

Медикаментозная коррекция рефлюкс-эзофагита у пациентов с раком пищевода и кардиоэзофагеальным раком после эзофагогастропластики в практике семейного врача

А.И. Винниченко

Сумской государственный университет, Сумской областной клинический онкологический диспансер

Операция эзофагогастропластики у больных раком пищевода и кардиоэзофагеальным раком приводит к функциональным расстройствам, которые связаны с новыми анатомическими и функциональными взаимоотношениями в верхнем этаже пищеварительного тракта. В наибольшей степени влияет на качество жизни пациентов заброс содержимого культи желудка в культю пищевода. Целью настоящего исследования была оценка эффективности лечения ингибиторами протонной помпы (омепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки в течение 1 мес и 20 мг 1 раз в сутки в течение 3–4 мес) у данной группы пациентов.

По данным 24-часового мониторинга рН в культе пищевода и желудочном трансплантате установлено, что рефлюкс-симптомы коррелируют не с кислотностью в пищеводе, а с кислотопродукцией в желудке. Ингибиторы протонной помпы эффективно подавляют продукцию кислоты в желудке и, тем самым, облегчают состояние пациентов. Симптомы рефлюкс-эзофагита менее выражены в группе пациентов, которым выполнены фундопликация и дренирующие желудок операции. Назначение ингибиторов протонной помпы в поддерживающей дозе обеспечивает ремиссию в течение 5–6 мес после операции и, возможно, предотвращает развитие стриктуры пищеводно-желудочного анастомоза.

Ключевые слова: пластика пищевода, качество жизни, рефлюкс-эзофагит, медикаментозная коррекция.

Эзофагогастропластика в хирургическом лечении больных раком пищевода и кардиоэзофагеальным раком является операцией выбора. Успехи в анестезиологическом обеспечении столь сложного вмешательства, совершенствование технических аспектов операции, послеоперационного сопровождения позволили снизить послеоперационную летальность до 5–8%, уменьшить частоту угрожающих жизни осложнений. Менее оптимистическим представляется коррекция функциональных осложнений, возникающих после эзофагогастропластики и связанных с техническими особенностями вмешательства. Симптомы нарушения эвакуации из желудочного трансплантата в виде демпинг-синдрома, частичной непроходимости на уровне пилорического канала, билиарного рефлюкс-гастрита и смешанного билиарно-кислотного рефлюкса в культю пищевода, дисфагии отмечают 40–60% пациентов [1]. Это ограничивает пациентов в полноценном приеме пищи, не позволяет достичь «алиментарного комфорта» после операции, восстановить утраченную массу тела. Качество жизни как показатель эффективности лечения оказывается ниже ожидаемого пациентами [2].

Развитие функциональных нарушений после эзофагогастропластики непосредственно связано с новыми анатомическими и функциональными взаимоотношениями в верхнем этаже пищеварительного тракта. В результате резекции пищевода и его замещения желудочной трубкой вынужденно утрачивается антирефлюксный механизм между органами (угол Гисса, нижний пищеводный сфинктер). Перемещение желудка из полости живота с положительным давлением и размещение трансплантата в заднем средостении, где действует отрицательное внутриплевральное давление, создает градиент потока, направленный орально. Создаются условия для возникновения постоянного заброса кислого содержимого в культю пищевода. Симптомы рефлюкса особенно манифестируют в горизонтальном положении пациента, вызывая изжогу, регургитацию, отрыжку, хронический кашель. Они мешают пациентам спать, в особенно стойких случаях вызывают аспирационную пневмонию [3]. Заброс кислого желудочного содержимого в пищевод, к которому присоединяется желчное дуоденальное, на протяжении многих месяцев вызывает рубцевание слизистой оболочки в области анастомоза и, естественно, дисфагию. Хирургическая коррекция приведенного осложнения далеко не всегда успешна, что требует применения в послеоперационный период антисекреторной терапии [4].

Цель исследования: оценить эффективность антисекреторной терапии у пациентов, перенесших эзофагогастропластику по поводу рака пищевода и кардиоэзофагеального рака.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были прооперированы 99 пациентов в торакальном отделении Сумского областного клинического онкологического диспансера в 2007–2013 гг. Им выполнена операция Льюиса (36 больным) по поводу рака средне- и нижнегрудного отделов пищевода и операция Осава–Гарлока (63 больным) – по поводу кардиоэзофагеального рака. В качестве трансплантата резецированного пищевода использовали желудочную трубку (от 3–4 см до 6–7 см шириной в зависимости от уровня формирования анастомоза). С целью хирургической профилактики рефлюкс-эзофагита выполняли фундопликацию вокруг анастомоза апикальным отрезком желудочной трубки (у 35 пациентов). Операцию дополняли пилородренирующими вмешательствами (пилоромиотомия по Рамштедту или пилородигитоклазия) у 68 пациентов.

Сорока восьми пациентам выполнена 24-часовая рН-метрия в культе желудка и в культе пищевода на расстоянии 2–3 см над уровнем анастомоза. Семьдесят пять пациентов заполнили опросники о качестве жизни. Фиброэзофагоскопия произведена 68 пациентам. Степень выраженности гастроэзо-

Характеристика пациентов и результаты рН-метрии

| Показатель | Наличие рефлюкс-симптомов | | |
|------------------------------------|---------------------------|------------------|--------|
| | 1-я группа, n=30 | 2-я группа, n=18 | P |
| Пол, муж/жен | 24/6 | 16/2 | |
| Возраст, лет | 56,7 | 54,9 | |
| Пилородренирующие операции, да/нет | 12/18 | 13/5 | |
| Фундопликация, да/нет | 20/10 | 16/2 | |
| Время после операции: | | | |
| 1,5 мес | 30 | 18 | |
| 5-6 мес | 6 | 10 | |
| В пищеводе % времени <4: | | | |
| 1,5-3 мес | 30,6±6,6 | 27,4±4,8 | P=0,82 |
| 5-6 мес | 19,8±4,7 | 18,8±3,9 | P=0,2 |
| В желудке % времени <4: | | | |
| 1,5-3 мес | 78,7±10,2 | 37,8±9,9 | P<0,05 |
| 5-6 мес | 14,9±3,3 | 15,7±2,2 | P=0,12 |

Таблица 2

Симптомы рефлюкса у больных после эзофагогастропластики в срок 3–9 мес после операции

| Симптомы | Фундопликация + прием омепразола, n=35 (%) | | Группа контроля, n=33 (%) | |
|---|--|-----------|---------------------------|-----------|
| | Срок наблюдения | | | |
| | 3 мес | 9 мес | 3 мес | 9 мес |
| Изжога | 17 (48,6) | 18 (51,4) | 26 (78,8) | 24 (72,7) |
| Боль при глотании | 5 (14,3%) | 4 (11,4) | 22 (66,7) | 23 (69,7) |
| Ночной кашель | 1 (2,9) | 2 (5,7) | 16 (48,5) | 16 (48,5) |
| Невозможность занять горизонтальное положение | - | - | 4 (12,1) | 3 (9,1%) |
| Регургитация | 1 (2,9) | 1 (2,9) | 7 (21,2) | 8 (24,2) |

фагеального рефлюкса оценивали по шкале Savary–Miller. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа больных с проявлениями гастроэзофагеального рефлюкса; 2-я группа – без проявлений гастроэзофагеального рефлюкса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса – заброс содержимого желудка в пищевод, изжога, хронический или рецидивирующий кашель, хроническая боль в горле и наличие комка при глотании зарегистрировали у 30 (62,5%) пациентов (1-я группа) из 48 обследованных через 1,5 мес после операции. Изжога была интермиттирующей у 26 (54,1%) пациентов, у 4 (8,2%) – постоянной. Всем пациентам был назначен омепразол в лечебной дозе 20 мг/сут 2 раза в сутки на протяжении 1 мес. В дальнейшем на протяжении 3–4 мес пациенты принимали препарат в поддерживающей дозе – 20 мг в сутки. Вторая группа пациентов (18 человек), асимптоматичных в плане рефлюкса, также принимала омепразол с профилактической целью.

Результаты рН-метрии в обеих группах пациентов до начала лечения и в срок 5–6 мес представлен в табл. 1.

У пациентов с наличием рефлюкс-симптомов в сравнении с теми, у которых они отсутствовали, удельный вес времени с

рН меньше 4 статистически достоверно не отличался при измерениях в пищеводе, но был достоверно большим в желудке. Это свидетельствует, что выработка желудочного сока в культе трансплантата коррелирует с возникновением рефлюкс-симптомов. Из этой группы 24 (80%) пациента отмечали значительное уменьшение проявлений заброса желудочного содержимого в пищевод после назначенной терапии ингибиторами протонной помпы. Улучшение в течение первых 4 нед после начала лечения отметили 22 пациента (73,3%). Назначение ингибиторов протонной помпы привело к значительному снижению удельного веса времени с рН меньше 4 в культе желудка и отмечена тенденция к снижению в культе пищевода.

У 8 пациентов из 1-й группы и у 2 пациентов из 2-й группы в течение 6 мес после операции возникли рубцовые сужения анатомоза. Этим пациентам не выполняли фундопликацию и пилородренирующие операции.

По данным опросников качества жизни, заполненным пациентами самостоятельно, получены следующие результаты (табл. 2).

Результаты оценки состояния слизистой оболочки пищевода у 68 больных представлены в табл. 3.

В результате 24-часового мониторинга рН в культе пищевода и желудочном трансплантате установлено, что рефлюкс-симптомы коррелируют не с кислотностью в пищево-

Таблица 3

Эндоскопические результаты состояния слизистой оболочки культы пищевода у больных после эзофагогастропластики в срок 3–6 мес (классификация по Savary–Miller)

| Показатель | Степень 1 | Степень 2 | Степень 3 |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|
| Фундопликация, n=35 | 9 | 4 | 0 |
| Группа контроля, n=33 | 12 | 10 | 1 |
| t-тест | P=0,07 | P<0,05 | |

де, а с кислотопродукцией в желудке. Ингибиторы протонной помпы эффективно подавляют продукцию кислоты в желудке и тем самым облегчают состояние пациентов. Возможно, что это лечение и профилактирует развитие рубцовых сужений в зоне анастомоза.

Было отмечено, что симптомы рефлюкс-эзофагита менее выражены в группе пациентов, которым выполнена фундопликация и дренирующие желудок операции. Добавление ингибиторов протонной помпы (омепразол) улучшает состояние пациентов как в группе больных с наличием рефлюкс-симптомов, так и в группе больных с их отсутствием.

Выводы

1. Назначение ингибиторов протонной помпы в послеоперационный период у больных, перенесших эзофагас-

тропластику по поводу рака пищевода и кардиоэзофагального рака, уменьшает проявления рефлюкс-синдрома.

2. Патогенетическим обоснованием назначения ингибиторов протонной помпы у больных после эзофагастропластики является вынужденная в связи с особенностями хирургической операции утрата антирефлюксного механизма между культей пищевода и желудка при сохраненной кислотопродукции последнего. Антирефлюксные операции в определенной степени уменьшают заброс кислого содержимого в культю пищевода, но не устраняют причину рефлюкса.

3. Коррекция функциональных нарушений, связанных с эзофагастропластикой, улучшает показатели качества жизни больных и должна находиться в поле зрения семейного врача.

Медикаментозна корекція рефлюкс-езофагіта у пацієнтів з раком стравоходу та кардіоезофагальним раком після езофагастропластики у практиці сімейного лікаря О.І. Вінниченко

Езофагастропластика у хворих на рак стравоходу та кардіоезофагальний рак приводить до функціональних змін, які пов'язані з новими анатомічними та функціональними взаємовідносинами, створеними у верхньому поверсі травного тракту. Найбільшою мірою впливає на якість життя закид вмісту кукси шлунка до кукси стравоходу. Метою цього дослідження є оцінювання ефективності лікування інгібіторами протонної помпи (омепразол у дозі 20 мг двічі на добу протягом 1 міс та 20 мг 1 раз на добу протягом 3–4 міс) в цій групі пацієнтів.

За даними 24-годинного рН-моніторингу в куксі стравоходу та шлунковому трансплантаті встановлено, що рефлюкс-симптоми корелюють не з кислотністю у стравоході, а з кислотопродукцією у шлунку. Інгібітори протонної помпи ефективно подавляють продукцію кислоти в шлунковому трансплантаті, полегшують стан пацієнтів. Симптоми рефлюкс-езофагіту менш виражені в групі хворих, яким виконані фундоплекція та дрениуючі шлунок операції. Призначення омепразолу у підтримувальній дозі забезпечує ремісію протягом 5–6 міс після операції та, можливо, попереджує розвиток стриктури стравохідно-шлункового анастомозу.

Ключові слова: пластика стравоходу, якість життя, рефлюкс-езофагіт, медикаментозна корекція.

Medikamentozno korektsiya reflux ezofagita in patients with cancer of the esophagus and cardia after esophagectomy in family practice O.I. Vinnichenko

Esophagectomy in esophageal and gastroesophageal carcinoma patients leads to functional disorders which are caused by new anatomical and functional relationships within upper digestive tract. Gastric contents reflux to esophageal remnant has the most prominent impact to patient's quality of life. The study aim is to evaluate proton pump inhibitors' treatment efficacy (omeprazole 20 mg bid 1 month along and 20 mg per day along next 3-4 months) in mentioned group. Results: By 24 h esophageal remnant and gastric tube pH monitoring we determined that reflux symptoms do not correlate with acidity in the esophageal remnant but correlate with acid production in the gastric tube. Proton pump inhibitors effectively suppress the gastric acid production and relieve reflux symptoms. The last are less prominent in patients group with such surgical procedures as fundoplication and gastric drainage. Omeprazole administration at the maintenance dose provides remission during 5-6 months and perhaps reduces the risk of anastomotic stricture.

Key words: esophageal substitution, quality of life, reflux esophagitis, medication treatment.

Сведения об авторе

Вінниченко Александр Игоревич – Сумской государственной университет, Сумской областной клинической онкологический диспансер, 40003, г. Сумы, ул. Привокзальная, 31; тел.: (0542) 78-13-06

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Burrows W.M. Gastrointestinal function and related problems following esophagectomy / W.M. Burrows // Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery. – 2004. – Vol. 16, № 2. – P. 142–151.
2. Donington J.S. Functional conduit disorders after esophagectomy / J.S. Donington // Thorac. Surg. Clin. – 2006. – Vol. 16, № 1. – P. 53–62.
3. Aly A. Reflux after oesophagectomy / A. Aly, G.G. Jamieson // Br. J. Surg. – 2004. – Vol. 91, № 2. – P. 137–141.
4. Proton pump inhibitors relieve and prevent symptoms related to gastric acidity after esophagectomy / M. Okuyama, S. Motoyama, K. Maruyama [et al.] // World J. Surg. – 2008. – Vol. 32, № 2. – P. 246–254.

Статья поступила в редакцию 29.09.2014