

*На правах рукописи*

Белова Юлия Владимировна

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ**  
**РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ**  
**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И ТРАДИЦИОННОГО**  
**СПОСОБОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ**

14.00.27 – хирургия

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Тверь – 2007 год

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Тверская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор

**Е.М. Мохов**

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор

**А.Н. Афанасьев**

доктор медицинских наук, профессор

**Г.Н. Румянцева**

Ведущая организация: Московский государственный  
медико-стоматологический университет

Защита диссертации состоится «27» февраля 2007 г. в 12.00. часов на заседании диссертационного Совета (К 208.099.01) при ГОУ ВПО Тверской ГМА Росздрава по адресу: г. Тверь, ул. Советская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Тверской государственной медицинской академии и на сайте академии.

Автореферат разослан «\_\_\_» января 2007 г.

Ученый секретарь диссертационного Совета  
кандидат медицинских наук,  
доцент

**В.В. Мурга**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### *Актуальность исследования*

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) относится к числу часто встречающихся заболеваний. По данным ряда авторов, распространенность ГЭРБ среди взрослого населения достигает 50% (В.А. Кубышкин и соавт., 1999; A. Cuschieri et.al., 2002). В настоящее время мировым сообществом гастроэнтерологов ГЭРБ по своей частоте, возможным тяжелым проявлениям и опасным последствиям признана одним из ведущих заболеваний пищеварительной системы (В.Т. Ивашкин и соавт., 2004).

Результаты консервативного лечения ГЭРБ оставляют желать лучшего. Так рецидив болезни нередко наступает через 1–2 недели после отмены препаратов; у части пациентов развиваются стриктуры пищевода, прогрессирует метаплазия его эпителия; нередко больные обречены на пожизненный эндоскопический контроль и применение дорогостоящих лечебных препаратов, что отрицательно отражается на качестве их жизни (Б.С. Корняк и соавт., 2001; И.В. Маев и соавт., 2004; J. Borrie et.al., 2005).

Более эффективным является хирургическое лечение, в частности, использование эндовидеохирургических (лапароскопических) вмешательств. Однако после операций по поводу ГЭРБ, особенно выполненных по традиционной методике, все еще встречается довольно большое число послеоперационных осложнений (А.О. Буеверов и соавт., 1999, 2003; А.И. Прудков и соавт., 2001; В. Dallemagne et.al., 2002). Не определена окончательно удельная значимость в лечебном процессе при ГЭРБ лапароскопических вмешательств; нуждается в совершенствовании техника последних; в полной мере не исследованы зависящие от способа выполнения операции (эндовидеохирургического или традиционного) особенности течения послеоперационного периода; не изучено в должной мере влияние малоинвазивных операций на сроки реабилитации и качество жизни

пациентов (И.А. Шляховский, 2002; D.J.Kahrilas et.al., 2003; W.J.Hogan, 2005).

Все это побудило нас провести настоящее исследование, ориентированное на повышение эффективности хирургического лечения пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

### ***Цель и задачи исследования***

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения ГЭРБ.

Исходя из названной цели, решались следующие задачи.

1. Применить лапароскопический способ хирургического лечения ГЭРБ и внести усовершенствования в технику выполнения соответствующих операций.

2. Изучить в сравнительном аспекте ближайшие результаты хирургического лечения пациентов с ГЭРБ, оперированных лапароскопическим и традиционным способами.

3. Оценить отдаленные результаты лапароскопических и традиционных вмешательств по поводу ГЭРБ.

4. Провести сравнительный анализ качества жизни пациентов с ГЭРБ до и в различные сроки после проведенных им лапароскопических и традиционных операций.

### ***Научная новизна***

Предложены новые технические приемы при выполнении лапароскопических операций по поводу ГЭРБ. Изучены отдаленные результаты лапароскопических и традиционных хирургических вмешательств при ГЭРБ с помощью специально разработанной оригинальной анкеты. Впервые для оценки показателей качества жизни пациентов до и после оперативного лечения ГЭРБ использован русифицированный опросник The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). На основании комплексного анализа результатов хирургического

лечения ГЭРБ, включающего исследование качества жизни пациентов, показаны преимущества лапароскопических операций перед традиционными.

### ***Практическая значимость***

Обоснована целесообразность применения в клинической практике лапароскопического способа хирургического лечения ГЭРБ. Внесены имеющие практическое значение предложения по усовершенствованию техники лапароскопических антирефлюксных операций. Апробированы и рекомендованы к практическому использованию объективные методы оценки эффективности хирургического лечения ГЭРБ.

### ***Внедрение в практику***

Результаты исследования используются в практической деятельности хирургических отделений и хирургического кабинета поликлиники Тверской областной клинической больницы и в учебном процессе на кафедре хирургических болезней ФПДО, ПК и ППС Тверской государственной медицинской академии.

### ***Апробация работы и публикации***

Основные положения работы доложены на IV научно-практической конференции хирургов Северо-запада России (г. Петрозаводск, 2003), заседании Тверского отделения Всероссийского научно-медицинского общества хирургов (г. Тверь, 2003), конференции врачей России «Вторые Успенские чтения» (г. Тверь, 2003), конференции «Актуальные вопросы эндохирургии» (г. Тверь, 2003), учредительном съезде Российского общества хирургов-гастроэнтерологов (г. Сочи, 2004), международном хирургическом конгрессе «Новые технологии в хирургии» (г. Ростов-на-Дону, 2005), выездном Пленуме Правления Всероссийского общества эндоскопических хирургов (г. Тверь, 2005), VIII съезде эндоскопических хирургов России (г. Москва, 2005), расширенном заседании кафедры общей хирургии Тверской государственной медицинской академии 31.10.2006). По теме диссертации

опубликовано 19 научных работ, из них 5 в журналах, учитываемых ВАК РФ; получен патент на изобретение, зарегистрировано 4 рацпредложения.

### ***Объем работы и ее структура***

Работа изложена на 139 страницах машинописного текста, состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 237 источников (103 отечественных и 134 зарубежных) и приложения; содержит 29 таблиц и 23 рисунка.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### ***Материалы методы исследования***

Работа обобщает опыт обследования и хирургического лечения 213 пациентов (80 мужчин, 133 женщин в возрасте от 25 лет до 81 года), страдающих ГЭРБ. Основную группу составили 84 (39,5%) больных, оперированных лапароскопическим способом, контрольную – 129 (60,5%), перенесших традиционные (открытые) операции.

Больные обследовались с помощью общепринятых клинических и лабораторных, а также специальных методик. В качестве последних использовались рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки; эзофагогастродуоденоскопия; исследование функции внешнего дыхания; суточное рН-мониторирование желудка; обзорная рентгенография, УЗИ органов брюшной полости.

Нами был разработан и использован при обследовании больных способ дифференциальной диагностики ГЭРБ и ИБС (удостоверение на рационализаторское предложение № 2498 от 30.05.2003 года), заключающийся в одновременном проведении суточного холтеровского и внутрипищеводного рН-мониторирования. Это позволило у ряда пациентов своевременно выявить хроническую коронарную патологию, исключив гастроэзофагеальный рефлюкс.

По большинству изученных показателей (возраст, пол, клинические проявления болезни, длительность анамнеза, степень выраженности

эзофагита, характер и частота большей части сопутствующих заболеваний и сочетанной патологии со стороны желудочно-кишечного тракта) основная и контрольная группы были сопоставимы друг с другом.

Наиболее частым видом сочетанной патологии желудочно-кишечного тракта при ГЭРБ была грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, имевшаяся у 80 больных основной группы и у 75 – контрольной.

Анестезиологическим пособием служил комбинированный эндотрахеальный наркоз с искусственной вентиляцией легких.

При проведении лапароскопических операций использовали стандартную 5-прокольную технику. Открытые операции осуществляли верхнесрединным лапаротомным доступом. Последовательность дальнейших этапов вмешательства у больных обеих групп была одинаковой. Преимущественно выполняемыми антирефлюксными операциями были фундопликации по Ниссену и Ниссену-Розетти, проведенные соответственно у 37 и 36 больных основной группы и у 86 и 43 – контрольной. В основной группе в 6 наблюдениях выполнена фундопликация по Тоупе, в 1 – по Дору и в 1 – по Коллису-Ниссену; в 3 случаях для создания манжеты, препятствующей забросу желудочного содержимого в пищевод, использована круглая связка печени. Всем больным основной группы и 61 контрольной проведена диафрагмокрурорафия. У 46 пациентов (в основной группе – у 29 и в контрольной – у 17) выполнена симультанная холецистэктомия в связи с наличием хронического воспаления желчного пузыря на почве желчнокаменной болезни.

В качестве приемов, ориентированных на оптимизацию техники лапароскопических фундопликаций, использовали методику хромогидропрепаровки тканей (удостоверение на рационализаторское предложение № 2620 от 28.06.2004 г.) и диссекцию их с помощью особого приспособления оригинальной конструкции – устройства для тупой препаровки тканей при эндовидеохирургических операциях (патент на изобретение № 2239375 от 10.11.04 г.).

Хромогидропрепаровка заключалась в разделении тканей после инфильтрации их раствором новокаина с метиленовой синью (100 мл 0,5 % новокаина на 5 мл 1 % метиленовой сини). Методика использована при выполнении лапароскопических операций у 53 больных.

Устройство для препаровки тканей представляло собой стальную трубку-чехол, в просвет которой вставлялась разделительная пластина с марлевой турундой. Трубка-чехол вводилась в брюшную полость через гильзу троакара, а препаровка выполнялась турундой, смена рабочих поверхностей которой осуществлялась протяжкой ее за один из концов без извлечения инструмента из троакара. С применением описанного устройства оперированы 68 больных.

При выполнении операций осуществлялась хронометрия. Фиксировалось время, затрачиваемое на каждое вмешательство, и на основании полученных сведений вычислялась средняя продолжительность операции в основной и контрольной группах больных.

Ближайшие результаты операций оценивались по данным наблюдения за состоянием больных в раннем послеоперационном периоде с регистрацией развившихся осложнений. Определялись также средние показатели времени пребывания больных в стационаре и продолжительности раннего послеоперационного периода.

Для того чтобы судить об отдаленных результатах оперативного лечения, разработана анкета, включающая вопросы о состоянии здоровья пациента и стандартизированные ответы на них (удостоверение на рационализаторское предложение № 2624 от 15.09. 2004 г.). Положительный ответ оценивался баллом +1, индифферентный – баллом 0, отрицательный – баллом –1. Общий показатель определялся путём суммации баллов. При сумме баллов от +6 до +8 результат операции считался отличным, от +3 до +5 – хорошим, от +1 до +2 – удовлетворительным, от 0 и ниже – неудовлетворительным (плохим). Проанализированы ответы на вопросы



анкеты 55 (65,5%) больных основной группы и 72 (55,8%) – контрольной в сроки 1, 3, 6, 12, и 18 месяцев после операции.

Качество жизни (КЖ) больных изучалось перед операцией (во всех наблюдениях) и в сроки 1, 3, 6, 12 и 18 месяцев после операции (у 55 больных основной группы и у 72 – контрольной). С этой целью использовался опросник The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), позволяющий оценить КЖ в баллах по таким критериям, как физическая работоспособность (ФР), физическое состояние (ФС), болевой синдром (БС), общее здоровье (ОЗ) энергичность (Эн), социальная роль (СР), эмоциональное состояние (ЭС), психическое здоровье (ПЗ).

Регистрация, обработка и анализ цифрового материала проводились при помощи персонального компьютера. Использовались программы Microsoft Excel, Microsoft Word, Statistic. Статистическая оценка достоверности разницы полученных величин осуществлялась путем вычисления критерия  $\chi^2$  или коэффициента Стьюдента.

### ***Результаты исследования***

Проведенные исследования выявили разницу во времени, затрачиваемом на выполнение традиционных и лапароскопических операций, при этом большей оказалась средняя продолжительность последних (102,0±2,6 минуты против 73,0±2,1 минуты) (P<0,01). Использование на этапе мобилизации кардии и пищевода хромогидропрепаровки тканей позволяло четко определять расположение и ход мелких ветвей блуждающих нервов и тем самым минимизировать возможность их повреждения. Применение устройства для тупой препаровки тканей упрощало и существенно ускоряло выполнение операции. Средняя продолжительность вмешательств, осуществляемых с использованием данного устройства, оказалось равной 67,2±1,1 минуты, что достоверно (P<0,05) меньше упоминавшейся выше общей средней

продолжительности выполненных лапароскопических операций ( $102,0 \pm 2,6$  минуты).

При лапароскопических вмешательствах у 2 (2,4%) больных пришлось перейти на открытый способ оперирования в связи с техническими трудностями, возникшими на этапе мобилизации абдоминального отдела пищевода. Во время выполнения открытых операций в 2 (1,5%) случаях была повреждена селезенка, что потребовало ее удаления. Все четверо пациентов выздоровели.

Ранний послеоперационный период протекал легче у больных, перенесших лапароскопические вмешательства. Из неблагоприятных симптомов, имеющих прямую связь с характером проведенной операции, в раннем послеоперационном периоде отмечены дисфагия, боли за грудиной, сочетание этих двух симптомов, рвота. Общее количество больных с перечисленными симптомами в основной группе (26 – 31,0%) было достоверно меньшим, чем в контрольной (91 – 70,5%) ( $P < 0,001$ ). Правда, и в основной, и в контрольной группах все описанные проявления носили временный характер и на момент выписки из стационара ни у одного из больных уже не наблюдались.

Послеоперационные осложнения в основной и контрольной группах в большинстве своем не были однотипными. Так после лапароскопических операций отмечены скопление желчи в подпеченочном пространстве (1), пневмония (2), дисковидные ателектазы легких (2); после традиционных – расхождение краев кожи и апоневроза операционной раны (1), желудочно-кишечное кровотечение (2), гидропневмоторакс (3), пневмония (1).

Общее число больных с послеоперационными осложнениями в основной группе оказалось близким к таковому в контрольной – соответственно 5 (6,0%) и 7 (5,4%). Лишь один пациент из основной группы, у которого диагностировано скопление желчи в подпеченочном пространстве (осложнение симультанной холецистэктомии), был повторно оперирован (проведены релапароскопия, опорожнение скопления желчи,

дренирование брюшной полости). У остальных пациентов осложнения купированы проведением консервативных лечебных мероприятий. Все больные с осложненным течением послеоперационного периода выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не отмечено.

Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре в основной группе ( $13,9 \pm 0,6$  дня) оказалась достоверно ( $P < 0,05$ ) меньшей, чем в контрольной ( $21,6 \pm 0,4$  дня). При этом ранний послеоперационный период у больных, оперированных лапароскопическим способом, длился  $7,4 \pm 0,4$  дня, а у пациентов, перенесших традиционные вмешательства, –  $13,1 \pm 0,3$  ( $P < 0,05$ ), т.е. сокращение времени стационарного лечения больных основной группы произошло за счет более ранней выписки их после выполненной операции.

Таким образом, согласно полученным данным, использование лапароскопических операций при ГЭРБ не сопровождается увеличением числа интра- и послеоперационных осложнений, способствует благоприятному течению раннего послеоперационного периода, уменьшает сроки стационарного лечения больных. Перспективными в отношении упрощения, ускорения и повышения качества лапароскопических операций при ГЭРБ можно считать наши предложения по усовершенствованию техники их выполнения.

При изучении отдаленных результатов хирургического лечения ГЭРБ с помощью разработанной нами анкеты установлено следующее.

Уже через 1 месяц после операции почти у половины больных основной группы (27 – 49,1%) результат операции мог быть оценен как отличный. Эти пациенты отмечали улучшение состояния после выполненного хирургического вмешательства. У них отсутствовали диспептические явления. Они не придерживались диеты и не принимали никаких лекарств. В контрольной группе через 1 месяц после операции таких больных было 6 (8,3%), т.е. значительно меньше, чем в основной

( $P < 0,001$ ). Спустя 3 и 6 месяцев после вмешательства число больных с отличным результатом в основной группе оставалось приблизительно таким же, как и через 1 месяц. Через 12 месяцев после операции оно повысилось до 29 (52,7%), а к 18-месячному сроку наблюдения составило 38 (69,1%). В контрольной группе количество пациентов с отличным результатом операции с течением времени также возрастало, однако на всех сроках наблюдения было ниже, чем в основной группе. Через 18 месяцев оно достигло 31 (43,1%), будучи по-прежнему достоверно ( $P < 0,01$ ) меньшим, чем в основной группе.

У сравнительно небольшой части оперированных больных результат операции оценен как плохой. Вскоре после вмешательства этих больных вновь стали беспокоить отрыжка, икота, боли за грудиной, боли по ходу пищевода во время принятия пищи и другие неприятные ощущения. Через 1 месяц после операции в основной группе был 1 (1,8%) такой больной, а в контрольной – 17 (23,6%), т.е. значительно больше ( $P < 0,01$ ). Через 3 и через 6 месяцев после операции в основной группе отмечалось 2 (3,6%) пациента с плохим результатом операции, а спустя 12 и 18 месяцев таковых не оказалось вовсе. В контрольной группе число таких больных в аналогичные сроки было гораздо большим – колебалось от 15 (20,8%) до 9 (12,5%).

Заметную долю как в основной, так и в контрольной группах занимали больные с хорошим результатом оперативного лечения. Они считали, что в состоянии их здоровья после операции произошли положительные изменения. Эти больные, как правило, могли свободно принимать твердую пищу. Иногда (редко) у них отмечались периоды ухудшения самочувствия, обычно, совпадающие с погрешностями в диете. Динамика числа таких больных по срокам наблюдения и группам была менее четкой. Через 1 месяц после операции хороший результат отмечен у близкого друг другу в процентном отношении количества пациентов основной и контрольной групп – соответственно у 27 (49,1%) и 33 (45,8%). Такое же положение с тенденцией цифр к снижению сохранялось и в более поздние сроки

наблюдения. Через 18 месяцев больных с хорошим результатом в основной группе оказалось 14 (25,4%), а в контрольной – 20 (27,7%).

У части больных результат операции был оценен как удовлетворительный. Эти пациенты отмечали улучшение самочувствия после выполненного им вмешательства, но периодически их беспокоили отрыжка и изжога, иногда прекращавшиеся самостоятельно, а иногда вынуждавшие принимать антацидные и другие препараты. Количество пациентов, у которых был получен удовлетворительный результат, в основной группе колебалось от 0 через 1 месяц после операции до 3 (5,4%) через 18 месяцев с максимумом (7 – 13,0%) через 6 месяцев. В контрольной группе пациентов с удовлетворительным результатом было заметно больше: число их колебалось от 16 (22,2%) через 1 месяц после операции до 12 (16,6%) через 18 месяцев, с максимумом 20 (27,7%) через 6 месяцев.

Таким образом, согласно полученным данным, отдаленные результаты операций по поводу ГЭРБ в изученном временном промежутке оказались лучшими при использовании лапароскопического способа их выполнения (в сравнении с традиционным). Причем отличные и хорошие результаты у большинства больных основной группы достигнуты очень быстро (через 1 месяц после операции). Надо полагать, что более скорая и полноценная реабилитация больных, перенесших лапароскопические операции, обусловлена, в первую очередь, присущей этому виду хирургических вмешательств малой травматичностью как при осуществлении доступа, так и при выполнении оперативного приема.

Особый интерес представляют результаты изучения качества жизни оперированных больных. До операции показатели КЖ наших пациентов как в основной, так и в контрольной группах характеризовались очень низкими значениями по всем изученным критериям (ФР, ФС, БС, ОЗ, Эн, СР, ЭС, ПЗ). Интегральный показатель качества жизни (ИПКЖ) у всех обследованных больных, естественно, также был весьма невысоким. В основной группе величина его ( $40,1 \pm 1,6$ ) была больше, чем в контрольной

(36,1±1,3), но не настолько, чтобы стать препятствием для объективной сравнительной оценки динамики КЖ оперированных больных в процессе их реабилитации.

Через 1 месяц после операции КЖ больных обеих групп по всем изученным критериям (ФР, ФС, БС, ОЗ, Эн, СР, ЭС, ПЗ) достоверно улучшилось. ИПКЖ в основной группе увеличился с 40,1±1,6 до 66,7±1,7 ( $P<0,01$ ), а в контрольной – с 36,1±1,3 до 47,5±1,6 ( $P<0,01$ ). Разность между величинами ИПКЖ через 1 месяц после операции и до нее в основной группе (26,1±1,6) оказалась существенно большей ( $P<0,05$ ), чем в контрольной (11,4±0,5). Данное обстоятельство свидетельствовало о том, что качество жизни у больных, оперированных лапароскопическим способом, улучшается достоверно более высокими темпами. Показатели КЖ через 1 месяц после операции по всем критериям за исключением физического состояния (ФС) в основной группе больных оказались достоверно более высокими, чем в контрольной. ИПКЖ у больных, оперированных лапароскопическим способом, также был существенно выше, чем у пациентов, перенесших традиционные вмешательства ( $P<0,01$ ).

На протяжении между первым и третьим месяцами после операции качество жизни больных продолжало улучшаться. В основной группе достоверно увеличились показатели ФР и ФС, а в контрольной – ФР и ОЗ. В то же время интегральный показатель качества жизни в основной группе через 3 месяца после выполненного вмешательства (68,1±1,0) оказался лишь немного более высоким, чем через 1 месяц (66,7±1,7) ( $P>0,05$ ), тогда как в контрольной группе величина ИПКЖ возросла существенно – с 47,4±1,6 до 52,6±0,7 ( $P<0,05$ ). Разность показателей качества жизни через 3 месяца и через 1 месяц после операции в основной группе по большинству критериев оказалась меньшей, чем в контрольной. Разница между величинами ИПКЖ через 3 и через 1 месяц после операции в основной группе (1,4±1,4) была достоверно ( $P<0,05$ ) ниже, чем в контрольной (5,2±1,3) – свидетельство того,

что на данном промежутке времени темпы улучшения качества жизни у больных, оперированных традиционным способом, выше, чем у пациентов, перенесших лапароскопические вмешательства. Тем не менее через 3 месяца после операции КЖ у больных основной группы продолжало оставаться лучшим, чем у больных контрольной группы. Это касалось всех изученных критериев КЖ, кроме одного – физического состояния (ФС), не претерпевшего существенных изменений. ИПКЖ через 3 месяца после операции продолжал оставаться достоверно более высоким ( $P < 0,05$ ) у больных, перенесших лапароскопические вмешательства.

Спустя 6 месяцев после операции КЖ пациентов основной группы оказалось лучшим, чем через 3 месяца. Различие показателей было достоверным по всем критериям, кроме одного (ЭС), величина которого возросла незначительно ( $P > 0,05$ ). ИПКЖ у больных основной группы через 6 месяцев после операции ( $83,0 \pm 0,6$ ) существенно превосходил ( $P < 0,01$ ) аналогичный показатель на предыдущем сроке наблюдения ( $68,1 \pm 1,0$ ). В контрольной группе больных картина была несколько иной. Показатели ФР и ОЗ к 6-му месяцу по сравнению с 3-м не только не повысились, но стали более низкими, причем снижение ФР было достоверным ( $P < 0,05$ ). Тем не менее ИПКЖ через 6 месяцев после операции и в контрольной группе был достоверно выше ( $P < 0,05$ ), чем через 3 месяца (соответственно  $59,1 \pm 0,6$  и  $52,6 \pm 0,7$ ). Темп улучшения КЖ на этот раз оказался более высоким у больных, оперированных лапароскопическим способом, о чем свидетельствовала достоверно большая ( $P < 0,05$ ) разность величин ИПКЖ через 6 месяцев и через 3 месяца после операции у больных основной группы ( $14,9 \pm 0,8$ ) в сравнении с контрольной ( $6,4 \pm 0,6$ ).

В результате через 6 месяцев после операции качество жизни больных основной группы оказалось лучшим, чем контрольной, по всем изученным критериям за исключением показателя ЭС, оставшегося на прежнем уровне. Интегральный показатель качества жизни у больных, оперированных

лапароскопическим способом, был достоверно более высоким, чем у пациентов, перенесших традиционные вмешательства ( $P < 0,01$ ).

Через 12 месяцев после операции в основной группе показатели КЖ больных стали достоверно больше по всем изученным критериям, а ИПКЖ увеличился с  $83,0 \pm 0,6$  до  $92,1 \pm 0,5$  ( $P < 0,01$ ). В контрольной группе КЖ достоверно улучшилось по всем критериям кроме ЭС, показатель которого хотя и возрос, но ненамного ( $P > 0,05$ ). ИПКЖ у больных контрольной группы спустя 12 месяцев после операции ( $82,4 \pm 0,4$ ) оказался достоверно большим ( $P < 0,01$ ), чем через 6 месяцев ( $59,1 \pm 0,6$ ). Темп улучшения качества жизни у больных, перенесших традиционные вмешательства, на данном отрезке времени оказался выше, чем у больных, оперированных лапароскопическим способом. Об этом говорили достоверно более высокие величины разности показателей КЖ через 12 месяцев и через 6 месяцев после операции в основной группе по сравнению с контрольной ( $P < 0,01$  по всем изучавшимся критериям). Разность значений ИПКЖ через 12 месяцев и через 6 месяцев после операции в контрольной группе ( $23,3 \pm 0,5$ ) была достоверно выше ( $P < 0,01$ ), чем в основной ( $9,1 \pm 0,6$ ).

К 12-месячному сроку наблюдения показатели качества жизни у больных, перенесших лапароскопические операции, по всем изученным критериям были существенно выше, чем у пациентов, которым выполнялись традиционные вмешательства. Естественно, что у оперированных лапароскопическим способом больных достоверно более высоким оказался и ИПКЖ ( $P < 0,01$ ).

Через 18 месяцев после операции в основной группе больных произошло снижение показателей КЖ по сравнению с 12-месячным сроком наблюдения. ИПКЖ уменьшился с  $92,1 \pm 0,5$  до  $81,4 \pm 0,5$  ( $P < 0,01$ ). В контрольной группе величины показателей ФР, ФС, СР, ЭС, ПЗ в течение указанного промежутка времени существенных изменений не претерпели ( $P > 0,05$ ), показатели БС и ОЗ стали достоверно ниже ( $P < 0,05$ ), а показатель



Эн существенно повысился ( $P < 0,05$ ); в результате ИПКЖ через 18 месяцев после операции ( $82,9 \pm 0,5$ ) остался приблизительно таким же, как и через 12 месяцев ( $82,4 \pm 0,4$ ) ( $P > 0,05$ ).

В связи с понижением показателей КЖ в основной группе разности между их величинами через 18 и через 12 месяцев после операции приобрели отрицательные значения. Отрицательной была и разность ИПКЖ ( $-10,7 \pm 0,5$ ). В контрольной группе разность между показателями ФС, БС, ОЗ и ПЗ также оказалась отрицательной; продолжали улучшаться (положительные значения разностей показателей) ФР, Эн, СР и ЭС; разность величин ИПКЖ оказалась положительной, но очень небольшой ( $0,4 \pm 0,4$ ). Отличия в величинах разностей показателей качества жизни через 18 и через 12 месяцев после операции в основной и контрольной группах были существенными ( $P < 0,05$ ).

Анализ показателей качества жизни больных спустя 18 месяцев после операции свидетельствует о том, что сравниваемые группы по этим показателям стали близкими друг другу. Лишь показатель ФР в контрольной группе оказался достоверно более высоким, чем в основной ( $P < 0,01$ ). Не отличались существенным образом и ИПКЖ пациентов основной и контрольной групп (соответственно  $81,4 \pm 0,5$  и  $82,9 \pm 0,5$ ) ( $P > 0,05$ ).

Сравнение КЖ больных до операции и через 18 месяцев после нее свидетельствует о значительных положительных изменениях состояния оперированных пациентов. Качество жизни их существенно улучшилось по всем изученным критериям. Так показатели ФС, БС и ЭС и в основной, и в контрольной группах возросли почти в 3 раза, показатели Эн и ПЗ – в 2 раза. ИПКЖ больных увеличился более чем в 2 раза ( $P < 0,01$ ).

Динамика процесса улучшения зависела от того, каким способом оперирован больной, лапароскопическим или традиционным.

На протяжении периода от 1 до 12 месяцев после операции наблюдался рост показателей КЖ у всех больных, при этом ИПКЖ пациентов,

оперированных лапароскопическим способом, оставался достоверно более высоким. Спустя 18 месяцев после операции ИПКЖ больных основной и контрольной групп приблизились друг к другу. Обращали на себя внимание гораздо более высокие темпы улучшения качества жизни пациентов основной группы по сравнению с контрольной в течение первого месяца и в сроки от 3 до 6 и от 6 до 12 месяцев после операции. Уже через 1 месяц после лапароскопической операции ИПКЖ больных был выше, чем ИПКЖ пациентов, оперированных по традиционной методике, через 6 месяцев после выполненного вмешательства.

То обстоятельство, что качество жизни больных после лапароскопических операций улучшается быстрее, чем после традиционных, и на протяжении значительного промежутка времени (до 12 месяцев) превышает показатели КЖ у больных контрольной группы, следует расценивать как одно из серьезных преимуществ использования эндовидеохирургического способа лечения ГЭРБ.

В целом результаты проведенного исследования позволяют считать, что улучшения результатов хирургического лечения ГЭРБ можно добиться использованием лапароскопического способа выполнения антирефлюксных операций и что эндовидеохирургические вмешательства при ГЭРБ заслуживают самого широкого применения в клинической практике.

## **ВЫВОДЫ**

1. Технику лапароскопических операций по поводу ГЭРБ делает более совершенной использование на этапе мобилизации пищеводно-желудочного перехода препаровки (хромогидропрепаровки) тканей с помощью предложенного нами устройства.

2. Применение вместо традиционных операций лапароскопического способа хирургического лечения ГЭРБ ведет к более благоприятному

течению раннего послеоперационного периода и сокращает время пребывания больных в стационаре.

3. Отдаленные результаты лапароскопических вмешательств при ГЭРБ существенно превосходят результаты аналогичных операций, выполненных традиционным способом.

4. Качество жизни пациентов, оперированных по поводу ГЭРБ, улучшается; после лапароскопических вмешательств этот процесс идет значительно быстрее, чем после традиционных.

5. В поздние сроки после операции по поводу ГЭРБ показатели качества жизни больных характеризуются достаточно высоким уровнем независимо от того, каким способом (лапароскопическим или традиционным) выполнялось хирургическое вмешательство.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Антирефлюксные операции при ГЭРБ предпочтительнее выполнять лапароскопическим способом.

2. В целях улучшения качества выполнения, упрощения и ускорения лапароскопической операции по поводу ГЭРБ, рекомендуется в процессе вмешательства использовать методику хромогидропрепаровки тканей и специальное устройство, предназначенное для препаровки тканей в условиях эндовидеохирургических операций.

3. При изучении эффективности как лапароскопических, так и традиционных операций по поводу ГЭРБ необходимо учитывать не только ближайшие и отдаленные их результаты, но и качество жизни оперированных больных.

4. Для оценки отдаленных результатов хирургического лечения ГЭРБ может быть использована разработанная нами анкета, а для оценки качества жизни больных до и после операции – адаптированный к условиям России вариант опросника SF-36.

## СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **О хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Мед. акад. журн. – 2003. – Т. 3, № 2, приложение 3. – С. 75–76 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).**
2. **Устройство для препаровки тканей при эндовидеохирургических операциях // Бюл. Изобретения, полезные модели. – М., 2004. – № 31, (Шч.) – С. 274 (соавторы: Е.М. Мохов, С.П. Бондаренко, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).**
3. **Об отдаленных результатах лапароскопических вмешательств по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и качестве жизни оперированных больных // Известия высших учебных заведений. Северокавказский регион. Естественные науки. Спецвыпуск, 2005. – С. 110–111 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).**
4. **Ближайшие и отдаленные результаты эндовидеохирургических вмешательств при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 1. – С. 89 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).**
5. **Результаты лапароскопических операций по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 1. – С. 91 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев, А.Г. Еремеев).**
6. **Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: возможности консервативной терапии // Санкт-Петербург – Гастро-2005: материалы 5-го Славяно-Балтийского научного форума – 2003. – № 2-3. – С. 110–111 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).**
7. **Профилактика осложнений при лапароскопических антирефлюксных операций // Ошибки, опасности и осложнения лапароскопической хирургии и гинекологии: материалы науч.-практ. конф., – Тверь, 2003. – С. 39–41 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).**
8. **О традиционных и лапароскопических антирефлюксных вмешательствах у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Современные технологии в многопрофильной больнице: материалы науч.-практ. конф., Красноярск, 2003. – С. 136–137 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).**
9. **Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: сравнительная оценка традиционных и лапароскопических операций // материалы Всероссийской конф. хирургов, посвященной 75-летию проф. Б.С. Брискина // Моск. гос. мед. унив. – Москва, 2003. – С. 39–40 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).**
10. **О консервативном и хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Успенские чтения: материалы науч.-практ.**

- конф. врачей России – Тверь, 2003. – Выпуск 3. – С. 191–193 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
11. О лапароскопических операциях при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Актуальные проблемы хирургических заболеваний: 5-й Всероссийский научный форум – Москва, 2004. – С. 129 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
  12. Отдаленные результаты лапароскопических операций при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Физиология и патология заболеваний пищевода: материалы Всероссийской науч.-практ. конф. – Сочи, 2004. – С. 115–117 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
  13. О результатах хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и качестве жизни оперированных больных // Хирургия пищевода: международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии» – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 168–169 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
  14. Консервативное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // VI съезд науч. общества гастроэнтерологов России – Москва, 2006. – С. 49–50 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
  15. О качестве жизни больных, перенесших лапароскопические операции по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клиническая медицина. Том 11. Межвузовский сборник стран СНГ – Великий Новгород – Алматы, 2006. – С. 302–303 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
  16. Качество жизни больных после лапароскопических и традиционных операций по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Актуальные вопросы современной хирургии: материалы Всероссийской науч.-практ. конф., посвящ. 85-летию Астраханского областного науч. мед. общества хирургов – Астрахань, 2006. – С. 130–131 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
  17. О хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Современные технологии диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения: материалы науч. сессии, посвященной 70-летию ТГМА – Тверь, 2006. – С. 123–125 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
  18. О качестве жизни больных после лапароскопических операций по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Новые технологии в территориальном здравоохранении: ежегодный сборник науч.-практ. работ, – Тверь, 2006. – С. 225–226 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
  19. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: качество жизни пациентов до и после лапароскопических корригирующих операций // Успенские чтения: материалы науч.-практ. конф. врачей России – Тверь, 2006. –

Выпуск 4. – С. 199–200 (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).

### **ИЗОБРЕТЕНИЯ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

1. Устройство для тупой препаровки тканей при эндовидеохирургических операциях // Патент РФ № 2239375 от 10.11.04 г., 7 А 61 В 17/32 (соавторы: Е.М. Мохов, С.П. Бондаренко, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
2. Способ дифференциальной диагностики коронарной маски ГЭРБ и ИБС // Удостоверение на рац. предложение № 2498 выдано 30.05.2003 г. Тверской государственной медицинской академией (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
3. Способ проведения провокационной пробы с щелочной газированной водой у больных с ГЭРБ // Удостоверение на рац. предложение № 2497 выдано 30.05.2003 г. Тверской государственной медицинской академией (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
4. Анкета для оценки отдаленных результатов операций у больных с ГЭРБ // Удостоверение на рац. предложение № 2624 выдано 15.09.2004 г. Тверской государственной медицинской академией (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).
5. Способ хромогидропрепаровки для выделения нервных структур во время эндоскопической операции // Удостоверение на рац. предложение № 2620 выдано 28.06.2004 г. Тверской государственной медицинской академией (соавторы: Е.М. Мохов, О.В. Терехов, В.Н. Силаев).

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

[www.gastroscan.ru/literature/](http://www.gastroscan.ru/literature/)