

Свечкарь Игорь Юрьевич

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВНЕПИЩЕВОДНЫМИ
ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Краснодар – 2015

Работа выполнена в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России).

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Дурлештер Владимир Моисеевич.

Официальные оппоненты:

Черноусов Александр Федорович, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор,

государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет им И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра факультетской хирургии №1, заведующий кафедрой;

Аллахвердян Александр Сергеевич, доктор медицинских наук, профессор, государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского», кафедра онкологии и торакальной хирургии факультета усовершенствования врачей, профессор кафедры.

Ведущая организация – государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского» Департамента здравоохранения города Москвы (г.Москва).

Защита состоится 24 июня 2015 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д208.038.01 на базе ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России (350063, Краснодар, ул. Седина, 4).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте (<http://www.ksma.ru>) ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2015 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д208.038.01

доктор медицинских наук профессор

Гуменюк Сергей Евгеньевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и рефлюкс-эзофагита (РЭ) заключается в их высокой распространенности, наличии как типичных клинических проявлений, так и атипичных симптомов, которые затрудняют диагностику и выбор адекватного лечения данной нозологии [В.Т.Ивашкин, А.А.Шептулин, 2005]. Имеются клинические исследования, подтверждающие взаимосвязь между ГЭРБ и патологией других органов и систем [Malagelada J.R., 2004; Fass R. et al., 2004; И.В.Маев и соавт., 2007, Maher M., Darwish A., 2010]. Выделена большая группа так называемых внепищеводных проявлений ГЭРБ, среди которых выделяют бронхопульмональные, оториноларингологические, кардиальные и стоматологические. Из обширного перечня патологии, вероятной причиной которой может являться гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), наиболее распространенными являются: бронхиальная астма (БА), хронический кашель (ХК), некоронарогенные боли в грудной клетке (НКБГ), хронический фарингит (ХФ) и хронический ларингит (ХЛ) [Vakil N. et al., 2006; Katz P.O. et al., 2013]. Имеется ряд работ, в которых анализируется взаимосвязь между патогенезом ГЭРБ и указанных заболеваний, и оценивается влияние кислотоснижающей терапии на их течение, однако показания к операции и результаты хирургического антирефлюксного лечения недостаточно изучены [В.А.Киприанис и соавт., 2007; Ю.Л. Солдатский, 2007; Parsons J.P., Mastronade J.G., 2010; Vaezi M.F., 2010].

Антирефлюксное хирургическое вмешательство является единственным методом, позволяющим восстановить функцию пищеводно-желудочного перехода и устранить ГЭР с его последствиями [А.Ф.Черноусов и соавт., 1999; Е.И.Сигал, М.В.Бурмистров, 2004]. Существует большое число оперативных методик, применяемых при лечении ГЭРБ. Тем не менее, данные литературы свидетельствуют о неудовлетворенности хирургов и пациентов результатами операций [К.В.Пучков, В.Б. Филимонов, 2003; О.Э.Луцевич и соавт., 2012]. В

связи с этим актуальными остаются поиски оптимального антирефлюксного хирургического метода.

Учитывая вышеизложенное, **целью работы** явилось повышение эффективности хирургического лечения больных с внепищеводными проявлениями ГЭРБ на основе оптимизации алгоритма предоперационного обследования, послеоперационного контроля и усовершенствования методики оперативного вмешательства.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Выявить частоту и структуру внепищеводных проявлений у больных с ГЭРБ, поступивших в стационар для проведения хирургического лечения;
2. Оптимизировать способ оперативного антирефлюксного вмешательства;
3. Изучить клинические и морфофункциональные особенности течения внепищеводной бронхопульмональной патологии ГЭРБ до операции и в послеоперационном периоде;
4. Провести оценку исходного статуса и отдаленных результатов хирургического лечения больных с псевдокардиальными проявлениями ГЭРБ;
5. Оценить особенности рефлюкс-зависимой ЛОР-патологии и влияние оперативного лечения на ее дальнейшее течение;
6. Разработать алгоритм дооперационного обследования, хирургического лечения и тактики послеоперационного наблюдения больных с внепищеводной патологией ГЭРБ.

Научная новизна исследования. В настоящей работе: предложен новый способ антирефлюксного оперативного вмешательства (патент на изобретение РФ № 2525732 от 23.06.2014), изучены особенности клинического течения и морфофункциональные взаимосвязи между ГЭРБ и различными формами ее внепищеводной патологии, изучена трансформация внепищеводных проявлений ГЭРБ после проведения антирефлюксного вмешательства.

Теоретическая значимость исследования. Полученные результаты углубляют представления о трансформации течения ГЭРБ и ее внепищеводных проявлений после оперативного лечения по технологии создания арефлюксной

кардии, что может служить методологическим и патогенетическим обоснованием хирургического лечения указанных заболеваний.

Практическая значимость исследования. Разработана оригинальная методика лапароскопической фундопликации, используемая в целях хирургического лечения ГЭРБ, а также ее внепищеводной патологии. Продемонстрировано, что технология хирургического формирования арефлюксной кардии в ранние сроки после вмешательства приводит к регрессу внепищеводной симптоматики у большей части пациентов.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 187 страницах и состоит из введения, обзора литературы, 5 глав с описанием методов и результатов исследования, выводов, библиографии (98 источников на русском и 89 на иностранных языках) и приложений. Работа содержит 31 рисунок, 27 таблиц.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Было обследовано 160 пациентов с ГЭРБ, находившихся на лечении в хирургических отделениях МБУЗ Городская больница № 2 «КМЛДО» г. Краснодара (с 2013г- ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2») в 2008-2012 годах. В результате обследования из общего количества пациентов выделена группа больных из 77 (48%) человек с предположительно внепищеводными проявлениями ГЭРБ.

Бронхиальная астма. У 11 (6,9%) из общего числа больных выявлена неаллергическая БА. Проводилась оценка клинической картины астмы (количество дневных и ночных симптомов) и потребности в бронхорасширяющих препаратах. Проводили измерение следующих показателей функции внешнего дыхания (ФВД): жизненная емкость легких (ЖЕЛ), функциональная ЖЕЛ (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), индекс Тиффно. С целью оценки контролируемости БА использовался тест АСТ (Asthma Control Test). При проведении суточной рН-метрии подсчитывался субъективный симптомный индекс (СИ), представляющий собой отношение количества приступов БА, ассоциированных с эпизодом рефлюкса, к их общему количеству.

Результаты лечения условно разделили на хороший (снижение количества симптомов и доз потребляемых медикаментов, уровень контроля 22 и более баллов по тесту АСТ), удовлетворительный (уменьшение симптомов и стабилизация течения астмы, уровень контроля 20-21 балл по АСТ) и неудовлетворительный (при сохранении или усугублении симптомов, факте возникновения хотя бы одного астматического статуса, повышении потребности в бронходилататорах, результатах теста АСТ менее 20 баллов).

Хронический кашель. В исследование было включено 45 (28,1%) человек с хроническим персистирующим кашлем продолжительностью не менее 8 недель. Фиксация и учет выраженности кашлевых приступов проводились с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) симптома кашля. Проводился подсчет среднесуточного количества эпизодов кашля. Рассчитывался показатель интенсивности симптома (ПИНС) кашля в виде произведения выраженности симптома (в баллах по вышеуказанной ВАШ) на частоту повторений данного симптома в течение суток. Проводилось вычисление СИ кашля во время суточной рН-метрии. За эффективность результатов лечения принимали динамику клинического течения кашля после оперативного лечения согласно ВАШ и ПИНС. Результаты лечения условно разделили на: хороший (полное купирование кашля), удовлетворительный (уменьшение эпизодов кашля не менее чем в 3 раза) и неудовлетворительный (сохранение или увеличение количества приступов ХК).

Некоронарогенные боли в грудной клетке. НКБГ выявлены у 21 (13,1%) пациента. Оценка НКБГ проводилась посредством подсчета количества приступов, вычисления по ВАШ, СИ и ПИНС симптома. Результаты лечения условно разделили на: хороший (полное купирование болевого симптома), удовлетворительный (уменьшение количества симптомов и показателя ПИНС не менее чем в 2 раза) и неудовлетворительный (сохранение или усиление НКБГ).

Хронический фарингит и хронический ларингит.

Оториноларингологическое обследование позволило выявить у 18 (11,2%) ХФ, у 19 (11,9%) больных ХЛ. Фиксация и учет специфических жалоб (першение

в горле, чувство кома) проводилось с использованием ВАШ соответствующего симптома. Проводились осмотры оториноларинголога, выполнялась непрямая фаринголарингоскопия. Результаты лечения условно разделили на: хороший (полное купирование симптомов и нормализация состояния слизистой оболочки гортаноглотки), удовлетворительный (уменьшение или купирование ряда симптомов и воспалительных явлений) и неудовлетворительный (сохранение либо ухудшение клинической и фаринголарингоскопической картины).

У всех пациентов до операции были изучены клинико-anamнестические данные, выполнялись лабораторные и инструментальные исследования (эзофагогастродуоденоскопия, полипозиционная контрастная рентгеноскопия, суточное рН-мониторирование пищевода и желудка). Параметры качества жизни оценивались с помощью опросника MOS-SF-36.

Сравнение динамики показателей после антирефлюксной операции проводилось в сроки через 1 месяц, 6 месяцев, 1 год, затем с интервалом в 1 год.

Полученные данные были обработаны методом вариационной статистики. Анализ вида распределения признаков для выбора метода дальнейшего анализа по результатам критерия Шапиро-Уилкса проводился с помощью программной поддержки «Statistica». Применялся расчет величин с использованием непараметрических методов: медиана (Me), квартили (Q_{0,25} и Q_{0,75}), минимальное и максимальное значения признака. Сравнение несвязанных групп проводилось с помощью U-критерия Манна-Уитни; для сравнения связанных групп использовался критерий Вилкоксона. Анализ различий качественных признаков проводился с использованием точного критерия Фишера в программе «Статистика-6». За достоверные принимались различия $p < 0,05$ [О.Ю.Реброва, 2003].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всем больным была выполнена лапароскопическая антирефлюксная операция по разработанной в клинике оригинальной методике (патент на изобретение РФ № 2525732 от 23.06.2014).

Интраоперационные осложнения (3 случая кровотечения из коротких желудочных сосудов и 2 случая вскрытия просвета пищевода) были

корректированы лапароскопическим путем и не потребовали конверсии в лапаротомию. Осложнений в раннем послеоперационном периоде отмечено не было. Летальных исходов не зафиксировано.

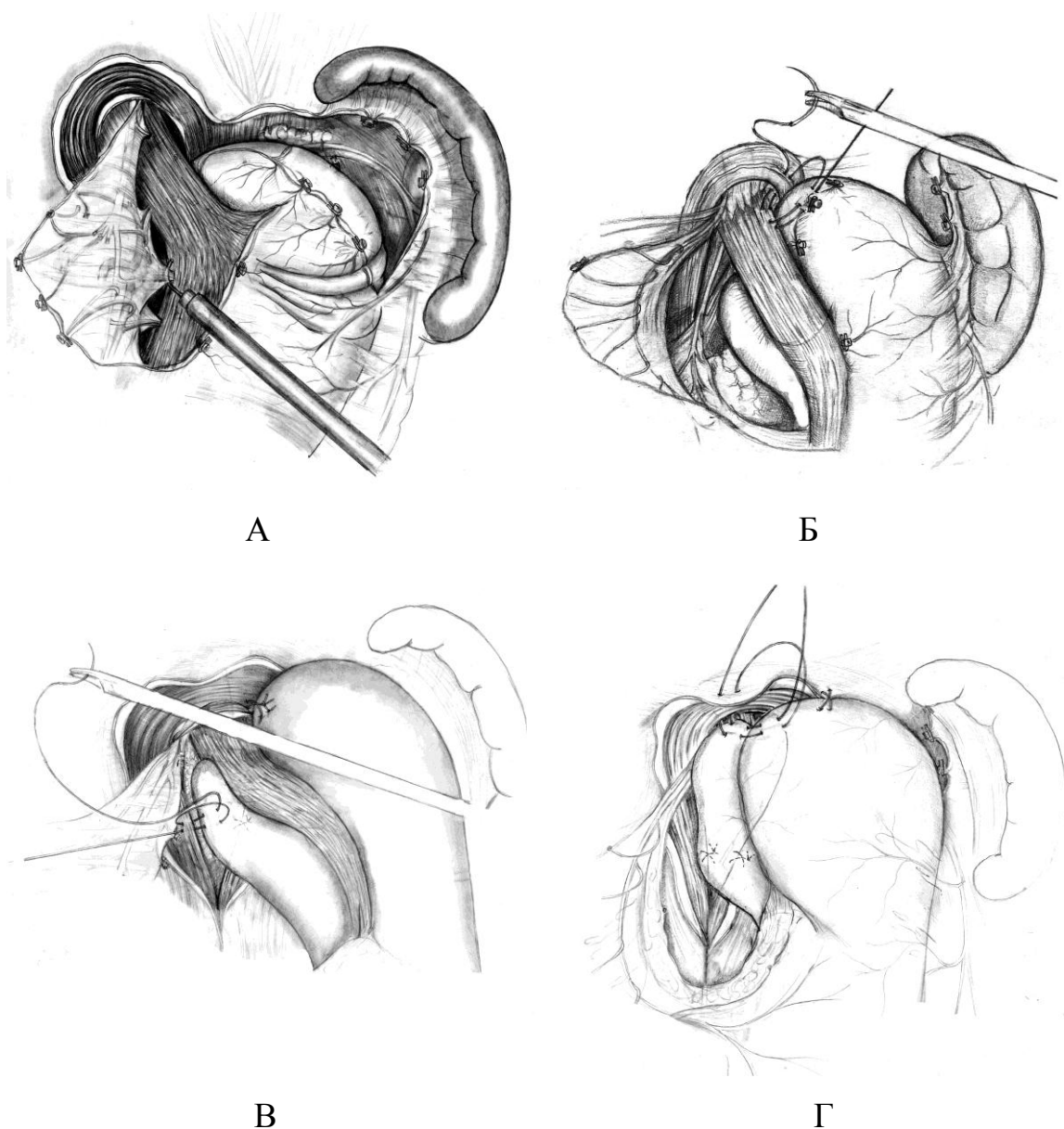


Рис.1 Этапы операции (А-Г)

1. Результаты обследования и лечения пациентов с бронхиальной астмой

Поло-возрастной состав группы: мужчин- 3, женщин- 8, средний возраст $50,5 \pm 6,2$ лет. У 2 пациентов наблюдалась тяжелая персистирующая астма, у 6- персистирующая среднетяжелая БА, у 3- легкая персистирующая форма. Продолжительность заболевания БА колебалась от 5 до 37 лет, в среднем $16,5 \pm 3,5$ лет. При анализе исходной клинической картины выявлено, что медиана

количества дневных симптомов у пациентов с БА составляет 1,6 (Q25- 0,8; Q75- 2,2) и превалирует над числом ночных симптомов, медиана которых составила 0,2 (0,1; 0,2). Частота возникновения как дневных, так и ночных симптомов была выше у пациентов с тяжелой астмой.

При эндоскопии у больных с легкой персистирующей формой астмы выявлен неэрозивный эзофагит, а у всех пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением БА установлена эрозивная форма рефлюкс-эзофагита. При суточной рН-метрии СИ у пациентов с тяжелой БА составил 75%, среднетяжелой- 71%, легкой персистирующей- 64%. Показатель СИ в среднем составил 69 %, что указывает на высокую вероятность связи симптомов БА с эпизодами ГЭР.

Все пациенты находились на базисной медикаментозной противоастматической терапии. Больные с легкой персистирующей формой астмы получали ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)- будесонид или беклометазон в дозе 200-500 мкг\сутки на 1-2 приема. С целью купирования либо предупреждения приступа астмы использовались ингаляционные β 2-агонисты короткого действия (сальбутамол или фенотерол), медиана числа доз которых в сутки составила 1 (0,8; 1,2). Больные со среднетяжелой персистирующей формой БА получали будесонид (500 мкг\сут) и формотерол на 2 приема в сутки; с целью купирования симптомов также использовались β 2-агонисты короткого действия, медиана количества доз в сутки составила 2 (1,9; 2,5). Пациенты с тяжелой БА получали будесонид (1000 мкг\сут) и формотерол, на 2 приема в сутки; с целью купирования приступа также использовались ингаляционные β 2-агонисты короткого действия, медиана количества доз в сутки- 3,75 (2,6; 3). В целом по группе медиана потребности в бронходилататорах короткого действия в сутки составила 2 (1,2; 3).

При анализе показателей ФВД до операции выявлено, что медиана значения $ОФВ_1$ составила 72% (70; 75), ЖЕЛ- 80% (74; 82), ФЖЕЛ- 76% (73; 81) от должных величин. Медиана индекса Тиффно составила 96%. Наиболее выраженное снижение уровня показателей ФВД отмечено у пациентов с тяжелой формой БА.

На момент оперативного антирефлюксного лечения не у всех больных БА являлась контролируемой. Из 11 пациентов с астмой только 3 человек (2- с легкой, 1- со средней степенью тяжести) продемонстрировали результат хорошего контроля над астмой, у них количество баллов составило 20. У всех остальных астма не являлась контролируемой, наименьший результат отмечен у больных с тяжелой формой заболевания- по 15 баллов. Медиана по всей группе до операции составила 17 (15; 20) баллов.

Таким образом, у пациентов с сочетанием ГЭРБ и БА (особенно у лиц со среднетяжелым и тяжелым ее течением) при обследовании до операции отмечены следующие явления: связь между тяжестью течения астмы с выраженностью воспалительных явлений в слизистой оболочке пищевода, высокий СИ связи симптомов БА с ГЭР, существенное снижение показателей спирометрии, низкие показатели контролируемости заболевания.

Результаты после выполнения антирефлюксной операции были прослежены у всех 11 пациентов с БА. Уже через 1 месяц и в последующем типичной симптоматики ГЭРБ не наблюдалось ни у одного пациента. Анализ результатов выявил положительную динамику дневных и ночных симптомов БА после операции. Уже через 1 месяц после операции медиана количества дневных симптомов по группе статистически значимо снизилась с 1,6 (0,8; 2,2) до 0,9 (0,5; 1,5); ночных- с 0,2 (0,1; 0,2) до 0,1 (0,05; 0,15). В дальнейшем положительная тенденция к уменьшению симптомов астмы сохранялась. Так, при проведении контрольной рН-метрии через 6 месяцев после фундопликации ни в одном случае не было отмечено связи симптомов астмы с фиксируемыми короткими слабокислыми рефлюксами. Через 2 года количество дневных приступов статистически значимо снизилось до 0,3 (0,2; 0,4), $p=0,03$; ночных симптомов- до 0,05 (0,03; 0,05), $p=0,04$ (рис. 2). За все время наблюдения ни одного случая развития астматического статуса отмечено не было.

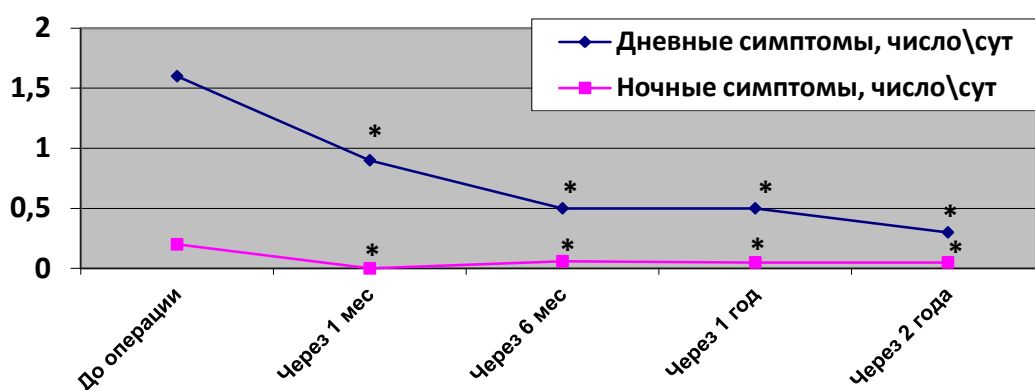


Рис.2. Динамика уменьшения количества симптомов астмы после операции
* - $p < 0,05$ по сравнению с показателями пациентов до операции

При отслеживании динамики потребления противоастматических медикаментов в послеоперационном периоде отмечены положительные изменения, достоверные различия зафиксированы в срок 6 месяцев после операции (табл.1 и рис.3).

Таблица 1

Потребность в применении коротких β_2 -агонистов у пациентов с астмой в различные сроки послеоперационного периода

Степень тяжести астмы	Количество доз коротких β_2 -агонистов в сутки, Ме (Q25; Q75)				
	До операции	Через 1 мес.	Через 6 мес.	Через 1 год	Через 2 года
Легкая персист.	1 (0,8; 1,2)	0,5 (0,4; 0,5)	0,3 (0,3; 0,4)*	0,3 (0,3; 0,4)*	0,2 (0; 0,2)*
Средней тяжести	2 (1,9; 2,5)	1,25 (1; 1,6)	0,75 (0,5; 1)*	0,55 (0,5; 0,85)*	0,5 (0,3; 0,85)*
Тяжелая	3,75 (2,6; 3)	2,25 (1,5; 1,9)*	2 (1,5; 1,5)*	1,75 (1,1; 1,5)*	1,25 (1,1; 1,5)*
Средний показатель	2 (1,2; 3)	1 (0,5; 1,8)*	0,7 (0,4; 1)*	0,5 (0,4; 1)*	0,5 (0,02; 1)*

* - $p < 0,05$ по сравнению с показателями пациентов до операции.

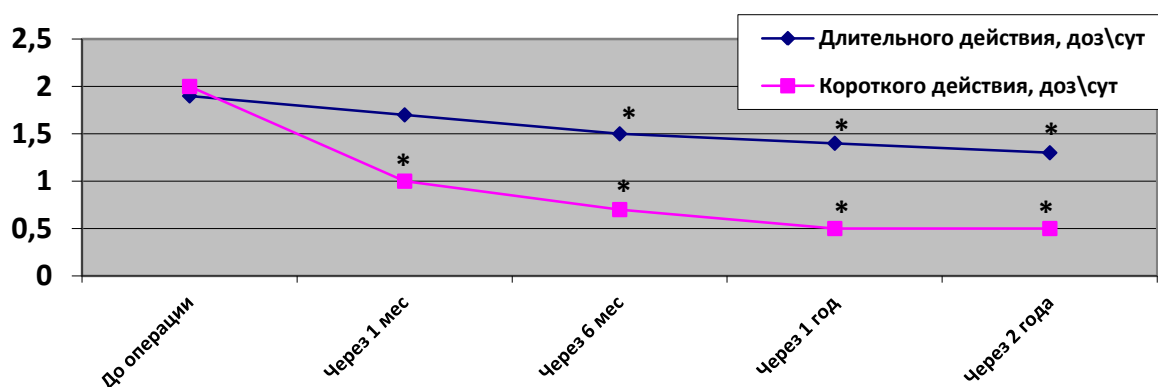


Рис. 3. Динамика потребления антиастматических медикаментов после операции
*- $p < 0,05$ по сравнению с показателями пациентов до операции

Результаты динамического изменения параметров ФВД в различные сроки послеоперационного периода отражены в табл.2.

Таблица 2

Результаты динамического исследования показателей спирометрии у пациентов с астмой в зависимости от сроков послеоперационного периода

Параметры ФВД	Показатели (в % от должных) до операции	Через 1 мес (в % от должных)	Через 6 мес (в % от должных)	Через 1 год (в % от должных)	Через 2 года и более (в % от должных)
ОФВ ₁	72 (70; 75)	79 (77; 84)*	82 (79; 89)*	86 (89; 92)*	90 (89; 95) *
ЖЕЛ	80 (74; 82)	82 (75; 85)	84 (77; 87)	89 (82; 90)*	91 (85; 93) *
ФЖЕЛ	76 (73; 81)	81 (78; 84)	83 (80; 86)	87 (85; 89)*	90 (89; 93)*
Индекс Тиффно	95 (91; 97)	97 (94; 98)	98 (95; 99)	99 (95; 99)	100

* - $p < 0,05$ по сравнению с показателями пациентов до операции

Статистически достоверные различия по всем показателям спирометрии достигнуты в срок наблюдения 1 год после антирефлюксной операции. В указанный срок медиана уровня ОФВ₁ составила 82 (79; 89)% по сравнению с предоперационным показателем 72 (70; 75) %, $p < 0,05$. Через 2 года наблюдения медиана показателя составила 90 (89; 95). Повышение уровней ЖЕЛ и ФЖЕЛ происходило соответственно повышению ОФВ₁. Через 2 года медиана значения

ЖЕЛ составила 91 (85; 93) %, ФЖЕЛ- 90 (89; 93)% против дооперационных показателей в 80 (74; 82)% и 76 (73; 81) % соответственно ($p < 0,05$).

Трансформация показателей теста по контролю над астмой АСТ в различные сроки послеоперационного периода отражена на рис. 4.

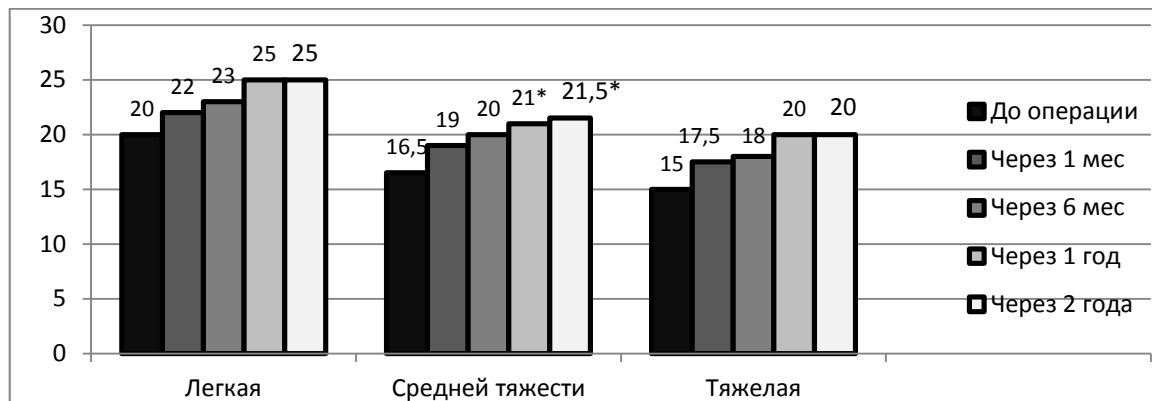


Рис 4. Трансформация показателей теста АСТ в различные сроки послеоперационного периода

* - $p < 0,05$ по сравнению с показателями пациентов до операции

Хотя различия при сравнении подгрупп в разные сроки в большинстве не достигли статистически значимого уровня, но отмечено постепенное повышение количества баллов в течение послеоперационного периода у всех наблюдаемых больных.

Положительная клиническая динамика, уменьшение потребности в медикаментах, улучшение показателей спирометрии и полностью контролируемое течение астмы (25 баллов по АСТ) позволило 2 пациентам с легкой персистирующей астмой изменить степень тяжести заболевания на легкую интермиттирующую; 1 больной со среднетяжелой формой БА- ступенчато через легкую персистирующую к концу 2-го года был переведен на легкую интермиттирующую форму. Еще 1 пациенту со среднетяжелой формой астмы в течение 2 лет наблюдения уменьшена степень тяжести до легкой персистирующей. Таким образом, через 2 года наблюдения: 3 больных имели легкую интермиттирующую форму, 2 - легкую персистирующую, 4- средней тяжести персистирующую, 2- тяжелую форму астмы.

Проводя оценку эффективности антирефлюксного лечения у пациентов с астмой, через 2 года динамического наблюдения картина представляется

следующей: хороший результат зафиксирован у 6, удовлетворительный- у 5 пациентов с астмой. Неудовлетворительных результатов отмечено не было.

2. Результаты обследования и лечения пациентов с хроническим кашлем

В данной подгруппе было 28 мужчин, 17 женщин, средний возраст составил $47,9 \pm 6,7$ лет. Длительность анамнеза кашля в среднем составила $5,5 \pm 2$ лет. При изучении анамнеза 22 (49%) пациентов с ЖК отметили связь приступов кашля с симптомами ГЭР. 36 (80%) больных отмечали возникновение кашлевых эпизодов при фонации. В исходном состоянии медиана количества приступов кашля составило 19 (17; 22) эпизода в сутки. При подсчете СИ кашля на суточной рН-метрии показатель в среднем составил 72 %, что свидетельствует о высоковероятной его связи с эпизодами рефлюкса. Медиана показателя симптома кашля по группе согласно ВАШ составила 5 (4; 6) балла. Медиана ПИНС кашля до операции по группе составила 90 (71,5; 114).

Послеоперационные результаты были прослежены: в течение 1-го года наблюдения- у всех 45 пациентов, на 2-й год- у 42 человек. Уже через 1 месяц после вмешательства типичной симптоматики ГЭРБ не наблюдалось ни у одного пациента, при дальнейшем наблюдении картина не изменялась.

Уже в ранние сроки- через 1 месяц после операции, отмечено статистически достоверное снижение всех исследуемых показателей. Так, медиана количества суточных эпизодов кашля по группе через 1 месяц снизилась в 3 раза, через 1 год- почти в 20 раз по сравнению с предоперационными данными. Отмечено снижение выраженности кашля по ВАШ- в 2,5 раза через 1 месяц и до минимального уровня в сроки наблюдения 2 года. Соответственно произошло и весьма наглядное снижение медианы ПИНС: через 1 месяц- почти в 8 раз (с 90 (71,5; 114) до 12 (6; 21) баллов) и до минимальных значений через 1 год. 31(74%) пациентов клинически отмечает полное купирование эпизодов кашля в срок наблюдения 2 года после операции. 7 (21%) больных отмечает значительное клиническое улучшение, редкие эпизоды кашля, не причиняющие беспокойства, 2-4 раза в сутки. У 2 (5%) пациентов отмечается несущественное снижение

количества кашлевых эпизодов- до 13-15 в сутки, отмеченное через 1 месяц и не изменяющееся при дальнейшем наблюдении. Изменение наблюдаемых показателей после операции отражено в табл. 3.

Таблица 3

Показатели основных клинических индексов у пациентов с хроническим кашлем в различные сроки послеоперационного периода

Клинические индексы	Показатели, Ме (Q25; Q75)				
	До операции, n=45 чел.	Через 1 мес, n=45 чел.	Через 6 мес, n=45 чел.	Через 1 год, n=45 чел.	Через 2 года n=42 чел.
Количество приступов, в сутки	19 (17; 22)	6 (4; 9)*	2 (1; 3,5)*	1 (0,5; 2)*	1 (0,5; 1)*
Выраженность кашля по ВАШ, баллы	5 (4; 6)	2 (1,5; 2,5)*	1 (1; 2)*	0 (0; 1,5)*	0 (0; 1)*
ПИНС кашля, баллы	90 (71,5; 114)	12 (6; 21)*	2 (1; 5)*	0 (0; 3)*	0 (0; 1)*

* - $p < 0,05$ по сравнению с показателями пациентов до операции

Оценка эффективности антирефлюксного лечения применительно к хроническому кашлю через 2 года наблюдения следующая: хороший результат отмечен у 31 (74%), удовлетворительный- у 7 (21%), неудовлетворительный- у 2 (5%) исследованных пациентов.

3. Результаты обследования и лечения пациентов с некоронарогенными болями в грудной клетке

Среди 21 пациента было 14 женщин, 7 мужчин; средний возраст составил $50,3 \pm 7,2$ лет. Продолжительность НКБГ в среднем составила $8,5 \pm 1,4$ лет. При изучении анамнеза 17 (81%) пациентов с НКБГ отметили клиническую связь болевых эпизодов с изжогой. При эндоскопии эрозивный рефлюкс-эзофагит выявлен у 10 (47%) пациентов с НКБГ; отмечено, что выраженность псевдокардиальной внепищеводной симптоматики по ПИНС у них выше с среднем на 7,7%, нежели у лиц с НКБГ и катаральной формой эзофагита.

Медиана количества приступов НКБГ составила 7 (6; 7,5) эпизодов в сутки.

СИ НКБГ при дооперационной суточной рН-метрии НКБГ в среднем составил 85%. Медиана показателя выраженности симптома НКБГ согласно ВАШ составила 4 (3,5; 5) балла. Медиана показателя интенсивности симптома НКБГ по группе составила 28 (22,5; 32,5) балла.

Послеоперационные результаты были прослежены: в течение 1-го года наблюдения- у всех 21 пациента, через 2 года- у 20 человек. Уже через 1 месяц после вмешательства типичной симптоматики ГЭРБ не наблюдалось ни у одного пациента, контрольные инструментальные исследования продемонстрировали надежную арефлюксную функцию фундопликационной манжеты. При дальнейшем наблюдении в сроки до 2 лет после операции картина не изменялась. Контрольная суточная рН-метрия через 6 месяцев показала отсутствие патологических ГЭР и нормализацию уровня рН в пищеводе. Через 2 года 1 (4,7%) один пациент предъявлял жалобы на возобновление изжоги, отрыжки и горечи во рту. При контрольном обследовании исследования у него был выявлен рецидив ГПОД и РЭ, произошедший вследствие развертывания и дальнейшей дислокации фундопликационной манжеты с потерей ее арефлюксных качеств.

Таблица 4

Показатели основных клинических индексов у пациентов с некоронарогенными болями в грудной клетке в зависимости от сроков послеоперационного периода

Клинические индексы	Показатели, Ме (Q25; Q75)				
	До операции, (n=21)	Через 1 мес, (n=21)	Через 6 мес, (n=21)	Через 1 год, (n=21)	Через 2 года, (n=20)
Количество приступов, в сутки	7 (6; 7,5)	2 (2; 3)*	1 (1; 2)*	1 (0; 2)*	1 (0; 2)*
Выраженность НКБГ по ВАШ, баллы	4 (3,5; 5)	2 (2; 2)*	2 (1; 2)*	1 (0; 2)*	1 (0,5; 1,5)*
ПИНС НКБГ, баллы	28 (22,5; 32,5)	4 (2; 5)*	2 (1; 4)*	1 (0; 4)*	1 (0,5; 1,5)*

* - $p < 0,05$ по сравнению с показателями пациентов до операции

Уже через 1 месяц после операции было зафиксировано статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение всех исследуемых показателей. Число приступов НКБГ в группе через 1 месяц снизилось более чем в 3 раза, через 6 месяцев – в 7 раз по сравнению с исходными данными. При дальнейшем наблюдении – отсутствие у 11 и минимальное количество симптомов у 9 пациентов. Отмечено снижение выраженности НКБГ по ВАШ – в 2 раза через 1 месяц, с дальнейшим понижением до минимального уровня в сроки наблюдения 1 год и более после вмешательства. Соответственно произошло и снижение медианы значения ПИНС НКБГ – с 28 (22,5; 32,5) до 4 (2; 5) баллов через 1 месяц и до минимального уровня через 1 год и более после операции, $p < 0,05$. Клинически 15 (71%) пациентов отмечали практически полное купирование приступов НКБГ к концу 1-го года после операции. 4 (19%) больных отмечают уменьшение количества эпизодов НКБГ в среднем до 2 раз в сутки, выраженность их также уменьшилась – в среднем до 2 баллов по ВАШ. У 2 (9,5%) пациентов существенной динамики относительно НКБГ после антирефлюксной операции не отмечается, показатели практически соответствуют исходным в течение всего периода наблюдения. Примечательно, что у этих больных до операции имелись явления легкого неэрозивного эзофагита, недостаточности кардии без ГПОД и невыраженная «типичная» клиническая симптоматика ГЭРБ. У больного с рецидивом ГПОД и РЭ показатели количества приступов, выраженности по ВАШ и ПИНС некоронарогенных болей в груди на контрольном исследовании оказались практически идентичны исходным. Этому пациенту дополнительно проведена контрольная рН-метрия, зафиксированы множественные кислые ГЭР, клинически связанные с эпизодами НКБГ, индекс симптома составил 91%.

Таким образом, через 2 года динамического наблюдения из 20 пациентов: хороший результат в виде полного купирования НКБГ зафиксирован у 10 (50%) пациентов; удовлетворительный результат отмечен у 7 (35%) больных. Неудовлетворительными результаты признаны у 3 (15%) человек, чья клиническая картина соответствует исходной до оперативного вмешательства.

4. Результаты обследования и лечения пациентов с хроническим ларингитом и фарингитом

Подгруппа состояла из 19 мужчин и 18 женщин, средний возраст составил $47,5 \pm 6$ лет. Анамнез ЛОР-заболевания в среднем составил $3,5 \pm 0,8$ лет. Исходно по данным эндоскопии эрозивный РЭ выявлен у 17 (46%). Результаты суточной рН-метрии продемонстрировали множественные кислые ГЭР, при этом у 70% пациентов отмечены многочисленные высокие забросы рефлюксата.

У больных с ХЛ чаще всего встречались следующие симптомы: утомляемость и охриплость голоса, кашель. В клинике ХФ наиболее частым и интенсивным симптомом была сухость и першение в горле- у 89% пациентов, показатель ВАШ симптома 6 (4; 8) балла.

При изучении выявленных при фаринго- и ларингоскопии изменений отмечено преобладание катаральной и гипертрофических форм ХЛ и ХФ. У всех пациентов с различными формами ХЛ отмечались явления сопутствующего катарального фарингита. Отмечен факт длительного (не менее 5 лет) сочетанного анамнеза симптоматики ГЭРБ и хронической ЛОР-патологии, а также наличия эрозивного эзофагита у всех пациентов с атрофической формой ХЛ и ХФ.

Послеоперационные результаты прослежены у всех 37 пациентов с ХФ и ХЛ. При оценке динамики клинической картины в послеоперационном периоде отмечено купирование «типичных» симптомов ГЭРБ у всех пациентов в течение первого месяца после антирефлюксной операции. Отмечена положительная динамика в отношении всех клинических симптомов как ХЛ, так и ХФ, $p < 0,05$. У 16 (84,2%) человек с ХЛ отмечено полное купирование симптомов в срок 2 года после операции. Полное купирование ЛОР-симптомов отмечено у 14 (77,7%) пациентов с ХФ. Фарингоскопическая картина характеризовалась постепенной положительной динамикой у 17 (94%) пациентов с ХФ. У всех 6 пациентов с катаральной формой ХФ к 1-му году послеоперационного контроля отмечена нормализация состояния слизистой оболочки глотки. У 8 из 10 больных с гипертрофической формой ХФ к 1-му году наблюдения отмечается исчезновение воспалительных явлений. Гипертрофический фарингит сохранялся у 2 больных,

но его выраженность стала ниже. Среди пациентов с атрофической формой ХФ : у 1 не отмечается никаких изменений после антирефлюксного вмешательства; еще у 1 больного выявлено некоторое улучшение эндоскопической картины. У всех пациентов с сочетанием ХЛ и катаральной формы ХФ после операции отмечено полное купирование явлений фарингита.

При контрольной ларингоскопии у всех 7 пациентов с катаральным ХЛ к 1-му году послеоперационного наблюдения отмечено купирование явлений ларингита. У больных с гипертрофической формой ХЛ: к 1-му году выявлено исчезновение патологических изменений и характерных жалоб у 7 человек, у 2-выраженность ларингита стала меньше. Из 3 больных с атрофической формой ХЛ только у одного отмечается нормализация ларингоскопической картины через 1 год; у остальных 2 пациентов существенных изменений после антирефлюксного лечения во все сроки наблюдения не отмечено.

Таким образом, у 15 (79%) и 14 (77,8%) пациентов с ХЛ и ХФ соответственно отмечен хороший результат лечения, наилучшие результаты отмечены среди больных с катаральными формами- воспалительные явления купированы в обеих группах. У пациентов с гипертрофической формой ХЛ и ХФ, также отмечена высокая эффективность антирефлюксного вмешательства- у всех 19 пациентов отмечен хороший или удовлетворительный результат лечения. Наименьшая эффективность лечения наблюдалась среди пациентов с атрофической формой патологии ЛОР-органов: у 3 из 5 больных зафиксирован неудовлетворительный результат.

Трансформация качества жизни больных после оперативного лечения

При оценке динамики показателей качества жизни с помощью опросника MOS SF-36 отмечено, что уже через 1 месяц после выполнения антирефлюксной операции достоверно ($p < 0,05$) повышались показатели «общее здоровье», «психическое здоровье», «социальное функционирование», но снижались показатели «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», что, вероятнее всего, связано с процессами послеоперационной реабилитации. С

увеличением сроков послеоперационного периода отмечался постепенный рост всех параметров КЖ, и через 2 года после операции они практически не отличались от популяционной нормы. Улучшение показателей КЖ отмечено в практически равной степени среди разных групп пациентов с внепищеводной патологией. Таким образом, антирефлюксное оперативное лечение приводит к статистически достоверному улучшению качества жизни пациентов.

ВЫВОДЫ

1. У 48% пациентов с ГЭРБ, отобранных для выполнения хирургического антирефлюксного вмешательства, выявлены следующие внепищеводные проявления: бронхиальная астма (7%), хронический сухой кашель (28%), некоронарогенные боли в грудной клетке (21%), хронический ларингит (12%) и фарингит (11%).

2. Используемая лапароскопическая методика, основанная на прицеливаемой мобилизации пищеводно-желудочного перехода при исключении натяжения тканей и повреждения блуждающих нервов, формировании антирефлюксного механизма с воссозданием всех компонентов физиологической кардии, продемонстрировала высокую функциональную антирефлюксную эффективность у 98,6% оперированных больных.

3. Клиническими и морфофункциональными особенностями бронхопульмональных проявлений ГЭРБ являются: снижение показателей ФВД и недостаточный уровень контроля при астме; у лиц с хроническим кашлем - инструментально и клинически подтвержденная связь с симптомами ГЭР. Выполнение антирефлюксной операции у больных с астмой приводит к снижению частоты дневных и ночных приступов, потребности в бронходилататорах, улучшению показателей спирометрии и степени контроля над заболеванием; у 95% больных с хроническим кашлем отмечено достоверное клиническое улучшение в виде полного купирования или уменьшения симптома.

4. У 80% пациентов с некоронарогенными болями в грудной клетке клинически и инструментально подтверждена их связь с патологическим ГЭР. В

отдаленном периоде после антирефлюксной операции у 85% больных с НКБГ отмечено уменьшение либо купирование болевого синдрома.

5. У больных с сочетанием ГЭРБ и хронического ларингита/фарингита исходно выявлены многочисленные высокие ГЭР. Морфологическая картина гортаноглотки у 86,5% больных соответствовала катаральной и гипертрофической формам воспаления, у 13,5% больных отмечен атрофический характер изменений. Антирефлюксные операции у 90% и 94,5% больных с ХЛ и ХФ приводили к полному купированию либо достоверному уменьшению клинических симптомов и воспалительного процесса в гортаноглотке.

6. Разработан и апробирован на практике алгоритм комплексного и поэтапного лечения больных с внепищеводной патологией ГЭРБ, который заключается в расширенном предоперационном обследовании мультидисциплинарной командой врачей, адекватной и длительной консервативной терапии, строго обоснованном хирургическом лечении с применением современных лапароскопических технологий, динамическом послеоперационном наблюдении.

РАБОТЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Хирургическое лечение больных с внепищеводными респираторными проявлениями рефлюкс-эзофагита / В.М.Дурлештер, Р.Ш.Сиюхов, И.Ю.Свечкарь, Р.Б.Беретарь // Материалы II съезда хирургов ЮФО. – Ростов-на-Дону, 2009. – С. 56 – 57.
2. Хирургическое лечение больных с внепищеводными проявлениями рефлюкс-эзофагита / В.М.Дурлештер, Р.Ш.Сиюхов, И.Ю.Свечкарь, Р.Б.Беретарь // Материалы VII научно-практической конференции молодых ученых Юга России. – Краснодар, 2009. – С. 119 – 122.
3. Свечкарь, И.Ю. Роль лапароскопической фундопликации в хирургическом лечении больных рефлюкс-эзофагитом / И.Ю.Свечкарь, Р.Ш.Сиюхов, Р.Б.Беретарь // Материалы VIII научно-практической конференции молодых ученых Юга России. – Краснодар, 2010. – С. 85 – 88.

4. Сравнительная клинико-морфофункциональная оценка хирургического лечения рефлюкс-эзофагита / В.М.Дурлештер, Р.Ш.Сиюхов, Р.Б.Беретарь, И.Ю.Свечкарь // Вестник хирургической гастроэнтерологии (материалы Всероссийской конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургической гастроэнтерологии»). – 2010. – № 3. – С.95.
5. Хирургическое лечение больных с внепищеводными проявлениями рефлюкс-эзофагита / В.М.Дурлештер, Р.Ш.Сиюхов, И.Ю.Свечкарь, Р.Б.Беретарь, Н.Е.Шабанова // Вестник хирургической гастроэнтерологии (материалы Всероссийской конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургической гастроэнтерологии»). – 2010. – № 3. – С.95.
6. *Современный взгляд на диагностику и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В.М.Дурлештер, Н.В.Корочанская, Н.Е.Шабанова, Р.Ш.Сиюхов, Т.М.Семенихина, Р.М.Тлехурай, С.А.Габриэль, И.Ю.Свечкарь// Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – №. 1. –С. 52 – 57.
7. Хирургическое лечение больных с внепищеводными проявлениями рефлюкс-эзофагита / В.М.Дурлештер, Р.Ш.Сиюхов, И.Ю.Свечкарь, Р.Б.Беретарь // Материалы IX научно-практической конференции молодых ученых и студентов Юга России «Медицинская наука и здравоохранение». – Краснодар, 2011. – С. 99 – 100.
8. Беретарь, Р.Б. Сравнительная клинико-морфофункциональная оценка хирургического лечения рефлюкс-эзофагита / Р.Б.Беретарь, Р.Ш.Сиюхов, И.Ю.Свечкарь // Материалы IX научно-практической конференции молодых ученых и студентов Юга России «Медицинская наука и здравоохранение». – Краснодар, 2011. – С. 50 – 53.
9. Оценка комплексного диагностического обследования больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / В.М.Дурлештер, Н.В.Корочанская, Р.М.Тлехурай, Н.Е.Шабанова, И.Ю.Свечкарь // Вестник хирургической гастроэнтерологии (материалы Всероссийской конференции «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии»). – 2011. – № 3. – С. 113.

- 10.* Хирургическое лечение больных с внепищеводными оториноларингологическими проявлениями рефлюкс-эзофагита / В.М.Дурлештер, Н.В.Корочанская, Р.Ш.Сиюхов, И.Ю.Свечкарь, Р.Б.Беретарь, В.Ф.Семенов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – №2. – С.86 – 90.
11. Хирургическое лечение больных с внепищеводными проявлениями рефлюкс-эзофагита / В.М.Дурлештер, Н.В.Корочанская, Р.Ш.Сиюхов, И.Ю.Свечкарь, Р.Б.Беретарь // Вестник хирургической гастроэнтерологии (материалы II съезда РОХГ «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии»). – 2012. – № 3. – С. 98.
12. Хирургическое лечение больных с внепищеводными оториноларингологическими проявлениями рефлюкс-эзофагита / В.М.Дурлештер, Н.В.Корочанская, Р.Ш.Сиюхов, И.Ю.Свечкарь, Р.Б.Беретарь // Вестник муниципального здравоохранения. – 2014. – №31(1). –Электронный ресурс: <http://vestnik.kmldo.ru/pdf/14/01/05.pdf>.
13. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита / В.М.Дурлештер, Р.Ш.Сиюхов, Р.Б.Беретарь, И.Ю.Свечкарь, Д.А.Козин // Вестник муниципального здравоохранения. – 2014. – №31(1). –Электронный ресурс: <http://vestnik.kmldo.ru/pdf/14/01/06.pdf>.
14. Пат. 2525732. МПК А61В 17/00(2006.01). ГБУЗ ККБ№2 МЗ КК, Дурлештер В.М., Сиюхов Р.Ш., Уваров И.Б., Свечкарь И.Ю., Беретарь Р.Б., Козин Д.А. Способ пластики пищеводного отверстия диафрагмы.–заявл. 2013122121/14, 14.05.2013. –опубл. 20.08.2014.Бюл. № 23.
- 15.*Результаты хирургического лечения больных с рефлюкс-ассоциированной бронхиальной астмой / В.М.Дурлештер, Н.В.Корочанская, И.Ю.Свечкарь, Р.Ш.Сиюхов, Р.Б.Беретарь, Н.Г.Мирцхулава, Н.Е.Шабанова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2014. – №2. – С. 43–48.
16. Эндовидеохирургическое лечение рефлюкс-эзофагита / В.М.Дурлештер, Р.Ш.Сиюхов, Р.Б.Беретарь, И.Ю.Свечкарь // Вестник хирургической

гастроэнтерологии (материалы Всероссийской конференции «Ошибки и осложнения в хирургической гастроэнтерологии»). – 2014. – № 2. – С. 88.

17. Результаты хирургического лечения пациентов с внепищеводными псевдокардиальными проявлениями рефлюкс-эзофагита /И.Ю.Свечкарь, В.М.Дурлештер, Н.В.Корочанская, Р.Ш.Сиюхов, Р.Б.Беретарь, Н.Е.Шабанова // Вестник хирургической гастроэнтерологии (материалы Всероссийской конференции «Ошибки и осложнения в хирургической гастроэнтерологии»). – 2014. – № 2. – С. 94.

18. Современные подходы к диагностике, медикаментозному и хирургическому лечению внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Н.В.Корочанская, В.М.Дурлештер, И.Ю.Свечкарь // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии (Приложение №44: материалы XX Российской гастроэнтерологической недели). – 2014. – Т.24. – №5. –С. 8.

*работа опубликована в журнале, включенном в Перечень российских ведущих рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:
<http://www.gastroscan.ru/literature/>