

На правах рукописи

Фалеев Вячеслав Викторович

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ
ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ
ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ

14.01.17 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Рязань – 2017

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Федосеев Андрей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Топчиев Михаил Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой общей хирургии с курсом постдипломного образования.

Юрасов Анатолий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, Научный клинический центр ОАО «РЖД», с филиалом ЦКБ №1 ОАО «РЖД», заведующий операционным отделением; главный специалист ЦДЗ ОАО «РЖД» по хирургии.

Ведущая организация

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «__»_____2017г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.084.04 при ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (390026 г. Рязань, ул. Шевченко, д. 34) и на сайте www.rzgmu.ru

Автореферат разослан «__»_____2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

Песков О.Д.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Многочисленные исследования механизмов образования грыж пищеводного отверстия диафрагмы позволили выявить значительную роль таких факторов как конституция, наследственность, местные особенности связочного аппарата пищевода и желудка (Пучков К.В., Филимонов В.Б., 2003; Allen C.J., Anvari M., 1998), изменения в метаболизме коллагена, ферментативной активности (учитывается активность ферментов, ответственных за обмен составляющих СТ, а также других факторов, в той или иной степени влияющих на состояние СТ). В последнее время одним из наиболее актуальных взглядов, является концепция недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) (Верещагина Г.Н., 2008; Чекушин А.А., 2011; Федосеев А.В., 2013).

Анализ течения ГЭРБ у лиц молодого возраста в амбулаторных условиях выявил рецидивы заболевания в 61,3% случаев, причем в 56,2 % случаев из них наступили осложнения (Бордин, Д.С., 2015).

Главной проблемой в лечении рефлюкс-эзофагита признана необходимость в назначении высоких доз антисекреторных препаратов, проведение основной (не менее 8 – 12 нед.) и поддерживающей терапии длительное время (Лазебник Л.Б., и др., 2016). Прекращение медикаментозной терапии приводит к рецидиву заболевания через 1 мес. в 50%, а в течение года в 58 – 85% случаев (Минушкин О.Н., и др., 2005; Iwakiri K., et al., 2017).

Ни один из методов антирефлюксных операций не дает 100%-го результата. В отдаленном послеоперационном периоде, по данным литературы, достаточно высок процент рецидивов – от 12 до 30%, в основном хорошие и отличные результаты находятся в пределах 84 – 86% (Пучков К.В., Филимонов В.Б., 2003; Черноусов Ф.А., 2009; Разумахина М.С., 2015; Abdel-Raouf El-Geidie A., 2009).

Проблема рецидивов рефлюкс-эзофагита включает в себе ряд вопросов. Одним из них является вопрос взаимосвязи возникновения и лечения рефлюкс-эзофагита и скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, в связи с

этим, определение лечебной тактики таких больных (Пучков К.В., Филимонов В.Б., 2003; Оскретков В.И., 2014).

Таким образом, учитывая широкую распространенность больных со СГПОД и РЭ, значительное количество рецидивов как при медикаментозном, так и при хирургическом лечении возникает проблема определения лечебной тактики с учетом состояния СТ в организме и определение показаний к хирургическому лечению больных.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагитом путем рационального выбора способа лечения с учетом наличия синдрома НДСТ в организме.

Задачи исследования

1. Выявить распространенность рефлюкс-эзофагита среди больных с НДСТ.
2. Определить корреляционную взаимосвязь между степенью выраженности НДСТ на основании фенотипических признаков и выраженностью рефлюкс-эзофагита у больных со СГПОД.
3. Установить взаимосвязь между возникновением рецидивов РЭ и фенотипическими проявлениями НДСТ.
4. Определить показания к оперативному лечению больных со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы при рефлюкс-эзофагите и признаками НДСТ.

Научная новизна работы

Впервые определена корреляция между степенью дисплазии соединительной ткани на основании фенотипических признаков и выраженностью рефлюкс-эзофагита у больных со СГПОД. Определены показания к оперативному лечению больных с рефлюкс-эзофагитом и признаками НДСТ. Показано, что консервативное лечение РЭ 3 степени при сочетании со СГПОД неэффективно. Установлено, что оперативное лечение больных со СГПОД при 1-2 степе-

нях выраженности эзофагита целесообразно при отсутствии эффекта от консервативного лечения.

Практическая значимость работы

Представленные в работе данные дают возможность практическим врачам – хирургам и гастроэнтерологам производить выбор оптимального для каждого больного метода лечения рефлюкс-эзофагита при СГПОД. Установлено, что выявление и верификация степени тяжести признаков НДСТ у пациента при лечении рефлюкс-эзофагита позволяет повысить качество жизни. Выбор способа лечения РЭ у больных со СГПОД и НДСТ зависит от выраженности признаков НДСТ, и только при неэффективности от консервативной терапии РЭ показано оперативное лечение.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Дисплазия соединительной ткани фиксируется у всех больных с РЭ.
2. Клинические и морфологические проявления РЭ прямо коррелируют со степенью дисплазии соединительной ткани;
3. Выбор способа лечения РЭ зависит от степени тяжести НДСТ.
4. Сочетание РЭ и СГПОД при наличии 2-3 степени тяжести дисплазии соединительной ткани, отсутствие эффективности от консервативного лечения в течение 3 недель являются показанием к оперативному лечению.

Степень достоверности и апробация работы

Достоверность работ обусловлена современным определением и классификацией рефлюкс-эзофагита (НОГР, 2016). В работе использованы современные наименования методов антирефлюксных оперативных вмешательств. Проведен про- и ретроспективный анализ 238 клинических случаев скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы с рефлюкс-эзофагитом. Физикальный осмотр грыженосителей проводился стандартными методами.

Полученные данные подтверждены аппаратно-инструментальным обследованием больного рефлюкс-эзофагитом и висцеральных признаков НДСТ.

Фенотипические признаки НДСТ документально подтверждены схемой осмотра Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1987). [Суточное рН-мониторирование](#) проводилось при помощи аппарата [«Гастроскан – ГЭМ»](#) (НПП «Исток-Система», г.Фрязино).

Основные результаты работы доложены на: научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста» (Рязань, 2010), ежегодной научной конференции РязГМУ (Рязань, 2011), ежегодной научной конференции РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, посвященной 65-летию работы университета на Рязанской земле (Рязань, 2015), Первом съезде хирургов ЦФО России (Рязань, 2017).

Публикации и отчеты результатов работы

По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 3 – в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, в практическую работу 1-го хирургического отделения ГБУ РО ГК «Больница скорой медицинской помощи» г. Рязани и 2-го гастроэнтерологического отделения ГБУ РО «Городская клиническая больница №4».

Структура и объем диссертации

Содержание диссертации изложено на 125 страницах машинописного текста, содержит 19 таблиц, 32 иллюстрации. Работа содержит введение, первую главу – обзор литературы, вторую – характеристику методик и материалов исследования, третью главу – описание результатов собственных исследований и их обсуждение, заключение, выводы, практические рекомендации и приложение. Список литературы сформирован из 151 источника, из них 64 работы опубликованы отечественными авторами и 84 – зарубежными.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на клинической базе кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава РФ. Клиническая часть работы выполнена на базе хирургического отделения № 1 ГБУ РО ГК «Больница скорой медицинской помощи» г. Рязани, гастроэнтерологического отделения ГБУ РО ГКБ №4 г. Рязани, лапароскопического и гастроэнтерологического отделений ГБУ РО ОКБ г. Рязани в период с 2011 по 2017 год. Работа была одобрена локальным этическим комитетом.

Проведено исследование 238 клинических случаев СГПОД с рефлюкс-эзофагитом: ретроспективный анализ историй болезни стационарных больных (198 человек) и проспективное наблюдение за 40 пациентами. Критериями исключения из исследования являлись системные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия и др.), прием глюкокортикостероидов, хронические истощающие заболевания (туберкулез, злокачественные новообразования).

Определение рефлюкс-эзофагита дано на основании VI Московского соглашения Российской гастроэнтерологической ассоциации (НОГР, 2016). Классификация проявлений рефлюкс-эзофагита проводилась по наличию эндоскопических признаков разработанных Savary-Miller (1978) как наиболее часто применяемая в хирургической практике. Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы проводилась на основании классификации Б.В. Петровского (1967), а скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы на основании рентгенологической классификации СГПОД по И.Л. Тегер и А.А. Липко (1965). Другие грыжи мы не учитывали, так как их изучение не входило в задачи нашего исследования. В своей работе мы использовали следующие наименования методов антирефлюксных операций: фундопликация по Nissen-Rosetti, Toupet, Dor, фундопликация РНЦХ в модификации А.Ф. Чернусова. При определении индекса массы тела (ИМТ) использовали формулу А. Кетле (1869). Малые и большие признаки фенотипического проявления син-

дрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани, а также тяжесть синдрома НДСТ верифицировали по критериям Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1987) и вносились в протокол исследования. Также при медикаментозном лечении проводили мониторинг интрагастральной и интрапищеводной рН-метрии.

Параллельно с этим, у пациентов уточнялся мотивационный фактор к оперативному лечению, заключающийся в доминирующей причине: отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 8 недель, длительный прием лекарственных средств (8-12 недель), возникновение рецидива рефлюкс-эзофагита после прекращения медикаментозной терапии в течение года. Для выявления и подтверждения рецидива рефлюкс-эзофагита и скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы больному предлагался повторный физикальный осмотр, выполнение эндоскопического и рентгенологического исследований.

Характеристика больных

Все пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли лица, получавшие только консервативное лечение РЭ; во вторую группу включили больных, у которых проведено оперативное лечение РЭ.

Консервативное лечение получили 80 (33,6%) больных – 47 (58,75%) мужчин и 33 (41,25%) женщины. В эту группу вошли больные в возрасте от 20 до 75 лет, средний возраст $Me=47\pm 14,95$ года ($t_{ст}= 2,01$, $p < 0,05$). Оценивали эффективность терапии по возникновению рецидивов в течение года от начала лечения.

Во вторую группу больных, получивших оперативное лечение вошли 158 (66,4%) больных после антирефлюксных операций – 47 (29,7%) мужчин и 111 (70,3%) женщин. Возраст больных варьировал от 20 до 72 лет, их средний возраст определялся как $Me=44\pm 13,16$ года ($t_{ст}=2,70$, $p < 0,05$). Результаты фундопликаций оценивали по возникновению РЭ в течение года, развитию периоперационных и ранних послеоперационных осложнений. Последние регистрировали в течение следующих 14 дней после оперативного вмешательства.

Сравнительная характеристика исследуемых групп больных по общим критериям – средний возраст, соотношение по половому признаку, индексу массы тела выявила их сопоставимость (коэффициент Стьюдента $t_{ct}=3,683$).

Обследованы 40 больных с РЭ, у которых в ходе проспективного исследования выявлены фенотипические признаки НДСТ: 19 (47,5%) мужчин и 21 (52,5%) женщина в возрасте от 20 до 75 лет, средний возраст $47\pm 14,95$ года (коэффициент корреляции Стьюдента $t_{ct}=1,301$, $p=0,5$). Терапевтическое лечение проведено у 27 (67,5%) больных, хирургическое лечение – у 13 (32,7%) больных.

Нами в рамках открытого несравнительного многоцентрового исследования «Оценка влияния суспензии Гевискона на симптомы ГЭРБ и качество жизни больных при 14-дневном лечении», проводимого под эгидой Научного общества гастроэнтерологов России совместно с ЦНИИ гастроэнтерологии Минздрава Москвы), в 2009 г. в Рязани осуществлено обследование и лечение 25 больных ГЭРБ на базе Городского гастроэнтерологического центра. В исследование были включены 25 человек в возрасте от 18 до 64 лет (6 мужчин и 19 женщин). Длительность проявлений ГЭРБ составила $7,1\pm 1,5$ года. У всех больных фиксировали жалобы, анамнез, физические данные, проводили клинические, лабораторные и инструментальные исследования: общеклиническое обследование; эзофагогастродуоденоскопию до начала лечения и на 14-й день; суточное мониторирование интрапищеводной и интрагастральной pH до начала лечения и на 14-й день приема препарата Гевискон форте.

Проведено ретроспективное исследование больных с РЭ по данным первичной медицинской документации – медицинской карты стационарного больного – у 198 больных, которым проведено медикаментозное и оперативное лечение – 74 (37,4%) мужчин и 124 (62,6%) женщины имевших клинические признаки РЭ. Возраст пациентов варьировал от 20 до 72 лет, их средний возраст составлял $44,3\pm 13,16$ года ($t_{ct}=2,70$, $p=0,038$).

Из представленной медицинской документации производилась выборка больных по следующим критериям: по полу, возрасту, времени от момента по-

явления клинических признаков РЭ до обращения в стационар (anamnesis morbi), сопутствующая соматическая патология и фоновые заболевания (anamnesis vitae), данные лабораторных, инструментальных и дополнительных обследований (ФГС, рентгенография и рентгеноскопия желудка, данные ультразвуковой диагностики, интрагастральной рН-метрии и так далее), данные осмотра специалистов смежных специальностей, выбранный способ лечения (медикаментозный или оперативный способ), исходы лечения.

Результаты лечения оценивали по: возникновению рецидива РЭ при медикаментозном лечении – в течение года, при хирургическом – возникновение и развитие периоперационных и осложнений в раннем послеоперационном периоде, а также возникновение РЭ в течение года.

Методы обследования

Для реализации поставленной цели был использован комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Он включал в себя изучение симптомов СГПОД и РЭ, рутинное общеклиническое обследование; рентгенологическое исследование легких, рентгеноскопия желудка с контрастированием; ФГДС. При необходимости больные подвергались более глубокому обследованию, осмотру врачей смежных специальностей.

Показания к оперативному лечению больных с РЭ составлялись, ориентируясь на рекомендации Общества американских гастроинтестинальных и эндоскопических хирургов (SAGES) 2010г. (Карпицкий А.С., 2013; Разумахина М.С., 2015; Сиюхов Р.Ш. и др., 2016).

Для выявления фенотипических признаков и определения тяжести НДСТ использована схема Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1987): первую (легкую) степень НДСТ выявляют при имеющихся двух главных признаках; вторую (среднюю) степень – в случае наличия трех главных и двух - трех второстепенных или четырех главных и одного - двух второстепенных признаков; третью (тяжелую) степень – в случае наличия пяти и более главных и трех второстепенных признаков.

Для выявления ГПОД проводилось рентгеноскопическое исследование в положении Транделенбурга (1895) с использованием бариевой взвеси на рентгеновском диагностическом комплексе DIXION REDIKOM. Степень проявления СГПОД определялась в соответствии со стандартной классификацией И.Л. Тегер, А.А. Липко (1965). Эзофагогастроуденоскопия выполнялась для инструментального подтверждения наличия и степени выраженности РЭ на тощак с помощью видеоэндоскопа «Olympus GIF-V70».

При выявлении эндоскопических признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в сочетании с рефлюкс-эзофагитом последний классифицировали в протоколах эндоскопического обследования по Savary-Miller (1978) как наиболее распространенную в хирургической практике.

Статистические методы

Полученные данные проходили обработку и сопоставление с использованием методов вариационной статистики с применением электронных таблиц «Microsoft Excell» и пакета прикладных программ пакета SPSS (version 13.0), имели нормальное распределение. Для сопоставления независимых выборок использовался критерий χ -квадрат Пирсона, t-критерий Стьюдента, коэффициент корреляции Пирсона. Данные в тексте представлены в виде t_{ct} – значение критерия Стьюдента, r_{xy} – коэффициент корреляции Пирсона. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Терапевтический подход к лечению больных с РЭ

В зависимости от времени появления первых жалоб до обращения в стационар выделены – до 5 лет болезни 51 (63,75%) больных, от пяти до 10 лет – 16 (20%) больных, от 10 и более лет – 13 (16,25%) пациентов.

Установлено, что при увеличении длительности заболевания снижается число обращений за медицинской помощью фактически в 4 раза – при 51 пациенте, страдающем менее пяти лет против 13 с анамнезом более 10 лет.

Ориентируясь по половому признаку, определены следующие показатели (табл. 1).

Отмечается практически одинаковое соотношение мужчин и женщин в исследовании, с преобладанием больных мужского пола в возрасте 20-40 лет – 25 (31,25%, $p > 0,01$, $t_{cr} = 2,653$), что доказывает начало заболевания в раннем возрасте.

Таблица 1 - Распределение больных по половому признаку с учетом возраста

	20-44		44-60		60-75	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен
До пяти лет	25(31,25%)	2(2,5%)	7(8,75%)	11(13,75%)	2(2,5%)	4(5%)
5-10 лет	3(3,75%)	1(1,25%)	5(6,25%)	5(6,25%)	-	2(2,5%)
Более 10 лет	1(1,25%)	-	1(1,25%)	1(1,25%)	3	7(8,75%)

На основании данных обследования эндоскопически выявлены три степени РЭ по Savary-Miller (1978) в группе исследования. При анализе показателей эндоскопического обследования обращает на себя внимание прогрессивное снижение количества больных в зависимости от степени тяжести эзофагита – 53 (66,25%) больных с 1 степенью, 21 (26,25%) больных со 2 степенью и 6 (7,5%) больных с 3 степенью тяжести РЭ (χ -квадрат=3,763, $p = 0,048$). Таким образом, среди обследованных больных преобладали пациенты с легкими формами РЭ.

При выполнении рентгенологического исследования у больных с РЭ выявлена скользящая ГПОД первой степени у 61 (76,3%, $p < 0,05$) больного, у 9 (11,25%, $p < 0,05$) больных – второй степени и третья степень ГПОД выявлена у 6 (7,5%, $p < 0,05$) больных. При этом у 4 больных (5%) не было рентгенологических признаков грыжи пищеводного отверстия.

При легкой степени СГПОД рентгенологическое исследование дает более частое выявление заболевания – у 61 (76,3%), а при 2-3 степени тяжести болезни более целесообразно проводить рентгенологическое исследование, чувствительность, информативность которого оказалась выше ($t_{cr} = 2,543$, $p > 0,01$).

Сопоставляя данные инструментальных методов исследования, выявлено, что СГПОД сопровождает РЭ при любой степени выраженности, однако их сочетание при 3 степени тяжести доходит до 100% (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,673$, $p>0,01$).

Большинству из обследованных больных (35 человек) (43,75%) проводили комплексную терапию ИПП+альгинаты+прокинетики в течение 12 недель. Данный вариант терапии применялся у больных с 2-3 степенью тяжести РЭ (по Savary-Miller). Реже назначались альгинаты «по требованию» – 28 (35%) больных и монотерапия ИПП – у 17 (21,25%) пациентов. В режиме «по требованию» лечение получали пациенты с РЭ 1 степени по Savary-Miller и при отсутствии СГПОД. Монотерапию ИПП получали больные РЭ и СГПОД с 2 степенью тяжести болезни по Savary-Miller.

При применении альгината (Гевискон) облегчение основного симптома ГЭРБ – изжоги – все больные отметили через 2–3 мин после приема препарата, и уже за первые 5 дней его приема были устранены окончательно: одинофагия – у 80% больных, дисфагия – у 70%, изжога – у 52%, регургитация – у 42%.

За 14 дней монотерапии Гевисконом форте удалось устранить одинофагию у 100% больных, дисфагию – у 90%, изжогу – у 88%, регургитацию – у 76,5%, отрыжку – у 53% пациентов. Меньше всего Гевискон форте влиял на отрыжку: после 14 дней лечения она осталась у 47% больных.

По данным суточной рН-метрии, среднее число гастроэзофагеальных рефлюксов до приема Гавискона форте составляло $8,6\pm 2,52$ в час. На фоне приема Гевискона форте оно уже в 1-е сутки лечения снизилось на $36\pm 2,3\%$ (до $5,5\pm 1,95$ в час) и не превышало нормативных показателей DeMeester для пищевода, т.е. препарат достоверно снижал число гастроэзофагеальных рефлюксов. При этом следует отметить несоответствие объективных данных и субъективных ощущений больных. Так, через 2–3 мин после приема Гевискона форте все больные отметили облегчение изжоги, что совпадало с показателями интраэзофагеальной рН-граммы.

Поскольку нами использовались схемы не только с применением монотерапии при проспективном исследовании, оценены результаты лечения по количеству отдаленных рецидивов на основании клинических данных и данных инструментальных методов исследования (рис. 1).

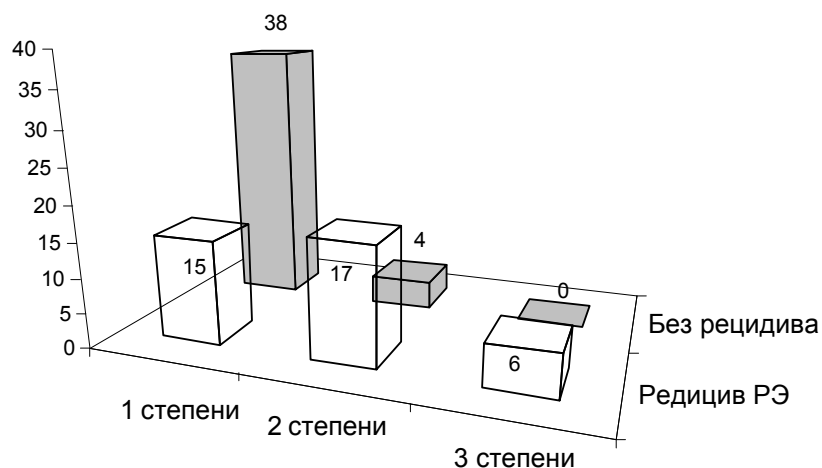


Рисунок 1 - Количество рецидивов РЭ на основании данных ФГДС

По результатам эндоскопического исследования в течение одного года рецидивирование РЭ наблюдалось у 38 (47,5%, $p > 0,05$) пациентов. С первой степенью РЭ наблюдаются рецидив заболевания у 15 (18,76%) больных, со второй у 17 (21,24%) больных, а эндоскопическая картина третьей степени проявилась у 6 (7,5%) больных ($t_{\text{ст}}=1,577$, $p=0,8$).

Количество лиц с РЭ 3 степени и СГПОД за год увеличилось с 6 до 10 (с 7,5 до 12,5%). В тоже время число больных РЭ 1 степени и СГПОД за год уменьшилось с 61 до 21 (с 76,3 до 26,25%). Число больных РЭ 2 степени и СГПОД через год практически не изменилось – 9 и 7 (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,879$).

Таким образом, проведено комплексное обследование и анализ эффективности медикаментозной терапии у больных с РЭ, который показал, что частую РЭ сопровождается СГПОД, проявления которой коррелируют со степенью тяжести РЭ, а назначение лекарственных препаратов не приводит к полному излечению заболевания.

Полученные данные может свидетельствовать о дополнительных составляющих компонентах в образовании скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы при РЭ и пересмотре тактики лечения этого заболевания.

Хирургический подход к лечению скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с рефлюкс-эзофагитом

Из всех 158 прооперированных больных в большинство составили женщины 111 (70,3%). Оперативные вмешательства по поводу РЭ и СГПОД выполнены у больных в возрасте от 20 до 40 лет – у трех (42,9%), в возрастной группе от 40 до 60 лет у 60 (61,2%) больных и в возрасте 60-75 лет у 48 (90,6%) больных ($p > 0,05$).

Встречаемость оперативной активности в отношении мужчин прослеживается следующим образом: прооперировали 47 (29,7%) мужчин в возрастных группах 20-40 лет – четверо (57,1%), в 40-60 лет – 38 (38,8%), в возрастной группе 60-75 лет – 5 (9,4%, $p > 0,05$).

По длительности заболевания от начала появления первых признаков (отрыжка, регургитация, одинофагия) до выполнения хирургического вмешательства группа разделена на три подгруппы (табл. 2).

Таблица 2 - Сопряжение возрастных групп по длительности заболевания

		Длительность			Итого
		До пяти лет	5-10 лет	Более 10 лет	
Возрастные подгруппы, лет	20-40	6 (3,8%)	1 (0,6%)	-	7 (4,5%, $p < 0,01$)
	40-60	87 (55,1%)	9 (5,7%)	2 (1,26%)	98 (62%, $p < 0,01$)
	60-75	44 (27,8%)	9 (5,7%)	-	53 (33,5%, $p < 0,01$)
Итого		137 (86,7%)	19 (12,02%)	2 (1,26%)	158 (100%, $p < 0,01$)

Как видно из представленной таблицы, с увеличением длительности заболевания количество оперативных вмешательств резко снижается.

Сопутствующие заболевания не выявлены у 35 (22,2%, $p>0,01$) больных. Следует отметить, что все сопутствующие заболевания у больных с РЭ на момент обследования были в фазе стойкой ремиссии.

После проведения эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта отмечается незначительное отличие между количеством больных с первой и второй степенью РЭ – 82 (51,9%) и 69 (43,7%) соответственно (коэффициент Пирсона $r=0,383$, $p=0,049$). Тогда как число больных с третьей степенью РЭ составило 7 (4,4%, $p>0,01$), что указывает на раннюю обращаемость и диагностику РЭ.

Проводилось обязательное предоперационное рентгенографическое обследование пищевода и желудка, при котором выявлена скользящая ГПОД на разных стадиях проявления.

По полученным данным скользящая ГПОД при рентгенологическом исследовании обнаружена в 94,6% случаев, что доказывает прямую корреляционную взаимосвязь в механизме образования с РЭ и объединение их в одну нозологическую единицу – ГЭРБ (χ -квадрат = 1,6602, $p=0,09$).

Определяющим показанием к оперативному лечению явилось сочетание РЭ со скользящей ГПОД у 157 (94,6%) больных, а также сочетание РЭ с другой патологией ЖКТ – холециститом и язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки у 111 (70,2%) больных.

Также определяющую роль в решении вопроса об оперативном лечении играла степень выраженности эндоскопической картины РЭ – она возобладала у 75 (47,46%) больных с 2 и 3 степенью эзофагита.

Стоит отметить, что не последнее место в иерархии показаний занимает и желание больных, «уставших» от постоянного приема лекарственных препаратов – оно отмечалось в 56 (35,44%) случаях.

Отсутствие эффекта от медикаментозной терапии РЭ установлено у 98 (62,03%) больных и являлось основным в решении вопроса об оперативном лечении.

Основным выбранным оперативным способом лечения РЭ в исследовании были фундопликация по Toupet – у 139 (88%) больных, также применялась фундопликация РНЦХ в модификации по А.Ф.Черноусова у 13 (8,2%) больных, по способу Nissen-Rosetti выполнено у 4 (2,5%) больных и фундопликация по методике Dor – у 2 (1,3%) пациентов.

Кроме того, помимо антирефлюксных оперативных вмешательств также анализированы и симультанные оперативные вмешательства:

- лапароскопическая фундопликация с холецистэктомией – 59%.
- лапароскопическая фундопликация с селективной проксимальной ваготомией (при ЯБЖДПК) – 5%.
- лапароскопическая фундопликация с умбиликопластикой при пупочной грыже – 3%.

Фундопликация как основное оперативное вмешательство выполнено в 33% случаях.

Из группы прооперированных больных осложнения периоперационного периода проявились в следующем:

1. Послеоперационная пневмония. Развилась у трех больных (1,89%) в послеоперационном периоде прошла на фоне применения антибактериальной терапии;
2. Параэзофагеальная грыжа. Наблюдалась у одного (0,6%) пациента в послеоперационном периоде и потребовала релапаротомии для устранения;
3. Зафиксирована одна (0,6%) интраоперационная смерть в виду развившейся эмболии ствола легочной артерии.

Осложнения раннего послеоперационного периода выявлены у 23 (14,65%) больных.

Нами оценивались такие осложнения, как ранняя дисфагия, “телескопически эффект” манжеты, то есть смещение ее в заднее средостение, соскальзывание манжеты и метеоризм (“gas bloat” syndrome). Отдельно выявлялось рецидивирование РЭ. Данные основывались на жалобах больных и данных эндоскопического обследования (табл. 3).

Таблица 3 - Ранние осложнения в послеоперационном периоде у больных

Виды осложнений	Частота
Ранняя дисфагия	4 (12,5%)
“Телескопический эффект”	7(19,3%)
Соскальзывание манжеты	6(17,5%)
Метеоризм (“gas bloat” syndrome)	4 (12,5%)

Рецидив РЭ, отсутствующий непосредственно перед операцией, был у 42 больных (26,4%).

Рефлюкс-эзофагит дает большое количество рецидивов в раннем послеоперационном периоде в проведенном исследовании, поэтому нами проведена корреляция рецидива РЭ со степенью эндоскопических проявлений РЭ на предоперационном этапе.

Установлено, что в раннем послеоперационном периоде по поводу СГПОД из 82 больных, ранее имевших РЭ 1 степени, его рецидив был у 7 человек (8,4%). У 69 больных ранее имевших РЭ 2 степени, рецидив его возник у 14 человек (20,3%). У 7 больных, ранее имевших РЭ 3 степени, его рецидив наступил у 6 человек (95%).

В результате выявлена прямая корреляционная связь между тяжестью эндоскопических признаков РЭ до операции и числом рецидивов РЭ в послеоперационном периоде ($r=0,958$, $p=0,8$).

Данные проспективного исследования больных со СГПОД и РЭ на наличие фенотипических признаков НДСТ

Признаки НДСТ по критериям Т. Милковска-Димитровой, А. Каркашева (1987) имелись у всех обследованных больных с РЭ, что свидетельствует о широком распространении изучаемых явлений и их тесной взаимосвязи между собой (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,884$; $p=0,98$).

В исследуемой группе отмечается достоверное снижение числа больных с увеличением степени тяжести дисплазии (рис. 3).

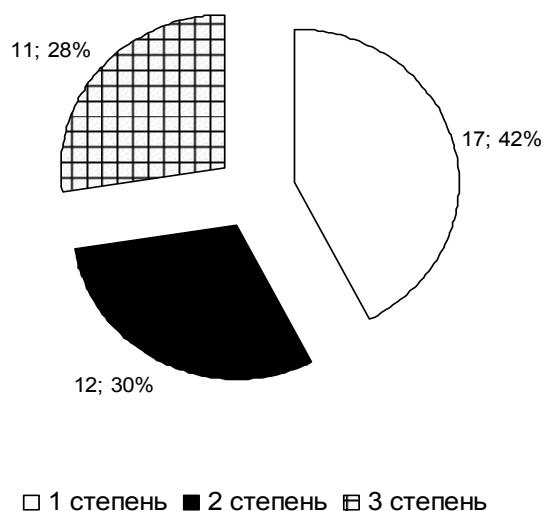


Рисунок 2 - Степень тяжести НДСТ у больных с РЭ

Соотношение между степенями выраженности НДСТ и тяжестью РЭ по эндоскопическим критериям при проспективном исследовании представлено в таблице 4. В результате выявили прямую корреляционную взаимосвязь между увеличением степени тяжести фенотипических проявлений НДСТ и степенью выраженности эндоскопических проявлений РЭ – с 11,7% больных с 3 степенью РЭ при 1 степени тяжести НДСТ до 54,4% больных с тяжелой степенью НДСТ и 3 степенью РЭ (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,998$).

Таблица 4 - Корреляция проявлений НДСТ и РЭ при проспективном исследовании

		Эндоскопические признаки РЭ			Итого
		1 степень	2 степень	3 степень	
Степень тяжести НДСТ	1 степень	10 (58,8%)	5 (29,4%)	2 (11,7%)	17 (100%)
	2 степень	6 (50%)	4 (35,7%)	2 (14,3%)	12 (100%)
	3 степень	2 (18,6%)	3 (27,7%)	6 (54,4%)	11 (100%)
Итого		18 (45%)	12 (30%)	10 (25%)	40 (100%)

Выявив достаточно высокую корреляцию между выраженностью РЭ и проявлениями НДСТ, мы решили сравнить частоту рецидивов РЭ у больных, получавших терапевтическое и оперативное лечение.

Общее количество рецидивов при всех вариантах лечения составило 15 случаев на фоне фенотипических проявлений синдрома НДСТ, то есть у 38% ($p > 0,05$) больных в исследовании имело место быть повторное возникновение симптомов РЭ (отрыжка, изжога, одинофагия), подтвержденная эндоскопическим методом, вне зависимости от способа лечения.

Чаще всего рецидивы РЭ наступают с третьей степенью тяжести НДСТ – у 9 (81,8%) больных. Отмечается прогрессивный рост возникновения рецидивов РЭ в зависимости от степени тяжести диспластических явлений у больных (χ -квадрат=3,623, $p < 0,01$).

Отметим, что количество рецидивов РЭ у больных с 3 степенью тяжести НДСТ составило 27,5% после консервативного лечения и 23% после хирургического вмешательства.

Обобщая и анализируя полученные данные о рецидивировании РЭ в группах исследования, получили прямое взаимоотношение между видом лечения и количеством рецидивов (рис. 3).

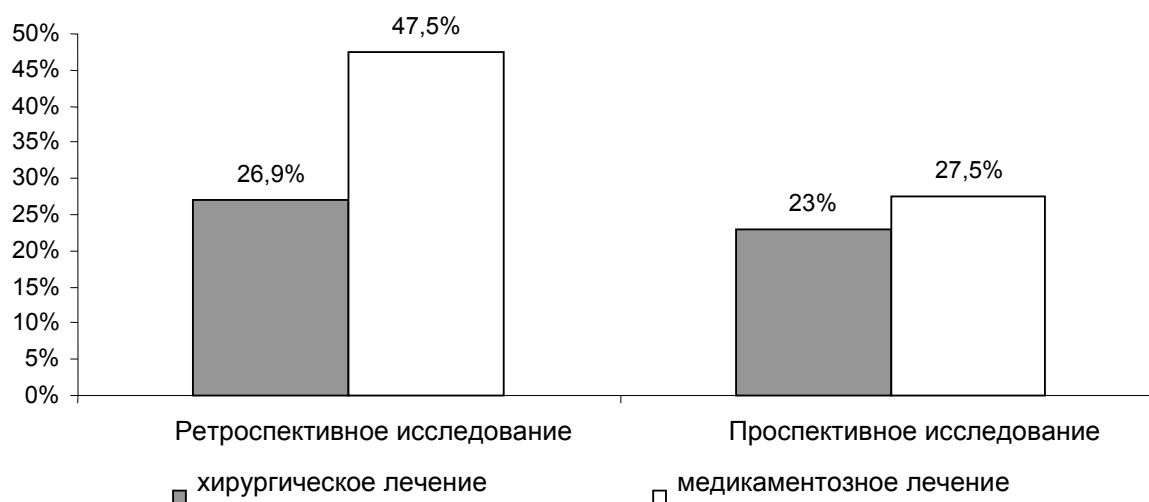


Рисунок 3 - Соотношение числа рецидивов в группах исследования

Исходя из рисунка 3, наблюдается прямая корреляция между выбором вида лечения и количеством рецидивов, т.е. как описано ранее при консервативном лечении РЭ рецидивирование наблюдается в 47,5%, при хирургическом – в 26,9% (коэффициент корреляции Пирсона $r = 0,743$). Количество рецидивов РЭ прямо пропорционально количеству случаев заболевания, способам лече-

ния и, зачастую, обусловлено наличием выраженных признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани, учитывая которые при планировании тактики лечения можно существенно снизить количество рецидивов – до 27,5% при медикаментозном и до 23% при оперативном (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,931$, при $p>0,01$).

ВЫВОДЫ

1. Встречаемость рефлюкс-эзофагита в терапевтических и хирургических стационарах среди больных скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы с признаками НДСТ достигает 100%. Преобладают лица среднего возраста ($Me=45\pm 1,78$ года), из них женщин 60,5%, мужчин -39,5% ($t_{ст}=1,54$, $p=0,02$), с избыточной массой тела ($ИМТ=28,2\pm 5,039$).

2. Существует высокая прямая корреляционная связь между степенью выраженности фенотипических признаков недифференцированной дисплазией соединительной ткани и тяжестью рефлюкс-эзофагита – с 11,7% больных с 3 степенью РЭ при 1 степени тяжести НДСТ до 54,4% больных с 3 степенью НДСТ и 3 степенью РЭ (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,998$).

3. Частота рецидивов рефлюкс-эзофагита зависит от степени тяжести недифференцированной дисплазией соединительной ткани (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,923$, $p=0,88$) и зависит от выбора способа лечения – после медикаментозной терапии в течение года отмечен у 47,5% больных, после хирургического лечения – у 26,4% больных (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,743$, $p=0,8$). При 3 степени тяжести НДСТ рецидив рефлюкс-эзофагита возникает в 81,8% случаев (χ -квадрат=3,623, $p < 0,05$): после медикаментозной терапии в 27,5%, а при оперативном лечении – в 23% случаев.

4. Показанием к оперативному лечению у больных скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и тяжелым рефлюкс-эзофагитом является наличие недифференцированной дисплазии соединительной ткани 3 степени, отсутствие эффекта от медикаментозной терапии в течение 12 недель.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагита 1 степени на фоне фенотипических признаков 1-2 степени недифференцированной дисплазии соединительной ткани лечение следует начинать с медикаментозной терапии, преимущественно альгинатами.

2. Наличие рефлюкс-эзофагита 2-3 степени применяют комплексную медикаментозную терапию комбинацией препаратов (ИПП+альгинаты+прокинетики) в течение 12 недель.

3. При отсутствии эффекта от медикаментозной терапии в течение 12 недель, наличие недифференцированной дисплазии соединительной ткани тяжелой степени при 2 – 3 степени рефлюкс-эзофагита показано оперативное лечение.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Фалеев, В.В.** Анализ эффективности лечения больных с постожоговой стриктурой пищевода [Текст] / В. В. Фалеев // Материалы науч. студенческой конф. / редкол.: М.М. Лапкин, П.А. Чумаченко, А.В. Куприкова, И.В. Зорова; РязГМУ. - Рязань, 2008.-С.89-90.
2. Бутова, В.М. Дифференциальный диагноз болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника и грыже пищеводного отверстия диафрагмы [Текст] / В.М. Бутова, **В.В. Фалеев** // Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста: материалы научно-практической конференции. – Рязань: РИО РязГМУ, 2010. – С. 31-32.
3. **Фалеев, В.В.** Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Обзор проблемы [Текст] / В.В. Фалеев // Актуальные вопросы гастроэнтерологии в терапии и хирургии: сб. науч. тр. / редкол.: М.А. Бутов (ред.) [и др.]; РязГМУ. - Рязань; М., 2010.- Вып.7.- С.126-129.
4. Возрастные изменения скоростных показателей кровотока по сосудам семенного канатика [Текст] / И. И. Успенский [и др.] // В поисках оптималь-

- ных решений: новые идеи в хирургии и травматологии: межрегион. сб. науч. тр., посвящ. 80-летию со дня рождения проф. Н.М. Епишина / [редкол.: А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев, В.Н. Бударев]; РязГМУ. - Рязань, 2011. - С. 67-69.- (Соавт.: В.В. Зацаринный, С.Ю. Муравьев, А.А. Чекушин, **В.В. Фалеев**).
5. Изменения кровотока по сосудам семенного канатика при паховой грыже [Текст] / И.И. Успенский [и др.] // В поисках оптимальных решений: новые идеи в хирургии и травматологии: межрегион. сб. науч. тр., посвящ. 80-летию со дня рождения проф. Н.М. Епишина / [редкол.: А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев, В.Н. Бударев]; РязГМУ. - Рязань, 2011. - С. 69-71. - (Соавт.: В.В. Зацаринный, С.Ю. Муравьев, А.А. Чекушин, **В.В. Фалеев**).
6. **Фалеев, В.В.** Встречаемость рефлюкс-эзофагита в группах больных с аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы [Текст] / В.В. Фалеев // Материалы ежегодной науч. конф. университета / под общ. ред. М.М. Лапкина; РязГМУ. - Рязань, 2011. - С. 71-72.
7. Состояние соединительной ткани и кровотока в семенном канатике у грыженосителей, как факторы, определяющие хирургическую тактику лечения [Текст] / А.В. Федосеев [и др.] // **Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова.** - 2012. - №4. - С. 123-130. - (Соавт.: С.Ю. Муравьев, И.И. Успенский, **В.В. Фалеев**).
8. Бутов, М. Монотерапия альгинатами больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [Текст] / М. Бутов, Е. Маркова, **В. Фалеев** // **Врач.** - 2013. - №12. - С. 42-46.
9. **Фалеев, В.В.** Влияние этиопатогенетических факторов на варианты лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы [Текст] / В. В. Фалеев // Актуальные вопросы современной медицины: материалы науч.-практ. конф. молодых ученых / редкол.: В.А. Кирюшин, О.М. Урясьев, С.Н. Котляров; под общ. ред. Р.Е. Калинина; РязГМУ. - Рязань, 2013. - С. 129-131.
10. **Фалеев, В.В.** Встречаемость рецидивов рефлюкс-эзофагита при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы [Текст] / В. В. Фалеев // Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного меди-

цинского университета имени академика И.П. Павлова, посвященной 65-летию работы университета на Рязанской земле / редкол.: Р.Е. Калинин, В.А. Кирюшин, И.А. Сучков; РязГМУ. - Рязань, 2015. - С. 49-50.

11. **Фалеев, В.В.** Подход к лечению больных со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы при наличии рефлюкс-эзофагита [Текст] / В.В. Фалеев, А.В. Федосеев, М.А. Бутов // **Наука молодых (Eruditio Juvenium)**. – 2017. – № 3 – С. 435 - 446.
12. **Фалеев, В.В.** Частота возникновения рецидивов рефлюкс-эзофагита у больных со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в раннем послеоперационном периоде [Текст] / В.В. Фалеев, А.В. Федосеев // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. Тезисы Первого Съезда хирургов Центрального федерального округа. – Рязань, 2017. – С. 251 - 252.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ИПП – ингибиторы протонной помпы

МАР – малые аномалии развития

НДСТ – недифференцированная дисплазия соединительной ткани

НПС – нижний пищеводный сфинктер

ПМК – пролапс митрального клапана

РЭ – рефлюкс-эзофагит

СГГС – синдром генерализованной гипермобильности суставов

СПВ – селективная проксимальная ваготомия

СТ – соединительная ткань

СГПОД – скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

ФП – фундопликация

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/