

УДК 616.329-007.43-072.1-089
DOI 10.53473/16946324

Осмоналиев Б.К.

м.и.к., доценттин милдетин аткаруучусу,
И.К. Ахунбаев атындагы
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Факультеттик хирургия кафедранын ассистенти

Айтикеев А.У.

Атайын клиникалык дисциплина к
афедранын болум башчысы,
ОИӨК «Кыргызстан Эл аралык университети»

Алымкулов М.Ч.

м.и.к., доценттин милдетин аткаруучусу,
Хирургия кафедранын болум башчысы,
ОИӨК «Кыргызстан Эл аралык университети»

Авасов Б.А.

м. и. д., профессордун милдетин аткаруучусу,
И.К. Ахунбаев атындагы
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Факультеттик хирургия кафедранын ассистенти

Осмоналиев Б.К.

к.м.н., и.о. доцент,
ассистент кафедры «Факультетской хирургии»
КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Айтикеев А.У.

заведующий кафедрой «СКД»
МШМ УНПК «МУК»

Алымкулов М.Ч.

к.м.н., и.о. доцент,
заведующий кафедрой «Хирургия»
МШМ УНПК «МУК».

Авасов Б. А.

Д.м.н., и.о. профессора кафедры
факультетской хирургии
КГМА им. И.К. Ахунбаева

Osmonaliev B.K.

Ph.D. (Medicine), Acting Associate Professor,
assistant of the Department of "Faculty Surgery" of the
KSMA named after I.K. Akhunbaev.

Aitikeev A.U.

Head of the Department of "Special Clinical Disciplines"
ERPC "IUK".

Alymkulov M.Ch.

Ph.D. (Medicine), Acting Associate Professor,
Head of the Department of Surgery
ERPC "IUK".

Avasov B. A.

Dr.Sci. (Medicine), acting Professor of the Department,
assistant of the Department of "Faculty Surgery" of the
KSMA named after I.K. Akhunbayev.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛДЫК РЕФЛЮКС ООРУСУ МЕНЕН ТАТААЛДАШКАН КЫЗЫЛ ӨНГӨЧТҮН ДИАФРАГМАЛЫК ЧУРКУСУН ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН ТАЛДОО

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF HERNIA TREATMENT ESOPHAGEAL ORIFICE OF THE DIAPHRAGM COMPLICATED BY GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Аннотациясы: Гастроэзофагалдык рефлюкс оорусу (ГЭРД) менен татаалданган диафрагма грыжасы (ДГ) менен ооруган 76 бейтапка хирургиялык дарылоонун натыйжалары берилген. ДГ жана GERD диагностикасы GerdQ (гастроэзофагалдык рефлюкс оорусу анкетасы), эндоскопия жана рентген контраст изилдөөлөрүнүн жардамы менен коюлган. Бейтаптарга төмөнкү көлөмдө операция жасалды: Ниссен боюнча ашказандын төмөндөшү, круроррафия жана фундопликация.

Негизги сөздөр: диафрагмалык грыжа, гастроэзофагалдык рефлюкс оорусу, круроррафия, Ниссен фундопликациясы.

Аннотация: представлены результаты оперативного лечения 76 пациентов с грыжами пищевода отверстия диафрагмы осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Диагноз ГПОД и ГЭРБ был установлен при помощи опросника GerdQ (Gastroesophageal reflux disease questionnaire), ЭГДС и рентгено-контрастного методов исследований. Пациентам была выполнена операция в объеме: низведения желудка, крурорафии и фундопликации по Ниссену.

Ключевые слова: грыжа пищевода отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, крурорафия, фундопликация по Ниссену.

Abstract: Summary: the results of surgical treatment of 76 patients with hiatal hernia complicated by gastroesophageal reflux disease are presented. The diagnosis of HH and GERD was established using the GerdQ (Gastroesophageal reflux disease questionnaire), endoscopy, and X-ray contrast studies. The patients underwent surgery in the following volume: lowering of the stomach, crurorrhaphy and fundoplication according to Nissen.

Key words: hiatal hernia, gastroesophageal reflux disease, crurorrhaphy, Nissen fundoplication.

Введение.

Среди взрослого населения ГПОД встречается от 5 до 20%, а по данным некоторых авторов, достигает 40%. В США и странах Западной Европы частота ГПОД близка к 30-40%. В большинстве случаев ГПОД протекает бессимптомно и не требует какого-либо лечения, однако ее клинические проявления могут существенно влиять на самочувствие и ухудшать качество жизни пациента. Наиболее часто ассоциированной патологией, развивающейся на фоне существующей ГПОД, является ГЭРБ. Причем до 25% пациентов нуждаются в постоянной медикаментозной поддержке препаратами, подавляющими желудочное кислотообразование, а 15% пациентов требуется исключительно хирургическое лечение [1-3].

ГЭРБ в настоящее время считается одним из самых тяжелых и распространенных заболеваний ЖКТ. От нее страдают 5% всего взрослого населения, в Северной и Южной

Америки до 10-20%, в странах Азии до 5%, в Российской Федерации от 13 до 23,6%, а в странах Европы до 42%.

Широко применяемые ингибиторы протонной помпы (ИПП) при лечении ГЭРБ и из-за длительного диспансерного наблюдения приводят к позднему обращению пациентов в хирургическую клинику, зачастую тяжелым рефлюкс-эзофагитом, осложненным кровотечением, пептической язвой, стриктурой пищевода или пищеводом Барретта [4-5].

Основным способом лечения ГПОД, позволяющим восстановить анатомо-физиологические изменения в кардиоэзофагеальной зоне является оперативный. Кроме выполнения круорографии и закрытия дефекта пищеводного отверстия диафрагмы обязательным компонентом является формирование антирефлюксной манжетки с целью предотвращения гастроэзофагеального рефлюкса как основного симптома, определяющего качество жизни данной категории пациентов [5, 6].

Фундопликация по Ниссену остается одним из основных методов в антирефлюксной хирургии. Однако этот метод имеет ряд осложнений, которые возникают как во время операции, так и после него, достигая 17,2-37,5%. Наиболее частыми и значимыми осложнениями считаются дисфагия (29%), gas-bloat синдром (задержка газа в желудке - 24%), миграция фундопликационной манжеты в средостение (4%). Рецидив рефлюкса у оперированных наблюдаются от 6 до 15%, а в 3-6% случаев необходимо выполнение повторных операций [7-9].

Цель: изучить непосредственные и отдаленные результаты применения круорографии и фундопликации по Ниссену у пациентов с ГПОД осложненных ГЭРБ.

Материалы и методы. В данное исследование включены 76 пациентов с диагнозом ГПОД осложненных ГЭРБ, по поводу которого все были прооперированы в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 г. Бишкек, за период с 2015 года по 2021 год включительно. Средний возраст пациентов составил 51 (31-81) год, мужчин было 17 (22,4%) и женщин - 59 (77,6%). При первичном обращении пациенты отмечали жалобы на изжогу и регургитацию, отрыжку воздухом, боли верхней половине живота и за грудиной, а также необходимость пребывания в вертикальном положении после приема пищи.

Диагноз ГПОД и ГЭРБ устанавливали в соответствии международным консенсусом 2006г. (г. Монреаль, Канада) на основании жалоб, клинико-anamнестических данных, международного стандартизованного опросника GerdQ (таб. 1), эндоскопического и рентгеноконтрастного исследований.

Таблица 1.

Международный стандартизованный опросник GerdQ
(the Gastroesophagealreflux disease questionnaire 2009 г.).

Вопрос	0 дней	1 день	2-3 дня	4-7 дней
Как часто у Вас возникает изжога?	0	1	2	3
Как часто у Вас возникает боль в верхней части живота?	3	2	1	0
Как часто у Вас возникает тошнота?	3	2	1	0
Как часто у Вас возникают нарушения сна в связи с изжогой или регургитацией?	0	1	2	3
Как часто Вы применяете лекарства для лечения изжоги или регургитации (которые Вам порекомендовал доктор)?	0	1	2	3

По опроснику GerdQ результаты оценивались в баллах: если сумма баллов по результатам анкеты достигает 8 и выше, вероятность ГЭРБ составляет больше 80%. У опрошенных пациентов при применении опросника GerdQ, баллы достигали от 8 и выше. Вторым этапом проводилась ЭГДС (видеоэндоскопами Fujinon VP-3500HD, Pentax EPK-1000) и рентгено-контрастное исследование с бариевой взвесью в положении Тренделенбурга.

При оценке эндоскопической картины эзофагита использовали классификации Савари-Миллера и Лос-Анжелесскую. Классификация Савари-Миллера отражает преимущественно глубину поражения эпителия, Лос-Анжелесская классификация - распространенность поражения эпителия при эзофагите. II-III степени по Савари-Миллеру и C-D стадии по Лос-Анжелесской классификациям являются патогномоничными при ГЭРБ. Данные проведенных нами эндоскопических исследований представлены в таблице 2, 3.

Таблица 2.

Классификация рефлюкс-эзофагитов по M. Savary и G. Miller (1978 г.).

стадия	критерии	n = 76
I	округлые и продольные поражения, которые не сливаются и распространяются от Z-линии к слизистой оболочке пищевода.	2
II	сливающиеся транзиторные поражения в зоне Z-линии, не захватывающие всю поверхность слизистой оболочки.	25
III	язвенные поражения, сливающие в нижней части пищевода и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки.	49
IV	хронические язвенные поражения пищевода, фиброзный стеноз, укорочение пищевода, пищевод Барретта.	-

Таблица 3.

Данные проведенных исследований по Лос-Анжелесской классификации рефлюкс-эзофагитов (1994 г.).

степень	критерии	n = 76
A	одно (или более) поражение слизистой оболочки менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.	2
B	одно (или более) поражение слизистой оболочки более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки	15
C	одно (или более) поражение слизистой оболочки, распространяющееся на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода.	53
D	одно (или более) поражение слизистой оболочки, распространяющееся на 75% и более окружности пищевода.	6

При ЭГДС также проводилась и оценка гастроэзофагеального створчатого клапана (ГСК) Губарева по классификации Hill LD и соавторов (1996г.). Во время ЭГДС дистальный конец эндоскопа ретрофлексировался на 180° в желудке, чтобы визуализировать нижнепищеводный сфинктер. Оценивали закрытие клапана от 1 до 4 в соответствии с длиной клапана и плотностью прилегания к эндоскопу. ГПОД должна измеряться как в верхне-нижнем, так и в боковых измерениях. I, II степени оценивали как норму, III, IV степени определяли как патологию (табл. 4).

Таблица 4.

Эндоскопический метод определения состояния ГЭСК по Hill LD и соавт., (1996 г.).

степень	критерии	n = 64
I	складка-створка по малой кривизне желудка, рядом с эндоскопом и плотно охватывает его.	-
II	складка-створка также определяется, но наблюдаются периоды открытия и быстрого закрытия отверстия вокруг эндоскопа.	-
III	складки-створки не было видно и эндоскоп не был обжат тканями – отмечается зияющее отверстие пищевода, ось которого будет не	60

	параллельна, а чаще перпендикулярна малой кривизне, со смещением ближе ко дну желудка.	
IV	складка-створка отсутствует, просвет пищевода постоянно зияет рядом с эндоскопом и находится в самой верхней части желудка, которая, как правило, будет выше контурирующих через стенку желудка ножек диафрагмы.	16

По данным проведенного рентгено-контрастного исследования у 63 пациентов выявлены грыжи I степени, у 10 - II степени, у 3% - гигантские грыжи III-IV степени.

Пациенты оперированы в плановом порядке. Операции проводились под общей анестезией. После верхне-срединной лапаротомии, ревизии, производилась мобилизация в кардиоэзофагеальной зоне предварительно установленным анестезиологом через ротовую полость в желудок специальным бужом №36 (получено рац. предложение № 2/19-20 от 27 сентября 2019г.). Наличие зонда в пищеводе способствовала лучшей ориентации при мобилизации кардиальной части пищевода и предотвращению интраоперационного осложнения как перфорация пищевода. Далее со стороны малого сальника за пищеводом выделялись обе ножки диафрагмы, пищевод брался на держалку (рис. 1). Обе ножки диафрагмы сшивались 2-3 узловыми нерассасывающимися швами позади пищевода (рис. 2). В области угла Гиса мобилизовали пищеводно-желудочный переход, и производилась фундопликацию по Ниссену на 360° из дна желудка протяженностью 2,5-3 см 2-3 швами с обязательным «захватом» - прошиванием стенки пищевода (рис. 3). Данная манипуляция применялась для предотвращения такого осложнения как, миграция антирефлюксной манжетки. Если большую кривизну желудка удерживали спайки или короткие желудочные сосуды, их предварительно рассекали до тех пор, пока проведение желудка позади пищевода не было совершенно свободно. После сшивания стенок желудка производился окончательный осмотр операционного поля, замена специального бужа на назогастральный зонд, дренирование брюшной полости и ушивание послеоперационной раны.

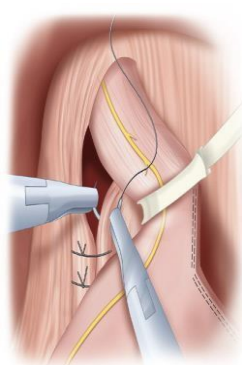


Рис. 1. Схема дорсальной крурорафии для устранения ГПОД.

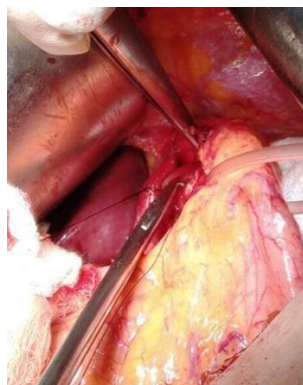


Рис.2. Крурорафия с проведенным бужом в пищеводе. Собственное наблюдение.

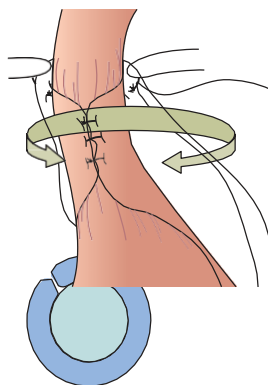


Рис. 3. Схема фундопликации по Ниссену, 360°.



Рис. 4. Завершение фундопликации по Ниссену. Собственное наблюдение.

Результаты и обсуждение. Интраоперационное применение специального бужа (у 20 пациентов) позволило осуществлять контроль при мобилизации пищевода в кардиоэзофагеальной зоне, дало возможность контроля силы сжатия пищевода при формировании фундопликационной манжеты по Ниссену. Метод предотвращает дисфагию и gas-bloat син-

дром в послеоперационном периоде. Обязательное прошивание – «захват» стенки пищевода при формировании фундопликационной манжеты предотвращает миграцию манжеты в средостение.

Послеоперационное лечение проводилось по общепринятым правилам, с ранней активизацией, назогастральный зонд удаляли на 2-3 сутки после операции с переводом на энтеральное питание, дренажи из брюшной полости удаляли на 2-4 сутки после УЗИ контроля, на 8-11 сутки после операции пациенты были выписаны из клиники с улучшением. Осложнений и летальных случаев не отмечено.

Отдаленные результаты прослежены у 52 (68,4%) в сроке от 6 месяцев до 4 лет после операции. Результаты расценены как хорошие, все они чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали изжогу, регургитацию, боли за грудиной, отрыжку, горечь во рту, дисфагию.

Круорофия устраняет ГПОД, препятствуя перемещению кардиальной части пищевода, кардии и фундальной части желудка в средостение. Фундопликация по Ниссену позволяет устранить основную причину ГЭРБ, предотвращает риск развития рецидива заболевания и длительного приема ИПП.

Заключение. Таким образом, круорофия и фундопликация по Ниссену является эффективным современным методом лечения пациентов ГПОД осложненных ГЭРБ. Она имеет низкий процент осложнений и хорошие отдаленные результаты. Несмотря на то, что были предложены различные методы лечения ГПОД и ГЭРБ, поиски и внедрение новых этапов лечения являются актуальными и подлежат дальнейшему изучению.

Литература:

1. Волчкова И.С. / Современное состояние проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Оспанов О.Б. Медицинская наука и образование Урала. - 2012. - № 1. - С. 171-175.
2. Зябрева И. А., Джулай Т. Е. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: спорные, нерешенные и перспективные аспекты проблемы (обзор литературы) // Верхневолж. мед. журн. 2015. № 14 (4). С. 24-28.
3. Калинина Е. А., Пряхин А. Н. Технические аспекты лапароскопической пластики грыж пищеводного отверстия диафрагмы: обзор литературы и собственный опыт // Вестн. Южно-Урал. гос. ун-та. Сер. Образование, здравоохранение, физическая культура. 2014. Т. 14, № С. 54-60.
4. Машерук О.Б. / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - № 12. - С. 10–16.
5. Пахомова И. Г. / Изжога: современные принципы обследования и лечения пациентов // РМЖ. 2015. - № 21. - С. 1249-1252.
6. Sathasivam R., Bussa G., Viswanath Y. et al. «Mesh Hiatal Hernioplasty» versus «Suture Cruroplasty» in Laparoscopic Paraoesophageal Hernia Surgery; a Systematic Review and Meta-Analysis // Asian Journal of Surgery. 2019. Vol. 42. P. 53-60.
7. W.A. Wolf, / Incidence of esophageal adenocarcinoma and causes of mortality after radiofrequency ablation of Barrett's esophagus. Gastroenterology // Pasricha S.J., Cotton C.N., Li N.L., et al. 149:1752–1761.e1. - 2015. - №10. – С. 154-155.
8. D.G. Oleynikov / Total fundoplication is the operation of choice for patients with

gastroesoph-ageal reflux and defective peristalsis. Surg Endoscopic // Eubanks T.R., Oelschlager B.K., et al. -2002. № 16. – C. 909 –1303.

9. Zhang C., Liu D., Li F., Watson D. I., Gao X., Koetje J. H. et al. Systematic Review and Meta- Analysis of Laparoscopic Mesh versus Suture Repair of Hiatus Hernia: Objective and SubjectiveOutcomes // Surgical Endoscopy. 2017.

Dellaportas D., Papaconstantinou I., Nastos C. et al. Large Para esophageal Hiatus Hernia: Is Surgery Mandatory? A Review Article // Chirurgia. 2018.