

Федоров

Владимир Игоревич

**Повторные операции после хирургического лечения грыж пищеводного
отверстия диафрагмы**

14.01.17 - Хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Работа выполнена в КГМА — филиале ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

- д.м.н., профессор, Бурмистров М.В.

Официальные оппоненты:

Матвеев Николай Львович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, г. Москва.

Василевский Дмитрий Игоревич - доктор медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии с курсами лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург.

Ведущая организация - федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Министерство здравоохранения Российской Федерации г. Москва.

Защита диссертации состоится «__»_____2019. г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета 208.061.06. при Федеральном Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ «ПИМУ» Минздрава России по адресу: ул. Медицинская, 3а, Нижний Новгород, Нижегородская область и на сайте: <https://pimunn.ru/>

Автореферат разослан «__»_____2019 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

д.м.н., профессор _____ Мухин Алексей Станиславович

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы.

Внедрение эндовидеохирургии в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) позволило значительно расширить показания к малоинвазивным оперативным вмешательствам. В настоящий момент лапароскопическая фундопликация (ЛФ) является операцией выбора в хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), связанной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и занимает второе место среди плановых вмешательств, выполняемых лапароскопическим доступом на органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [Аллахвердян А.С., 2015; Черноусов А.Ф., 2014]

Однако в последние годы появилось множество сообщений об осложнениях, зачастую нехарактерных для традиционной антирефлюксной хирургии. По данным мировой статистики частота ранних и поздних послеоперационных осложнений может достигать 17% [Richter J.E., 2013; Stefanidis D., 2010]. Наиболее серьезным признан рецидив ГЭРБ и ГПОД, который возникает в 5-15 % случаев [Dallemane B., 2011; Richter J.E., 2013]. Несмотря на значительный объем материала, посвященного данной проблеме, не существует единого мнения по вопросам диагностики, профилактики и методов лечения рецидива гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) и неудач антирефлюксной хирургии в целом. Неудачей антирефлюксной хирургии принято считать рецидив ГЭРБ и/или развитие новых симптомов, связанных с анатомическими нарушениями эзофагастральной зоны [Quero G., 2018].

Результативность повторных операций значительно ниже по сравнению с первичными. Успех реконструктивных вмешательств варьирует в пределах 23-89%. При этом вторая и третья реконструкция традиционно имеют более низкие показатели успеха, уменьшаясь до 20% с каждой последующей операцией [Khajanchee R., 2007; Анищенко В.В., 2014].

В настоящее время вопросы повторных операций после лапароскопической фундопликации изучены недостаточно. Исходя из вышеизложенного, была определена цель и основные задачи исследования.

Степень разработанности темы исследования

Многие мировые научные школы занимались изучением проблемы неудачи антирефлюксной хирургии. Данной проблеме посвящены работы А.Ф. Черноусова, Д.И. Василевского, В.В. Анищенко, Е.И. Сигала, М.В. Бурмистрова, А.А. Морошека, Т.Л. Шарапова, В. Dallemagne, T. Singhal, F.A. Granderath, E.J. Furnee, J.P. Byrne, J.C. Coelho, P.M. Safranek, G. Makdisi, H. Celasin, N.R. Obeid, M.C. Duke, C.D. Smith, C.L. Canon, G. Quero, F.M. Dimou, S. Horgan.

За рубежом гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и осложнения их хирургического лечения представляют собой чрезвычайно популярную область исследований. В ведущих зарубежных изданиях опубликованы результаты нескольких тысяч исследований, посвященных диагностике и лечению данной патологии. Можно выделить ряд ученых, внесших ощутимый вклад в понимания проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: P. Allison, N.R. Barrett, A.J. Cameron, T.R. DeMeester, H.B. El-Serag, M.B. Fennerty, P.O. Katz, J. Lagergren, S.J. Spechler, L.R. Lundell, R. Nissen, A.H. Ormsby, P. Sharma, B.J. Reid, J.E. Richter, R.E. Sampliner, R.F. Souza, A. Toupet, G. N. Tytgat, K.K. Wang, A. Winkelstein.

При этом, практически не изученными, остаются вопросы, касающиеся показаний к повторным операциям, выбора способа хирургического вмешательства, анализа как ближайших, так и отдаленных результатов лечения.

Цель

Улучшение результатов лечения и качества жизни пациентов с неудачей лапароскопической антирефлюксной операции.

Задачи

1. Изучить характер, частоту и причины неудач хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

2. Определить показания и способ повторных операций в хирургии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
3. Установить, возможно ли выполнение реконструктивных вмешательств лапароскопическим доступом при неудачах антирефлюксной хирургии.
4. Сравнить качество жизни пациентов, с неудачей антирефлюксной хирургии, перенесших реконструктивную операцию и без нее на отдаленных сроках наблюдения.

Научная новизна

1. Проведен анализ неудач лапароскопических операций при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, определены причины повторных операций, изучены их частота и характер.
2. На основе диагностических данных выставлены показания для повторного оперативного вмешательства у пациентов, перенесших лапароскопическую фундопликацию.
3. Доказано, что выполнение реконструктивных вмешательств лапароскопическим доступом у пациентов с неудачной антирефлюксной операцией является возможным и эффективным.
4. На отдаленных сроках наблюдения проведено сравнение качества жизни больных, с неудачей антирефлюксной хирургии, отказавшихся от реконструктивного вмешательства и пациентам, которые подверглись повторному оперативному лечению.

Теоретическая значимость

Теоретическая значимость проведенного исследования заключается в том, что его положения, выводы и результаты вносят существенный вклад в научные представления о неудаче антирефлюксной хирургии. Существенным вкладом в научные познания о причинах неудач антирефлюксной хирургии являются результаты исследования, позволяющие обосновать выполнение реконструктивных лапароскопических операций у пациентов с неудачной ЛФ. Значительным вкладом в оценку эффективности проведенных операций стал анализ ближайших и

отдаленных послеоперационных результатов и определение качества жизни пациентов.

Практическая значимость работы

Основным показанием к выполнению реконструктивной операции является рецидив гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и возникновение новых симптомов, свидетельствующих об анатомическом нарушении эзофагогастральной зоны.

Доказано, что применение повторного вмешательства позволяет получить удовлетворительный результат у 78% пациентов, что доказывает эффективность данной методики.

В 90% случаев выполнение реконструкции возможно лапароскопическим доступом.

На основании значительного клинического материала выяснены причины, которые приводят к рецидиву заболевания. Определены показания к выполнению повторных операций.

Положения, выносимые на защиту

1. Выполнение повторных операций при неудаче антирефлюксной хирургии у большинства больных возможны лапароскопическим способом.
2. Реконструктивная операция является оправданным хирургическим вмешательством при неудачах лапароскопической антирефлюксной хирургии.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в практику Клинического онкологического диспансера Минздрава Республики Татарстан, Республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан. Используются в учебном процессе на кафедре онкологии и хирургии КГМА, кафедре эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии КГМА, кафедре автоматизации и электронного приборостроения КГТУ имени А.Н.Туполева.

Степень достоверности результатов

Достоверность результатов обеспечивается:

- значительным объемом выборки (1208 пациентов, перенесших лапароскопическую фундопликацию, 60 больных основной группы, подвергшихся реконструктивной операции и 53 пациента контрольной группы отказавшихся от оперативного лечения)
- большим объемом фактического материала, подвергнутого системному и статистическому анализу
- применением современных методов научных исследований и обработки информации (применение компьютерных программ статистической обработки данных)
- достаточными сроками наблюдения после проведенного лечения (от 3 мес. до 10 лет)
- наличием всех первичных документов, оформленных в установленном порядке
- корректностью методик исследования и проведенных расчетов

Апробация работы

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на Всероссийской конференции с международным участием «Ошибки и осложнения в хирургической гастроэнтерологии» (Геленджик, 2014); II Всероссийском симпозиуме молодых ученых «Современные проблемы хирургии и хирургической онкологии» (Москва, 2014); XI международном конгрессе «Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии» (Санкт-Петербург, 2016); съезде хирургов ПФО (Нижний Новгород, 2016); национальном хирургическом конгрессе "Юбилейный съезд РОЭХ" (Москва, 2017); XXII съезде общества хирургов России (РОЭХ им. Академика В.Д. Федорова) (Москва, 2019).

Публикации результатов исследования

По теме диссертации опубликовано 12 печатных работ (из них одно соавторство в монографии и методическом руководстве), в том числе 3 статьи в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ.

Личный вклад автора

Автор осуществлял все клинические наблюдения и участвовал в

проведении хирургических вмешательств. Самостоятельно выполнен обзор научной литературы по изучаемой теме. Автор участвовал в формулировке выводов, практических рекомендаций, положений выносимых на защиту. Диссертант провел анализ и статистическую обработку полученных данных. В соавторстве с сотрудниками кафедры онкологии, радиологии и паллиативной медицины КГМА- филиала ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России и сотрудниками онкологического отделения №2 ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» написаны научные статьи. Автор выступал с устными докладами о результатах диссертационного исследования на научных конференциях.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 101 странице машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов и практических рекомендаций. Список использованной литературы содержит 26 отечественный и 147 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 14 таблицами и 31 рисунком.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы

Исследовательская работа основана на анализе ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения 1208 больных, оперированных по поводу ГПОД в период 1996 - 2017 гг. в онкологическом отделении №2 (хирургии пищевода и желудка) Республиканского клинического онкологического диспансера (РКОД) Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Перед оперативным лечением все пациенты прошли курс консервативной антирефлюксной терапии длительностью 4-8 недель. Комплексное лечение включало в себя следование регламенту образа жизни (частое дробное питание, вертикальное положение тела после приема пищи в течении 2 часов, ограничение физических нагрузок), соблюдение диетических рекомендаций (исключение жирной, жареной, острой пищи, алкоголя, газированных напитков), антисекреторную терапию в виде ингибиторов протонной помпы, прокинетики.

Мы выполняли антирефлюксные операции у пациентов с ГЭРБ и ГПОД

по следующим показаниям:

- Неэффективность консервативной терапии в течение более 8 недель
- Параэзофагеальная ГПОД (абсолютное показание к операции)
- ГЭРБ, осложненная пищеводом Барретта, пептической стриктурой пищевода или эрозивным эзофагитом
- Наличие внепищеводных проявлений ГЭРБ

Из 1208 пациентов, подвергшихся хирургическому вмешательству мужчин, было 698 (57,7%), женщин — 510 (42,3%). В возрасте от 18 лет до 78 лет (табл. 1.1).

Таблица 1.1.

**Распределение больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
по полу и возрастным группам**

Возраст	До 30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-78	Итого
Пол	лет	лет	лет	лет	лет	лет	
Мужчины	119 (9,8%)	127 (10,5%)	156 (13,0%)	184 (15,2%)	89 (7,3%)	23 (1,9%)	698 (57,7%)
Женщины	23 (1,9%)	78 (6,4%)	87 (7,3%)	210 (17,3%)	93 (7,8%)	19 (1,6%)	510 (42,3%)
Всего	142 (11,7%)	205 (17,1%)	243 (20,1%)	394 (32,6%)	181 (15,1%)	42 (3,4%)	1208 (100%)

Наиболее частыми жалобами у пациентов с ГЭРБ и ГПОД явились изжога, боль в эпигастрии и отрыжка.

Выполнены следующие виды фундопликаций: по Ниссену-Розетти – 907 (75%), по Ниссену – 289 (24%), по методу Тупе – 6 (0,5%) и по Дору – 6 (0,5%) .

Срок наблюдения пациентов составлял от 2 месяцев до 20 лет (240 месяцев). В течении 12 месяцев после оперативного лечения пациенты проходили плановое обследование в амбулаторных условиях, включающее в себя ФЭГДС, рентгенографию пищевода и желудка. Эффективность поведенного лечения оценивали по шкале A.Visick [9]. Отличным результатом считалось отсутствие жалоб и патологии при инструментальных методах исследования. При хорошем эффекте пациенты оценивают свое состояние как

«отличное», но изредка возникают симптомы, не требующие медикаментозной коррекции. При удовлетворительном исходе больные жалуются на периодические симптомы ГЭРБ, однако они существенно не влияют на жизнь и работу, при этом пациент и хирург удовлетворены эффектом лечения. Неудовлетворительным считается наличие жалоб средней или тяжелой степени тяжести, инструментально доказан рецидив заболевания, а больной и хирург не удовлетворены результатом.

Характеристика методов исследования

При постановке диагноза нами использован комплекс диагностических исследований, включающий в себя общеклинические (сбор жалоб, анамнез, данные физикального обследования), лабораторные, инструментальные (эндоскопические и рентгенологические).

Сбор анамнеза, данные физикального обследования имели важное значение при назначении плана обследования, постановке окончательного диагноза. Уделяли особое внимание характеру проявлений заболевания, динамике развития болезни, выявляли признаки возможных сопутствующих клинических проявлений и развития осложнений, а также наличие сопутствующих заболеваний.

Из инструментальных методов исследования всем больным до операции выполняли фиброэзофагогастродуоденоскопию; контрастную рентгенографию пищевода, желудка, 12-перстной кишки. С целью профилактики интраоперационной перфорации полых органов применяли метод внутрипросветной трансиллюминации.

Контрастная рентгенография

Этот метод позволяет с большой достоверностью изучить: топографию, анатомическое строение, положение ФМ; функциональное состояние пищевода, желудка и ПЖП; выявить наличие регургитации и ГЭР, оценить проходимость пищевода и результат хирургического лечения.

В качестве дополнительного метода исследования для диагностики рецидива ГЭРБ и ГПОД и определения оперативной тактики мы выполняли полипозиционное рентгенологическое исследование пищевода и желудка с

контрастированием водной взвесью сульфата бария. Исследование выполнялось на аппарате Diagnost-56 (Германия) или Axiom Iconos R-100 фирмы SIMENS с цифровой обработкой рентгеновских снимков

Фиброэзофагогастродуоденоскопия

ФЭГДС позволяет визуально оценить состояние слизистой оболочки пищевода и желудка, проходимость пищевода, привратника, состояние сфинктеров, моторно-эвакуаторную функцию желудка. Эндоскопическое исследование нами проводилось всем пациентам, перенесшим лапароскопическую фундопликацию, по общепринятой методике гибким волоконным фиброэндоскопом GIF-030 “OLIMPUS” (Япония).

Интраоперационная трансиллюминация

Во время операции, с целью профилактики повреждения ПЖП и стенки пищевода, мы применяли внутрипищеводную трансиллюминацию по методу М.З. Сигала (1963). С этой целью использовался полихлорвиниловый желудочный аспирационный зонд №30, на конце которого размещался источник света.

Во время хирургического вмешательства зонд устанавливали в зоне операции и подключали к источнику питания. Последующие хирургические манипуляции выполняли с трансиллюминационной поддержкой.

Видеоэндохирургические операции

Хирургические вмешательства проводили с использованием комплексов НПФ “ЭНДОМЕДИУМ” (Татарстан, Россия), «KARL STORZ-ENDOSKOPE» (Германия) и инструментов фирмы “ETHICON” (США).

Оценка качества жизни оперированных больных

Качество жизни пациентов, перенесших повторную операцию, мы оценивали, используя специализированный опросник GERD-Q (gastroesophageal reflux disease questionnaire). Чувствительность опросника GERD-Q составляет 65,4%, специфичность – 91,7%.

Статистические расчеты

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с вычислением средних величин, средней ошибки, показателей достоверности

различий по критерию Стьюдента для долей. Достоверным считалось различие при $p < 0,05$. Обработка результатов проводилась с помощью электронных таблиц Microsoft Excel для Windows и прикладного пакета программ «Statistica» 10 (Stat Soft, USA).

Результаты собственных исследований и их обсуждение

1. Характер и причины неудач хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Повторные операции выполнены 66 (5,4%) больным. Результаты отслежены на сроках до 10 лет. Показания описаны в таблице 1.

Таблица 1.

Причины повторных операций после лапароскопической фундопликации

Осложнение	Количество больных (n=66)	
	Абс.	%
Кровотечение	3	4,5
Недиагностируемая перфорация желудка	2	3,0
Троакарная грыжа	1	1,5
Дисфагия	1	1,5
Миграция ФМ	8	12
Вторичная ПЭ ГПОД	2	3,0
Рецидив ПЭ ГПОД	2	3,0
Рецидив ГЭРБ	47	71,5
Итого	66	100

У 6 пациентов оперативное лечение носило неотложный характер. Кровотечение возникло у 3 пациентов. В двух случаях данное осложнение удалось ликвидировать лапароскопическим доступом, а одному больному выполнена лапаротомия. Источниками явились: троакарные проколы у 2 пациентов, короткие сосуды желудка - у 1 больного. У 2 пациентов

диагностирована незамеченная во время операции перфорация задней стенки желудка. Обоим больным на вторые сутки выполнена лапаротомия и ушивание дефекта. Послеоперационная троакарная грыжа возникла у 1 больного, интраоперационно наблюдалось ущемление петли тонкой кишки по Рихтеру. Пациенту выполнена герниопластика с установкой аллотрансплантата по Трабукко. Во всех шести случаях дальнейший послеоперационный период протекал без особенностей. У ряда пациентов повторная операция носила реконструктивный характер. Из них на долю стойкой дисфагии пришелся 1 случай. Миграция ФМ с ущемлением и выраженным болевым синдромом диагностирована у 8 больных. Вторичная ПЭ ГПОД – у 2 пациентов. Рецидив ПЭ ГПОД – 2 случая. Общая частота рецидива ГЭРБ составила 8,3% (100 из 1208). Из них реконструктивные вмешательства выполнены 47 пациентам. Кроме того, еще 53 пациента с рецидивом ГЭРБ отказались от повторной операции. Всего было проведено 60 реконструкций. Срок наблюдения пациентов данной группы составил от 3 месяцев до 10 лет. Количество мужчин составило 37 (62%), женщин - 23 (38%). Возраст больных колебался от 21 года до 69 лет (в среднем $52,5 \pm 11,1$ года). Соотношение мужчин и женщин — 1,4:1. Распределение больных, перенесших реконструктивную операцию, по полу и возрастным группам представлено в таблице 2.

Таблица 2.

Распределение больных перенесших реконструктивную операцию по полу и возрасту

Возраст Пол	21-40 лет	41-60 лет	61-69 лет	Итого
Мужчины	7	20	10	37
Женщины	2	14	7	23
Всего	9	34	17	60

Основными жалобами больных, нуждающихся в реконструктивной операции, были постоянные приступы изжоги, сопровождающиеся регургитацией; дисфагия и боль в эпигастральной области, связанная с приемом

пищи. Показаниями к первичной операции у 58 пациентов, потребовавших впоследствии реконструкции, была ГЭРБ как проявление ГПОД, а у 2 - параэзофагеальная ГПОД. Все 60 первичных операций выполнены под эндотрахеальным наркозом. Рецидив ГЭРБ и/или ГПОД диагностирован на сроках от 1 месяца до 3 лет после первичной операции. В раннем послеоперационном периоде (до 1 месяца) рецидив заболевания диагностирован у 9 пациентов. А в позднем послеоперационном периоде (более 1 года) у 51 больного.

2. Возможность выполнения реконструктивных операций лапароскопическим доступом

Всем 60 больным реконструктивные операции начинали лапароскопическим доступом. У 6 больных в связи с выраженным спаечным процессом потребовалась конверсия к лапаротомии. А 54 (90%) пациентам операция выполнена лапароскопически.

3. Показания к повторным операциям и способы их выполнения

Показаниями к реконструктивному выставлены после комплексного клинического, лабораторного и инструментального обследования (табл. 3.).

Таблица 3.

Показания к реконструктивной операции

Вид осложнения	Количество больных (n=60)	
	Абс.	%
Деструкция манжеты	25	41,7
Деструкция и миграция манжеты	14	23,0
Миграция манжеты	8	13,4
Феномен «телескопа»	6	10,0
Вторичная ПЭ ГПОД	2	3,4
Гиперфункция ФМ	1	1,7
Ротация манжеты	1	1,7
Синдром «песочных часов»	1	1,7
Рецидив ПЭ ГПОД	1	1,7

Рецидив ПЭ ГПОД + деструкция + миграция манжеты	1	1,7
Всего	60	100

Наиболее частой причиной неудачи была деструкция (несостоятельность шовной линии манжеты) и миграция фундопликационной манжеты. Основной причиной деструкции (рис. 1), по нашему мнению, было излишнее натяжение коротких сосудов желудка, что приводило к прорезыванию швов ФМ - 25 случаев.

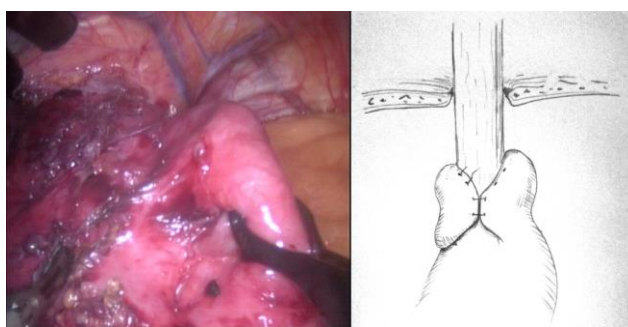


Рисунок 1. Деструкция ФМ

При выполнении рефундопликации на желудочном зонде №30 отмечено, что формирование ФМ происходит с натяжением, а если инструмент отпускает дно желудка, то значительная его часть мигрирует в ретроэзофагеальное пространство.

Такая ситуация безусловно вызвана тракцией желудочно-селезеночной связки и очевидна необходимость в пересечении коротких сосудов желудка (рис. 2).

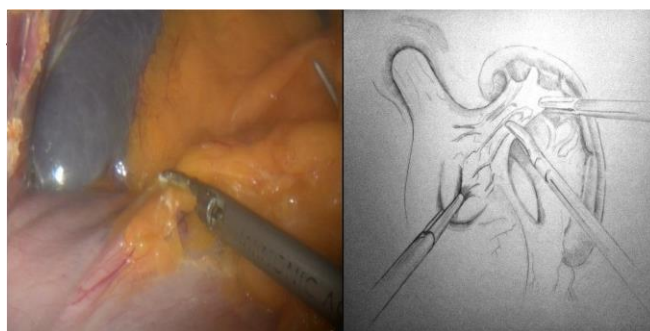


Рисунок 2. Пересечение коротких сосудов желудка

После мобилизации желудочно-селезеночной связки ФМ формируется

без какого-либо натяжения, а дно желудка не возвращается в исходное положение. Таким образом выполнена рефундопликация по Ниссену.

Достоверность преобладания частоты деструкции ФМ в сравнении с другими осложнениями в нашем исследовании составила $p < 0,029$.

Деструкция с одновременной миграцией манжетки (рис. 3.) через ПОД в средостение выявлена у 14 больных.

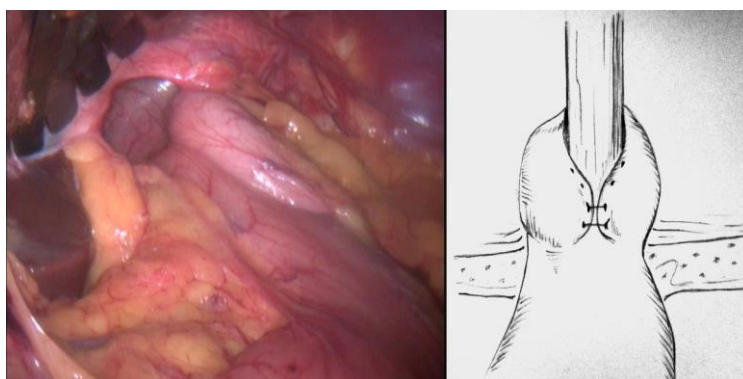


Рисунок 3. Деструкция и миграция ФМ

Причиной данного осложнения, как правило, являлось несоблюдение ограничения физической нагрузки пациентом в послеоперационном периоде. Реконструкция состояла в мобилизации и низведении ФМ в брюшную полость с последующей рефундопликацией и крурорафией.

Для миграции ФМ через хиатальное отверстие диафрагмы характерна ее транслокация выше уровня диафрагмы- в заднее средостение. При нормальном функционировании сформированной манжеты ее миграция не является показанием для реконструктивной операции. Миграция манжетки с болевым синдромом (рис. 4.) диагностирована у 8 пациентов.

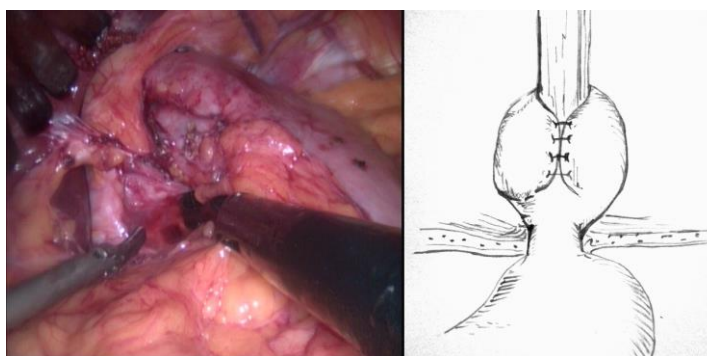


Рисунок 4. Миграция ФМ в хиатальном отверстии диафрагмы

Причиной данного осложнения послужило прорезывание швов ножек диафрагмы. Выполняли мобилизацию, низведение ФМ и заднюю крурорафию.

Феномен «телескопа» был констатирован у 6 больных. При рентгенодиагностике феномена «телескопа» видно расположенную ниже уровня диафрагмы ФМ, сдавливающую кардиальный отдел желудка, а при выполнении ФЭГДС обнаруживается ложный ход в полости желудка (рис. 5).

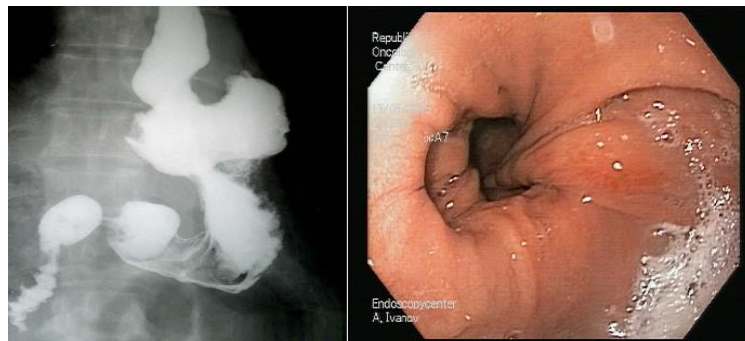


Рисунок 5. Феномен «телескопа»

Причиной осложнения явилось использование рассасывающего шовного материала на этапе освоения в нашей клинике ЛФ, или ушивание ножек диафрагмы при коротком пищеводе. В первом случае выполняли рефундопликацию с использованием не рассасывающегося шовного материала. Во втором - прибегали к технике удлинения пищевода путем мобилизации его нижней трети, а хиатальное отверстие диафрагмы оставляли достаточно широким для свободного перемещения ФМ. Вторичная ПЭ ГПОД возникла у 2 больных. Рентгенологическая диагностика вторичной ПЭ ГПОД не представляет особой сложности. Визуализируется миграция тела желудка выше уровня диафрагмы. По поводу гиперфункции ФМ реконструкция выполнена 1 пациенту. Рентгенологическим признаком гиперфункции ФМ является скопление контрастного материала выше уровня ПЖП, а при ФЭГДС диагностируется патологически сильное сжатие кардиального жома.

Неоднократные сеансы бужирования пищевода не принесли положительного результата, что и послужило показанием к операции. Явления дисфагии оказались следствием натяжения желудочно-селезеночной связки. Выполнено пересечение коротких сосудов желудка, рефундопликация по

Ниссену.

Ротация манжеты вокруг пищевода (рис. 6) у 1 пациента, была связана с прорезыванием швов передней стенки пищевода. Выполнена рефундопликация по Ниссену.

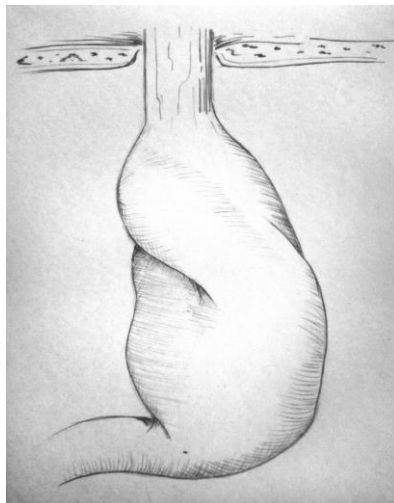


Рисунок 6. Ротация ФМ

Синдром «песочных часов» (рис. 2.7) выявлен у 1 больного.

На рентгенограмме такое осложнение представлено, как разделение желудка на два резервуара, неправильно сформированной ФМ. К данному осложнению привело ошибочное использование тела желудка в процессе формирования фундопликационной манжеты. В ходе операции ФМ расформирована и выполнена рефундопликация.

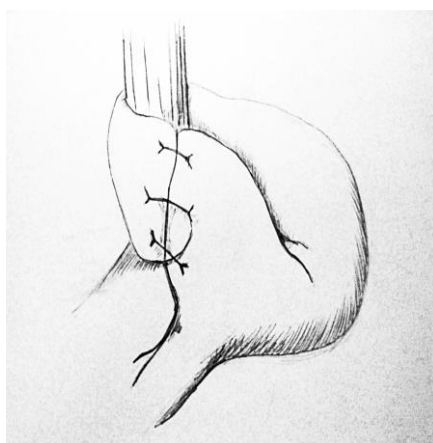


Рисунок 7. Синдром «песочных часов»

Рецидив ПЭ ГПОД наблюдался в 1 случае. Причиной оказался не удаленный грыжевой мешок. Операция заключалась в его иссечении,

мобилизации и низведение органов брюшной полости, крурорафии.

Рецидив ПЭ ГПОД в сочетании с деструкцией и миграцией ФМ выявлен у 1 пациента. Причиной так же оказался не иссеченный при первичной операции грыжевой мешок. Во время повторного вмешательства грыжевой мешок удален, его содержимое низведено в брюшную полость, выполнена рефундопликация и крурорафия.

Наиболее частыми методами реконструктивной операции были рефундопликация по Ниссену – 28 (47%) и по Ниссену-Розетти – 25 (42%).

Из 60 больных, подвергшимся реконструктивной операции, 11 пациентов перенесли две реконструкции, а одному пациенту выполнено три повторных реконструктивных вмешательства.

4. Эффективность реконструктивных операций

Проведен анализ ранних и отдаленных послеоперационных результатов 60 пациентов, перенесших реконструктивные операции. Эффективность оценивали по жалобам больных, данным ФЭГДС и рентгенологического исследования верхних отделов ЖКТ.

У 47 (78%) из 60 пациентов в результате выполнения реконструктивной операции достигнут положительный результат. Активных жалоб данная группа больных не предъявляла, при инструментальном исследовании данных за рецидив заболевания не обнаружено. Пациенты оценивают свое состояние как отличное, хорошее или удовлетворительное.

У 18 (30 %) больных, перенесших реконструктивную операцию, вновь диагностирован рецидив заболевания. Из них 11 согласились на очередную операцию. Отказались от повторного вмешательства 7 пациентов, они получают консервативное лечение и находятся под постоянным наблюдением.

Причиной, приведшей к очередной неудаче, явился комплекс предрасполагающих и, зачастую взаимосвязанных факторов: нарушение нормальной анатомии в области кардиоэзофагеального перехода, выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости, ожирение. Результат повторного вмешательства во многом обусловлен технической сложностью выполнения реконструктивной операции.

После выполнения второй реконструктивной операции у 5 пациентов получен удовлетворительный результат. У 6 больных вновь диагностирован рецидив заболевания, пяти из них оперативное лечение более не проводилось, а одному выполнена третья реконструкция. При сравнении результатов первичных и реконструктивных операций у пациентов с ГЭРБ и ГПОД было обнаружено, что каждое последующее хирургическое вмешательство ухудшает прогноз заболевания. Так, частота неудач после первичного вмешательства составила 9,3%, после первой реконструкции - 30%, после второй - 55%, после третьей — 100%.

Удовлетворительный результат после первичной ЛФ встречался чаще (90,7%), чем после первой (70%) и второй (45%) реконструкции. В обоих случаях отличия между группами статистически достоверны ($P < 0,001$).

Для оценки качества жизни у 113 пациентов с неудачной антирефлюксной операцией проведено анкетирование с использованием специализированного опросника GERD-Q. В исследование вошли больные, перенесших реконструктивные операции (основная группа, $n=60$) и отказавшихся от них (группа сравнения, $n=53$) (табл. 4.). Сравнение больных по характеру основной и сопутствующей патологии, возрасту, полу показало, что основная группа больных и группа сравнения сопоставимы между собой.

Таблица 4.

**Результаты анкетирования больных с рецидивом ГЭРБ или ГПОД,
перенесших ЛФ**

Количество баллов	Количество больных (n=113)		p
	Основная группа	Группа сравнения	
0	2(3%)	-	0,204
1-2	14 (24%)	-	< 0,001
2-7	31 (51%)	1 (2%)	< 0,001
7-12	8 (14%)	38 (72%)	< 0,001
12-14	5 (8%)	14 (26%)	0,010

Итого	60 (100%)	53 (100%)	
-------	-----------	-----------	--

Среди 53 пациентов из группы сравнения, прошедших анкетирование по опроснику GERD-Q, один больной набрал 7 баллов. Его беспокоили изжога и регургитация 2-3 раза в неделю, нарушение сна, связанное с вышеупомянутыми жалобами. У 38 пациентов результат оказался 7-12 баллов. Больные отмечали частые или ежедневные приступы изжоги, регургитации, тошноты, нарушения сна и были вынуждены регулярно принимать антацидные препараты. Количество баллов 12-14 было зафиксировано у 14 пациентов. Основные их жалобы совпадали с предыдущей группой, но состояние было отягощено болью в эпигастрии и выраженной тошнотой. Результат оценки качества жизни у всех 53 больных признан неудовлетворительным. Результаты реконструктивных операций в основной группе представлены на рисунке 8.

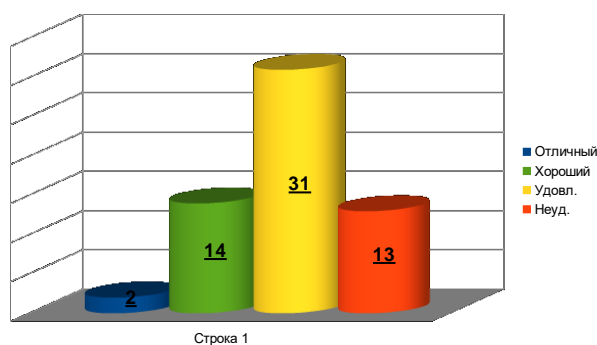


Рисунок 8. Результаты реконструктивных операций

ВЫВОДЫ

1. Частота неудач лапароскопической фундопликации составила 9,3% (ДИ 7,8% - 11,1%) и наиболее частой причиной неудовлетворительного результата явилась деструкция фундопликационной манжеты (41,7% ДИ 29,1% - 55,1%).

2. Выполнение реконструктивных операций при неудаче лапароскопической фундопликации эндохирургическим доступом возможно у 90% (ДИ 79,5% - 96,2%) у пациентов.

3. Показаниями к реконструктивным операциям явились: рецидив гастроэзофагеального рефлюкса, миграция манжеты с болевым синдромом, вторичная параэзофагеальная грыжа, гиперфункция фундопликационной

манжетки, рецидив параэзофагеальной грыжи, а наиболее частыми вариантами реконструкции были рефундопликации по Ниссену (47% ДИ 33,7% - 60%) и Ниссену-Розетти (42% ДИ 29,1% - 55,1%).

4. Качество жизни 53 пациентов из группы сравнения, отказавшихся от реконструктивного вмешательства, оказалось неудовлетворительным в 100% (ДИ 93,3% - 100%) случаев. В контрольной группе, из 60 пациентов, перенесших реконструктивную операцию отличный результат наблюдался в 2 (3% ДИ 0,4% - 11,5%) случаях, хороший – у 14 (24% ДИ 13,4% - 36%) пациентов, удовлетворительный – у 31 (51% ДИ 38,4% - 64,8%) больного и неудовлетворительный - 13 (22% ДИ 12,1% - 34,2%) случаев.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При неудачах антирефлюксной хирургии реконструктивную операцию предпочтительно выполнять эндохирургическим доступом.

2. Выбор реконструктивного вмешательства зависит от интраоперационных находок.

3. Выполнение второй и более реконструкции при неудачах лапароскопической фундопликации должно проводиться по более строгим показаниям, так как риск возможных периоперационных осложнений значительно повышается.

4. С целью профилактики деформирования, гиперфункции и деструкции фундопликационной манжеты при натяжении желудочно-селезеночной связки по ходу лапароскопической фундопликации показано её обязательное пересечение.

5. Антирефлюксные операции должны выполняться в специализированных стационарах, опытными хирургами, владеющими не только лапароскопическим методом, но и «открытой» хирургической техникой операции при грыже пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Федоров В.И. Анализ периоперационных осложнений лапароскопических фундопликаций / Федоров В.И., Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Иванов А.И., Морошек А.А., Шарапов Т.Л. // Вестник хирургической гастроэнтерологии, сборник тезисных работ - 2014г. С.-14.

2. Федоров В.И. Анализ повторных операций у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы / Федоров В.И., Шарапов Т.Л., Сигал А.М., Хазиев Р.А., Насруллаев М.М. // II Всероссийском симпозиум молодых ученых “Современные проблемы хирургии и хирургической онкологии г. Москва, 21-22 ноября - 2014г., <http://www.mnioi.ru/about/sobytiya/2650>

3. Шарапов Т.Л. Значение трансиллюминационного фототензометрического зонда в профилактике периоперационных осложнений / Шарапов Т.Л., Насруллаев М.М., Морошек А.А., Сигал А.М., Бакиров М.Р., Федоров В.И. // Перельмановские чтения. Программа и тезисы. Ярославль - 2014г. С.-7.

4. Федоров В.И. Периоперационные осложнения лапароскопических фундопликаций при грыже пищеводного отверстия диафрагмы / Федоров В.И., Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Иванов А.И., Шарапов Т.Л. // Перельмановские чтения. Программа и тезисы. Ярославль - 2014г. С.-8.

5. Федоров В.И. Анализ повторных операций после хирургического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / Федоров В.И., Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Иванов А.И., Шарапов Т.Л. // Конференция молодых ученых ФГБОУ ДПО РМАПО. Сборник тезисов - 2014г. С.-3.

6. Федоров В.И. Повторные и реконструктивные операции после хирургического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / Федоров В.И., Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Иванов А.И., Шарапов Т.Л. // Съезд хирургов ПФО Нижний Новгород. Сборник тезисов мероприятия - 2016г. С.-6.

7. Сигал Е.И. Учебное пособие для врачей. Профилактика осложнений лапароскопических фундопликаций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / Сигал Е.И., Бурмистров М.В., Шарапов Т.Л., Иванов А.И., Морошек А.А., Федоров В.И. // ГБОУ ДПО КГМА МЗ РТ. 2014г. С.-1-27.

8. **Шарапов Т.Л. Анализ повторных операций у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы / Шарапов Т.Л. Федоров В.И.**

Бурмистров М.В. Сигал Е.И. Иванов А.И. Сигал Р.Е. // «Практическая медицина» №6 (91) - 2015 С.-62.

9. Федоров В.И. Анализ реконструктивных операций у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы / Федоров В.И., Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Иванов А.И., Шарапов Т.Л., Сигал Р.Е. // Вестник РНЦРР (электронный журнал) №15 – 2015. http://vestnik-rncrr.ru/vestnik/v15/papers/fedorov_vi_v15.htm

10. Федоров В.И. Анализ повторных и реконструктивных операций у пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы / Федоров В.И., Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Иванов А.И., Шарапов Т.Л. // Эндоскопическая хирургия №6 - 2016г. С. 21-24.

11. Федоров В.И. Анализ повторных и реконструктивных операций у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы Анализ повторных и реконструктивных операций у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы / Федоров В.И., Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Иванов А.И., Шарапов Т.Л. // Национальный хирургический конгресс. Юбилейный съезд РОЭХ, сборник тезисов. Москва - 2017г. С.-7.

12. Федоров И.В. Осложнения лапароскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / Федоров И.В., Сигал Е.И., Бурмистров В.М., Федоров В.И. // Осложнения эндоскопической хирургии /М. – 2017. С. 96-114.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГПОД	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ЛФ	лапароскопическая фундопликация
ЖКТ	желудочно- кишечный тракт
ФМ	фундопликационная манжета
ФЭГДС	Фиброэзофагогастродуоденоскопия
РЭ	рефлюкс- эзофагит
ГЭРБ	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
РКОД	Республиканский клинический онкологический диспансер

ГЭР	гастроэзофагеальный рефлюкс
ДИ	доверительный интервал