированный желудок начали через 24 часа. На 6-е сутки зонд удален и после рентгеновского контроля начато питание через рот. Отмечено продолжительное в течение 5 дней выделение серозного отделяемого по контрапертуре (мы

полагаем, что обильная продукция серозного отделяемого в ране вызвана длительной предшествующей терапией разными неспецифическими противовоспалительными препаратами). Кашель после операции стал заметно реже, мокроты стало намного меньше – в виде отдельных плевков по несколько раз в день. Осложнений не было. Заживление кожных ран – первичным натяжением. Швы сняты на 14-е сутки. Вес при выписке – 59 кг. Выписан на 16-е сутки – переведен для реабилитации в ведомственное учреждение с рекомендацией в дальнейшем наблюдения у онколога по месту жительства и в нашей клинике. За прошедшие 2,5 года Р-н В.П. неоднократно обследовался и проходил плановое лечение в ведомственной больнице, неоднократно обследован в нашей больнице, где ему выполнялось общеклиническое обследование, рентгенологическое исследование пищевода и грудного желудка, МС КТ органов груди и живота, эндоскопическое исследование и симптоматическое лечение.

Р-н В. П., 74 лет повторно поступил 23.11.2011 г. (И.Б. № 34131) с жалобами на затрудненное прохождение пищи в области шеи при глотании в виде чувства комка за грудиной. Рентгенологически и эндоскопически выявлено сужение в области входа

в пищевод. Диагноз: стеноз ПЖА. Больному произведено бужирование стриктуры. Приводим описание первого сеанса бужирования: 25.11.2011 г. В/в наркоз. Диффузионное дыхание. Тубус эзофагоскопа Шторца проведен на 19 см от резцов, здесь глотка сужена во входе в пищевод до 5–6 мм, и преодолеть спазм аппаратом не удастся. Стриктура (спазмированный жом Килиана ?) эпителизирована, создается впечатление, что она короткая. По струне проведен буж № 40 с коротким клювом на 30 см от резцов. Стриктура практически неригидна. Заключение: Спазм жома Килиана. Сразу после первого сеанса бужирования отметил улучшение глотания, уменьшение дисфагии, уменьшение дискомфорта в боковых карманах глотки. Всего проведено 6 сеансов бужирования бужом № 40. Взята биопсия из зоны сужения. Гистол. исслед-е № 23800 от 12.12.2011 г. Фрагмент слизистой глотки с фокусом изъязвления, в крае псевдоэпителиоматозная гиперплазия эпителия, развитие грануляционной и оформленной соединительной ткани с картиной активного хронического неспецифического воспаления. Роста опухоли в представленном материале нет. В дальнейшем сужения не возникали, дисфагии не было.

Показатели функции внешнего дыхания у Р-н В.П. в динамике до и после операции

Дата исследования	Показатели ФВД		
	ОФВ 1	ОФВ1/ ЖЕЛ (индекс Тиффно)	Заключение
20.06.2008 г	12 %		Крайне резкая обструкция
15.06.2009 г.	48 %	58,0	Умеренная обструкция
02.06.2010 г.	40 %	50,2	
18.11.2011 г.	42 %	70 %	Значительная обструкция

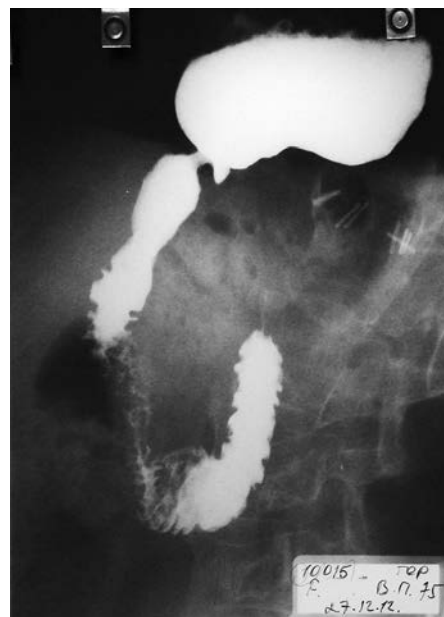


Рис. 7. а – рентгенограммы глотки, ПЖА на шее, грудного желудка от 27.12.2012 – через 2,5 г. после операции. Анастомоз проходим, широкий. Грудной желудок в виде неширокой трубки, по диаметру сравнимый с шириной позвонка; б – Рентгенограмма выходного, пилорического отделов грудного желудка и начального отдела 12-перстной кишки. Опорожнение из желудка наступает сразу – 12-п кишка обычной конфигурации.

Р-н В. П., 75 л. Повторно в плановом порядке поступил на лечение 17.12.2012 г. (И.Б. № 37793) В настоящее время дисфагии нет, затруднения при глотании прошли год назад после бужирования. Приступы кашля бывают редко – не более 1 раза в 2 мес. Показатели функции внешнего дыхания изменились в лучшую сторону по сравнению с дооперационным периодом – увеличился до нормального индекс Тиффно (табл. 1).

Больной питается нормально, вес стабилен – около 64 кг. При осмотре – удовлетворительного питания, пальпаторно – без особенностей. При рентгенологическом исследовании пищевода и желудка от 05.06.2012 г.: шейный отдел пищевода – без особенностей, ПЖА не сужен, раскрывается до 1 см, контуры ровные, контраст проходит свободно, супрастенотическое расширение отсутствует, грудной желудок не увеличен, в виде неширокой трубки. Привратник – под диафрагмой, свободно проходим, эвакуация в двенадцатиперстную кишку своевременная, наступает сразу. ЛДПК – без особенностей. Продвижение контрастной массы по двенадцатиперстной кишке не нарушено (рис. 7а, б).

На МС КТ ОТ 04.06.2012 г. выявлены два субсерозных образования в печени (8-й и 6-й сегменты) по 16 × 11 мм каждое, подкапсульно, бронхоэктазы нижней доли и 2-го сегмента справа. Умеренная медиастинальная лимфаденопатия.

22.12.2012 г. ФГС: М/а лидокаином. Гастрофиброскоп проведен в 12-п. кишку и далее в тонкую кишку на 70 см. Гортань не изменена. Вход в пищевод свободен. ПЖА на шее – на расстоянии 18 см от резцов. Он округлой формы, диаметр не менее 2 см. Слизистая в зоне пищеводно-желудочного перехода ровная, без признаков эзофагита. Рефлюкса нет. Видны признаки антирефлюксной складки в области анастомоза. Грудной желудок – в виде неширокой трубки. В желудке сохранена целостность слизистой, сохранен рисунок складок, он имеет продольную направленность, перистальтика правильная, поверхностная, медленная. Привратник практически не перистальтирует, зияет, диаметр его до 2–2,5 см. Минимальный ДГР. Осмотрена и 12-перстная кишка. Патология в ней и далее в тонкой кишке не выявлена. **Заключение:** Оперированный пищевод. Искусственный пищевод из целого желудка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, длительное, почти 50-летнее, течение рефлюкс-эзофагита (наблюдение № 2) привело к возникновению выраженного хронического воспаления с гиперплазией покровно-ямочного эпителия, очаговой толстокишечной и тонкокишечной метаплазии и дисплазии 1–2 ст. на всем протяжении пищевода, на фоне которых возникла аденокарцинома средней трети пищевода, которой несколько лет назад там не было. Изложенное позволяет нам, как и ранее [13], считать, что длительно текущий рефлюкс-эзофагит является предраковым заболеванием. У нас нет достаточных данных, чтобы сказать, что рак пищевода у нашего пациента не появился бы, если бы ему своевременно выполнили антирефлюксную операцию. Но то, что длительное течение патогенетически нелеченного рефлюкс-эзофагита привело к

раку пищевода у нашего пациента, не должно вызывать сомнения, теперь это уже не ново.

Предлагаемые нами эндоскопические критерии в сочетании с клиническими и рентгенологическими симптомами позволяют своевременно выявить рефлюкс-эзофагит в ранних стадиях и в «зрелом» состоянии и определиться с операцией до развития осложнений. Приведенные нами наблюдения свидетельствуют о запоздалом направлении больных на операцию и об ее эффективности как на основании субъективных, так и объективных критериев.

Клиническое улучшение бронхолегочных проявлений у обоих больных сразу после операции также свидетельствует о целесообразности и необходимости более раннего антирефлюксного хирургического лечения при осложненных формах Р-Э.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров О.М. Хирургическая коррекция как метод профилактики, стабилизации и лечения рефлюкс-эзофагита и его осложнений: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2000. – 24 с.
2. Александров О.М., Скворцов М.Б., Дроков В.В., Запова Л.С. Функция внешнего дыхания у больных рефлюкс-эзофагитом // Акт. вопросы клинич. и эксперим. хирургии: тез. докл. – Иркутск, 1996. – С. 71–72.
3. Александров О.М., Скворцов М.Б., Суховский В.С. Динамика отдельных показателей функции внешнего дыхания у оперированных больных рефлюкс-эзофагитом // Новые хирургические технологии и избранные вопросы клинической хирургии: мат. II науч.-пр. конф. – СПб., 2000. – С. 141–142.
4. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Тер-Ованесов М.Д., Полоцкий Б.Е. Рак пищевода: современные подходы к диагностике и лечению // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 14. – С. 1006–1015.
5. Касумов Н.А. Рефлюкс-эзофагит: современное состояние проблемы // Хирургия. – 2007. – № 4. – С. 62–65.
6. О месте бронхореспираторных осложнений в классификации больных рефлюкс-эзофагитом / М.Б. Скворцов [и др.]. – Актуальные вопросы современной клинической медицины. – Иркутск, 1997. – С. 198–200.
7. Основные принципы предоперационной подготовки и интенсивной терапии послеоперационного периода у больных раком пищевода / С.П. Свиридова [и др.]. – Практическая онкология. – 2003. – Т. 4, № 2. – С. 120–126.
8. Пищевод Барретта: от теоретических основ к практическим рекомендациям / М.И. Давыдов [и др.] // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4, № 2. – С. 109–119.
9. Скворцов М.Б. Рак пищевода: хирургическое лечение // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – № 4. – С. 21–30.
10. Скворцов М.Б., Александров О.М., Гольдберг О.А. Рефлюкс-эзофагит. Течение, исходы, дифференцированный подход к оперативному лечению // Первая международная конференция по торакоабдоминальной хирургии: сборник тезисов, 5–6 июня 2008 г. – М., 2008. – С. 233.

11. Скворцов М.Б., Александров О.М., Гольдберг О.А. Тотальный рефлюкс-эзофагит. Осложненные формы. Особенности хирургического лечения // Вестник Российской Военно-медицинской академии. Прил. Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении: Матер. конф., Санкт-Петербург, 20–21 апреля 2011 г. – СПб., 2011. – № 1 (33). – С. 219.

12. Скворцов М.Б., Александров О.М., Красникова Н.О., Дарибазарон Ц.Д. Рефлюкс-эзофагит – предраковое заболевание пищевода. Роль и возможности эндоскописта в своевременной диагностике и лечении // Актуальные вопросы эндоскопической диагностики и лечения раннего рака пищеварительного тракта. VI Российско-японский симпозиум по эндоскопии пищеварительного тракта: сб. тезисов. – М., 2004. – С. 23–25.

13. Скворцов М.Б., Кожевников М.А., Боричевский В.И., Серебренникова Т.Ю. Пластика пищевода с использованием желудка при нераковых сужениях // Хирургия забайкалья. Труды межрегиональной научно-практической конференции. – Чита-Агинское, 2012. – С. 182–187.

14. Скворцов М.Б., Пипия П.Ш. Диссинергия сфинктерного аппарата желудка // Тез. докл. научн. конфер., посв. 50-летию Иркутского госуд. мед. ин-та. – Иркутск, 1980. – С. 87–89.

15. Скворцов М.Б., Пипия П.Ш. Эндоскопическая диагностика заболеваний желудка в условиях массового осмотра на промышленных предприятиях // Диспансеризация населения и автоматизированные информационные системы, медицинская техника для диспансеризации всего населения: тез. докл. Всесоюзн. совещ., 4–5 дек. 1984 г. – М., 1984. – С. 60–61.

16. Скворцов М.Б., Шишкин В.В. Рефлюкс-эзофагит. Диагностика, показания к операции и ее эффективность // Материалы IV Всесоюзного съезда гастроэнтерологов. – Т. 1. – М.–Л., 1990. – С. 564–565.

17. Флуоресцентные методы в диагностике тяжелой дисплазии и раннего рака пищевода Барретта (Обзор литературы) / О.Б. Дронова [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – № 1. – С. 68–74.

18. Хайрулдинов Р.В. Современные принципы диагностики и хирургического лечения рака пищевода // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2006. – № 3. – С. 48–51. 18

19. Черноусов А.Ф. Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. – М., 1998. – 179 с.

20. Шишкин В.В. Диагностика и хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита и его осложнений: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 1991. – 20 с.

Сведения об авторах

Скворцов Моисей Борисович – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ИГМУ (664079, Иркутск, микрорайон Юбилейный, 100, т. 40-78-09)

Загузина Елена Моисеевна – начальник госпиталя – врач ФКУС «МСЧ МВД России по Иркутской области» (Иркутск, ул. Б. Хмельницкого 11а)

Кожевников Михаил Александрович – кандидат медицинских наук, врач-хирург ИОКБ