

УДК 616

© Коллектив авторов, 2011.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО СТЕНОЗОМ ПИЩЕВОДА, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ ГЭРБ

Г.А. Прохоренко, В.И. Кузьменко, Д.А. Саратов, Г.А. Скуднов

*Военно-Медицинский Клинический Центр Крымского Региона, г. Севастополь.*

### CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF A PATIENT WITH OESOPHAGUS STENOSIS ON SGRG BACKGROUND

G.A. Prohorenko, V.I. Kuzmenko, D.A. Saratov, G.A. Skudnov

#### SUMMARY

One of the most dangerous complications SGRD for life on the ill people consider the appearance on the background a gullet of Barretts is a restrict of the gullet. Kill the moments of appearance complications SGRD is effective conservative treatment. Though early adequate surgeon treatment complications forms the gullet of Barretts is one of the reliable method of improvement stream disease and further prognosis ill people's life.

### КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВДАЛОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО ЗІ СТЕНОЗОМ СТРАВОХОДУ, ЩО ВИНИК НА ФОНІ ГЕРХ

Г.О. Прохоренко, В.І. Кузьменко, Д.О. Саратов, Г.О. Скуднов

#### РЕЗЮМЕ

Одним з найбільш небезпечних для життя хворих ускладнень ГЕРХ вважається виникнення на тлі стравоходу Барретта стриктури стравоходу. До моменту виникнення ускладнень ГЕРХ ефективне консервативне лікування даного захворювання. Однак раннє адекватне хірургічне лікування ускладнених форм стравоходу Барретта - єдиний надійний метод покращення перебігу захворювання і подальшого прогнозу життя хворого, враховуючи можливість виникнення аденокарциноми Барретта.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта.

Еще в 1950 г. английский хирург N. Barrett представил сообщение, в котором обратил внимание исследователей на язвы дистального отдела пищевода, окруженные цилиндрическим эпителием. Он полагал, что эта слизистая оболочка является тубулярным сегментом желудка у больных с коротким пищеводом, выстланным многослойным плоским эпителием. Позднее в 1957 г. N. Barrett уточнил, что это не сместившийся в грудную полость желудок, а порок развития пищевода, в котором слизистая оболочка образована железистым эпителием.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся морфологическим изменением слизистой оболочки пищевода вследствие ретроградного заброса желудочного или желудочно-кишечного содержимого, проявляющееся пищеводными и внепищеводными симптомами. Непосредственной причиной, приводящей к развитию ГЭРБ, является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) — непроизвольное затекание или заброс желудочного/желудочно-кишечного содержимого в пищевод.

Появление пищевода Барретта возможно у больных в возрасте от 20 до 80 лет, при этом наиболее часто – в возрасте от 47 до 66 лет. Замечено также,

что пищевод Барретта чаще возникает у мужчин.

Известны и некоторые другие сведения о сроках возможного появления пищевода Барретта. В частности, пищевод Барретта развивается в 20–80 % случаев у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с рефлюкс-эзофагитом вследствие длительного кислотного рефлюкса, при этом вероятность возникновения пищевода Барретта возрастает по мере увеличения возраста больных (чаще после 40 лет) и продолжительности течения ГЭРБ. По другим данным, пищевод Барретта возникает лишь в 1 % случаев у больных, страдающих ГЭРБ (при соотношении мужчин к женщинам 2:1).

Распространенность пищевода Барретта варьирует от 2,2-8,5% в группе населения, прошедшего скрининговую фиброэзофагогастроскопию, до 10-20% от общего числа пациентов, страдающих ГЭРБ.

Общепринятой лечебной доктрины гастроэзофагеальной рефлюксной болезни осложненной пищеводом Барретта, на сегодняшний день не существует. Вероятно, дальнейшее расширение знаний о механизмах развития заболевания его осложнений, совершенствование медицинских технологий позволят создать стройную систему индивидуализированной помощи пациентам с подобной патологией. В

настоящее время существуют два принципиально противоположных направления терапии ГЭРБ, осложненной пищеводом Барретта – хирургическое и консервативное. Обе концепции предполагают устранение основного патогенетического звена заболевания – желудочно-пищеводного рефлюкса.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В клинике абдоминальной хирургии имел место данный клинический случай.

Больной Я., 39 лет, обратился с жалобами на жажду, выраженную слабость, многократную рвоту, боли за грудиной постоянного характера, затруднение при глотании, похудание за полгода на 40 кг.

Из анамнеза: болеет на протяжении полугода, когда возникли затруднения при глотании вначале твердой, а затем жидкой пищи. В последствие сильно похудел, стал прогрессивно терять в весе.

При поступлении больной в тяжелом состоянии, в сознании, адекватен, слегка заторможен, кахексичен, вял, адинамичен. Кожа сухая, тургор резко снижен. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительно наполнения. АД 120/80 мм.рт.ст., тоны сердца приглушены, ритмичные. Аускультативно в легких дыха-

ние везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. У больного отмечается олигоурия. Диурез за сутки до 300 мл. В общем анализе крови при поступлении обращает на себя внимание гемоглобин 156 г/л, гематокрит 0,43 (сгущен), тромбоцитопения. Лейкоцитарная формула без патологии. В биохимическом анализе крови отмечается гипербилирубинемия до 72,0 мкмоль/л за счет непрямого билирубина. Снижено содержание хлоридов крови 81,6 ммоль/л (норма 98,0-106,0 ммоль/л). Коагулограмма в пределах нормы. На ЭКГ вольтаж достаточный, вертикальное ЭОС, ритм синусовый, диффузные нарушения процессов реполяризации (кровоснабжения) миокарда. На рентгеноскопии пищевода (см. рисунок № 1.): акт глотания не нарушен, пищевод проходим до уровня 4 ребра (спереди), где отмечается циркулярное сужение и контраст далее не проходит. Контраст на уровне Th 8-9. УЗИ ОБП: диффузные изменения печени. Гистологическое заключение слизистой пищевода: лейкоплакия. Больной госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии. Проводилась



Рисунок 1. Рентгеноскопия пищевода.

инфузионная, коррегирующая, симптоматическая терапия, в результате чего состояние больного улучшилось, лабораторно скомпенсировано. Операция: левосторонняя переднебоковая торакотомия, мобилизация нижней трети пищевода, верхнесрединная лапаротомия, резекция кардиального отдела желудка и нижней трети пищевода, эзофагогастроанастомоз, стволовая ваготомия, пилородуоденопластика,

дренирование левой плевральной, брюшной полостей. Питание начато с пятых суток послеоперационного периода. На восьмые сутки послеоперационный период осложнился развитием госпитальной правосторонней нижнедолевой пневмонии. На контрольной рентгеноскопии пищевода с жидким барием анастомоз свободно проходим, затеков нет. Раны зажили первичным натяжением. Послеоперацион-

ный период - 21 койкодень, общий - 28. За время лечения больной поправился на 8, 5 кг. Через 2 месяца

произведена контрольная эзофагография с барием (см. Рисунки № 2,3.)



**Рисунок 2,3. Контрольная эзофагография с барием.**

Гистологическое заключение: пищевод Барретта, эрозии, язвы и очаговый фиброз, железисто-фиброзный полип.

#### **ВЫВОДЫ**

Одним из наиболее опасных для жизни больных осложнений ГЭРБ считается возникновение на фоне пищевода Барретта стриктуры пищевода. До момента возникновения осложнений ГЭРБ эффективно консервативное лечение данного заболевания. Однако ранее адекватное хирургическое лечение осложненных форм пищевода Барретта – единственный надежный метод улучшения течения заболевания и отдаленного прогноза жизни больного, учитывая возможность возникновения аде-

нокарциномы Барретта.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Болезни пищевода // Под ред. В.Т. Ивашкина, А.С. Трухманова. – М.: Триада-Х, 2000. – 179 с.
2. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2003. – Т. 13, № 6. – С. 18–25.
3. Меркулов Г.А. Курс патологогистоскопической техники. – Л.: Медицина, 1969. – 423 с.
4. Ушаева Л.А., Балалькин Д.А. Хромозендоскопия в диагностике злокачественных новообразований // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 5. – С. 32–33.