

*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](http://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  $t_{cr}=3,683$ ).

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  $t_{cr}=1,301$ ,  $p=0,5$ ). 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 ( $t_{cr}=2,70$ ,  $p=0,038$ ).

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  $\chi$ -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 ( $\chi$ -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 несовпадение 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).

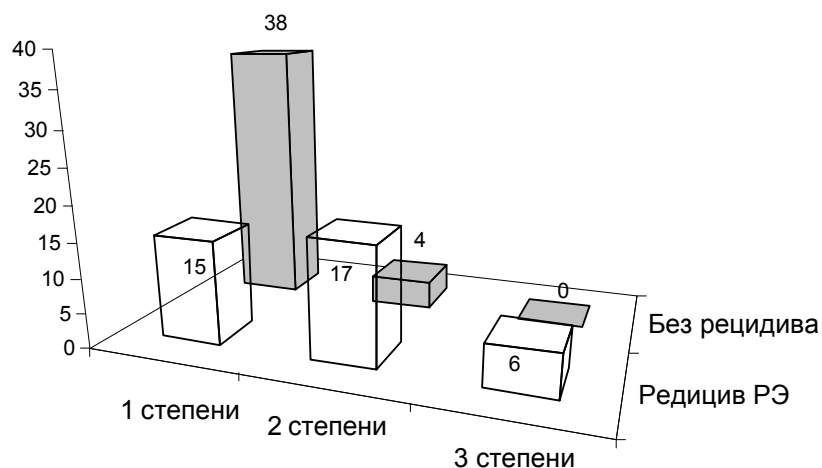


Рисунок 1 - Количество рецидивов РЭ на основании данных ФГДС

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 зачастую 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 ( $\chi$ -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).

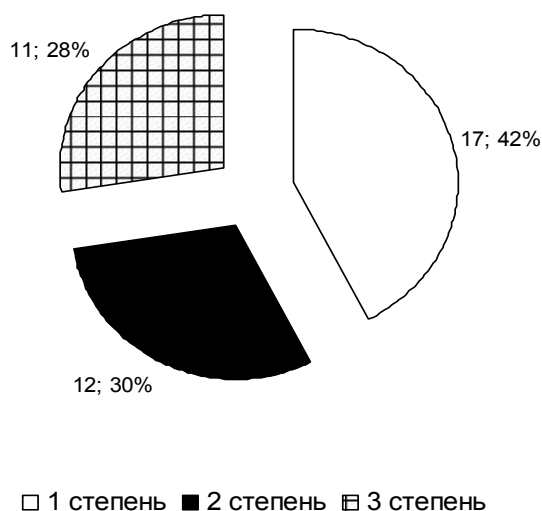


Рисунок 2 - Степень тяжести НДСТ у больных с РЭ

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 ( $\chi$ -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).

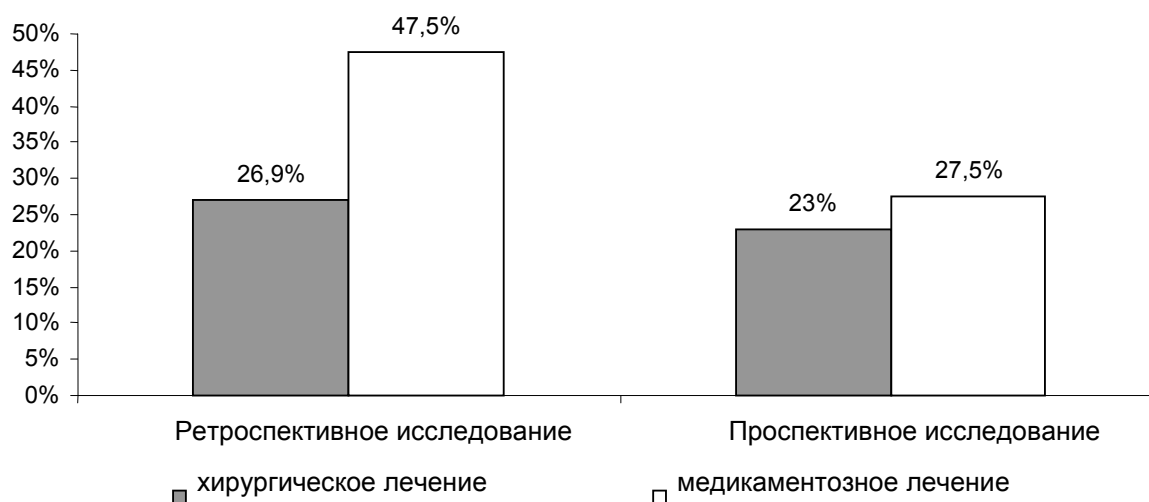


Рисунок 3 - Соотношение числа рецидивов в группах исследования

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 ( $\chi$ -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/](http://www.gastroscan.ru/literature/)