

На правах рукописи

Багдасарян Гаяне Игитовна

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО 2-4 СТАДИЯМИ
АХАЛАЗИИ КАРДИИ ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИИ ПО ГЕЛЛЕР С ПЕРЕДНЕЙ
С ГЕМИЭЗОФАГОФУНДОПЛИКАЦИЕЙ ПО ДОР**

3.1.9 – хирургия (медицинские науки)

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Барнаул – 2022

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Цеймах Евгений Александрович-доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Дамбаев Георгий Цыренович, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра госпитальной хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии, заведующий кафедрой

Чикинев Юрий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра госпитальной и детской хирургии, заведующий кафедрой

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «___» _____ 2022 года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 21.2.001.02 при федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, проспект Ленина, 40.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (656031, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Папанинцев, д.126) и на сайте: www.asmu.ru.

Автореферат разослан «___» _____ 2022 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Николаева Мария Геннадьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Ахалазия кардии (АК) – хроническое заболевание, характеризующееся аберрантной перистальтикой пищевода и недостаточным расслаблением или отсутствием расслабления нижнего пищеводного сфинктера в ответ на глоток (Черноусов А.Ф., 2012). Заболевание встречается чаще у людей трудоспособного возраста, от 20 до 60 лет (Аллахвердян А.С. и соавт., 2016; Jha L.K. et al., 2018). Ахалазия кардии развивается медленно, характеризуется постепенно прогрессирующим развитием, сопровождается неуклонным снижением качества жизни больных (Кайбышева В.О. и соавт. 2019; Анипченко А.Н. и соавт., 2021; Loosen S.H. et al., 2021). Этиология заболевания не ясна, не редко, без явных причин, у пациентов могут возникать эпизоды дисфагии, проходящие самостоятельно. В начале заболевания, случаи дисфагии редкие, большинство пациентов находят им какое-то объяснение или не обращают на них внимания, не считая это поводом для обращения за медицинской помощью. Возможно, это связано с тем, что на повседневную жизнь пациентов редко появляющаяся дисфагия большого влияния не оказывает. Если в начале заболевания она беспокоит больных при приеме только твердой пищи, в дальнейшем пациенты могут испытывать затруднение при глотании кашицеобразных и жидких продуктов. Со временем дисфагия становится чаще и регулярнее, иногда она может иметь парадоксальный характер, при которой твердая пища проглатывается легче, чем жидкая. С прогрессированием заболевания к дисфагии могут присоединиться загрудинная боль, изжога, регургитация. Выраженность симптомов заболевания влияет на качество жизни больных, часто пациенты для облегчения прохождения пищи запивают ее водой, используют различные вспомогательные движения головой, туловищем, вытягивают шею при глотании. Некоторые больные для улучшения прохождения пищи принимают ее стоя, другие слегка подпрыгивают на месте до ощущения «проваливания пищи в желудок». Со временем, в соответствии со стадийностью, заболевание прогрессирует, меняется пищевое поведение пациентов, некоторые больные переходят на употребление только жидкой пищи, другие избегают принимать пищу в общественных местах. Данные факторы влияют на пищевое и социальное поведение пациентов и несомненно приводят к снижению качества их жизни (Черноусов А.Ф. и соавт., 2017; Kamal A.N. et al., 2021). Как уже отмечалось выше, на начальной стадии АК, единственной жалобой больных может быть эпизодически возникающая и самостоятельно купирующаяся дисфагия. При первичном обращении к врачу, для исключения патологии желудочно-кишечного тракта, в том числе и для исключения

онкологической патологии, пациенты направляются на фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС), если патология, объясняющая дисфагию, не выявляется, тогда больные нередко длительно наблюдаются у неврологов, отоларингологов или психиатров. В результате, при установлении впервые выявленного диагноза АК, очень часто отмечается длительный анамнез заболевания, существенное снижение качества жизни пациентов и диагностируются уже 3 или 4 стадии АК, при которых консервативная терапия бесперспективна и больные нуждаются в хирургических методах лечения. Вопрос о причинах возникновения АК остаётся на уровне разных теорий – на сегодняшний день патогенетическое лечение не разработано и единого универсального подхода к лечению заболевания нет. В отечественных и зарубежных клинических рекомендациях по лечению и диагностике ахалазии кардии последних лет большое внимание уделяется оценке качества жизни пациентов, как одному из показателей успешности лечения заболевания, хотя четких критериев определения эффективности проведенного оперативного лечения не разработано. В послеоперационном периоде, кроме восстановления эвакуаторной функции пищевода, уделяется большое внимание динамике клинических проявлений заболевания путем использования различных опросников (Dakkak M. et al., 1992; Eckardt V. et al., 2018). В нашей стране и за рубежом активно внедряются и используются для таких целей анкетирование пациентов по специальным и общим опросникам (Оскретков В.И. и соавт., 2018; Slone S. et al., 2021; Cisternas D. et al., 2021). Данные методы оценки качества жизни пациентов в послеоперационном периоде особенно актуальны для АК в силу того, что все методы лечения заболевания, предлагаемые пациентам на современном этапе развития медицины, носят паллиативный характер, направлены на уменьшение или купирование симптомов заболевания, влияя на качество жизни больных (Чикинев Ю.В. и соавт., 2016; Jarzębicka D. et al., 2021). За более чем 200-летнюю историю изучения ахалазии кардии предложено большое количество вариантов лечения больных. Весь арсенал предлагаемых методов можно разделить на три направления: медикаментозное, хирургическое и эндоскопическое. Для получения желаемых результатов необходим индивидуальный подход к каждому пациенту и информирование пациента о всех возможных и доступных на сегодняшний день методах лечения заболевания. Это нелегкая задача с учетом того, что определенных критериев оценки эффективности разных хирургических методов лечения АК не разработано. Особенно важно это становится в связи с тем, что активно развивается малоинвазивная хирургия, в частности, эндоскопическая хирургия предлагает новые методики оперативного лечения заболевания. Например, активно набирающая популярность и внедряющаяся во многих отечественных и

зарубежных клиниках пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ) (Inoue H., 2010). Результаты новых методов лечения активно дискутируются в научном мире, появляются публикации со сравнительным анализом ПОЭМ с другими традиционными методами лечения ахалазии кардии (Галимов О.В. и соавт., 2019; Чикинев Ю.В. и соавт., 2021). Не оспаривая тот факт, что данное оперативное вмешательство малоинвазивное, необходимо обратить внимание на отсутствие антирефлюксного этапа при проведении ПОЭМ и в силу возможного развития рефлюкс-эзофагита (РЭ), особенно важным становится оценка качества жизни пациентов в послеоперационном периоде, так как тяжелый послеоперационный рефлюкс-эзофагит иногда может намного больше повлиять на качество жизни больного и ухудшить его самочувствие, чем симптомы АК (Галимов О.В. и соавт., 2020; Modayil R.J. et al., 2021). Самым частым оперативным методом лечения АК остается эзофагокардиомиотомия по Геллер, дополненная фундопликацией по Дор, для профилактики возникновения рефлюкс-эзофагита в послеоперационном периоде (Fukushima N. et al., 2021; Sherwinter D. et al., 2022). В настоящее время все большее число исследователей отдают предпочтение выполнению этой операции видеолaparоскопическим доступом (Оскретков В.И. и соавт., 2004; Кляритская И.Л. и соавт., 2020; Разумовский А.Ю. и соавт., 2021). Применение антирефлюксных операций снижает вероятность развития гастроэзофагеальных рефлюксов после эзофагокардиомиотомии с 12% до 2-4% (Дамбаев Г.Ц. и соавт., 2004; Gyawali C.P. et al., 2021; Sherwinter D. et al., 2022). Целесообразность выполнения эзофагокардиомиотомии при АК 4 стадии, сопровождающейся нередко угнетением моторной функции пищевода, некоторыми хирургами оспаривается (Ручкин Д.В. и соавт., 2019; Шестаков А.Л. и соавт., 2021; Torres-Landa S. et al., 2021). У таких пациентов рекомендуют производить экстирпацию пищевода. Однако есть сообщения, подтверждающие возможность восстановления проходимости пищевода после миотомии по Геллер при ахалазии пищевода 4 стадии (Оскретков В.И. и соавт., 2014; Аллахвердян А.С. и соавт., 2021), хотя оценка качества жизни данной категории больных в послеоперационном периоде не нашла должного отражения в литературе. В связи с применением разных методик оперативного лечения ахалазии кардии, появилась необходимость оценки результатов лечения заболевания не только путем проведения инструментальных методов исследования функции пищевода, но и оценки качества жизни пациентов в отдаленном периоде наблюдений после операции путем использования различных опросников, что и определило цель нашего исследования.

Степень разработанности темы исследования

В настоящее время, существует много опросников, используемых для анкетирования пациентов с целью определения состояния больных до хирургического вмешательства и оценки изменений клинических проявлений заболевания в послеоперационном периоде наблюдения. В научной литературе чаще всего используются отдельные опросники. До настоящего времени, использование одновременно трех опросников для оценки качества жизни больных с АК после видеолапароскопической эзофагокардиомиотомии по Геллер с фундопликацией по Дор наряду с выполнением инструментальных методов исследования двигательной функции пищевода и замыкательной функции кардии не проводилось. В научной литературе нет сообщений о применении нескольких опросников, которые бы взаимодополняли друг друга, при этом не дублируя вопросы. Поэтому очень важно не только выбрать подходящие для ахалазии кардии опросники, но и определить их комбинацию, в соответствии со сформулированной целью и поставленными задачами в исследовании. Чаще всего, результаты проведения различных хирургических вмешательств основываются на анализе инструментальных методов исследования функции пищевода, при этом стандартов инструментальных методов исследования моторной функции пищевода и замыкательной функции кардии, обязательных для проведения в послеоперационном периоде наблюдений не разработано. При этом, не обращается должного внимания на то, как сам пациент оценивает состояние своего здоровья и качество своей жизни после проведения той или иной операции. Все вышеперечисленное создает сложности для определения эффективности разных методов лечения АК, сложно сопоставить полученные разными авторами результаты, поэтому данные по эффективности разных методов оперативного лечения пациентов с АК довольно разноречивы.

Цель исследования

Оценить качество жизни пациентов со 2-4 стадиями ахалазии кардии после видеолапароскопической эзофагокардиомиотомии по Геллер, дополненной передней гемиезофагофундопликацией по Дор, используя анализ результатов анкетирования больных специальными опросниками и данных инструментальных методов исследования двигательной функции пищевода и замыкательной функции кардии.

Задачи исследования

1. Выяснить возможности восстановления эвакуаторной функции пищевода у больных 2-4 стадиями АК после эзофагокардиомиотомии по Геллер с передней гемиезофагофундопликацией по Дор путем проведения

специальных методов исследования двигательной функции пищевода и замыкательной функции кардии.

2. Провести сравнительный анализ данных, полученных в результате анкетного опроса по опроснику GIQLI, шкале Eckardt и модифицированному опроснику Dakkak до и после эзофагокардиомиотомии по Геллер с передней гемиезофагофундопликацией по Дор, для оценки качества жизни пациентов и анализа динамики выраженности клинических симптомов АК.
3. Выяснить целесообразность выполнения органосохраняющей операции у пациентов ахалазией кардии четвертой стадии путем проведения анализа отдаленных результатов инструментальных обследований и определения качества жизни больных путем анкетирования по опроснику GIQLI, шкале Eckardt и модифицированному опроснику Dakkak.

Научная новизна исследования

В данной работе впервые для проведения комплексной оценки качества жизни пациентов больных АК после ее видеолaparоскопической коррекции применяются одновременно три взаимодополняющих опросника. Доказана целесообразность применения такого количества опросников для анкетирования оперированных больных, так как используемые опросники не повторяют друг друга, а дополняют. Впервые применен модифицированный нами опросник Dakkak для количественной оценки выраженности дисфагии в до- и послеоперационном периодах. Получены достоверные данные, что после видеолaparоскопической эзофагокардиомиотомии по Геллер, с передней гемиезофагофундопликацией по Дор, функциональные и морфологические изменения в пищеводе подвергаются обратному развитию и повышается качество жизни пациентов при 2-4 стадиях заболевания.

Теоретическая и практическая значимость работы

Оценка качества жизни пациентов после видеолaparоскопической эзофагокардиомиотомии по Геллер с передней гемиезофагофундопликацией по Дор у больных АК с использованием специальных опросников является важным направлением наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде. При диспансерном наблюдении оперированных пациентов, внедрение использования опросников путем анкетирования больных в отдаленном периоде наблюдений позволит оценить качество жизни пациентов. В результате, для уточнения функции пищевода и оценки качества жизни оперированных пациентов, нет необходимости проведения всем оперированным больным специальных методов обследования функционального состояния пищевода, что

может существенно снизить финансовые затраты медицинского учреждения, уменьшить нагрузку на медицинский персонал и целесообразно для пациентов в виду большого количества зондовых методов исследования функции пищевода с возможностью возникновения ряда осложнений. Результаты диссертационной работы внедрены и широко применяются в практической работе КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2», г. Барнаула». Доказана для пациентов с ахалазией кардии четвертой стадии целесообразность выполнения органосохраняющей видеолапароскопической эзофагокардиомиотомии по Геллер с фундопликацией по Дор, так как у данной категории пациентов были получены достоверные данные по восстановлению эвакуаторной функции пищевода.

В отдаленном периоде наблюдения после операции, при проведении сравнительной оценки качества жизни пациентов доказано, что после видеолапароскопической эзофагокардиомиотомии по Геллер, дополненной передней гемиезофагофундопликацией по Дор, пациенты имеют более высокие показатели качества жизни по физическому и психическому компонентам здоровья, по сравнению с исходными показателями, в том числе и пациенты с 4-й стадией, достоверное повышение качества жизни у пациентов с 4-й стадией заболевания убеждает нас рекомендовать органосохраняющую операцию этой категории больных.

Методология и методы исследования

Данное исследование выполнено на базе хирургического отделения КГБУЗ Городская больница №12 г. Барнаула (с 2022 года Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2, г. Барнаула), клинической базе кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России. Основу диссертационной работы составляют результаты обследования и лечения 158 больных ахалазией кардии, которые находились на лечении в клинике с 2000 по 2021 годы. Со 2-ой стадией АК оперировано – 38 пациентов, с 3-ей стадией – 72 пациента и 48 пациентов с 4-ой стадией заболевания. При поступлении всем пациентам проводился обязательный комплекс инструментальных обследований: фиброэзофагогастродуоденоскопия, которая при выявлении эзофагита дополнялась хромоэндоскопией, а при возникновении подозрений на метаплазию эпителия слизистой оболочки пищевода или опухолевый процесс пациентам в таких случаях проводилась прицельная биопсия слизистой оболочки пищевода, в обязательный комплекс исследований также были включены рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, внутрипищеводная манометрия пищевода и

эзофаго-гастрального перехода, 24-часовая (суточная) внутриваршесводная рН-метрия. Всем наблюдавшимся 158 пациентам было предложено и выполнено однотипное оперативное вмешательство – видеолароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллер с передней гемиезофагофундопликацией по Дор.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Видеолароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллер с передней гемиезофагофундопликацией по Дор позволяет восстановить эвакуаторную функцию пищевода, ликвидировать патологический феномен нарушения открытия кардии, предотвращает развитие ГЭР, что повышает качество жизни пациентов в ближайшем и отдаленном периодах наблюдений после оперативного лечения.
2. Для оценки качества жизни больных после видеолароскопической эзофагокардиомиотомии по Геллер, дополненной передней гемиезофагофундопликацией по Дор, возможно использование анкетирования пациентов специальными опросниками.
3. После видеолароскопической эзофагокардиомиотомии по Геллер, дополненной передней гемиезофагофундопликацией по Дор, морфофункциональные изменения в пищеводе подвергаются обратному развитию – сокращается диаметр пищевода, улучшается проходимость в области кардии, уменьшаются явления хронического эзофагита, в том числе, при 4-й стадии заболевания, что позволяет нам рекомендовать данной категории пациентов органосохраняющую операцию.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность результатов диссертационной работы основывается на большом количестве наблюдений, использовании современных методов исследований, соответствующих поставленным в диссертационной работе цели и задачам. Результаты проведенных клинических исследований согласуются со сформулированными в диссертационном исследовании научными положениями, выводами и рекомендациями и подтверждаются фактическими данными, представленными в приведенных таблицах и рисунках. Сбор данных, интерпретация результатов, полученных в ходе исследования, их статистический анализ проведены с использованием современных методов обработки информации и статистического анализа. Результаты диссертационного исследования были доложены на научно-практической конференции АГМУ (Барнаул, 2020 г.); II Итоговой научно-практической конференции НОМУИС (Барнаул, 2020 г.), XXI городской научно-практической конференции молодых ученых «Молодежь – Барнаулу» (Барнаул, 2021 г.); конференции молодых

ученых в рамках «Недели науки в АГМУ» (Барнаул 2019, 2021, 2022 гг.), межкафедральном совещании сотрудников хирургических кафедр: кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, кафедры факультетской хирургии с курсом ДПО, кафедры госпитальной хирургии, кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России (2022).

Связь работы с научными программами

Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательской работы ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (номер государственной регистрации темы № 122011300283-9) на кафедре общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России.

Публикации

По материалам диссертационной работы было опубликовано 7 научных работ, 5 из которых были оформлены как научные статьи в рецензируемых научных изданиях. По теме диссертации 3 научные работы были опубликованы в журналах, включенных в перечень, рекомендованных ВАК, в которых должны быть отражены основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, доктора наук. Диссертационная работа выполнена с соблюдением этических норм и правил, предусмотренных Бюллетенем ВАК Министерства Образования РФ № 3 от 2002 г. «О порядке проведения биомедицинских исследований у человека» и одобрено Комитетом по этике ФГБОУ ВО «Алтайского государственного медицинского университета» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 8 от 16 октября 2018 года). Автором получено свидетельство о государственной регистрации базы данных №2021622317 от 28 октября 2021 г.

Личный вклад соискателя

Изложенный в диссертации материал, был получен, статистически обработан и проанализирован лично автором. Анализ литературы зарубежных и отечественных авторов проведен лично автором. Все опубликованные статьи по выполненной работе были написаны лично автором. Автор также принимал непосредственное участие в проведении оперативных вмешательств у тематических больных, послеоперационном ведении пациентов, приглашал пациентов на контрольные госпитализации в послеоперационном периоде, изучал отдаленные результаты лечения, проводил анкетирование больных по

опросникам, выполнил написание диссертационной работы. Статистический анализ полученных данных был проведен с помощью программы Systat Sigma Plot 11.0. При количестве наблюдений <30 , использовался критерий Шапиро-Уилка, при количестве наблюдений >30 , критерий Колмогорова-Смирнова. При нормальном распределении признаков значения средних величин были представлены в виде $M \pm m$, (M – среднее арифметическое выборочной совокупности, m – стандартная ошибка среднего). При сравнении 2-х выборок использовался t -критерий Стьюдента. При ненормальном распределении признаков расчеты выполнялись непараметрическим способом с определением медианы (Me) и квартилей ($Q1:Q3$), при сравнении процентных соотношений признаков между двумя группами применялся z -критерий Фишера. Достоверным различие считалось при $p < 0,05$, когда вероятность различия составляла больше 95%.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 137 страницах машинописного текста, включает 17 рисунков и 27 таблиц. Диссертация состоит из введения и четырех глав: аналитический обзор литературы, материалы и методы исследования, результаты специальных методов исследования пищевода до и после операции, результаты анкетирования больных ахалазией кардии по специальным опросникам до и после оперативного лечения. Также диссертационная работа содержит такие разделы, как заключение, выводы, практические рекомендации и список использованной литературы. В список использованной литературы включены 189 источника, из них 84 отечественных и 105 иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Оценка качества жизни пациентов со 2-4 стадиями ахалазии кардии после видеолaparоскопической эзофагокардиомиотомии по Геллер с передней гемиезофагофундопликацией по Дор

В диссертационное исследование включено 158 больных ахалазией кардии со 2-4 стадиями заболевания. Всем пациентам при госпитализации было проведено анкетирование с использованием опросника GIQLI, шкалы Eckardt и модифицированного опросника Dakkak. Также всем пациентам были проведены специальные инструментальные методы исследования двигательной функции пищевода и замыкательной функции кардии. В обязательный комплекс инструментальных методов исследования пациентов входили: рентгеноскопия пищевода и желудка, фиброэзофагогастродуоденоскопия, манометрия пищевода и пищеводно-желудочного перехода, внутрипищеводная суточная рН-метрия.

Исследуемые пациенты были распределены на три группы в зависимости от стадии АК. В I группу были определены пациенты со 2-ой стадией, во II группу

пациенты с 3-ей стадией и в III группу вошли пациенты с 4-ой стадией заболевания и была определена еще контрольная группа из 35 человек без признаков каких-либо заболеваний, результаты инструментальных исследований, которых были приняты за физиологическую норму. Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, срокам послеоперационного наблюдения и сопутствующей патологии. Средний возраст больных составил $51,4 \pm 6,6$ лет. Полученные нами данные показали, что чем длительнее был анамнез заболевания, тем более была выражена стадия ахалазии кардии. Так, большинство пациентов с 4 стадией заболевания (33 человека, 68,8%) при госпитализации в клинику для оперативного лечения отмечали длительность заболевания от 5 до 10 лет, почти половина пациентов с 3 стадией ахалазии кардии (34 чел., 47,2%) отмечали период от 3 до 5 лет, более половины больных со 2 стадией заболевания (22 человека, 57,9%) отмечали длительность заболевания от 1 года до 3-х лет. Из 88 пациентов, которых удалось обследовать при госпитализациях для контроля послеоперационных результатов, более половины исследований (52 человека, 59,1%) было проведено в период от 3 до 12 месяцев после операции. В последующие временные периоды количество пациентов уменьшалось: в период от 1 года до 5 лет на контрольную госпитализацию согласились 21 человек, что составило 23,9% от общего количества обследованных после операции больных, в период от 5 до 10 лет, на госпитализацию для контроля послеоперационных результатов согласились 15 человек (17%).

Результаты инструментальных методов обследования наблюдавшихся пациентов до и после эзофагокардиомиотомии по Геллер, дополненной передней гемиезофагофундопликацией по Дор.

По результатам рентгенологического исследования у всех больных до оперативного лечения выявлялось расширение диаметра пищевода и отмечалась задержка начала эвакуации бариевой взвеси. У I группы больных расширение диаметра пищевода достигало в среднем до $44,7 \pm 1,4$ мм, без деформации или патологической извитости органа. Перистальтика стенок пищевода была усилена, регистрировались частые сегментарные сокращения. Эвакуация контрастного вещества в желудок была полная, но, отмечалась задержка эвакуации бариевой взвеси, которая в среднем составляла $6,3 \pm 0,5$ мин. Газовый пузырь желудка определялся лишь у 4 человек (10,5%) и был уменьшен в размерах. Характерным признаком при рентгенологическом исследовании пациентов II группы было выраженное расширение диаметра пищевода, в среднем достигающее $61,8 \pm 1,5$ мм, нередко выявлялась деформация пищевода, иногда он приобретал веретенообразную форму. Горизонтальный уровень жидкости в пищеводе был выявлен у более, чем половины пациентов этой

группы 37 чел., (51,4%), а наличие натошак остатков пищи наблюдалось у 35 чел., (48,6%). Отмечалось снижение амплитуды перистальтики стенок пищевода. Наблюдалась задержка эвакуации контрастного вещества из пищевода в желудок, достигающая в среднем $11,6 \pm 0,6$ мин. У большинства пациентов данной группы 70 чел., (97,2%) газовый пузырь желудка не определялся.

У всех пациентов III группы, по результатам контрастной рентгенографии пищевода и желудка было выявлено расширение контура средостения. Дилатация пищевода достигала в среднем $80,1 \pm 2,2$ мм, пищевод был не только расширен, но и значительно удлиннен и деформирован. Характерной особенностью рентгенологической картины пищевода у пациентов данной группы было выявление утолщения складок слизистой оболочки пищевода, ее пятнистый рельеф, которые являлись рентгенологическими признаками наличия хронического эзофагита. У большинства пациентов III группы выявлялись остатки пищи (39 чел., 81,2%) и горизонтальный уровень жидкости в пищеводе (40 чел., 83,3%), газовый пузырь желудка не определялся (48 чел., 100%). Было выявлено выраженное снижение моторной функции пищевода, наблюдалась длительная задержка эвакуации контрастного вещества из пищевода в желудок, в среднем более получаса.

Таким образом, по данным рентгенологического исследования пищевода и желудка, расширение диаметра пищевода наблюдалось у пациентов во всех исследуемых группах, но было более выражено у больных III группы, с 4 стадией ахалазии кардии. Дилатация пищевода у пациентов данной группы статистически достоверно была больше, чем диаметр пищевода пациентов II группы на 29,6%, и на 79,2%, чем диаметр пищевода у пациентов I группы ($p < 0,001$).

Эвакуация суспензии бария с задержкой в среднем на $6,3 \pm 0,5$ мин наблюдалась у больных I группы. Медленное поступление контрастного вещества из пищевода в желудок, малыми порциями, с задержкой суспензии сульфата бария в просвете пищевода нередко более, чем на 10 минут наблюдалось у больных II группы. Самая длительная задержка эвакуации контрастного вещества из пищевода в желудок, в среднем достигающая $35,1 \pm 3,1$ мин, была выявлена у пациентов III группы. Не наблюдалось статистически значимой разницы в частоте встречаемости таких признаков как наличие горизонтального уровня жидкости, остатков пищи в пищеводе натошак и отсутствие газового пузыря желудка у пациентов с 3 и 4 стадиями заболевания, по этим рентгенологическим признакам данные группы были сопоставимы ($p > 0,05$). Явления хронического эзофагита наблюдались в 100% случаев у пациентов во II и III группах (72 и 48 пациентов соответственно) и у 6 чел., (15,8%) в I группе.

Изучив данные рентгенологического исследования пищевода и желудка в отдаленном периоде наблюдений после операции, мы пришли к выводу, что диаметр пищевода уменьшился у пациентов во всех группах. Остатков пищи, горизонтального уровня жидкости в просвете пищевода не выявлено, что говорит о полном восстановлении эвакуаторной функции пищевода. Максимальное сокращение диаметра пищевода в послеоперационном периоде наблюдений было выявлено в период от 3 до 12 месяцев, при последующих госпитализациях пациентов, достоверных данных по дальнейшему сокращению диаметра пищевода не наблюдалось. В послеоперационном периоде наблюдений диаметр пищевода у пациентов I группы с ахалазией кардии 2 стадии уменьшился на 50,7%, у пациентов III группы с ахалазией 3 стадии – на 61,2% и у пациентов III группы, куда были определены больные с 4 стадией заболевания, сокращение диаметра пищевода по сравнению с дооперационными данными составило 67,5% ($p < 0,05$). По рентгенологическим данным диаметр пищевода пациентов контрольной группы и исследуемых групп после операции не имел статистически значимой разницы, по данному критерию группы были сопоставимы ($p > 0,05$).

По данным фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС), до оперативного лечения расширение пищевода описывалось только у пациентов II и III групп. Расширение пищевода по данным ФЭГДС описывалось в данных группах в 97-100% случаев, наличие остатков пищи в просвете органа наблюдалось в 39-46% случаев, скопление пенистой жидкости от 38-48% случаев. У большинства пациентов I группы (97,4%) был выявлен катаральный эзофагит. Установлена взаимосвязь между частотой выявляемости хронического эзофагита и стадией заболевания. Так, частота хронического эзофагита достигала 76,4; 85,4% у пациентов во II и III группах соответственно, тогда как в I группе исследуемых больных при проведении ФЭГДС хронический эзофагит был описан лишь у одного пациента (2,6%). Частота выявляемости эрозивного эзофагита также возрастала со стадией ахалазии кардии, выявляясь у 2,6% пациентов в I группе и достигая 2,8; 10,4% у пациентов II и III групп соответственно. Явления эрозивного эзофагита, описанные до операции у 1 пациента (2,6%) в I группе, у 2-х пациентов (2,8%) во II группе и у 5 пациентов (10,4%) в III группе – после операции не выявлены ($p < 0,001$). После оперативного лечения явления катарального эзофагита у пациентов I группы уменьшились и описывались в 8,6% случаях, явления хронического эзофагита у пациентов II и III групп уменьшились и описывались у 16,7; 24,1% пациентов соответственно ($p < 0,05$). Остатков пищи в просвете органа не описано во всех группах.

Данные манометрии пищевода и пищеводно-желудочного перехода до оперативного лечения показали, что по мере увеличения стадии ахалазии кардии

наблюдалось уменьшение амплитуды сокращений пищевода во всех его отделах и увеличение тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), достигающего в среднем $22,3 \pm 0,4$ мм.рт.ст. у пациентов I группы, $23,6 \pm 0,2$ мм.рт.ст. у пациентов II группы и $24,6 \pm 0,3$ мм.рт.ст. у пациентов III группы. После оперативного лечения, по результатам манометрического исследования, выявлено увеличение амплитуды стенок пищевода у больных во всех группах, исключая четырех пациентов с 4 стадией заболевания, у которых отмечена атония пищевода. Тонус НПС (в области сформированной в результате гемиззофагофундопликации по Дор манжеты) у пациентов I группы уменьшился на 13,5%, II группы на 17,8%, у пациентов III группы на 18% ($p < 0,001$). Тонус НПС у пациентов исследуемых групп статистически достоверно не отличался от тонуса НПС в контрольной группе ($p > 0,05$).

По данным внутрипищеводной суточной рН-метрии эпизодов патологических гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) зарегистрировано не было ни в одной из трех исследуемых групп. Выявленное в средней и нижней трети пищевода, без зафиксированных ГЭР у 3 (6,3%) пациентов из III группы с 4 стадией АК закисление было связано с длительным застоем пищевых масс и брожением содержимого полости пищевода. Следует отметить, что после оперативного лечения клиника гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) не наблюдалась у пациентов во всех трех группах и показатели суточной внутрипищеводной рН-метрии были в пределах нормы. Индекс De Meester не превышал принятый за норму показатель 14,72. Общее количество ГЭР у пациентов всех групп за сутки не превышало 46 (согласно норме по DeMeester).

Результаты анкетирования пациентов до и после эзофагокардиомиотомии по Геллер, дополненной передней гемиззофагофундопликацией по Дор по специальным опросникам.

Опросник GIGLI был нами использован для оценки гастроинтестинального индекса качества жизни. Для успешного решения задач, обозначенных в диссертационной работе, в опроснике были выделены следующие четыре блока вопросов:

- 1) характеризующие состояние НПС и желудка;
- 2) функциональное состояние кишечника;
- 3) эмоциональный компонент здоровья;
- 4) физический компонент здоровья.

Это позволило по полученным результатам анкетирования оценить выраженность и частоту проявлений желудочно-кишечных симптомов, качество жизни пациентов как до оперативного вмешательства, так и в отдаленном периоде послеоперационного наблюдения.

Согласно результатам анкетирования больных по опроснику GIQLI, до оперативного лечения, среднее количество баллов, набранных всеми пациентами равнялось $91,7 \pm 1,1$ баллов, что было меньше максимально возможного и желаемого значения 144 балла на 36,3%. Было выявлено, что до оперативного лечения, меньше всего баллов было набрано пациентами III группы, с 4 стадией заболевания. Они набрали меньше на 2,9% баллов, чем пациенты II группы и на 18% меньше, чем пациенты I группы. После операции наступило существенное увеличение общей суммы баллов по сравнению с дооперационными данными у всех анкетированных больных. В отдаленном периоде наблюдения в сроки от 3 месяцев и до 10 лет после операции, количество набранных пациентами баллов увеличилось и равнялось в среднем 120-128 баллов, что было меньше максимального и желаемого результата на 11,1-16,7% ($p < 0,001$). При анализе результатов анкетирования пациентов при каждой отдельно взятой стадии АК было установлено, что в отдаленные сроки наблюдения после операции было отмечено статистически достоверное увеличение суммы набранных баллов при 2 стадии на 37,8%, при третьей – на 25,2%, при четвертой стадии – на 50% ($p < 0,001$).

При проведении анализа динамики набранных баллов, по каждому из блоков опросника выявлено, что до операции, по категории вопросов, характеризующих состояние НПС и желудка, статистически достоверной разницы по полученным баллам между исследуемыми группами не обнаружено, больные в среднем набирали 12-14 баллов, что было меньше максимально возможных по данному блоку 16 баллов на 12,5-25% ($p > 0,05$). После операции у пациентов всех исследуемых групп количество баллов за этот блок вопросов возросло и достигло максимально возможным значениям в данном блоке опросника – 16 баллам, без статистически значимой разницы между группами ($p > 0,05$). По следующему блоку вопросов, характеризующих функциональное состояние кишечника до операции, пациенты набирали в среднем 24-42 баллов, что меньше желаемых и возможных 60 баллов на 30-60%, после операции количество баллов увеличилось, достигнув в среднем 48-60 баллов, что было меньше желаемых 60 баллов на 20% ($p < 0,05$).

По блоку вопросов по физическому компоненту здоровья пациенты всех групп до операции и в отдаленном периоде наблюдений после операции не имели статистической значимой разницы по набранным баллам ($p > 0,05$).

По вопросам, определяющим эмоциональный компонент здоровья, до операции пациенты набирали в среднем 21,50-22,50 баллов, что было меньше максимально возможных 40 баллов на 43,75-46,25%. В отдаленном периоде

наблюдений количество набранных баллов увеличилось до 36-38,50 баллов, что было меньше желаемого результата в этом блоке уже на 3,75-10% ($p < 0,05$).

Таким образом, по опроснику GIGLI статистически значимая разница наблюдалась между данными до и после операции во всех исследуемых группах. По набранным баллам в отдаленном периоде наблюдений после операции, исследуемые группы были сопоставимы.

Результаты анкетирования по шкале Eckardt показали, что общая сумма баллов, набранных больными всех исследуемых групп до хирургического лечения была на 38,3% ниже максимально возможного и не желаемого показателя 12 баллов и составляла $7,4 \pm 0,2$ балла. Следует отметить, что до оперативного лечения, статистически достоверно, клинические проявления заболевания у пациентов с в III группе по шкале Eckardt были более выражены, чем у пациентов во II и I группах, пациенты данной группы набирали в 2 раза больше баллов, чем пациенты II группы и в 1,6 раза больше баллов, чем пациенты I группы ($p < 0,001$). После операции установлено уменьшение суммы набранных баллов у пациентов во всех группах до $2,3 \pm 0,2$ баллов, что было меньше максимально возможных 12 баллов на 80,8%. При сравнительном анализе с дооперационными данными уменьшение общего количества баллов составило 68,9% ($p < 0,001$). В отдаленном послеоперационном периоде у пациентов I группы со 2 стадией АК клинические проявления заболевания, выраженные в баллах, уменьшились на 75%, у больных II группы с 3 стадией АК средний балл по шкале Eckardt уменьшился на 60%, у пациентов III группы с 4 стадией АК на 75% ($p < 0,001$). Увеличение массы тела пациентов после оперативного лечения, представленное в виде повышения ИМТ, являлось не только одним из факторов эффективности проведенного оперативного вмешательства и улучшения эвакуаторной функции пищевода, но и улучшения рациона питания пациентов и улучшения качества жизни оперированных больных. ИМТ у пациентов I группы увеличился на 11,9%, у пациентов II группы на 14,6%, у пациентов III группы увеличился на 15,3% ($p < 0,05$). После оперативного лечения, по критерию индекс массы тела, наблюдалось отсутствие статически значимых различий между исследуемыми группами, что говорит о сопоставимости исследуемых групп по данному критерию: ИМТ у пациентов I группы составил 23,50 (22, 00:24,50), у пациентов II группы 23,50 (22, 00:24,50), у пациентов III группы 22,50 (19, 50:23,50) ($p > 0,05$).

Таким образом, анализ полученных в результате анкетирования пациентов с использованием шкалы Eckardt данных показал, что выполненная видеоэндоскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллер, дополненная передней гемизофагофундопликацией по Дор, статистически достоверно способствовала снижению частоты возникновения таких симптомов ахалазии

кардии, как дисфагия, загрудинная боль, регургитация и способствовала повышению массы тела пациентов во всех исследуемых группах.

Для количественной оценки выраженности дисфагии был использован модифицированный нами опросник Dakkak. Модификация опросника Dakkak состояла не только в балльной оценке возможности проглатывания продуктов разной консистенции (в оригинальном опроснике Dakkak был представлен определенный набор продуктов, не характерных для населения нашей страны), но еще при начислении баллов учитывались условия прохождения пищи (запивание водой, движения туловищем). В отдаленные сроки наблюдения по модифицированному опроснику Dakkak все пациенты показали увеличение общего количества набранных баллов по сравнению с дооперационными показателями. При этом, пациенты I группы набрали на 38% больше баллов, пациенты II группы – на 124% и пациенты III группы – на 254% больше баллов, по сравнению с показателями до операции ($p < 0,001$). Таким образом, оперативное вмешательство способствовало уменьшению дисфагии, выраженной в баллах при всех стадиях АК, по сравнению с данными до операции, в том числе и у пациентов с 4 стадией заболевания. Анализ результатов анкетирования по модифицированному опроснику Dakkak, показал, что вне зависимости от стадии заболевания полученные отдаленные результаты, по количественной оценке, дисфагии были позитивными у пациентов всех исследуемых групп.

Выводы

1. Видеолапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллер, дополненная передней гемиезофагофундопликацией по Дор у пациентов со 2- 4 стадиями АК, улучшает показатели, характеризующие гастроинтестинальный индекс качества жизни по опроснику GIGLI, свидетельствует об уменьшении частоты клинических проявлений заболевания по шкале Eckardt и уменьшении выраженности дисфагии при ее количественной оценке по модифицированному опроснику Dakkak.
2. Видеолапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллер, дополненная передней гемиезофагофундопликацией по Дор, в результате ликвидации патологического феномена – нарушения открытия кардии, улучшает эвакуаторную функцию пищевода у больных ахалазией кардии 2 стадии на 5,6%, 3 стадии – на 14,4%, 4 стадии – на 13,4% по результатам манометрии пищевода и пищеводно-желудочного перехода.
3. Видеолапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллер, дополненная передней гемиезофагофундопликацией по Дор, по результатам рентгенографии пищевода и желудка, способствует уже в первый год наблюдения после операции, уменьшению диаметра пищевода больных ахалазией кардии 2 стадии

– на 57,5%, 3 стадии – на 64,4%, 4 стадии – на 70% по сравнению с данными до операции. По данным эзофагогастродуоденоскопии признаки катарального эзофагита в отдаленном периоде наблюдений у пациентов со 2 стадией выявлялись на 94,5% меньше, признаки хронического эзофагита у пациентов с 3 стадией – на 83,3%, 4 стадией – на 72,4% меньше по сравнению с дооперационными данными.

4. Улучшение качества жизни пациентов по результатам опросников и улучшение эвакуаторной функции пищевода по результатам инструментальных методов исследований у пациентов с 4 стадией АК позволяет нам рекомендовать органосохраняющую эзофагокардиомиотомию по Геллер, дополненную передней гемиезофагофундопликацией по Дор, у данной категории больных.

Практические рекомендации

1. При ахалазии кардии 2-4 стадий выполнение видеолaparоскопической эзофагокардиомиотомии по Геллер, дополненной передней гемиезофагофундопликацией по Дор, позволяет достичь положительных результатов в том числе у пациентов с 4 стадией ахалазии кардии, поэтому рекомендуется проводить органосохраняющую операцию у данной категории больных.
2. Видеолaparоскопическую эзофагокардиомиотомию по Геллер, дополненную передней гемиезофагофундопликацией по Дор, рекомендуется выполнять при ахалазии кардии 2-4 стадий, так как по данным опросника GIGLI, шкале Eckardt и модифицированному опроснику Dakkak были выявлены положительные результаты в отдаленном периоде наблюдений.
3. Оперированные пациенты со 2-4 стадиями ахалазии кардии нуждаются в диспансерном наблюдении и применении специальных опросников, которые позволяют оценить качество жизни пациентов в отдаленные сроки наблюдений после оперативного вмешательства.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Предполагается оценить отдаленные результаты лечения по оценке качества жизни пациентов ахалазией кардии после других видов эндоскопических операций, включая пероральную эндоскопическую миотомию, уточнить факторы, способствующие возникновению неудовлетворительных результатов оперативного лечения и показания к экстирпации пищевода при рецидиве заболевания.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Застойный эзофагит у больных ахалазией кардии(АК): Тезисы Общероссийского хирургического форума – 2019 совместно с XXII Съездом Общества эндоскопической хирургии России (РОЭХ им. Академика В.Д. Федорова) (г. Москва, 10-12 апреля 2019 г.) / Г.И. Багдасарян, Д.В. Балацкий, А.Р. Андреасян // Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского. – 2019. – №1. – С.93-94.
2. Количественная оценка степени дисфагии у больных ахалазией кардии, нуждающихся в оперативном лечении: Тезисы XII Съезда хирургов / В.И. Оскретков, А.Р. Андреасян, Г.И. Багдасарян // Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского. – 2020. – №1. – С. 321.
3. Отдаленные результаты после видеоэндоскопической кардиомиотомии по Геллеру с фундопликацией по Дор у пациентов со 2-4 стадиями ахалазии кардии / В.А. Ганков, Е.А. Цеймах, Г.И. Багдасарян, А.Р. Андреасян, С.А. Масликова // Хирургическая практика. – 2021. – № 3 (47). – С. 40-49. (ВАК).
4. Оскретков, В.И. Количественная оценка выраженности дисфагии и основных симптомов ахалазии кардии в дооперационном и послеоперационном периодах / В.И. Оскретков, Г.И. Багдасарян, А.Р. Андреасян // Эндоскопическая хирургия. – 2021. – Т. 27, № 4. – С. 17-22. (ВАК).
5. Оценка качества жизни пациентов с ахалазией кардии после видеолапароскопической эзофагокардиомиотомии по Геллер с фундопликацией по Дор / Е.А. Цеймах, В.А. Ганков, Г.И. Багдасарян, А.Р. Андреасян, С.А. Масликова // Бюллетень медицинской науки. – 2021. – № 4 (24). – С. 33-38.
6. Свидетельство о регистрации базы данных № 2021622317. Результаты специальных методов исследования замыкательной функции кардии и анкетирования по модифицированному опроснику Dakkak, опросникам Eckhardt, GIGLI: № 2021622228 / Г.И. Багдасарян. Заявл. 19.10.2021; Оpubл. 28.10.2021. Бюл. №11.
7. Оценка антирефлюксной функции кардии после эзофагокардиомиотомии по Геллеру с фундопликацией по Дору у пациентов с ахалазией кардии / Е.А. Цеймах, В.А. Ганков, Г.И. Багдасарян, А.Р. Андреасян, С.А. Масликова // Оперативная хирургия и клиническая анатомия (Пироговский научный журнал). – 2022. – Т. 6, № 1. – С. 39-45. (ВАК).

Список использованных сокращений и условных обозначений

АК – ахалазия кардии;

ГПЖ – газовый пузырь желудка;

ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс

ДПК – двенадцатиперстная кишка;

ИМТ-индекс массы тела;

НПС – нижний пищеводный сфинктер;

ПЖП – пищеводно-желудочный переход;

ПОЭМ – пероральная эндоскопическая миотомия;

РЭ – рефлюкс-эзофагит

ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия;

ХЭ – хронический эзофагит;

ЭП – экстирпация пищевода;

GIQLI – Gastrointestinal quality of life index (гастроинтестинальный индекс качества жизни)