

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Карпицкий А.С., Панько С.В., Журбенко Г.А., Боуфалик Р.И.,
Шестюк А.М., Вакулич Д.С., Игнатюк А. Н.*

УЗ «Брестская областная клиническая больница»,
Брест, Республика Беларусь

Актуальность. Во всех случаях терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) начинается с назначения адекватных доз современных ингибиторов протонной помпы (ИПП) на срок от 4 до 8 недель. В дальнейшем дозировки препаратов постепенно снижают до поддерживающих с последующим их длительным (в некоторых случаях – годами) приёмом в режиме „по требованию“ [1]. При выявлении у таких пациентов скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) эффективность адекватного консервативного лечения, даже I степени заболевания, составляет 70%, а процент рецидивов после прекращения терапии может достигать 80% [2].

Цель исследования. Определить абсолютные показания к хирургическому лечению у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы на этапе выявления заболевания.

Материалы и методы. В исследование включены 9 пациентов, которые направлены на амбулаторный прием с эндоскопической картиной рефлюкс-эзофагита. Среди них были 4 мужчины и 5 женщин. Средний возраст составил 51 ± 3 года. Анамнез заболевания от 1 года до 3 лет. До обращения к хирургу консервативная терапия не проводилась. Все пациенты обследованы согласно диагностическому алгоритму, который включал в себя: суточную рН-метрию с подсчетом интегрального показателя De-Meester (норма $<14,72$), проведение анкетирования с использованием адаптированных анкет-опросников «GERD-Q» (норма <13), «Velanovich» (норма <25), полипозиционную рентгеноскопию пищевода и желудка с сульфатом бария, ФЭГДС.

Результаты. Результаты обследований пациентов оценены нами по балльной системе. За увеличение интегрального показателя De Meester добавляется 2 балла, превышение нормы по результатам анкетирования опросниками «GERD-Q» и

«Velanovich» – по 1 баллу. В случае выявления при рентгеноскопическом исследования пищевода и желудка ГПОД с рефлюксом желудочного содержимого прибавляется 2 балла, рефлюкса без ГПОД – 1 балл. Диагностическим критерием необходимости выполнения оперативного лечения выбрана сумма баллов, набранных всеми методами обследований, равная «5» и «6».

Данные выполнения диагностического алгоритма приведены в таблице.

Таблица – Данные обследования пациентов

Пациент, возраст	Интегральный показатель De Meester/ баллы	Анкета GERD-Q/ баллы	Анкета «Velanovich»/ баллы	Рентгеноскопия пищевода/баллы	Сумма баллов
Г, 47л.	30,74/2	15/1	31/1	Рефлюкс с ГПОД/2	6
М, 45 лет	32,71/2;	12/0	26/1	Рефлюкс с ГПОД/2	5
Л, 44 г.	18,02/2	18/1	44/1	Рефлюкс с ГПОД/2	6
Т, 62 г.	84,10/2	17/1	37/1	Рефлюкс без ГПОД/1	5
В, 68 лет	9,82/0	8/0	17/0	Норма/0	0
П, 52 г.	3,48/0	12/0	32/1	Норма/0	1
А, 42 г.	27,32/2	13/1	27/1	Рефлюкс без ГПОД/1	4
К, 49 лет	7,84/0	11/0	32/1	Рефлюкс с ГПОД/2	3
В, 36 лет	16,53/2	8/0	16/0	Рефлюкс ГПОД/1	3

На основании предложенной балльной шкалы пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 4 пациента (1 мужчина и 3 женщины), которым по результатам диагностического алгоритма было выполнено хирургическое вмешательство без предшествующей длительной консервативной терапии. Вторую группу – 5 пациентов (2 мужчин и 3 женщины), которым была назначена комплексная консервативная терапия в течение 4 недель, включающая сбалансированную диету, изменение об-

раза жизни, назначение ИПП с последующим решением вопроса о тактике лечения в зависимости от полученных результатов.

На данном этапе проводится проспективное исследование по оценке результативности предложенного алгоритма.

Выводы. Балльная оценка приведенных данных обследования пациентов с клинической манифестацией ГЭРБ позволяет выявить отсутствие анатомических антирефлюксных механизмов в зоне пищеводно-желудочного перехода на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, что является показанием к хирургическому лечению без предшествующей консервативной терапии.

Литературные ссылки

1. Dent J., Brun J., Fendrick A.M. An evidence-based appraisal of reflux disease management: the Genval Workshop Report. Gut. – 1999: Vol. 44. – S.1–16.

2. Moayyedi P., Talley N.J. Castro-esophageal reflux disease // Lancet. – 2006. – Vol. 367, № 4. – P. 2086–2100.

БОРИС СТЕПАНОВИЧ ГРАКОВ – ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ГрГМИ (1973-1979 гг.)

Климович И.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Борис Степанович Граков родился 14 ноября 1931 года во Владивостоке в семье медиков. Отец – Степан Васильевич Граков – хирург, организатор здравоохранения, мать – Евдокия Петровна – операционная медицинская сестра.

В 1955 году Борис Степанович с отличием окончил лечебный факультет и в 1957 году клиническую ординатуру Красноярского государственного медицинского института (КрГМИ).

С 1957 по 1971 год работал ассистентом на хирургических кафедрах, с 1971 по 1973 год был заведующим кафедрой хирургических болезней (КрГМИ).

Борис Степанович Граков 6 лет работал в г. Гродно (с 1973 по