

На правах рукописи

Пирахмедов Мирземагомед Исакович

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ
ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

3.1.9. Хирургия

(медицинские науки)

Автореферат на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2023

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России)

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор

**Дибиров
Магомедбег Дибирмагомедович**

Официальные оппоненты:

Галлямов Эдуард Абдулхаевич – доктор медицинских наук, доцент (Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Институт клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, кафедра общей хирургии, заведующий кафедрой)

Шестаков Алексей Леонидович – доктор медицинских наук (Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», отделение торако-абдоминальной хирургии и онкологии, заведующий отделением)

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Ростовский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «07» июня 2023 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета 21.2.016.05 на базе ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России, по адресу: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20/1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и сайте ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России (<http://dissov.msmsu.ru/>)

Автореферат разослан «___» _____ 2023 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета, профессор

Богданов Дмитрий Юрьевич

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности

Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) широко распространена среди пациентов пожилого и старческого возраста. Особенностью патологии органов брюшной полости у геронтологических больных является стертая клиническая картина, частые осложнения и высокая летальность. Вопрос хирургической патологии у лиц пожилого и старческого возраста постоянно дискутируется в литературе (А.Л. Шестаков, 2018; Д.М. Черкасов, 2021).

ГПОД до последнего времени была малоизвестно широкому кругу врачей, несмотря на свою широкую распространённость. Успехи эндоскопии и лучевых методов диагностики позволили своевременно выявлять грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) (А.Ф. Черноусов, 2019).

Распространённость грыж ПОД является следствием анатомических и возрастных изменений кардиоэзофагеального перехода. Большое значение в возникновении грыж этой локализации играют: ускоренная урбанизация, повышенный ритм жизни, неправильное питание, частый стресс (Э.А. Галлямов, 2019; Т.В. Хоробрых 2019).

У лиц пожилого и старческого возраста ГПОД и ГЭРБ встречается у 20-30%.

Сочетание грыж ПОД с другими заболеваниями органов ЖКТ утяжеляет диагностику ГПОД и ее осложнений. По данным литературы, у значительного количества больных старше 60 лет (более 80 %) имеется коморбидность и большой риск развития послеоперационных осложнений (М.В. Тимербулатов, 2019).

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь выявляется у 86% с ГПОД. Клинически отмечаются тошнота и рвота у 20-25%, железодефицитная анемия у 30% (X. Du, 2016). При длительном сохранении ГПОД развиваются осложнения: пищевод Барретта, пептическая язва пищевода и стриктуры пищевода (Н.Х. Diao, 2015).

В пожилом и старческом возрасте ГПОД протекают под маской других заболеваний, в связи с чем, пациенты длительно лечатся не по профилю, снимая симптомы заболевания, не излечивая саму патологию.

При этом консервативная терапия ингибиторами протонной помпы дает временный эффект. Консервативное лечение при запущенных формах ГПОД не может полностью устранить анатомо-физиологические изменения и развитие рефлюксной болезни (Т. D. Witek, 2019).

Самой распространенной причиной развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является ГПОД. Перемещение желудочно-пищеводного сегмента и нарушения функции сфинктеров этой области приводят в дальнейшем развитию пищевода Барретта, язвенно-эрозивного процесса в слизистой оболочке пищевода (Н. Н. Анипченко, 2017; А.С. Аллахвердян, 2019).

Выполнение лапаротомным доступом, операции при ГПОД сопровождаются высоким риском осложнений у коморбидных больных пожилого и старческого возрастов. Лапароскопическая и робот-ассистированные методики позволяют проводить полноценную реабилитацию и восстановление качества жизни пациентов (С.А. Ерин, 2021).

Однако, до конца не решены вопросы показаний к различным методикам оперативных вмешательств, ранней диагностики и выбора оптимального безрецидивной методики оперативного лечения больных с высоким риском и коморбидностью, что диктует на необходимость подробного изучения и учета особенностей анатомо-физиологических изменений у лиц пожилого возраста с ГПОД, с выбором оптимальных методов консервативного и миниинвазивных оперативных вмешательств для улучшения ближайших и отдаленных результатов.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы путем оптимизации методик миниинвазивных вмешательств.

Задачи исследования

1. Определить клинические особенности течения грыж пищеводного отверстия диафрагмы в пожилом и старческом возрасте.

2. Обосновать показания к оперативному лечению грыж пищеводного отверстия диафрагмы у коморбидных больных пожилого и старческого возраста, с учетом особенностей и осложнений (пищевод Барретта).

3. Разработать и внедрить оптимальную методику миниинвазивных оперативных пособий для профилактики рецидивов.

4. Изучить ближайшие и отдаленные результаты миниинвазивного лечения с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов пожилого и старческого возраста.

5. Выявить показатели реабилитации и качества жизни до и после хирургического лечения с применением гастроэнтерологических шкал.

Научная новизна

Выявлены особенности клиники, диагностики, лечения и анатомофизиологические изменения в гастроэзофагеальной зоне у лиц пожилого и старческого возраста с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Предложен алгоритм дифференциальной диагностики грыж пищеводного отверстия диафрагмы с заболеваниями, со схожей клинической картиной.

Разработаны показания и противопоказания к хирургическому лечению грыж пищеводного отверстия диафрагмы у лиц пожилого и старческого возраста с коморбидностью.

Предложена модифицированная малоинвазивная хирургическая техника антирефлюксной операции с учетом особенностей течения грыж пищеводного отверстия диафрагмы у лиц пожилого и старческого возраста.

Проведена сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы по малоинвазивной методикам (лапароскопическая и робот-ассистированная).

Обозначены оптимальные консервативные и хирургические методы лечения пищевода Барретта по степеням тяжести.

Практическая значимость

Теоретическая значимость работы заключается в определении роли структурных и дегенеративных изменений соединительной и мышечной ткани в развитии ГПОД.

Практическая ценность заключается в определении причин рецидивов грыж пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого и старческого возраста.

В работе предложены алгоритм обследования и эффективные способы коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов пожилых и старческих возрастных групп.

Определены пути реабилитации и роль гастроэнтерологических опросников для оценки ближайших и отдаленных результатов антирефлюксных операций.

Методология и методы диссертационного исследования

Работа выполнена по классическому типу и основана на принципах доказательной медицины с использованием ретроспективного и проспективного анализа клинических данных, для чего применены клинические, лабораторные, высокоинформативные лучевые, инструментальные и статистические методы.

Положения, выносимые на защиту

Инструментальные методы исследования: эндоскопические и лучевые методы, должны проводиться рутинно у всех пациентов пожилого и старческого возраста с нетипичной клинической картиной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, при кардиологических и бронхолёгочных заболеваниях.

Миниинвазивные методики (лапароскопические и робот-ассистированные) оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы улучшают ближайшие и отдаленные результаты, а также качество жизни у больных пожилого и старческого возраста.

Предложенная модифицированная хирургическая техника операции снижает риск послеоперационных осложнений и снижает риски рецидива ГПОД у лиц пожилого и старческого возраста с коморбидностью.

Уровень внедрения результатов исследования

Основные положения диссертации внедрены в практическую деятельность хирургических отделений ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». Материалы диссертации используются при чтении лекций и проведении практических занятий студентов и врачей постдипломного образования, обучающихся в ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России.

Апробация работы

Результаты диссертации доложены и обсуждены на: Общероссийском хирургическом форуме-2018 с международным участием (г. Москва, 3-6 апреля 2018 год), Всероссийском конгрессе с международным участием «Междисциплинарный подход к актуальным проблемам плановой и экстренной абдоминальной хирургии» (г. Москва 2019 год), на научно-практической конференции посвященной 65-летию ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого и 150-летию академика С.И. Спасокукоцкого (г. Москва 2020 год) и межкафедральном совещании по хирургическим и терапевтическим дисциплинам (2022 год).

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 8 научных статей, 4 из них в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Личный вклад диссертанта

Автор самостоятельно сформулировал рабочую гипотезу, научно обосновал необходимость детального изучения всех аспектов регуляции патофизиологических изменений у лиц пожилого и старческого возраста с

грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Внедрил эффективный метод оперативной техники при выполнении антирефлюксной операции у пациентов пожилого и старческого возраста. Автор провел обследование и лечение 100 больных пожилого и старческого возраста с симптоматическими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Автор самостоятельно провел анализ у 100% больных, статистическую обработку результатов исследований. Участвовал в проведении всех миниинвазивных оперативных вмешательств. Обобщил весь материал и написал статьи, диссертацию и оформил автореферат.

Структура диссертации

Диссертация изложена на 107 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав, содержащих результаты собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы, приложения, в который включены 105 источников (62 отечественных, 43 зарубежных авторов). Диссертация проиллюстрирована 12 таблицами и 40 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Отправной точкой проведения настоящего исследования был тщательный ретроспективный анализ 20 больных пожилого и старческого возраста с рецидивом ГПОД, ГЭРБ и осложнений, через 5-10 лет после первичной операции.

Всем им в различных клиниках регионов России была выполнена фундопликация по Ниссену в чистом виде без крурорафии и подшивания манжетки к пищеводу. Рецидив у всех больных был подтвержден клинически и инструментальными методами обследования. Они были повторно оперированы в нашей клинике. Было выявлено, что у всех наступила дислокация фундопликационной манжетки. Им была выполнена повторная

операция по Ниссену с подшиванием манжетки к нижней трети пищевода и пищевода к ножкам пищеводного отверстия диафрагмы. Больные обследованы через 5-7 лет. Рецидив не отмечен. У всех пациентов не было клинических проявлений ГПОД и ГЭРБ.

Общая выборка для исследования составила 100 больных с первичной ГПОД. Все больные разделены на 2 клинические группы.

В основную группу включены 55 пациентов пожилого и старческого возраста, которым проводилось миниинвазивное хирургическое лечение с учетом особенностей ГПОД.

Группу сравнения (группу контроля) составили 45 пациентов, которым выполнено стандартное оперативное лечение – фундопликация по Ниссену.

Проведен анализ лечения и послеоперационных результатов лечения 30 пациентов с пищеводом Барретта.

В основной группе было 8 (14.5%) мужчин и 47 (85.5%) женщин. В группе сравнения мужчин было 22 (48.9%), женщины 23 (51.1%) (рисунок 1).



Рисунок 1. Гендерное распределение пациентов

Средний возраст больных, включенных в исследование, составил 65.5 ± 5.5 лет.

Сопутствующая патология отмечена у 86%. Одна сопутствующая патология была у 14%, 2 и более – 72%. Из сопутствующих заболеваний чаще всего регистрировалась патология сердечно-сосудистой системы (ССС) – 54 случая (60.7%), дыхательной системы – 36%, мочевой системы – 34%,

сахарный диабет – 18%, ожирение – 15%, ЖКБ – 28%, язвенная болезнь – 16%, варикозное расширение вен нижних конечностей – 9%. Аксиальная ГПОД была у 84%, параэзофагеальная грыжа – 16%.

Для интегральной оценки предоперационного статуса коморбидных пациентов использовался индекс коморбидности Чарлсона. Оценка риска сердечно-сосудистых исходов у основной группы пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) производилась в соответствии со шкалой 2МАСЕ.

Средний балл индекса коморбидности Чарлсона в основной группе составил 5.3 ± 1.7 , в контрольной группе – 2.1 ± 0.4 . Средний балл по шкале 2МАСЕ у пациентов с ФП составил 4 ± 2.6 .

Распределение пациентов в обеих группах по операционному риску производилось по шкале Американской Ассоциации Анестезиологов (ASA) (таблица 1).

Таблица 1. Распределение пациентов по анестезиологическому риску (по ASA, 1963).

Основная группа n-55		Группа сравнения n-45	
ASA 1	15(27%)	ASA 1	18(40%)
ASA 2	30(54%)	ASA 2	25(56%)
ASA 3	8(15%)	ASA 3	1(2%)
ASA 4	2(4%)	ASA 4	1(2%)
Всего	55(100%)	Всего	45(100%)

Из 100 больных 42% не требовалось специальной предоперационной подготовки. Остальным проведена подготовка к наркозу и операции.

Выявлено, что в клинической картине пациентов обеих групп преобладали проявления диспепсического синдрома в виде изжоги (92% пациентов основной группы и 90% - группы контроля).

Болевые ощущения различной локализации в грудной клетке после приема пищи, чувство «тяжести», отрыжка, дискомфорт за грудиной и в

области эпигастрии отмечена у 87% пациентов основной группы и 86% группы сравнения.

Длительное консервативное лечение проводилось больше года у 24%, от 3-5 лет – 19%, 5-10 лет – 18%, свыше 10 лет – 15%.

Выявлены следующие осложнения при ГЭРБ (таблица 2).

Таблица 2. Осложнения ГПОД.

Осложнения	Количество	
	Основная группа (n-55)	Контрольная группа (n-45)
1.Рефлекс эзофагит (ГЭРБ)	55	45
1-ст.		
2-ст.	0	0
3-ст.	40	30
2. Кровотечения	10	15
3. Стриктура пищевода	4	4
4. Ущемление при параэзофагеальной грыже (n-16)	3	2
5. Пищевод Барретта А ст.	2	1
5. Пищевод Барретта А ст.	20	10
Всего осложнений	69 у 55	62 у 45

Распределение пациентов в группах в зависимости от типа грыжи по международной классификации хиатальных грыж представлено (рисунок 2).

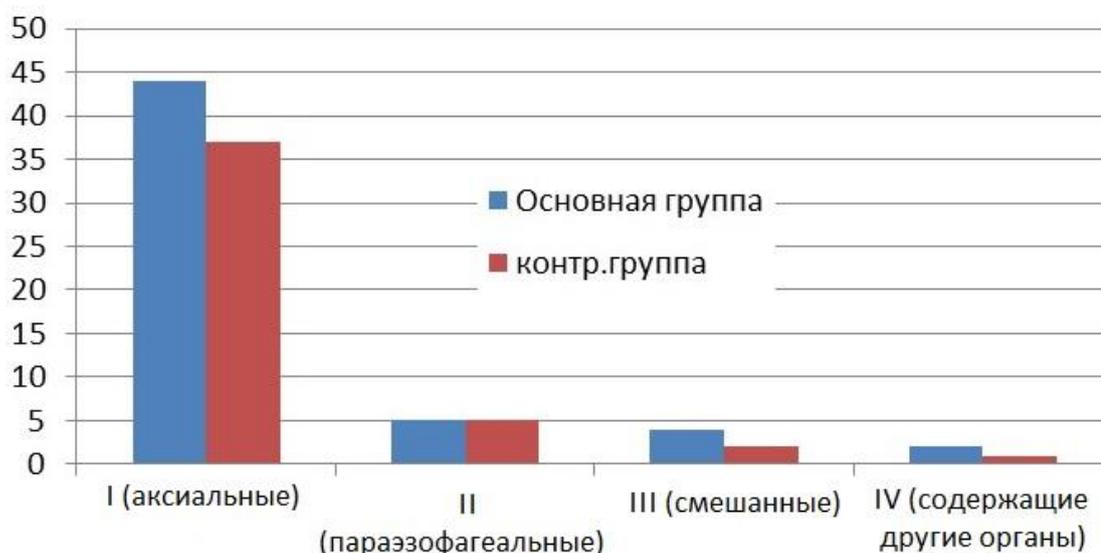


Рисунок 2. Распределение больных по типу ГПОД (Л. Хилл и соавт. 1996).

Для объективизации предоперационного статуса применялась оценка по шкале Life quality посредством анкетирования пациентов в пред- и в послеоперационном периоде с помощью опросника Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS).

Общеклинические методы исследования

Всем больным проводилось полноценное изучение лабораторных показателей, функции печени, почек, эндокринных органов (по показаниям), белкового и углеводного обмена, свертывающей системы крови, исследование функции внешнего дыхания, рентгенография, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС и МСКТ выполнялась всем пациентам для уточнения диагноза.

Анемический синдром легкой степени тяжести с уровнем Hb крови до 100 г/л выявлен у 5 пациентов.

Изменения на ЭКГ в виде нарушения ритма (экстрасистолия, аритмия) и проводимости (АВ-блокада, блокады ножек пучка Гиса), а также умеренные изменения в миокарде были выявлены у 33 %.

При выявлении значимых изменений дополнительно проводилась ЭХО-КГ.

Изменения функциональных показателей внешнего дыхания различной степени выявлены у 19 (29%) больных основной группы и 15 (33%) – контрольной, потребовавших коррекцию в предоперационном периоде.

ГПОД при ЭГДС были диагностированы у 87% пациентов и рефлюкс-ассоциированное поражение пищевода выявлены у 100%.

Методически правильно проведенное контрастное рентгенологическое исследование позволяет возможность установить диагноз, определить тип грыжи, определить функцию пищеводно-желудочного перехода, наличие или отсутствие осложнений и провести дифференциальный диагноз.

Всем пациентам проводилась МСКТ, которая позволяла визуализировать и более детально оценивать кардиоэзофагеальную область.

По дизайну исследования больные, рефрактерные к консервативной терапии ГПОД и ее осложнений вошли в основную группу и им до операции проводилась рН-метрия.

Предоперационная биопсия проводилась для уточнения состояния слизистой и степени пищевода Барретта.

Для определения патоморфологических изменений в зоне грыжи ПОД у 12 лиц пожилого и старческого возраста, которые умерли внезапно произведено измерение площади ПОД и иссечение ножек пищеводного отверстия диафрагмы для гистологических исследований.

Из 12 аутопсия у 6 (50%) была в возрасте 61-74 лет, у остальных 6 (50%) возраст составил 75-85 лет. Площадь ПОД во всех случаях был увеличен до $3,15 \pm 0,6$ см ($N - 2-2,2 \pm 0,4$).

При гистологическом исследовании в ножках, особенно в правой отмечались признаки резкой гипотрофии, атрофии и дегенерации с резким преобладанием толстых коллагеновых волокон над эластичными, которые играют важную роль в патогенезе образования ГПОД.

Хирургическое лечение

Пациенты с симптоматической ГПОД и ГЭРБ, на предоперационном этапе предварительно были компенсированы по сопутствующей патологии, лабораторным показателям и подготовлены к оперативному лечению. Лапароскопически оперировано 60 % больных, робот-ассистированные операции выполнены у 40 % больных.

Техника операции. В основной группе проводилась мобилизация ножек пищеводного отверстия диафрагмы, абдоминализация нижнего отдела пищевода, мобилизация кардии и дна желудка. Проводилась задняя крурорафия, наложение фундопликационной манжеты на 360° , фиксация манжеты к пищеводу и пищевода к ножкам пищеводного отверстия диафрагмы, что является важным аспектом и особенностью при выполнении операции у лиц пожилого и старческого возраста со слабостью связочного аппарата. Это приводит к меньшему риску миграции фундопликационной манжеты в средостение и создают дополнительную устойчивость фундопликационной манжетки.

Несмотря на наличие гигантских грыж, протезирующая пластика в основном не проводилась. Только в двух случаях при выраженной атрофии обеих ножек пищеводного отверстия диафрагмы и больших размеров грыжи (4 тип) были выполнены вынужденные протезирующие операции с применением облегченного полипропиленового сетчатого протеза.

Обследование и лечение пациентов в послеоперационном периоде

После стандартной лапароскопической или роботизированной системы DaVinci выполненной антирефлюксной операции больные переводились в палату, в большинстве случаев никаких реанимационных пособий не требовалось. Активизация происходила первые 6 часов после проведенного оперативного лечения. Дренажи из брюшной полости и назогастральный зонд удалялись через сутки при отсутствии нарушения пассажа и разрешалось питьё в объеме 1-1,5 л\с в виде маленьких глотков.

Для оценки эффективности и безопасности проведенного лечения, в послеоперационном периоде были использованы шкалы балльной градаций по G.Wetscher, показатели опросника GERD-HRQL, балльная оценка по Wetscher G.) и шкалу Eckardt (Eckardt Score).

Выраженность боли оценивали по 10 балльной шкале визуально-аналогового анкетирования после операции и в динамике. Дополнительно применялась шкала Вонга-Бэкера, что позволяло детально выявлять степень страдания и спроецировать последнюю на цифровую шкалу.

Динамику клинической картины и сравнительную оценку качества жизни пациентов проводили до и в интервале через 1-3-6-12 месяцев после операции, по опроснику Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS).

ЭГДС и рентгеноскопическое исследование выполнялись через 3-6-12 месяцев после оперативного вмешательства.

Динамика клинической картины у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) производилась через 3-6 месяцев с использованием модифицированной шкалы Европейской ассоциации сердечного ритма – EHRA, а бронхиальной астмы (БА) по классификации Global Initiative for Asthma 2016 (GINA 2016).

Результаты

В обеих исследуемых группах интраоперационных осложнений и конверсий доступа не было. Средняя продолжительность выполненных оперативных вмешательств в исследуемой группе составила 98.7 ± 43.8 минут и 91.0 ± 43.5 в группе контроля. Указанные данные свидетельствуют о статистически незначимой разнице исследуемых. Из-за необходимости наложения дополнительных швов у пациентов в основной группе продолжительность операций несколько удлиняется на 7-10 минут, чем в контрольной группе.

Ближайшие результаты

Ближайшие результаты оценивались как хорошие, если через месяц после операций не было никаких жалоб и осложнений. Удовлетворительными считались результаты, если через месяц сохранялись проявления дискомфорта и периодических болей, купируемые спазмолитиками, анальгетиками и антацидными препаратами. Неудовлетворительными считались случаи, у которых сохранялась предоперационная исходная клиника ГЭРБ и ранний рецидив ГПОД (таблица 3).

Таблица 3. Ближайшие результаты.

Результаты	Группы			
	Основная группа (55)		Контрольная группа (45)	
	n	%	n	%
1. Хороший	39	71%	26	57%
2. Удовлетворительный	16	29%	18	40%
3. Неудовлетворительный	0	0	1	3%
Всего	55	(100%)	45	(100%)

Анализ таблицы показывает хирургические пособия, выполненные у основной группы, дает значительно лучшие результаты, чем в контрольной.

В основной группе хорошие ближайшие результаты отмечены у 71%, контрольной – 57%, удовлетворительные 29 и 40 % - соответственно.

У одного больного (2,2%) контрольной группы отмечена ранняя дислокация фундопликационной манжетки в средостение с соответствующими жалобами.

Анализ послеоперационных осложнений проводился по классификации осложнений Clavien-Dindo. Для интерпретации были выделены малые (степень 1-2) и большие (степень 3-4) осложнения.

Среди малых осложнений в основной группе у одного больного отмечались: дискомфорт и периодические боли в эпигастрии и болезненность в правом подреберье после приема пищи (в одном случае), которые были скорректированы назначением дополнительной медикаментозной терапии.

Послеоперационная пневмония выявлена у 2 пациентов по одной в основной и контрольной группах.

Летальных исходов в обеих группах не было. Таким образом, общее количество ближайших осложнений в основной группе составило 2 (3,6%) и 4 (8,9%) для группы контроля (таблица 4).

Таблица 4. Послеоперационные осложнения по классификации Clavien- Dindo.

Осложнения	Основная группа, n-55	Контрольная группа, n-45
Степень 1-2		
Дискомфорт и периодические боли в эпигастрии	1-1,8%	1-2,2%
Степень 3		
Рецидив заболевания через 5 лет	1-1,8%	4-8,8%
Степень 4		
Послеоперационная пневмония	1-1,8%	2-4,4%
Всего осложнений, n (%)	3-5,4%	7-15,5%

Продолжительность пребывания в стационаре после операции составила 4.2 ± 1.8 к/д для основной группы и 3.9 ± 2.2 к/д для группы контроля ($p < 0.25$).

Анализ болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде свидетельствует об отсутствии статистически значимых различиях в обеих группах.

Отдаленные результаты

Все пациенты находились на диспансерном наблюдении в течение года после проведенного хирургического вмешательства. Пациенты приглашались для проведения контрольного обследования: ЭГДС, R-скопия и анкетирование.

На основании расчета показателей балльной градации по G.Wetscher были получены следующие результаты: дисфагия легкой степени у 5 (9.0%) в основной группе и у 6 (13%) пациентов контрольной группы ($p=0.49$). Дисфагия средней степени тяжести наблюдалась у 2 (3.6%) пациентов основной группы и у 3 (6.7%) пациентов контрольной группы ($p=0.32$). Дисфагии тяжелой степени тяжести ни в одной из групп выявлено не было (указанные данные сгруппированы в (таблице 5).

Рецидив ГПОД через 5 лет выявлен у одного (1,8%) в основной группе и у 4 (8,8%) - контрольной.

Таблица 5. Оценка тяжести дисфагии по опроснику G.Wetscher.

Степень тяжести дисфагии	Количество пациентов	
	Основная группа, n - 55	Контрольная группа, n - 45
Дисфагия легкой степени тяжести	5 (9%)	6 (13%)
Дисфагия средней степени тяжести	2 (3.6%)	3 (6,7%)
Дисфагия тяжелой степени тяжести	0	0

Результаты опросник Eckardt (Eckardt Score), через 12 месяцев после операции, свидетельствуют о достижении полной клинической ремиссии симптомов дисфагии: средний балл опросника составил 2.1 ± 0.5 для основной группы и 1.9 ± 0.4 для группы сравнения ($p < 0.54$).

Данные опросника GERD-HRQL свидетельствуют о достаточной эффективности проведенной операции (таблица 6).

Таблица 6. Показатели опросника GERD-HRQL в отдаленном периоде.

Группы исследования	Время после операции, месяцы			
	1	3	6	12
Основная, М±σ	3.5±0.9	2.9±1.1	2.4±1.5	2.2±0.6
Контрольная, М±σ	4.6±1.2	4.1±1.4	3.6±1.2	3.0±0.8
P-value	0.36	0.41	0.57	0.37

Таким образом, результаты опросников демонстрируют лучшие результаты в основной группе, чем в контрольной группе.

ЭГДС и рентгенологическое исследование выполнено 48 (87%) пациентам основной группы и 38 (84%) пациентам группы контроля через 36 месяцев. Признаки рецидива заболевания были выявлены у 4 (8,8%) случаях в группе контроля и у одного (1,8%) с гигантской грыжей в основной группе.

Послеоперационная оценка качества жизни на основании опросника GSRS, свидетельствуют о нормализации субъективного общесоматического и нутритивного статуса, у 99 больных оперированных пациентов основной группы (таблица 7).

Таблица 7. Результаты опросника GSRS.

Группы исследования	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
Основная группа, М±σ	1.6±0.3	1.3±0.1	1.2±0.1	1.0±0.3
Контрольная группа, М±σ	1.3±0.2	1.2±0.3	1.1±0.2	1.0±0.1
P-value	0.03	0.21	0.17	0.75

Помимо всего вышперечисленного, эффективность лечения коморбидных пациентов была оценена с позиции улучшения клинической картины сопутствующих заболеваний, прослеженных в динамике.

У пациентов с предоперационно подтвержденной фибрилляцией предсердий (ФП) наблюдалось выраженное снижение тяжести клинических симптомов, что отражено в снижении балла по шкале EHRA.

Пациентов с EHRA III не было. Описанные данные продемонстрированы в (таблице 8).

Таблица 8. Показатели шкалы EHRA при фибрилляции предсердий.

Группы исследования	Количество пациентов с ФП, n (%)					
	N = 35					
	EHRA I		EHRA II		EHRA III	
	До опер.	После опер.	До опер.	После опер.	До опер.	После опер.
Первая	5 (14.3)	16 (45.7)	18 (51.4)	9 (17.1)	5 (14.3)	3 (8.5)
Вторая	2 (5.7)	4 (11.4)	3 (11.4)	3 (8.6)	1 (2.9)	0

* после операции – через 3 месяца после проведенного вмешательства

Аналогичная ситуация была отмечена у больных, страдающих бронхиальной астмой (таблица 9).

Таблица 9. Динамика изменения степени тяжести бронхиальной астмы.

Группы исследования	Количество пациентов с БА, n (%)					
	N = 12					
	Легкая БА		БА средней степени тяжести		Тяжелая БА	
	До опер.	После опер.	До опер.	После опер.	До опер.	После опер.
Основная	1 (8.3)	5 (41.7)	4 (33.3)	1 (8.3)	2 (16.7)	1 (8.3)
Контрольная	2 (16.7)	4 (33.3)	3 (25)	1 (8.3)	0	0

* после операции – через 3 месяца после проведенного вмешательства

Хирургическому лечению подвергнуто 20 из 30 больных с пищеводом Барретта. Консервативная терапия у 10 больных пожилого и старческого

возраста с А степенью рефлюкс-эзофагита по Лос-Анджелесской классификации была эффективной. Больные с пищеводом Барретта В, С и Д степеней (n-20) подвергнуты хирургическому лечению. Распределение по степеням приведено в (таблице 10). Мужчин было 7, женщин – 13.

Таблица 10. Степени пищевода Барретта (Лос-Анджелес).

Степень	Количество	
	n	%
В	8	40
С	9	45
Д	3	15
Всего	20	100%

Метаплазия согласно таблице выявлена у 60%. Желудочная метаплазия выявлена у 8 из 12, кишечная метаплазия – 4. У всех больных был выявлен язвенный эзофагит. Патоморфологически легкая форма дисплазии выявлена у 7 (58%), дисплазия высокой степени – 5 (42%).

В течение месяца больным проводится медикаментозное лечение ГЭРБ. С пищеводом Барретта выполнены миниинвазивная лапароскопическая операция у 12 больных, робот-ассистированная операция – 8.

После операции больным с пищеводом Барретта С назначалась консервативная терапия под контролем гастроэнтеролога в течении месяца.

Вторым этапом выполнялась эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция (АПК) слизистой оболочки пищевода. При АПК создавалась мощность 30-40 ватт с расходом аргона 2 л/мин в режиме forced-APC. Предварительно в подслизистый слой пищевода вводили физиологический раствор для создания безопасной (перфорация, кровотечение) подушки.

АПК слизистой оболочки пищевода в зависимости от площади метаплазии повторяется 2-3 раза через каждые 30-35 суток. При каждом сеансе коагулируется 4-5 квадратных сантиметра. Длительность АПК составляет 6-8 минут. 2 сеанса АПК выполнено у 11, 3-7, 4-2 пациента. После сеанса АПК у 3-х больных из 20 отмечены кратковременные боли, которые купировались

введением диклофенака 3 мл в/м или 1-2 мл кеторола. Перфораций и кровотечений не отмечено. У всех больных достигнут хороший ближайший результат. По опроснику качества жизни (GERD-HRQL) через 3 года результат у 16 (94 %) признан хорошим и у 4 (6 %) удовлетворительным.

ВЫВОДЫ

1. У 75% больных пожилого и старческого возраста грыжи пищеводного отверстия диафрагмы длительное время протекают на фоне сопутствующей патологии атипично, под маской кардиальной, бронхолегочной патологии, язвенной болезни и гастродуоденита.
2. Показаниями к плановому хирургическому лечению ГПОД у лиц пожилого и старческого возраста после коррекции коморбидности являются все симптомные и манифестированные грыжи рефрактерные к медикаментозной терапии, а также 100% больных с пищеводом Барретта. Исключения составляют больные с риском по шкале ASA 4-5 степеней.
3. При миниинвазивных лапароскопических и робот-ассистированных операциях грыже пищеводного отверстия диафрагмы и ее осложнений у лиц пожилого и старческого возраста наиболее эффективна фундопликация по Ниссену с задней крурорафией, подшивание манжетки к пищеводу и пищевода к ножкам пищеводного отверстия диафрагмы позволяет снизить частоту рецидивирования заболевания.
4. Применение оптимальной методики позволило получить положительные результаты лечения через месяц после операции в основной группе у 71%, контрольной – 57%, удовлетворительные – 29 и 40% соответственно.
5. По данным гастроэнтерологических шкал (G.Wetscher, Eckardt, Gastrointestinal Symptom Rating Scale) через 3 года качество жизни было полностью восстановлено в основной группе у - 91 %, контрольной - 77 %. Дисфагия в основной группе сохранялась у - 9 %, контрольной – 33 %.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Всем больным пожилого и старческого возраста с дисфагией, изжогой, кашлевым синдромом без патологии органов дыхания и другими диспептическими симптомами необходимо исключить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь и грыжу пищеводного отверстия диафрагмы.
2. При симптомных и рефрактерных к консервативной терапии ГПОД у лиц пожилого и старческого возраста при отсутствии жизнеопасных сопутствующих заболеваниях показана лапароскопическая или робот-ассистированная миниинвазивная хирургическая коррекция гастроэзофагеального рефлюкса.
3. Наиболее оптимальной и противорецидивной методикой оперативного вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста является фундопликация по Ниссену на 360°, задняя крурорафия и подшивание фундопликационной манжетки к пищеводу и пищевода к ножкам ПОД.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Дибиров, М.Д. Результаты и профилактика осложнений хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы у лиц пожилого и старческого возраста / Дибиров М.Д., Ерин С.А., Пирахмедов М.И. // **Инфекции в хирургии.** – 2020. - №3-4. – С. 10-12.
2. Дибиров, М.Д. Клинический случай диагностики и лечения грыжи Морганьи / Дибиров М.Д., Ерин С.А., Пирахмедов М.И., Исаев А.И., Бурмистров А.И., Гололобов Г.Ю. // **Инфекции в хирургии.** – 2021. - № 1-2. – С. 30-33.
3. Ерин, С.А. Клинический случай хирургического лечения ущемленной грыжи Ларрея / Ерин С.А., Пирахмедов М.И., Магомедалиев А.М., Нурмухаметов Р.А. // **Инфекции в хирургии.** – 2021. - №3-4. – С. 53-55.
4. Дибиров, М.Д. Сравнительный анализ роботических и лапароскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов пожилого и

- старческого возраста / Дибиров М.Д., Ерин С.А., Пирахмедов М.И. // **Инфекции в хирургии.** – 2022. - №1. – С. 20-22.
5. Дибиров, М.Д. Особенности лечения диафрагмальных грыж у пациентов пожилого и старческого возраста / Дибиров М.Д., Ерин С.А., Пирахмедов М.И. // Вестник хирургической гастроэнтерологии – 2019. – С. 10-11.
 6. Дибиров, М.Д. Сравнительный анализ лапароскопической и роботассистированной лапароскопической фундопликации / Дибиров М.Д., Семенякин И.В., Ерин С.А., Ларичев Д.В., Бобылев А.А., Константиновский Е.А., Чупалов М.О., Магомедалиев А.М., Исаев А.И., Агафонов В.А., Сумбаев А.А., Пирахмедов М.И. // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневого. – 2018. №1. – С. 557-559.
 7. Дибиров, М.Д. Сравнительный анализ характеристик лапароскопической и робот-ассистированной лапароскопической фундопликации при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / Дибиров М.Д., Ерин С.А., Семенякин И.В., Константиновский Е.А., Хачатрян Н.Н., Юркулиев Н.А., Пирахмедов М.И., Магомедалиев А.М., Ларичев Д.В., Мишустин А.М., Исаев А.И., Агафонов Д.С., Алаев Д.С., Гололобов Г.Ю., Косяков Н.А. // Материалы научно-практической конференции посвященной 65-летию ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого и 150-летию академика С.И. Спасокукоцкого. – 2020. - С. 231-234.
 8. Дибиров, М.Д. Результаты и профилактика осложнений в хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы пациентам пожилого и старческого возраста / Дибиров М.Д., Ерин С.А., Пирахмедов М.И. // Материалы научно-практической конференции посвященной 65-летию ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого и 150-летию академика С.И. Спасокукоцкого. – 2020. - С. 235-238.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ДГЖП – дискинезия желчевыводящих путей

КТ – компьютерная томография

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

ПОД – пищеводное отверстие диафрагмы

ЭКГ – электрокардиография

РЧА – радиочастотной абляция

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

GERD-HRQL – Gastroesophageal Reflux Disease-Health Related Quality of Life

GSRS – Gastrointestinal Symptom Rating Scale

EHRA – European Heart Rhythm Association

GINA – Global Initiative for Asthma

Подписано в печать: 15.03.2023
Объем: 1,0 усл.п.л.
Тираж: 100 экз. Заказ № 888
Отпечатано в типографии «Реглет»
127550, г. Москва, Дмитровское шоссе, 45к2
+7(495) 973-28-32 www.reglet.ru