

ПРИЧИНЫ НЕУДАЧ И ПОКАЗАНИЯ К РЕФУНДОПЛИКАЦИЯМ В АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ХИРУРГИИ

А. М. Хуболов — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, аспирант кафедры хирургии и онкологии ФПК и ППС.

CAUSES OF FAILURES AND INDICATIONS FOR REFUNDOPLICATION OF ANTIREFLUX SURGERY

A. M. Khubolov — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Surgery and Oncology of Raising Skills Faculty, Post-graduate.

Дата поступления — 29.08.2016 г.

Дата принятия в печать — 07.09.2016 г.

Хуболов А. М. Причины неудач и показания к рефундопликациям в антирефлюксной хирургии. Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (3): 408–411.

Цель: изучить причины рефундопликации и возможные варианты коррекции кардиального отдела желудка у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и рефлюкс-эзофагитом. **Материал и методы.** Результаты антирефлюксных коррекций 118 пациентов с ГПОД изучались и прослеживались в срок до 36 месяцев. **Результаты.** Повторные оперативные коррекции заболевания у части пациентов способствуют формированию анатомических предпосылок рецидива ГПОД — возникает излишнее натяжение тканей при формировании манжетки или же миграция уже сформированной фундопликационной манжетки в средостение. Выявлено, что субъективная оценка состояния больных после фундопликаций является одним из наиболее важных критериев при решении вопроса о возможности и необходимости повторного лечения. **Заключение.** Анализ отдаленных результатов повторного антирефлюксного хирургического лечения показал, что индекс качества жизни повторно прооперированных пациентов сопоставим с показателями здорового человека. Ненатяжная пластика в сочетании с рефундопликацией по Ниссену при антирефлюксной коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы по праву можно считать операцией выбора при повторных реконструктивных вмешательствах.

Ключевые слова: фундопликация, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит.

Khubolov AM. Causes of failures and indications for refundoplication of antireflux surgery. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2016; 12 (3): 408–411.

The aim is to study reasons for repeated fundoplication and possible variants of cardia correction in patients suffering from hiatal hernia and reflux esophagitis. **Material and methods.** Results of antireflux correction in 118 patients suffering from hiatal hernia have been studied, such results have been observed for the period of up to 36 months. **Results.** Most recurrent cases have been characterized by anatomical background for repeat hernia development, such as migration of fundoplication cuff, inconsistency, extreme traction of tissues that form gastric cuff or derived technique of fundoplication during previous operation. It has been found out that the subjective assessment of patients' condition after fundoplication is one of the most important criteria in deciding whether the repeated intervention is needed. **Conclusion.** Analysis of long-term results of the repeated antireflux surgery has revealed that quality-of-life index of patients having undergone repeated surgery may be compared to that of a healthy person. Traditional fundoplication of Nissen with non-tractional surgical intervention should be the method of choice for treatment of recurrent hiatal hernias.

Key words: fundoplication, hiatal hernia, reflux esophagitis.

Введение. По данным ряда авторов, неуклонный рост заболеваемости рефлюкс-эзофагитом и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) отмечен по всему миру [1, 2].

Выполнение антирефлюксных корригирующих операций позволяет радикально восстановить функцию нижнего пищеводного жома и устранить гастро-

эзофагеальный рефлюкс из желудка в пищевод с его последствиями [1, 3, 4]. Критерием эффективности такого рода вмешательств является создание искусственной фундопликационной манжетки на уровне эзофагогастрального перехода и нормализация pH слизистой в пищеводе.

Возврат клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни чаще всего возникает в срок до 3 лет после антирефлюксной коррекции и встречается у 3–15% пациентов [2, 5]. Анализ литературных источников указывает на то, что ос-

новными причинами повторных вмешательств оказываются следующие: появление у пациентов в послеоперационном периоде рецидива симптоматики рефлюкс-эзофагита, стойкой послеоперационной дисфагии, чувства боли и распирания в эпигастральной области, а также миграция фундопликационной манжетки.

К настоящему моменту накоплен достаточно большой опыт хирургической коррекции рефлюкс-эзофагита, изучены ранние послеоперационные и отдаленные результаты вмешательств при ГПОД и рефлюкс-эзофагите. Однако до сих пор выявление причин рецидива патологии, определение лечебной тактики и показаний к повторным вмешательствам являются сложной и не до конца изученной проблемой [6–8].

Цель: изучить причины рефундопликации и возможные варианты коррекции кардиального отдела желудка у больных с ГПОД и рефлюкс-эзофагитом.

Материал и методы. Наша клиника располагает опытом хирургического лечения 118 пациентов в период с 2005 по 2015 г. по поводу ГПОД и рефлюкс-эзофагита. Возраст больных колебался от 22 до 69 лет. Все исследуемые нами пациенты были сопоставимы по длительности заболевания, возрасту и сопутствующей соматической патологии. Женщин среди исследуемых было 88 (74,5%), мужчин 30 (25,5%).

Дооперационное обследование пациентов включало выполнение общеклинических анализов крови, рентгенографию пищевода с барием, эзофагогастродуоденоскопию с биопсией, УЗИ органов брюшной полости, 24-часовую рН-метрию с манометрией.

Все больные по виду выполненного оперативного вмешательства были разделены на две группы по виду выполненного вмешательства (табл. 1).

Таблица 1

Объем оперативного вмешательства

Группы	Метод коррекции	Количество пациентов
Первая	По Ниссену	Всего 63
	· традиционная	15
	· лапароскопическая	48
Вторая	По Туле	Всего 55
	· традиционная	34
	· лапароскопическая	21

При эзофагогастроскопии изучали степень выраженности рефлюкс-эзофагита (по классификации Savary — Miller, 1978). При этом рефлюкс-эзофагит (РЭ) I степени выявлен у 75 (63,5%) пациентов; II степени у 32 (27,1%) пациентов, III степени у 11 (9,3%) пациентов. При рН-метрическом исследовании патологический гастроэзофагеальный рефлюкс отмечен у всех исследуемых. Нарушение моторной функции верхних отделов ЖКТ, проявляющееся уменьшением или угнетением перистальтики, диагностировано при выполнении функциональных исследований у 17 (14,4%) пациентов.

Наложение антирефлюксных фундопликационных жомов, с целью предотвращения послеоперационных дисфагических явлений, выполнялось после предварительного проведения назогастрального зонда через пищевод.

Пациентам первой исследуемой группы были выполнены оперативные вмешательства, заключающиеся в мобилизации и извлечении тканей желудка из средостения, с дальнейшим наложением фундопликационной манжетки по методике Ниссена. Пациентам второй группы коррекция ГПОД выполнялась путем наложения парциальной фундопликационной манжетки по Туле, с воссозданием физиологического угла Гиса.

С помощью анкеты-вопросника Визика — Джонстона — де Меестра изучены результаты антирефлюксных коррекций пациентов, а также влияние клинической симптоматики после выполненных антирефлюксных коррекций на оценку исследуемым эффективности своего лечения.

Итоговый статистический анализ материалов исследовательской работы осуществлен при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.0. Нормальность распределения величин оценивалась в соответствии с критерием Шапиро — Уилка. Элементы описательной статистики представлены абсолютными величинами, в процентном соотношении и как $M \pm \sigma$, где M — средняя арифметическая величина, σ — стандартное квадратичное отклонение. С помощью критерия Стьюдента в разных изучаемых группах определялась статистическая значимость различий показателей. Статистически значимыми считали различия между значениями при доверительной вероятности 5% ($p < 0,05$).

Результаты. В первые сутки после оперативного вмешательства у 2 (3,2%) пациентов в первой и у 1 (1,8%) пациента во второй исследуемой группах отмечено умеренное повышение амилазы в сыворотке крови и диастазы в моче; диагностирован реактивный панкреатит. На фоне проводимого комплексного инфузионно-спазмолитического лечения отмечена нормализация биохимических показателей крови. На 2–3-е сутки после антирефлюксной коррекции, при употреблении твердой пищи у большинства пациентов (55% больных) выявлены проявления дисфагических нарушений, купировавшиеся самостоятельно к 7–10-м суткам после вмешательства. Сохраняющаяся дисфагия послужила показанием к назначению пероральных прокинетики (метоклопрамид, мотилиум) у 1 пациента (3,6%) второй исследуемой группы. Причина таких высоких показателей встречаемости дисфагических нарушений, на наш взгляд, обусловлена прежде всего явлением посттравматического пареза ветвей блуждающего нерва во время самой операции.

Интраоперационные осложнения диагностированы у 2 (1,7%) пациентов. В первом случае они отмечены у больного во время лапароскопической фундопликации по Ниссену из-за перфорации стенки пищевода; во втором случае, при фундопликации по Туле, возникло кровотечение из коротких сосудов желудка. В обоих случаях ушивание пищевода и лигирование сосудов осуществлялись, ввиду технической сложности, после выполнения конверсии лапаротомным доступом.

К концу первого года после операции на основании клинической симптоматики и данных дополнительных инструментальных исследований (ФГДС и рентгеноскопия с пассажем бариевой взвеси) у 2 (1,7%) пациентов после традиционной фундопликации по Туле выявлен рецидив заболевания (табл. 2). В обоих случаях выполнена традиционная рефундопликация по методике Ниссена в сочетании с аллопластикой. Отдаленные результаты коррекции ГПОД

прослежены в сроки до трех лет. Рецидива заболевания не выявлено.

Отдаленные результаты антирефлюксной коррекции ГПОД оценены при помощи модифицированной шкалы Визика — Джонстона — де Меестра (табл. 3).

Обсуждение. Анализ данных литературных источников указывает на то, что выявление причин рецидива заболевания, определение показаний и противопоказаний к реконструктивным вмешательствам являются сложной и нерешенной задачей хирургии пищевода [7, 8]. Несмотря на это, считаем, что при антирефлюксной коррекции ГПОД существуют сле-

дующие показания к выполнению реконструктивных рефундопликаций:

- 1) стойкая послеоперационная дисфагия, не поддающаяся консервативной терапии;
- 2) рецидив заболевания;
- 3) чувство переполнения желудка воздухом;
- 4) миграция фундопликационного жома в средостение, сопровождающаяся дискомфортом за грудиной и явлениями дисфагии.

Стойкая послеоперационная дисфагия выявлена у 2 (4,2%) пациентов после лапароскопических коррекций по Ниссену. Обоим пациентам проведено по 10 курсов эндоскопической баллонной дилата-

Таблица 2

Сравнение результатов антирефлюксной коррекции ГПОД

Метод фундопликации		Дисфагия (n/%)	Рецидив (n/%)	Диспепсия (n/%)
Традиционная фундопликация по Ниссену (n=15)	6 мес.	0	0	1/6,7
	12 мес.	0	0	2/13,3
	36 мес.	0	0	3/20
Лапароскопическая фундопликация по Ниссену (n=48)	6 мес.	2/4,2	0	1/2,1
	12 мес.	1/2,1	0	1/2,1
	36 мес.	0	0	2/4,2
Традиционная фундопликация по Тупе (n=34)	6 мес.	0	0	1/2,9
	12 мес.	0	2/5,9	3/8,8
	36 мес.	0	0	2/5,9
Лапароскопическая фундопликация по Тупе (n=21)	6 мес.	0	0	1/4,8
	12 мес.	0	0	2/9,5
	36 мес.	0	0	1/4,8

Примечание: n — абсолютное число пациентов.

Таблица 3

Оценка результатов хирургического лечения больных по шкале Визика — Джонстона — де Меестра, %

Оценка		Операция							
		Nissen				Toupet			
		Традиционная		Лапароскопическая		Традиционная		Лапароскопическая	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Неудовл.	6 мес.	0	0	0	0	0	0	0	0
	1 год	0	0	0	0	2	5,9	0	0
	3 года	0	0	0	0	0	0	0	0
Удовл.	6 мес.	6	40	11	22,9	9	26,5	3	14,9
	1 год	8	53,3	11	22,9	11	32,3	4	19
	3 года	10	66,7	28	58,3	17	50	9	42,8
Хорошо	6 мес.	7	46,7	25	52,1	21	61,8	15	71,4
	1 год	6	40	31	64,6	20	58,9	15	71,4
	3 года	4	26,7	18	37,5	17	50	11	52,4
Отлично	6 мес.	2	13,3	12	25	4	11,8	3	14,9
	1 год	1	6,7	6	12,5	1	2,9	2	9,5
	3 года	1	6,7	2	4,2	0	0	1	4,8

Примечание: n — абсолютное число пациентов.

ции, с хорошим клиническим эффектом у 1 пациента (2,1%). Второму пациенту выполнена рефундопликация по Ниссену традиционным способом, в сочетании с аллопластикой.

Миграция фундопликационной манжетки в средостение не являлась абсолютным показанием для выполнения реконструктивной рефундопликации. Повторная операция нами выполнялась только в случае наличия у пациента патологической симптоматики, приводящей к значительному снижению гастроинтестинального индекса качества жизни (ГИИКЖ). В нашем случае из 4 пациентов (3,9%) с диагностированной миграцией в средостение оперативное вмешательство осуществлено у 1 (2,1%) пациента, после лапароскопической фундопликации по Ниссену. ГИИКЖ вырос после рефундопликации по Ниссену с протезированием с 82,3 до 119,6 балла.

Симптом переполнения желудка воздухом являлся абсолютным показанием к рефундопликации и был выявлен у 3 пациентов: в одном случае после традиционной фундопликации по Ниссену (6,7%); в двух случаях после традиционных операций по методике Тупе (5,9%). Патологическая симптоматика проявлялась болями разной степени интенсивности и распираем в эпигастральной области после приема пищи, чувством мгновенного насыщения. Причиной данного осложнения служила грубая деформация зоны пищеводно-желудочного перехода с массивным спаечным процессом. Всем трем пациентам после лапаротомного доступа сформирована фундопликационная манжетка по Ниссену. ГИИКЖ вырос после рефундопликации по Ниссену в сочетании с аллопластикой с 86,5 до 117,5 балла.

Рецидив заболевания не является абсолютным показанием к рефундопликациям, однако реконструктивные вмешательства должны быть выполнены при неэффективности консервативной терапии и снижении показателей качества жизни пациентов. Рецидив патологии, не поддающийся медикаментозному лечению, нами выявлен в двух (5,9%) случаях, после ранее выполненных традиционных коррекций по методике Тупе. Обоим пациентам была выполнена традиционная рефундопликация по Ниссену с дополнительным протезированием полимерным эндопротезом. Отдаленные результаты продемонстрировали эффективность выполненных коррекций, ГИИКЖ составил после операции 118,7 балла, тогда как до операции он оценивался на 79,24 балла.

Заключение. Рефундопликация по Ниссену с дополнительной аллопластикой синтетическим эндопротезом может считаться операцией выбора при повторных вмешательствах в антирефлюксной

хирургии. Субъективная оценка состояния больных (ГИИКЖ) после ранее выполненной фундопликации является одним из наиболее важных критериев при решении вопроса о необходимости повторной реконструктивной операции.

После рефундопликации по Ниссену с дополнительной аллопластикой синтетическим эндопротезом индекс качества жизни повторно прооперированных пациентов приблизился к показателям здорового человека.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках диссертационного исследования и не имеет коммерческой направленности, а также заинтересованности иных юридических или физических лиц.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования, получение и обработка данных, анализ и интерпретация результатов, написание статьи, утверждение рукописи — А. М. Хуболов.

References (Литература)

1. Puchkov KV, Filimonov VB. Gastroesophageal Hernias. M.: Medpractica, 2003; 172 p. Russian (Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. М.: Медпрактика, 2003; 172 с.).
2. Rodin AG, Nikitenko AI, Bazaev AV, et al. The Experience of Operative Therapy of Hiatus Hernias. *Sovremennye Tehnologii v Medicine [Modern Technologies in Medicine]* 2012; (4): 89–93. Russian (Родин А.Г., Никитенко А.И., Базаев А.В. и др. Опыт оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. *Современные технологии в медицине* 2012; (4): 89–93).
3. Starodubtsev VA, Baulin VA, Kupriyanov MP, et al. Immediate and long-term endoscopic results of surgical treatment of gastroesophageal reflux disease and gastroesophageal. *Anthology of A.V. Vishnevsky Surgery Institute* 2012; 7 (1): 125–126 p. Russian (Стародубцев В.А., Баулин В.А., Куприянов М.П. и др. Ближайшие и отдаленные эндоскопические результаты хирургического лечения ГЭРБ и ГПОД. *Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского* 2012; 7 (1): 125–126).
4. Kubyshkin VA, Korniak BS. Gastroesophageal reflux disease. M.: Meditsina, 1999; 189 p. Russian (Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. М.: Медицина, 1999; 189 с.).
5. Dean C, Etienne D, Carpentier B, et al. Hiatal hernias. *Surg Radiol Anat* 2012; 34 (4): 291–299.
6. Aliev SA, Omarov OI, Omarov IM. Experimental study of a new method treatment of axial hiatal hernia. *Journal of New Medical Technologies* 2013; 20 (1): 65–67. Russian (Алиев С.А., Омаров О.И., Омаров И.М. Экспериментальное обоснование нового способа лечения аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. *Вестник новых медицинских технологий* 2013; 20 (1): 65–67).
7. Ellis F, Watson D, Gayet V, et al. Laparoscopic reoperation for failed antireflux surgery. *Am J Surg* 2011; 56: 172–180.
8. Martin N, Groces H. Reoperation after for failed antireflux surgery. *Arch Surg* 2015; 112: 56–63.