

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНДОПЛИКАЦИОННОЙ МАНЖЕТЫ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Е.Г. Молодой^{1,2}, А.А. Дмитриенко¹, М.В. Березняцкая³,
А.А. Призенцов², К.В. Скуматов¹, А.А. Павловец¹

¹ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница №3», г. Гомель, Беларусь;

²УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь;

³ГУЗ «Районный эндоскопический центр №3 Фрунзенского района г. Минска», г. Минск, Беларусь

Доля малоинвазивных вмешательств при хиатальных грыжах в сочетании с ГЭРБ (гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью), а также у пациентов с изолированной ГЭРБ, в последнее десятилетие резко возросла [Johnson D.A. et al., 2000; Тимербулатов М.В. и др., 2015; Fantasia J.J. et al., 2023]. По разным литературным данным лапароскопически ассистированные антирефлюксные операции показали 90% уровень удовлетворенности их результатами, по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами [Martins B.C. и др., 2020, Fantasia J.J. et al., 2023].

Эндоскопическая диагностика является важным методом, используемым в период после фундопликации, если симптомы основного заболевания, по поводу которого проводилась операция, сохраняются или если возникают новые симптомы.

Несмотря на тот факт, что четкой стандартизации в описании эндоскопической картины результатов антирефлюксных операций нет, и эндоскопическая интерпретация является субъективной, она может показать больше ключевых особенностей по сравнению с рентгенографией и дать объективную оценку постфундопликационной анатомии.

Интересным представляется соотнести эндоскопическую картину (описание) с возникшими симптомами у пациентов в ранний восстановительный период после малоинвазивных антирефлюксных оперативных вмешательств.

Цель. Выявить изменения постфундопликационной анатомии и проанализировать, существует ли какая-либо корреляция между эндоскопической картиной фундопликационной манжеты и симптоматикой у пациентов.

На базе хирургического отделения №1 ГУЗ «Городская клиническая больница №3» за период с 01.01.2022 г. по 01.05.2025 г. всего выполнено 47 лапароскопических антирефлюксных операций. В различные сроки после операции с жалобами обратились и обследовано 19 пациентов. Им выполнено эндоскопическое обследование с оценкой фундопликационной манжеты, гастроэзофагеального створчатого клапана Губарева, рентгеноскопия пищевода и желудка (пассаж бария) и проведен анализ жалоб. Объем оперативного вмешательства у всех пациентов представлял собой заднюю крурорафию с/без передней крурорафией с формированием из дна желудка манжеты (эзофагофундопликация). У 17 (38,3%) пациентов манжета была сформирована путем мобилизации задней стенки дна желудка – метод Nissen-Rossetti. У 2 (4,3%) пациентов длина манжеты составляла менее 2 см, манжета сформирована из передней стенки желудка – модификация фундопликации по Dog с кардиомиотомией по Heller (имелась сопутствующая ахалазия). Длина манжеты в среднем составляла 3 см (от 1,5 до 4,5 см). Среди обследованных пациентов было 4 мужчины и 15 женщин. Средний возраст составил 62,4±12,2 года. Сроки обращения с жалобами после перенесенной операции и проведения обследования составили от 2 до 8 мес (в среднем 3,6±2,5 мес).

Среди исследуемых пациентов наиболее частыми симптомами, с которыми они обратились повторно были: изжога в 13 случаях (73%) и регургитация – в 11 (59%). Только в 4 (21%) случаях были выявлены жалобы на затруднение прохождения твердой пищи и загрудинные боли. Проблема с глотанием жидкой пищи обнаружена у одного пациента.

Во время эндоскопического исследования проводилась оценка наличия пролапса слизистой оболочки желудка в пищевод, соотношения манжеты и пищеводно-желудочного перехода, легкости прохождения эндоскопа через манжету; при ретроверсии оценивалась форма манжеты: симметричность и высота пликационных складок, плотность их контакта с эндоскопом. В данном ключе использовали модификации классификаций по Hill и EDG.

Для описания внешнего вида постфундопликационных изменений использовались термины, предложенные J. Agrad et al., 2011. «Нормальная фундопликация» (15 (78%) пациентов) – нет препятствий для прохождения эндоскопа через пищеводно-желудочный переход, который совпадает с манжетой. С позиции

ретрофлексии пликационные складки не слишком высокие – не более 2 см, симметричные, обе складки хорошо визуализируются, плотно прилегают к эндоскопу. Складки желудка в области манжеты параллельно поперечному сечению эндоскопа. Не визуализируются ножки диафрагмы. «Скользкая фундопликация» (3 (15,8%) пациентов) – манжета расположена вокруг кардиального отдела желудка вместо пищеводно-желудочного перехода. Ретроградно фундопликационные складки не прослеживаются, эндоскоп как будто тонет в складках желудка. Антеградно при соскользнувшей манжете прослеживается второе сужение после пищеводно-желудочного перехода. Между сужениями видны складки желудка. «Перекрученная фундопликация» (1 (5,3%) пациент) – манжета имеет асимметричные заднюю и переднюю складки, передняя складка глубже, выше и более закручена, в то время как задняя складка не видна.

«Щедрая», «разрушенная фундопликация», а также внутригрудное расположение манжеты и «двухкомпонентный желудок» не были выявлены в нашей выборке.

При оценке состояния гастроэзофагеального створчатого клапана (ГЭСК) Губарева у 11 пациентов складка-створка расположена на малой кривизне желудка, рядом с эндоскопом и плотно его охватывает (1 степень несостоятельности по классификации Hill).

У 7 пациентов складка-створка также определяется, но наблюдаются периоды открытия и быстрого закрытия отверстия вокруг эндоскопа при осмотре на ретроверсии (2 степень несостоятельности по классификации Hill).

В 1 случае складки-створки отсутствовала, просвет пищевода постоянно зиял рядом с эндоскопом и находился в самой верхней части желудка. Просвет пищевода раскрывался, позволяя увидеть его плоский эпителий снизу; грыжа пищеводного отверстия диафрагмы или 4 степень несостоятельности по Hill.

Из 47 анализируемых пациентов у 40,4% имелись те или иные изменения эндоскопической постфундопликационной анатомии. У 19 пациентов с жалобами в послеоперационном периоде мы попытались провести корреляцию с эндоскопической оценкой и наблюдали, что фундопликационная манжета вне зоны давления и значительная ее миграция были в значительной степени связаны с возникновением симптомов (при $p \leq 0,001$).

Это исследование имеет существенное ограничение, так как проанализированы небольшое количество пациентов, и тот факт, что оно было выполнено в одном центре. К сожалению, мы не имели возможность доступа к хирургическим отчетам других центров, выполняющих аналогичные оперативные вмешательства.

Выводы. Увеличение в последние годы количества пациентов, перенесших антирефлюксную операцию, диктует необходимость описания внешнего вида, формы и расположения фундопликационной манжеты во время эндоскопического обследования таких пациентов. Нами установлена корреляция наличия симптомов изжоги в послеоперационном периоде с эндоскопическими изменениями фундопликационной манжеты.

Мы планируем продолжить исследование в данном направлении и проводить всем пациентам, обратившимся с симптоматикой повторно после антирефлюксных оперативных вмешательств, пищеводную манометрию и pH-метрию, что даст важную информацию, с одной стороны, различать симптомы, непосредственно связанные с ГЭРБ от функциональных расстройств ЖКТ, не связанных с антирефлюксной хирургией.

КОМАРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 ИНФЕКЦИИ

Е.В. Родина, Д.И. Гавриленко, А.П. Саливончик, О.А. Романива, Е.А. Свистунова

ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

Нынешнее десятилетие началось с появления нового коронавирусного зооноза, теперь называемого COVID-19.

Коронавирус SARS-CoV-2, который вызывает опасное инфекционное заболевание COVID-19 в основном поражает нижние дыхательные пути, поэтому его главной мишенью становятся легкие. Однако в последнее время появились многочисленные доказательства того, что вирус атакует и другие внутренние органы, в том числе и желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). В качестве основных патогенетических механизмов поражения ЖКТ у пациентов с COVID-19 рассматриваются непосредственное действие вируса на эпителиоциты, косвенное нейротропное влияние на механизмы нейрорегуляции кишечника, цитокиновый «шторм». Кроме того, в ходе исследования Т. Zuo и соавт., проведенного в Китае и включившего