

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

В. В. Грубник, Н. Р. Параняк

Одесский национальный медицинский университет

EFFICACY OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS IN PROMINENT EXTRAESOPHAGEAL LARYNGOPHARYNGEAL SIGNS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

V. V. Grubnik, N. R. Paranyak

Odessa National Medical University

Внепищеводные проявления, в частности, ларингофарингеальные, гастроэзофагеального рефлюкса являются сложной клинической проблемой, их выявляют у 10% пациентов при ГЭРБ [1].

У 4 — 10% пациентов, обратившихся за медицинской помощью к оториноларингологу, обнаруживают связь жалоб с ГЭРБ [2]. По данным литературы, этот показатель может достигать 15% [3]. К начальным внепищеводным проявлениям ГЭРБ относятся globus pharyngeus (ощущение "кома" в горле), першение, охриплость голоса, отек, гиперемия гортани [4, 5]. У 55 — 79% пациентов при охриплости голоса, у которых стандартное консервативное лечение оказалось неэффективным, выявляют кислый рефлюкс. Причинно—следственную связь между ГЭРБ и хроническим кашлем обнаруживают у 20% пациентов, ощущением "кома" в горле — у 25 — 50%.

Рефлюкс—эзофагит наблюдают у 60% больных при хроническом ларингите и фарингите, плохо поддающихся консервативному лечению [4, 6]. Из—за трудностей установления правильного диагноза и неадекватного лечения внепищеводных проявлений ГЭРБ отмечают прогрессирование заболевания, что проявляется стенозом гортани, контактными язвами, гранулемами, ларингитом Рейнке, полипами горта-

Реферат

Оценена эффективность хирургического лечения пациентов при внепищеводных ларингофарингеальных проявлениях гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Проанализированы отдаленные результаты лапароскопической фундопликации, выполненной у 220 больных за период с 2001 по 2012 г. Удовлетворены результатами лечения 85% пациентов. Повторные антирефлюксные операции произведены 3 (1,1%) больным. Установлено достоверное преимущество фундопликации по Ниссену по сравнению с фундопликацией по Тупе в отношении регресса симптомов ГЭРБ и улучшения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; внепищеводные проявления; лапароскопическая фундопликация по Ниссену и Тупе; индекс симптомов рефлюкса; рН—метрия.

Abstract

Efficacy of the surgical treatment of patients in extraesophageal laryngopharyngeal signs of gastroesophageal reflux disease (GERD) was estimated. Remote results of laparoscopic fundoplication, conducted in 220 patients in 2001 — 2012 yrs, were analyzed, and 85% of patients were satisfied with the treatment results. Repeated antireflux operations were conducted in 3 (1.1%) patients. Trustworthy advantage of Nissen fundoplication over Toupet fundoplication concerning the GERD symptoms regress and the patients quality of life improvement was established.

Keywords: gastroesophageal reflux disease; extraesophageal signs; laparoscopic fundoplication in accordance to Nissen and Toupet procedures; index of reflux symptoms; pH—metry.

ни [7, 8]. Пациентам при наличии внепищеводных проявлений ГЭРБ проводят консервативную терапию, при ее неэффективности выполняют антирефлюксное хирургическое вмешательство [9]. Не установлено, возможно ли достичь улучшения после оперативного лечения у пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ, как при классической ГЭРБ [10, 11].

Цель исследования: оценка эффективности хирургического лечения пациентов при внепищеводных проявлениях ГЭРБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2001 по 2012 г. на базе отделений общей хирургии и малоинвазивной хирургии Одесской областной клинической больницы оперированы 1386 пациентов, у которых выполнена фундопликация по поводу ГЭРБ. У 271 пациента выявлены внепищеводные симптомы ГЭРБ. Все пациенты консультированы ЛОР—специалистами и гастроэнтерологами. Проведено эндоскопическое исследование пищевода и желудка, рентгенологическое исследование

Таблица 1. Оценка ИСР с помощью опросника

Какие жалобы тревожили вас на протяжении последнего месяца?

0 – не тревожили, 1–4 – значительные жалобы, 5 – жалобы невыносимые, подчеркните ту степень выраженности, которая Вам больше подходит

1. Охриплость или другие проблемы с голосом	0	1	2	3	4	5
2. Наличие налета в горле	0	1	2	3	4	5
3. Затруднения при глотании твердой или жидкой пищи	0	1	2	3	4	5
4. Кашель после еды или во время сна	0	1	2	3	4	5
5. Затруднения во время дыхания или эпизоды kloкочущего дыхания	0	1	2	3	4	5
6. Мучительный или раздражающий кашель	0	1	2	3	4	5
7. Ощущение «кома» в горле	0	1	2	3	4	5
8. Изжога, боль в груди, диспепсия, отрыжка пищей	0	1	2	3	4	5
9. Избыток мокроты после закапывания носа	0	1	2	3	4	5
Суммарное число баллов						

Таблица 2. Проявления ГЭРБ

Типичные и атипичные проявления ГЭРБ	Число наблюдений	
	абс.	%
Изжога или отрыжка	79	35,9
Покашливание	171	77,7
Ощущение «кома» в горле	156	70,9
Кашель с одышкой	189	85,9
Изменение тембра голоса	128	58,2
Бронхиальная астма	23	10,5

дование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, у 270 пациентов — суточная внутрипищеводная рН—метрия с оценкой индекса DeMeester и манометрическое исследование пищевода. Суточную внутрипищеводную рН—метрию проводили с использованием одно-разовых датчиков рН и сертифицированного ацидогастрографа АГ — 1М; манометрическое исследование — с применением методики открытого катетера. У одного пациента суточный рН—мониторинг и манометрическое исследование осуществить невозможно из-за наличия гигантской грыжи пищевода от отверстия диафрагмы. Всем пациентам после обследования и подтверждения диагноза проведена консервативная терапия, которая включала применение препаратов группы ингибиторов протонной помпы (контралок, некسيوم и др.) и прокинетиков (мотилиум, моторикум) группы антагонистов рецепторов дофамина. В связи с низкой эффективностью консервативного лечения, для предотвращения осложнений пациентам произведены антирефлюксные хирургические вмешательства.

Все пациенты анкетированы до и после операции с использованием опросников, предложенных Koufman и соавт. (2001), позволяющих установить индекс симптомов рефлюкса (ИСР) (табл. 1).

При ИСР более 10 — 12 баллов у пациента предполагали наличие патологического рефлюкса. Качество жизни пациентов до и после операции оценивали с помощью опросников SF—36 [12].

Фиксировали все лекарственные средства, которые применяли пациенты до и после операции. Результаты анализировали ретроспективно.

Из 271 не ответили на вопросы опросника 50 пациентов. Результаты лечения в сроки от 2 до 5 лет изучены у 220 (81,18%) пациентов, в том числе 110 мужчин и 110 женщин, возраст больных от 26 до 67 лет.

До оперативного лечения у пациентов, помимо оториноларингологических симптомов, выявляли классические симптомы ГЭРБ (табл. 2).

Классические симптомы ГЭРБ наблюдали у 33% пациентов. У большинства из них эзофагеальные проявления сочетались с кашлем, нару-

шение дыхания в виде бронхиальной астмы отмечено у 10,5%.

По данным эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного канала до операции неэрозивный рефлюкс—эзофагит отмечен у 121 (55%) пациента, эрозивный рефлюкс—эзофагит — у 76 (34,5%), у 23 (10,5%) пациентов патологические изменения не выявлены.

По данным рентгенологического исследования, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы I степени диагностирована у 46 пациентов, II степени — у 64, III степени — у 62. У 48 больных грыжевой дефект пищеводного отверстия диафрагмы не определялся.

При манометрическом исследовании, проведенном у 219 пациентов, отмечено слабое сжатие нижнего сфинктера пищевода (менее 40 мм рт. ст., в норме от 40 до 180 мм рт. ст.) — у 141 пациента; повышенное давление нижнего пищеводного сфинктера (более 25 мм рт. ст., в норме от 12 до 25 мм рт. ст.) — у 44; сниженное давление (менее 12 мм рт. ст.) — у 16. Медиана давления нижнего пищеводного сфинктера 8 мм рт. ст. (1 — 31 мм рт. ст.). По данным суточного внутрипищеводного рН—мониторинга у всех больных выявлено повышение индекса DeMeester от 29 до 183, в среднем $59,8 \pm 11,2$.

Показаниями к выполнению операции являлись: неэффективность консервативной терапии (у 177 пациентов), наличие пищевода Барретта (у 23), повреждение слизистой оболочки гортани (у 20).

Всем больным произведена лапароскопическая крурорафия и фундопликация. У 236 (87,1%) пациентов при нормальной подвижности пищевода выполняли фундопликацию по Ниссену. Вокруг брюшной части пищевода на дно желудка накладывали 4 шва, сформированную манжету фиксировали к пищеводу либо ножкам диафрагмы. У 35 (12,9%) пациентов выполнена фундопликация по Тупе в связи с ограниченной подвижностью пищевода. Формировали манжету на 270°, которую фиксировали тремя швами справа и слева к брюшной части пищевода. Все операции выполнял один хирург. На 2 — 3-и сутки после операции проводили контрольное рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка для оценки проходимости в зоне гастроэзофагеального перехода и положения фундопликационной манжеты.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во время и после операции тяжелых осложнений у больных не наблюдали. Пациентов выписывали на 2 — 3-и сутки после операции. Осуществляли динамическое наблюдение в сроки 1, 6, 12 мес, в последующем — 1 раз в год на протяжении 5 лет. Продолжительность наблюдения в среднем 39,5 мес. Отдаленные результаты изучены у 220 пациентов. Повторная операция выполнена у 3 (1,1%) пациентов: у 2 — по поводу стойкой дисфагии, у 1 — несостоятельности швов манжеты. У большинства пациентов удалось достичь значительного регресса либо устранения симптомов. Наиболее выраженные положительные результаты лечения отмечены у пациентов, которые жаловались на кашель и ощущение "кома" в горле. Оценка ИСР улучшилась с $22,8 \pm 5,4$ — до операции до $11,83 \pm 4,8$ ($p < 0,001$) после операции. После антирефлюксного лечения 22 (10%) больным назначена поддерживающая консервативная терапия в связи с недостаточным регрессом симптомов. По данным суточной внутрипищеводной рН-метрии, индекс DeMeester после операции снизился с $59,8 \pm 11,2$ до $13,4 \pm 5,6$ ($p < 0,001$).

При сравнении эффективности методов фундопликации установлено статистически значимое преимущество в отношении снижения индекса DeMeester у пациентов, оперированных по Ниссену, чем у больных, которым выполняли фундопликацию по Тупе: соответственно $11,6 \pm 4,8$ и $23,8 \pm 4,2$ ($p < 0,05$). Средняя оценка ИСР также улучшилась после фундопликации по Ниссену в большей степени, чем после фундопликации по Тупе — соответственно $10,4 \pm 3,4$ и $17,8 \pm 4,6$ ($p < 0,05$).

Довольны результатом операции 187 (85%) пациентов, 33 (15%) — ожидали лучших результатов. Качество жизни у 55 (25%) пациентов по данным индекса качества жизни гастроэнтерологических больных (GIQL) расценено как отличное — (136 ± 10) баллов, у 61 (27,7%) — хорошее — ($118 \pm 7,5$) балла, у 82 (37,3%) — удовлетворительное — ($92 \pm 5,6$) балла, у 22 (10%) — плохое ($56 \pm 7,5$) балла. Следует отметить, что в группе больных, которым выполняли фундопликацию по Тупе, наблюдали в основном удовлетворительные результаты, отличных результатов не было, хорошие — у 8 (3,6%) больных.

Недовольны результатами операции 17 (7,7%) пациентов: у 5 — выявлена дисфагия, у 4 — рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, у 2 — слабая моторика пищевода. У 4 пациентов были жалобы на мультифокальную боль и депрессию после операции, у 2 — сохранились симптомы, несмотря на нормальный рН в пищеводе и показатели внутрипищеводной манометрии.

Некоторые авторы критически оценивают целесообразность выполнения лапароскопической фундопликации у пациентов при ларингофарингеальном рефлюксе при неэффективности кислотосупрессивной терапии. Хирургическое лечение в такой ситуации не имеет дополнительных преимуществ [10, 13]. По мнению других исследователей, выполнение фундопликации пациентам при ларингофарингеальных проявлениях ГЭРБ, которые не реагируют на ингибиторы протонной помпы, применяемые 2 раза в сутки, вообще не оправдано [4, 14]. Однако

другие авторы отметили хорошие результаты оперативного лечения пациентов с такими проявлениями ГЭРБ [15,16], подтверждая эффективность антирефлюксных оперативных вмешательств. В нашем исследовании 85% пациентов, которым выполнена фундопликация по поводу внепищеводных проявлений ГЭРБ, удовлетворены результатом. Это подтверждает мнение ученых о том, что лапароскопическая фундопликация у больных при внепищеводных проявлениях ГЭРБ так же эффективна, как и при классических симптомах [15, 16].

Положительные результаты операции у пациентов при внепищеводных проявлениями ГЭРБ авторы наблюдали несколько позже, чем у пациентов при классическом течении ГЭРБ [16]. По нашим наблюдениям, значительный регресс симптомов у большинства пациентов отмечали не раньше, чем через 3 — 4 мес после антирефлюксного оперативного вмешательства. Это обусловлено тем, что слизистая оболочка гортанной части глотки, по сравнению со слизистой оболочкой пищевода, практически не защищена от патологического влияния рефлюксанта, в ней возникают более выраженные повреждения, что требует более длительного периода для восстановления [17, 18].

Важное значение для результатов лечения имеет модификация фундопликации. При формировании манжеты на 360° по Ниссену эффект оперативного лечения значительно лучше, чем после применения методики по Тупе (манжеты на 270°). Полная манжета значительно эффективнее предупреждает заброс кислого содержимого в пищевод и ротовую полость. Так, индекс DeMeester был достоверно ниже у больных, которым выполняли фундопликацию по Ниссену, чем после фундопликации по Тупе ($p < 0,05$).

В то же время, выполнение фундопликации по Ниссену не всегда возможно, что связано с особенностями анатомии дна желудка. Такие анатомические факторы, как малый размер дна желудка, укороченный пищевод, низкая мобильность желудка (короткая желудочно—селезеночная связка) могут быть противопоказанием к выполнению этой операции.

ночная связка) создают значительные трудности либо делают невозможным применение этого метода [19]. Альтернативой в такой ситуации является выполнение реконструкции по Тупе.

Таким образом, лапароскопическая фундопликация является эффективным методом лечения пациентов при внепищеводных ларингофарингеальных проявлениях ГЭРБ. При выборе метода хирургического

лечения целесообразно преимущественно выполнять фундопликацию по Ниссену.

ЛИТЕРАТУРА

- Laparoscopic Nissen fundoplication improves quality of life in patients with atypical symptoms of gastroesophageal reflux / J. P. Duffy, M. Maggard, D. T. Hiyama, J. B. Atkinson // *Am. Surg.* — 2003. — Vol. 69, N 10. — P. 833 — 838.
- Chronic laryngitis associated with GERD : prospective assessment of differences in practice patterns between gastroenterologists and ENT physicians / T. F. Ahmed, F. Khandwala, T. I. Abelson [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 101, N 3. — P. 470 — 478.
- Vaezi M. F. Laryngeal manifestations of gastroesophageal reflux disease / M. F. Vaezi // *Curr. Gastroenterol. Rep.* — 2008. — Vol. 10, N 3. — P. 271 — 277.
- Кляритская И. Л. Хронический ларингит как проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И. Л. Кляритская, А. П. Балабанцева // *КТЖ.* — 2011. — № 1. — С. 109 — 115.
- Анготоева И. Б. Ларингофарингеальный рефлюкс как возможная причина аденоидита у взрослых / И. Б. Анготоева, А. А. Мулдашева // *Вестн. оториноларингологии.* — 2013. — № 3. — С. 52 — 55.
- Laryngeal signs and symptoms and gastroesophageal reflux disease (GERD): a critical assessment of cause and effect association / M. F. Vaezi, D. M. Hicks, T. I. Abelson [et al.] // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2003. — Vol. 1, N 5. — P. 333 — 344.
- Кизим В. В. Метаанализ клинично—морфологических проявлений ларингофарингеального рефлюкса / В. В. Кизим, С. К. Боеенко, Е. А. Юренко // *Журн. вушних, носових і горлових хвороб.* — 2011. — № 3. — С. 110 — 111.
- Кизим В. В. pH—мониторинг в диагностике ларингофарингеального рефлюкса / В. В. Кизим, С. К. Боеенко, Е. А. Юренко // *Там же.* — С. 111 — 112.
- Велигоцкий Н. Н. Диагностика и хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: монография / Н. Н. Велигоцкий, А. В. Горбулич. — Х., 2009. — 240 с.
- Surgical fundoplication in laryngopharyngeal reflux unresponsive to aggressive acid suppression: a controlled study / J. Swoger, J. Ponsky, D. M. Hicks [et al.] // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2006. — Vol. 4, N 4. — P. 433 — 441.
- Свечкарь И. Ю. Хирургическое лечение больных с внепищеводными проявлениями рефлюкс—эзофагита: автореф. дис. ... канд мед. наук / И. Ю. Свечкарь. — Краснодар, 2015. — 24 с.
- Tosato F. Quality of life after Nissen—Rossetti fundoplication / F. Tosato, S. Marano // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* — 2012. — Vol. 22, N 3. — P. 205 — 209.
- So J. B. Y. Outcome of atypical symptoms attributed to gastroesophageal reflux treated by laparoscopic fundoplication / J. B. Y. So, S. M. Zeite, D. W. Rattner // *Surgery.* — 1998. — Vol. 124, N 1. — P. 28 — 32.
- Farrokhi F. Extra—esophageal manifestations of gastroesophageal reflux / F. Farrokhi, M. F. Vaezi // *Oral Dis.* — 2007. — Vol. 13, N 4. — P. 349 — 359.
- Response of atypical symptoms of gastro—oesophageal reflux to antireflux surgery / T. M. Farrel, W. S. Richardson, T. L. Trus [et al.] // *Br. J. Surg.* — 2001. — Vol. 88, N 12. — P. 1649 — 1652.
- Fundoplication for laryngopharyngeal reflux disease / C. J. Westcott, M. B. Hopkins, K. Bach [et al.] // *J. Am. Coll. Surg.* — 2004. — Vol. 199, N 1. — P. 23 — 30.
- Cell biology of laryngeal epithelial defenses in health and disease: further studies / N. Johnston, D. Bulmer, G. A. Gill [et al.] // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* — 2003. — Vol. 112, N 6. — P. 481 — 491.
- Солдатский Ю. Л. Отоларингологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Ю. Л. Солдатский // *Болезни органов пищеварения.* — 2007. — Т. 9, № 2. — С. 42 — 47.
- Выбор методики антирефлюксной реконструкции при хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Д. И. Василевский, В. И. Кулагин, Д. С. Силантьев, С. Ф. Багненко // *Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.* — 2013. — Т. 172, № 5. — С. 26 — 29.

