

На правах рукописи

ГРИГОРЯН

Марианна Александровна

**АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ РЕЦИДИВА
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ
У БОЛЬНЫХ ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ
ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО
АНТИРЕФЛЮКСНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Барнаул – 2021

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

Научный руководитель:

Оскретков Владимир Иванович — доктор медицинских наук, профессор.

Официальные оппоненты:

Галимов Олег Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, заведующий кафедрой

Пучков Константин Викторович, доктор медицинских наук, профессор, Автономная некоммерческая организация «Центр клинической и экспериментальной медицины» (г. Москва), генеральный директор

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

Защита диссертации состоится «__»_____2021 года в _____ часов на заседании Диссертационного совета Д 208.002.03 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 «__»_____2021 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Николаева Мария Геннадьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Аксиальные и гигантские грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) по классификации Б.В. Петровского и Н.Н. Каншина (1962) являются одной из частых хирургических патологий, способствующих развитию гастроэзофагельной рефлюксной болезни (ГЭРБ), обычно сопровождающейся развитием дистального пептического рефлюкс-эзофагита (РЭ) различной тяжести (Маев И.В. и соавт., 2004; Savarino E. et al., 2017). Клинические проявления ГЭРБ, особенно изжога, и длительно протекающий РЭ, существенно снижают качество жизни пациентов (Nealis T.B. et al., 2008; Dellon E.S. et al., 2010).

Консервативная терапия ГЭРБ и сопутствующего ей РЭ при ГПОД позволяет лишь на время купировать их клинические симптомы, т.к. не воздействует на причину возникновения патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) (Галимов О.В. и соавт., 2006; Бордин Д.С., 2014). После прекращения медикаментозного лечения рецидив ГЭРБ возникает у 50-90% пациентов с ГПОД (Пучков К.В. и соавт., 2003). В связи с этим хирургическое вмешательство по поводу ГЭРБ у больных ГПОД является основным методом лечения (Соловьев Г.М., 2000; Маев И.В. и соавт., 2004). Современная хирургия ГЭРБ при ГПОД предполагает выполнение антирефлюксного видеолaparоскопического вмешательства, являющегося малотравматичным для пациентов и, по мнению многих авторов, считается «золотым стандартом» ее лечения (Пучков К.В. и соавт., 2002; Грубник В.В. и соавт., 2005; Василевский Д.И., 2011; Hatch K.F. et al., 2004). Применение миниинвазивных технологий не исключает возникновение серьезных послеоперационных осложнений – гипо-/гиперфункция фундопликационной манжетки с возникновением дисфагии, Gas-bloat синдром, феномен «телескопа», деформация желудка в виде «песочных часов» (Багненко С.Ф. и соавт., 2015; Галлямов Э.А. и соавт., 2019). У 2-42% оперированных больных возникает рецидив заболевания (Багненко С.Ф. и соавт., 2015; Гуль И.С., и соавт., 2018; Тарбаев И.С. и соавт. 2018; Галлямов Э.А. и соавт., 2019), что требует повторных, иногда многократных операций. Повторные антирефлюксные операции проводятся у 3-6% больных с рецидивом заболевания (Калинина, А.В. и соавт., 2007; Turkcapar A. et al., 2007; Singhal T. et al., 2009; Dallemagne B. et al, 2011; Allaix M.E., et al., 2017). По мнению различных авторов реконструктивные операции являются успешными лишь у 23-89% больных (Анищенко В.В. и соавт., 2014; Федоров В.И. и соавт., 2016; Луцевич О.Э. и соавт., 2017; Галлямов Э.А. и соавт., 2019; Celasin H. et al., 2017; Ulualp K. et al., 2018;).

Диагностика рецидива ГЭРБ обычно происходит вследствие обращения пациентов за медицинской помощью с появлением у них соответствующих жалоб, нередко, даже

не в первые месяцы их появления. (Черноусов, А.Ф. и соавт., 2011; Разумахина М.С. и соавт., 2014; Федоров В.И. и соавт., 2016). Это приводит к поздней диагностике рецидива ГЭРБ, что осложняет ее лечение. Другой способ выявления рецидива ГЭРБ используют при оценке результатов хирургического вмешательства с вызовом всех оперированных пациентов для проведения им специальных методов обследования, что затратно, как для пациентов, так и лечебного учреждения.

Для первичной диагностики ГЭРБ и ее рецидива после антирефлюксного оперативного вмешательства используют одни и те же инструментальные методы исследования. В амбулаторно-поликлинических условиях доступными методами диагностики являются фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с биопсией слизистой оболочки пищевода (СОП), а также рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Однако, для оценки тяжести ГЭРБ и состояния нижней пищеводной зоны высокого давления (НПЗВД) необходимы суточная внутрипищеводная рН-метрия и манометрия пищеводно-желудочного перехода, которые предпочтительно проводить при стационарном пребывании больного. Вместе с тем, не все пациенты после антирефлюксного вмешательства должны подвергаться инструментальным методам исследования, если у них нет соответствующих показаний. Для этого необходимо разработать алгоритм диагностики рецидива ГЭРБ, начиная с не инвазивных и общедоступных методов на амбулаторном этапе обращения пациента. На первом амбулаторно-поликлиническом этапе диагностики наиболее доступным методом, позволяющим выявить основные симптомы рецидива заболевания может быть анкетирование пациентов по специальным опросникам. После выявления по результатам анкетирования пациентов с симптоматикой рецидива ГЭРБ (группа риска) только им необходимо провести инструментальные методы исследования замыкательной функции кардии, включающие рентгенологические и эндоскопические исследования, суточную внутрипищеводную рН-метрию и манометрию пищеводно-желудочного перехода, дополняющих один другого. Для разработки целесообразности подобного подхода в диагностики рецидива ГЭРБ после антирефлюксного видеолапароскопического вмешательства и были направлены наши исследования.

Степень разработанности темы исследования

Существует множество специальных опросников, которые, как правило, используются авторами для изучения качества жизни оперированных больных для подтверждения целесообразности примененного ими метода лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (Денисова О.А., 2015; Жолдасбекова А.С. и соавт., 2016; Смирнова Ж.Г. и соавт., 2018). Опросники отличаются между собой по числу вопросов

характеризующих наличие признаков ГЭРБ и их выраженности, состояние желудочно-кишечного тракта, по отражению компонентов, составляющих качество жизни пациентов. Поскольку нет ни одного опросника, который бы в полной мере способствовал выявлению указанных признаков, необходимо одновременное использование нескольких опросников, дополняющих один другого. Выбор опросника и их комбинации для решения поставленных задач имеет важное значение. Поскольку в литературе нет однозначного подхода в выборе опросника, то это создает трудности для сопоставления результатов проведенных исследований.

Не нашло должного отражения в научной литературе целесообразность использования результатов анкетного опроса для выявления пациентов с рецидивом заболевания. Не изучено при какой сумм баллов и при какому блоку вопросов в том или ином опроснике можно утверждать отсутствие рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, наличие ложно- или истинно-положительных признаков ее рецидива. Требуется установить, какие результаты анкетного опроса являются основанием для проведения специальных методов исследования замыкательной функции кардии.

Для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ее рецидива применяют одни и те же методы исследования: рентгеноскопию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, фиброэзофагогастродуоденоскопию при необходимости с биопсией слизистой оболочки пищевода, суточную внутрипищеводную рН-метрию и манометрию пищеводно-желудочного перехода, которые дополняют один другого (Ивашкин В.Т. и соавт., 2003; Калинин А.В. и соавт., 2004; Рапопорт С.И. и соавт., 2005; Granderath F. et al., 2006; Stefanidis D. et al., 2010).

Вместе с тем, стройной системы последовательности проведения диагностических исследований не существует. Одни авторы начинают обследовать больных рентгенологическим методом (Оглоблин А.А., 2009; Туранов Н.Л. и соавт., 2010), другие предпочитают вначале – ФЭГДС, как более доступный и безопасный метод (Ивашкин В.Т., 2003; Фарбер А.В. и соавт., 2012). Разноречивы подходы хирургов и к тому, сочетание каких методов исследования необходимо использовать для постановки диагноза (Багненко С.Ф., 2015). Не достаточно изучено, в какой последовательности необходимо проводить диагностические исследования, с учетом результатов предыдущих обследования, какие из методов обследования являются обязательными для постановки диагноза и выбора способа лечения, а какие являются дополнительными для решения лишь определенных задач (выбора метода реконструктивного вмешательства).

Согласно представленным данным научной литературы актуальность разработки алгоритма диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных

грыжей пищевода отверстия диафрагмы после антирефлюксного видеолaparоскопического вмешательства обусловлена частотой этого осложнения, существенно снижающего качество жизни пациентов, и недостаточно разработанной тактики его своевременного выявления. Оптимизация диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после оперативной коррекции замыкательной функции кардии требует дальнейшей разработки.

Цель исследования

Усовершенствовать принципы диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после антирефлюксного видеолaparоскопического вмешательства у больных грыжей пищевода отверстия диафрагмы путем выявления группы риска по результатам анкетирования с помощью специальных опросников (первый этап) с последующим уточнением диагноза проведением у этих пациентов специальных методов исследования замыкательной функции кардии (второй этап).

Задачи исследования:

1. Выяснить возможности скрининг-диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных грыжей пищевода отверстия диафрагмы после антирефлюксного видеолaparоскопического вмешательства путем анкетирования по специальным опросникам GIQLI и GERD-HRQL и общему опроснику SF-36 для выявления пациентов (группа риска), нуждающихся в уточнении диагноза проведением специальных методов исследования замыкательной функции кардии.
2. Выяснить признаки рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после антирефлюксного видеолaparоскопического вмешательства различными специальными методами исследования замыкательной функции кардии.
3. Разработать алгоритм диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после антирефлюксного видеолaparоскопического вмешательства у больных грыжей пищевода отверстия диафрагмы и установить оптимальные сроки проведения скринингового исследования для выявления пациентов группы риска с симптоматикой гастроэзофагеального рефлюкса, а также периодичность анкетирования оперированных больных.

Научная новизна

Предложен новый подход в диагностике рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после антирефлюксного вмешательства у больных грыжей пищевода отверстия диафрагмы. Доказана перспективность двухэтапного обследования оперированных пациентов – выявление на первом этапе группы риска путем анкетирования по специальным опросникам (GIQLI, GERD-HRQL) и общему опроснику SF-36, с последующим уточнением

диагноза у этих пациентов проведением специальных методов исследования замыкательной функции кардии. Впервые установлены пороговые показатели результатов анкетирования и дополнительных методов исследования, превышение которых свидетельствует о рецидиве гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Теоретическая и практическая значимость работы

Разработанный метод диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после видеолaparоскопического антирефлюксного вмешательства у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы является перспективным направлением диспансеризации. Он позволяет своевременно выявить возникшие признаки гастроэзофагеального рефлюкса (группа риска) дистанционным обследованием пациентов путем их анкетного опроса. В результате для уточнения диагноза специальными методами обследования необходимо приглашать не всех оперированных пациентов, а только имеющих симптомы недостаточности антирефлюксной функции кардии, что существенно снижает нагрузку на медицинский персонал и экономически целесообразно как для пациентов, так и медицинского учреждения. Установлены показатели результатов анкетного опроса и специальных методов исследования кардии, позволяющих заподозрить, а затем диагностировать рецидив гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Результаты диссертационного исследования внедрены в лечебно-диагностическую работу КГБУЗ «Городская больница № 12, г. Барнаул».

Методология и методы исследования

Работа основана на результатах обследования и оперативного лечения 187 больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в клинике общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии на базе хирургического отделения КГБУЗ «Городская больница № 12, г. Барнаула» с 2000 по 2019 год. Всем больным было выполнено видеолaparоскопическое антирефлюксное вмешательство – низведение желудка под диафрагму, по возможности, с иссечением грыжевого мешка, коррекция пищеводного отверстия диафрагмы при расстоянии между его ножками 4 см и более, формирование циркулярной (полной) эзофагофундопликации по ранее разработанной в клинике методике (Оскретков В.И., Ганков В.А. «Способ лечения рефлюкс-эзофагита». Авторское свидетельство №1835265 от 23.08.93 г.). Критерии включения: больные с аксиальной, субтотальной и тотальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью; использование у каждого больного одновременно 3-х опросников (GIQLI, GERD-HRQL и SF-36); наличие у каждого больного всех результатов инструментальных методов исследования (рентгеноскопии пищевода, желудка и ДПК, ФГДЭС, суточной

внутрипищеводной рН-метрии, манометрии пищеводно-желудочного перехода); возраст больных от 25 до 76 лет; подписанное информированное согласие пациента на использование полученных результатов исследования в научных целях. Критерии исключения: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь функциональной этиологии без грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; больные параэзофагеальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы; неполные ответы на вопросы анкет опросников; неинформативные результаты инструментальных методов исследования; отсутствие подписанного информированного согласия пациента на использование полученных результатов исследования в научных целях. Исследования носили открытый сравнительный проспективный характер.

Проведенные нами исследования были разделены на два этапа. На первом этапе изучена возможность скрининг диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в условиях поликлиники у всех 187 больных путем анкетирования с использованием специальных опросников GIQLI, GERD-HRQL и общего опросника SF-36. По результатам анкетирования были отобраны 124 больных (66,31% оперированных) с симптомами ГЭРБ и жалобами на состояние желудочно-кишечного тракта различной выраженности (группа риска). Эти 124 пациента были госпитализированы в клинику с проведением специальных методов исследования замыкательной функции кардии: рентгеноскопии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, ФЭГДС с хромокопией и биопсией слизистой оболочки пищевода, суточной внутрипищеводной рН-метрии, манометрии пищеводно-желудочного перехода. У остальных 63 больных (33,69% от оперированных) без клинических признаков рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни показаний к выполнению сложных инвазивных диагностических исследований не было, и они им не проводились (группа пациентов без симптоматики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни).

Рентгенологическое исследование пищевода, желудка и ДПК проводилось для выявления типа грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, желудочно-пищеводного рефлюкса, признаков и выраженности эзофагита и гастростаза. Больного исследовали вначале в вертикальном положении, а затем в положении Тределенбурга с натуживанием для выявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и определения фиксированная или нефиксированная она. По ФЭГДС выявляли наличие и выраженность рефлюкс-эзофагита, недостаточность замыкательной функции кардии (НЗФК), грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, а по результатам хромокопии и щипковой биопсии слизистой оболочки пищевода – наличие пищевода Барретта и исключения опухоли пищевода. Использовали фиброскопы с торцевой оптикой «Olympus GIF 30». Исследование проводили с исключением повышения внутрибрюшного и внутрижелудочного давления. Степень выраженности

эзофагита определяли по классификации M. Savaryand, G. Miller (1978). Внутрипищеводная суточная рН-метрия проводилась для выявления гастроэзофагеального рефлюкса и степени его тяжести с помощью ацидогастромонитора «Гастроскан-24» фирмы «Исток-Система» (г. Фрязино) в трех отделах пищевода – на 5 см выше кардии, в средней и верхней трети пищевода. Манометрия пищеводно-желудочного перехода позволяла определить длину и давление в НПЗВД, соотношение внутрипросветного давления в желудке и пищеводе (основные параметры замыкательной функции кардии). Исследование проводили баллонометрическим методом на аппарате «Комплекс диагностический гастропроктологический КДГ 10-010 (Лоза 10) фирмы «Технавт» (г. Новочеркасск). После проведенных специальных исследований по данным суточной внутрипищеводной рН-метрии 124 пациента с клиническими симптомами рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни были разделены на две подгруппы. Первую подгруппу составили 107 пациентов, у которых обобщенный показатель DeMeester был меньше 14,72, что является нормой (подгруппа больных с ложноположительной симптоматикой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни). Во вторую подгруппу включены 17 человек, у которых обобщенный показатель DeMeester был выше 14,72, что свидетельствовало о наличии патологического желудочно-пищеводного рефлюкса (подгруппа больных с рецидивом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни). Результаты специальных методов исследования замыкательной функции кардии у пациентов обеих подгрупп были сопоставлены с данными анкетирования. Это позволило установить значимость каждого из специальных опросников в выявлении рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на догоспитальном этапе и разработать алгоритм диагностических мероприятий. Указанные специальные опросники, а также общий опросник SF-36 были использованы и для оценки качества жизни оперированных больных.

Проведение диссертационного исследования было одобрено комитетом по этике при ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 11 от 21.11.2017).

Все этапы исследования проведены на основе правил доказательной медицины, с соблюдением этических принципов клинических исследований.

Анализ статистических данных проведен с помощью программы Systat SigmaPlot 11.0. При числе наблюдений менее 50 статистическая обработка была проведена с помощью критерия Шапиро-Уилка (W-критерий). Для анализа данных с числом наблюдения более 50 был использован критерий Колмогорова-Смирнова. При нормальном распределении признаков значения средних величин представлены в виде $M \pm m$, где M – среднего арифметического выборочной совокупности, m – стандартная ошибка среднего. Для сравнения двух выборок был использован t-критерий Стьюдента. Для характеристики

числового значения признака при ненормальном распределении расчеты были выполнены непараметрическим способом с определением медианы (Me), квартилей (Q1:Q3). Для сравнения двух несвязанных выборок был использован непараметрический U-критерия Манна-Уитни. В случае связанных выборок был использован критерий Вилкоксона. Для сравнения процентного соотношения признаков между двумя группами был использован z-критерия Фишера. Также для сравнения качественных признаков при малых значениях использовали непараметрический критерий χ^2 . При наличии малых частот (менее 10) для данного критерия использовали поправку Йейтса на непрерывность. При частотах меньше 5 использовали метод четырехпольных таблиц сопряженности Фишера. Различие считалось достоверным при $p < 0,05$, т.е. в тех случаях, когда вероятность различия составляла больше 95%.

Положения, выносимые на защиту:

1. Оптимальными сроками проведения скрининг-диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются первые 6-12 месяцев после операции с последующим ежегодным анкетированием оперированных больных или при появлении у них жалоб, характерных для гастроэзофагеального рефлюкса. На первом амбулаторно-поликлиническом этапе целесообразно использовать три опросника – GIQLI, GERD-HRQL и SF-36, дополняющих один другого. Наиболее информативным является опросник GERD-HRQL, позволяющий выявить основные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и их выраженность. По опроснику GIQLI можно лишь заподозрить рецидив ГЭРБ. Качество жизни пациентов с рецидивом и без рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни целесообразно проводить путем анкетирования по опросникам SF-36 и GIQLI.

2. Достоверная диагностика рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов группы риска, возможна после проведения специальных методов исследования замыкательной функции кардии, включающих рентген-эндоскопическое исследование пищевода и желудка, фиброэзофагогастродуоденоскопию с хромокопией и биопсией слизистой оболочки пищевода, внутрипищеводную суточную pH-метрию, манометрию пищеводно-желудочного перехода (второй амбулаторно-поликлинический или госпитальный этап диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни).

3. Алгоритм диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни должен включать два этапа. Цель первого амбулаторно-поликлинического этапа: по результатам анкетирования разделить пациентов на две группы – имеющих клинические признаки гастроэзофагеального рефлюкса (группа риска) с последующей необходимостью уточнения диагноза и без признаков рецидива заболевания, не нуждающихся в лечебно-диагностических пособиях. Цель второго стационарного (амбулаторно-поликлинического)

этапа – среди пациентов группы риска по результатам инструментальных методов исследования замыкательной функции кардии установить, у кого из больных имеется ложноположительная симптоматика рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни или истинный рецидив заболевания.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность результатов диссертационного исследования подтверждается достаточным количеством наблюдений, современными методами исследования, которые соответствуют поставленным в работе целям и задачам. Результаты клинических исследований согласуются с научными положениями, выводами, рекомендациями, сформулированными в диссертации, и подтверждаются фактическими данными, представленными в приведенных таблицах и рисунках. Сбор, статистический анализ и интерпретация результатов исследования проведены с использованием современных методов обработки информации и статистического анализа.

Результаты работы доложены на XIX съезде общества эндоскопических хирургов России (16-18 февраля 2016 г., Москва); научно-практической конференции АГМУ (Барнаул, 2016 г.); Краевой научно-практической конференции, посвященной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (Барнаул, 2016 г.); Национальном хирургическом конгрессе совместно с XX юбилейным съездом общества эндоскопических хирургов России (4-7 апреля 2017 г., Москва); II Итоговой научно-практической конференции НОМУИС (Барнаул, 2017 г.); XIX городской научно-практической конференции молодых ученых «Молодежь – Барнаулу» (Барнаул, 2017 г.); межрегиональной конференции «Видеоэндоскопическая хирургия Алтайского края», посвященной 80-летию доктора медицинских наук, заслуженного врача РФ, члена правления Российского общества эндоскопических хирургов, хирургов-гастроэнтерологов России, герниологов России В.И. Оскреткова (Барнаул, 2018 г.); конференции молодых ученых в рамках «Недели науки в АГМУ» (Барнаул, 2017 г., 2018 г., 2019 г.).

Связь работы с научными программами

Исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательской работы ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (номер государственной регистрации темы АААА-А20-120011090052-1) на кафедре общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, включая 6 работ в рецензируемых научных изданиях, оформленных в форме научных статей. По теме диссертации опубликованы 5 научных работ в журналах, включенных в перечень рекомендованных ВАК рецензируемых научных изданий, в которых были опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени кандидата наук. Автором получено Свидетельство о государственной регистрации базы данных «Результаты специальных методов исследования замыкательной функции кардии и анкетирования по опросникам GIQLI, GERD-HRQL, SF-36» № 2019621216 от 8 июля 2019 г.

Личный вклад соискателя

Весь материал, представленный в диссертации, получен, обработан и проанализирован лично автором. Автором был проведен анализ литературы отечественных и зарубежных авторов. Все публикации по выполненной работе подготовлены лично автором. Автор принимал непосредственное участие в проведении оперативных вмешательств у тематических больных, их лечении до и после операции, изучал отдаленные результаты лечения, выполнил написание диссертационной работы. Автором проведена статистическая обработка полученных данных адекватно поставленным задачам с использованием пакета статистических программ Sigmaplot 11.0.

Объем и структура диссертации

Материал диссертационной работы изложен на 156 страницах, проиллюстрирован 7 рисунками и 25 таблицами. Диссертация состоит из введения, 4 глав, включающих обзор литературы, материалы и методы исследования, результаты анкетирования и специальных методов исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. В список литературы включены 204 источника, из них 138 отечественных и 66 иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Алгоритм диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы после видеолапароскопического антирефлюксного вмешательства

В диссертационное исследование включено 187 больных ГПОД, которым на первом этапе исследования было проведено анкетирование с использованием опросников GIQLI, GERD-HRQL и SF-36. По результатам анкетирования больные были разделены на две группы. Первая группа состояла из 124 человек (66,3%), имевших те или иные симптомы рецидива ГЭРБ (группа риска). Для уточнения диагноза всем им были проведены

специальные инструментальные методы исследования замыкательной функции кардии: рентгеноскопия пищевода и желудка, ФЭГДС, внутрипищеводная суточная рН-метрия, манометрия пищеводно-желудочного перехода. Во вторую группу включено 63 пациента (33,7%) без клинических признаков рецидива заболевания. Специальные инструментальные методы диагностики ГЭРБ им не проводились из-за отсутствия показаний к ним.

После проведения дополнительных исследований замыкательной функции кардии на основании результатов суточной внутрипищеводной рН-метрии больные с симптоматикой рецидива ГЭРБ были разделены на 2 подгруппы. Первую подгруппу составили 107 человек (86,3%) с ложно-положительной симптоматикой ГЭРБ, у которых обобщенный показатель DeMeester был ниже 14,72, что соответствовало условной норме. Вторая подгруппа (17 чел., 13,7%) состояла из пациентов с рецидивом ГЭРБ, поскольку обобщенный показатель DeMeester превышал 14,72, что указывало на наличие патологических гастроэзофагеальных рефлюксов.

Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, срокам после операции, типу ГПОД и сопутствующей патологии. Более половины пациентов обеих групп были обследованы более, чем через 5 лет после оперативного вмешательства. В первый минимальный промежуток исследования (от 6 до 12 месяцев после операции) было выявлено 2 рецидива ГЭРБ среди больных второй подгруппы (11,8%). Рецидивы заболевания возникали и в последующие сроки наблюдения.

Результаты анкетирования всех наблюдавшихся пациентов до и после антирефлюксного вмешательства

Согласно результатам анкетирования по опроснику GIQLI общая сумма баллов до операции у всех 187 анкетированных больных не имела статистически значимых различий и была меньше максимально возможного значения на 44-47%. После операции наступило существенное увеличение ($p < 0,001$) общей суммы баллов по сравнению с дооперационными данными у всех анкетированных больных. Между пациентами с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ и без рецидива ГЭРБ статистически значимой разницы не выявлено. У больных с рецидивом ГЭРБ общее число баллов после операции было на 5,2% меньше, чем у пациентов без рецидива заболевания ($p = 0,028$). До операции категорию вопросов, характеризующих состояние НПС и желудка, пациенты с ложноположительной симптоматикой и рецидивом ГЭРБ оценивали одинаково (соответственно 5,00(4,25;8,00) и 5,00(4,00;8,00) баллов, $p = 0,403$), что меньше максимально возможных баллов на 62-64%. После операции у пациентов с ложноположительной симптоматикой количество баллов за эти вопросы возросло более чем в 2 раза, приближаясь к максимальному значению этого показателя (16 баллов). При рецидиве ГЭРБ число баллов было ниже желаемого результата

на 45,2%. Сопоставление результатов анкетирования между разными группами пациентов показало, что после операции у больных с рецидивом ГЭРБ число баллов характеризующих состояние НПС и желудка было на 45,2% меньше, чем у пациентов без рецидива ГЭРБ и на 34,7%, по сравнению с больными с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ ($p<0,001$).

Результаты анкетирования по опроснику GERD-HRQL показали, что общая сумма баллов до операции у всех наблюдаемых пациентов статистически значимой разницы не имела и составляла около 50% от максимально возможных 50 баллов, что указывает на выраженные проявления ГЭРБ. Почти 2/3 пациентов группы риска и без рецидива ГЭРБ считали свое состояние до операции неудовлетворительным. После операции у пациентов с ложноположительной симптоматикой общая сумма баллов снизилась на 89,1% от исходных показателей ($p<0,001$) по сравнению с дооперационными данными. При рецидиве заболевания отмечено снижение общей суммы баллов на 27,1% ($p=0,002$). Результаты у пациентов без рецидива ГЭРБ были значительно выше (на 75,7%, $p<0,001$), чем у больных с ложноположительной симптоматикой и на 96,7% ($p<0,001$), чем у больных с рецидивом ГЭРБ. Удовлетворенных своим состоянием в подгруппе с ложноположительной симптоматикой было на 25% больше, чем у больных с рецидивом ГЭРБ ($p=0,002$), тогда как неудовлетворенные исходом операции были лишь пациенты с рецидивом ГЭРБ (17,7%). Между группой больных с ложноположительной симптоматикой и без рецидива ГЭРБ статистически значимой разницы не отмечено ($p=0,952$). До операции общая сумма баллов за вопросы, характеризующих изжогу, у всех анкетированных больных была значительной без статистически значимой разницы. После операции в подгруппе с ложноположительной симптоматикой сумма баллов снизилась на 92,1% ($p<0,001$), у больных с рецидивом ГЭРБ – на 15,5% ($p=0,024$). После операции пациенты без рецидива ГЭРБ не предъявляли жалоб на изжогу.

До операции выраженность изжоги была умеренной у всех пациентов группы риска ($p=0,250$). У пациентов с ложноположительной симптоматикой изжога появлялась чаще по утрам ($p=0,003$), у больных с рецидивом ГЭРБ преобладала ночная изжога в горизонтальном положении тела, что характерно для патологического гастроэзофагеального рефлюкса. Прием пищи провоцировал изжогу с одинаковой частотой у всех пациентов группы риска ($p=0,792$), оказывая существенное влияние на выбор питания. Консервативная терапия имела кратковременный эффект одинаково часто у всех пациентов группы риска ($p=0,802$). Боль при глотании (одинофагия) до операции была выражена незначительно у всех пациентов группы риска ($p=0,362$). У пациентов без рецидива ГЭРБ до операции выраженность изжоги была такой же, как и у больных с ложноположительной симптоматикой ($p=0,750$) и рецидивом ГЭРБ ($p=0,167$). Изжога чаще всего появлялась после приема пищи и влияла на

выбор питания. Частота ночной изжоги не отличалась от этого показателя у пациентов с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ ($p=0,938$), у пациентов с рецидивом ГЭРБ ночная изжога возникала чаще ($p<0,001$). Эффект от консервативной терапии был кратковременный. После операции у пациентов с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ изжога возникала периодически, была слабо выраженной ($0,00(0,00;0,00)$, $0,3\pm 0,06$ баллов), интенсивность ее снизилась на 91,3% ($p<0,001$). Наступило значительное снижение частоты изжоги в горизонтальном положении на 89,6% ($p<0,001$), изжоги по утрам – 95,6% ($p<0,001$), ночной изжоги – на 91,2% ($p<0,001$), изжоги после еды – на 92,2% ($p<0,001$) и влияния изжоги на питание – 92,8% ($p<0,001$). Изжога более эффективно корректировалась лекарственными средствами (уменьшение на 94,7%, $p<0,001$).

У пациентов с рецидивом ГЭРБ выраженность изжоги осталась на том же уровне, что и до операции ($p=0,173$). Основные характеристики изжоги остались прежними. Консервативная терапия у этих больных на 36,4% была эффективнее, чем до операции ($p=0,004$). Одинофагия сохранялась и после операции из-за наличия рефлюкс-эзофагита у части пациентов с рецидивом ГЭРБ ($p=0,668$). Частота дисфагии в группах с ложноположительной симптоматикой и рецидивом ГЭРБ была одинаковой как до, так и после операции ($p=0,967$ и $p=0,491$ соответственно).

Результаты анкетирования по общему опроснику SF-36 показали, что общая сумма баллов у больных с ложноположительной симптоматикой, рецидивом и без рецидива ГЭРБ до лечения без статистически значимой разницы была ниже максимально возможного показателя (100 баллов), составляя около 74%. После операции общая сумма баллов возросла у всех анкетированных пациентов: на 231,6% у больных с ложноположительной симптоматикой, с рецидивом ГЭРБ несколько меньше – на 198,6%, и на 162,7% у пациентов без рецидива ГЭРБ. Общая сумма баллов, полученная за вопросы, характеризующие физический компонент здоровья, до операции была у больных группы риска, а также у пациентов с отсутствием признаков рецидива ГЭРБ без статистически значимых различий. После операции менее значимое увеличение баллов за физический компонент здоровья по отношению к желаемому результату отмечено у больных с рецидивом ГЭРБ по сравнению с 1 подгруппой ($p=0,041$) и пациентами без рецидива заболевания ($p<0,001$). Результаты у пациентов без рецидива ГЭРБ после операции были значительно лучше, по сравнению с обеими подгруппами больных ($p<0,001$). Сумма баллов, характеризующих психический компонент здоровья, до операции в подгруппах с ложноположительной симптоматикой и рецидивом ГЭРБ была одинаково низкой. После операции отмечено увеличение общей суммы баллов на 156,2% и 133,8% соответственно, которое в меньшей степени было у пациентов с рецидивом ГЭРБ по отношению к возможной максимальной сумме баллов ($p<0,001$). Результаты у пациентов

без рецидива ГЭРБ были значительно лучше, по сравнению с больными имевших ложноположительную симптоматику и рецидив ГЭРБ ($p < 0,001$).

Результаты специальных методов исследования замыкательной функции кардии до и после видеолапароскопического антирефлюксного вмешательства у больных группы риска

По результатам рентгенологического исследования у всех больных группы риска до операции выявлялась ГПОД – аксиальная (кардиальная и кардиофундальная) или гигантская (субтотальная или тотальная) по классификации Б.В. Петровского и Н.Н. Каншина (1962), с наличием гастроэзофагеального рефлюкса, как в вертикальном положении, так и в положении Тренделенбурга и явлениями дистального рефлюкс – эзофагита почти у 2/3 обследованных.

После операции у пациентов с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ (первая группа) рентгенологически рецидив ГПОД не определялся – фундопликационная манжета у 93,5% больных располагалась под диафрагмой, у 6,5% – на уровне диафрагмы. Отсутствовал и рентгенологический признак ГЭРБ – обратный заброс контраста из желудка в пищевод, как в горизонтальном положении, так и в положении Тренделенбурга, признаки эзофагита выявлялись на 82,1% реже, чем до операции. У второй подгруппы рецидив ГЭРБ рентгенологически подтвержден, как и до операции у 94,1% пациентов по наличию ГЭР и признаков рефлюкс-эзофагита у 70,6% чел. Причиной этому у 41,2% пациентов могла быть возникшая дислокация манжеты с расположением ее над диафрагмой в среднем на $2,59 \pm 0,44$ см., что клинически значимо (Василевский Д.И. и соавт., 2015).

Согласно результатам ФЭГДС с хромокопией до операции у больных всех подгрупп с одинаковой частотой определялись признаки ГПОД (уменьшение расстояния от передних резцов до кардии, пролабирование складок слизистой оболочки желудка в пищевод, нечеткая Z-линия) и недостаточности замыкательной функции кардии (ее зияние или не плотное смыкание, гастроэзофагеальный рефлюкс, дистальный рефлюкс-эзофагит); створчатый клапан Губарева был несостоятелен (III-IV степени).

После операции у пациентов первой подгруппы увеличилось расстояние от передних резцов до кардии, кардия смыкалась плотно, пролабирование складок слизистой оболочки желудка в пищевод и ГЭР отсутствовали. Вместе с тем у 21,5% больных сохранялись признаки РЭ 1 стадии. В подгруппе больных с рецидивом ГЭРБ кардия была несостоятельна, она смыкалась не плотно, определялся ГЭР. У 94,1% из них выявлялся РЭ преимущественно 1 стадии (88,2%). При проведении хромокопии с биопсией СОП как до, так и после операции не обнаружены признаки пищевода Барретта, метаплазии слизистой оболочки пищевода и злокачественной опухоли его в обеих подгруппах.

По результатам суточной внутрипищеводной pH-метрии после операции процент общего времени закисления пищевода в первой подгруппе снизился до нормальных величин ($1,16 \pm 0,14$). Во второй подгруппе этот показатель оставался в 2,7 раз выше нормы. В первой подгруппе преобладали периодические ГЭР вертикального положения, при этом общее количество ГЭР за сутки не превышало 46 (согласно норме по DeMeester). У больных второй подгруппы общее количество кислых ГЭР было выше нормы на 219,8%. Число ГЭР с $\text{pH} < 4$ продолжительностью более 5 минут в первой подгруппе уменьшилось в 5,8 раз и было в пределах нормы. Во второй подгруппе в послеоперационном периоде статистически значимых изменений не произошло. Длительность наиболее продолжительного рефлюкса в 1 подгруппе уменьшилась на 87,8%. Во 2 подгруппе продолжительность самого длинного ГЭР была на верхней границе нормы и достоверно не имела отличий, по сравнению с дооперационными данными. Общий клиренс пищевода в первой подгруппе стал меньше на 69,6%, а в положении стоя – на 64,2%, в положении лежа – на 72,6% по отношению к дооперационным данным. Пищеводный клиренс был короче у первой подгруппы больных по сравнению со второй примерно на 64%. Во второй подгруппе больных данный показатель оставался выше нормы, не смотря на его уменьшение по сравнению с исходными данными на 78,6%.

Отмечено снижение обобщенного показателя DeMeester до нормальных значений в первой подгруппе больных. Во второй подгруппе обобщенный показатель DeMeester остался на исходно высоком уровне. В средней трети пищевода обобщенный показатель DeMeester в обеих подгруппах был в пределах нормы. У 92,5% пациентов первой подгруппы количество ГЭР было в пределах нормы, и только у 7,4% определялся ГЭР легкого течения. Во второй подгруппе преобладали пациенты с выраженным ГЭР (58,8%), при этом у 3 человек (17,7%) количество рефлюксов было в пределах допустимой нормы.

До операции рефлюкс-индекс в обеих подгруппах статистически значимых различий не имел. В 1 подгруппе рефлюкс-индекс был на 55,0% больше в горизонтальном положении, чем в вертикальном и уменьшился на 94,1% после операции. Во второй подгруппе до операции рефлюкс-индекс не имел статистически значимой разницы в положениях «стоя-лежа», а также до и после операции. Полученные результаты указывают на наличие патологических гастроэзофагеальных рефлюксов в обеих подгруппах до операции, а также после операции у больных с рецидивом ГЭРБ.

Индекс рефлюкса был более выражен до операции во второй подгруппе больных без статистически значимой разницы в вертикальном и горизонтальном положениях и в до- и послеоперационном периодах. В 1 подгруппе отмечено уменьшение индекса рефлюкса на 80% (в 5 раз). Это указывает на то, что во второй подгруппе операция не повлияла

на длительность повреждающего действия кислого рефлюксата на СОП. В 1 подгруппе значительно уменьшилось действие кислого рефлюксата на СОП.

Согласно результатам манометрии пищеводно-желудочного перехода, до операции было укорочение длины кардии у пациентов первой подгруппы на 46,6%, по сравнению с контрольной группой, и во второй подгруппе на 58,8%. В второй подгруппе кардия была на 23% короче, чем в первой (1,70(1,10:2,00) и 2,00(1,35:2,40) соответственно, $p=0,020$). После операции длина кардии имела тенденцию к увеличению в обеих подгруппах. При этом результаты первой подгруппы были значительно лучше, чем во второй (3,20 (2,90:3,80) и 3,00 (2,38:3,05) соответственно $p=0,016$). Также до операции выявлено снижение тонуса кардии в обеих подгруппах в среднем на 24%, по сравнению с контрольной группой. Между первой и второй подгруппами статистически значимых различий не выявлено (15,00 (10,00:17,75) и 15,00 (13,00:16,25) соответственно, $p=0,837$). После операции в первой подгруппе тонус кардии был больше контрольной группы на 2,7%. Результаты первой подгруппы были лучше, чем во второй (22,00 (18,25:22,00) и 18,00 (13,75:22,00) соответственно, $p=0,029$). Во второй подгруппе увеличение тонуса кардии было незначительным и меньше контрольных показателей на 10,4%. Тонус желудка у обеих подгрупп до операции был выше, чем в контрольной группе 33,3%. После операции изменения в пределах подгрупп были незначительными ($p>0,5$). Отмечается статистически значимая разница между послеоперационными результатами тонуса желудка обеих подгрупп, по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). До операции коэффициент (отношение тонуса кардии к тонусу желудка) был значительно ниже нормы. После операции данный показатель имел тенденцию к повышению.

ВЫВОДЫ

1. Оптимальными сроками скрининг-диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после видеолaparоскопической коррекции замыкательной функции кардии путем анкетирования являются первые 6-12 месяцев после операции с последующим ежегодным анкетированием оперированных больных или при появлении у них жалоб, характерных для гастроэзофагеального рефлюкса. Анкетирование позволяет у 66,3% оперированных больных выявить наличие симптомов недостаточности кардии с формированием из них группы риска, среди которых, по данным специальных методов исследования, у 86,3% имеется ложноположительная, а у 13,7% истинно положительная симптоматика рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

2. Группу риска по опроснику GERD-HRQL должны составлять пациенты, у которых общая сумма баллов более 12, сумма баллов, характеризующей изжогу более 11;

по опроснику GIQLI – общая сумма баллов менее 127, сумма баллов за вопросы о наличии симптомов гастроэзофагеального рефлюкса менее 12; по опроснику SF-36 общая сумма баллов менее 55, сумма баллов за физический компонент здоровья менее 55; за психологический компонент здоровья менее 35 баллов.

3. Рецидив гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после антирефлюксного вмешательства рентгенологически у 94,1% больных проявляется наличием гастроэзофагеального рефлюкса и рефлюкс-эзофагита у 70,6% пациентов с дислокацией эзофагофундопликационной манжеты у 41,1% пациентов выше диафрагмы в среднем на $2,59 \pm 0,44$ см. Эндоскопически при рецидиве гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у всех пациентов отмечается зияние кардии, уменьшение расстояния от резцов до кардии на 35,3%, у 94,1% пациентов выявляется рефлюкс-эзофагит.

4. Согласно внутрипищеводной суточной рН-метрии о рецидиве гастроэзофагеальной рефлюксной болезни свидетельствует повышение обобщенного показателя DeMeester более 14,72, общего времени за кислнения пищевода более $4,45 \pm 1,4\%$, общего числа гастроэзофагеальных рефлюксов более $46,9 \pm 12,8$ в сутки, гастроэзофагеальных рефлюксов продолжительностью более 5 мин более $3,5 \pm 1,2$ в сутки, наиболее продолжительного рефлюкса более $19,8 \pm 7,9$ мин, общего клиренса пищевода более 0,5, общего рефлюкс-индекса более 1,5, общего индекс-рефлюкса более 0,03. Согласно манометрии пищеводно-желудочного перехода признаками рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются укорочение кардии (менее 3,25 см), снижение тонуса нижней пищеводной зоны высокого давления менее $19,54 \pm 0,39$ мм рт. ст., повышение тонуса желудка более $8,31 \pm 0,31$ мм рт. ст., снижение пищеводно-желудочного градиента менее $11,33 \pm 0,39$.

5. Алгоритм диагностики рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после антирефлюксного видео лапароскопического вмешательства у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы на первом этапе должен включать анкетирование по специальным опросникам GERD-HRQL, GIQLI и общему опроснику SF-36 с выявлением пациентов, имеющих симптомы рецидива патологического гастроэзофагеального рефлюкса (группа риска) с последующим уточнением у них диагноза специальными методами исследования замыкательной функции кардии (второй этап).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Диагностика рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после видеолaparоскопической коррекции замыкательной функции кардии у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы должна быть двухэтапной.

1. Первый амбулаторно-поликлинический этап диагностики необходимо проводить путем анкетирования с помощью специальных опросников GIQLI и GERD-HRQL и общего

опросника SF-36. Оптимальными сроками скрининг-диагностики являются первые 6-12 месяцев после операции с последующим ежегодным анкетированием оперированных больных или при появлении у больного жалоб, характерных для недостаточности кардии (изжога, аэрофагия, одинофагия).

На основании результатов анкетирования выделяется группа риска с клиническими признаками патологического гастроэзофагеального рефлюкса – по опроснику GERD-HRQL при общей сумме баллов более 12 и сумме баллов, характеризующей изжогу более 11; по опроснику GIQLI – общая сумма баллов менее 127, сумма баллов за вопросы о наличии симптомов гастроэзофагеального рефлюкса менее 12; по опроснику SF-36 – общая сумма баллов менее 55, сумма баллов за физический компонент здоровья менее 55, за психологический компонент здоровья менее 35.

2. Второй амбулаторно-поликлинический или госпитальный этап в зависимости от их оснащения следует проводить у пациентов группы риска с использованием инструментальных методов исследования замыкательной функции кардии в следующей последовательности:

А. Рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (признаки рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – дислокация фундопликационной манжеты выше диафрагмы, наличие гастроэзофагеальных рефлюксов, увеличение угла Гиса). При дистальном эзофагите провести фиброэзофагогастродуоденоскопию с хромокопией и биопсией слизистой оболочки пищевода.

Б. Фиброэзофагогастродуоденоскопия с хромокопией и биопсией слизистой оболочки пищевода. Признаки недостаточности кардии – зияние кардии, пролабирование складок слизистой оболочки желудка в пищевод, наличие гастроэзофагеального рефлюкса, дистальный эзофагит, уменьшение расстояния от передних резцов до кардии. При наличии эзофагита с использованием хромокопии и биопсии слизистой оболочки пищевода исключить пищевод Барретта и аденокарциному пищевода. При наличии рентген-эндоскопических признаков недостаточности замыкательной функции кардии показана внутрипищеводная суточная рН-метрия.

В. Внутрипищеводная суточная рН-метрия.

Признаки рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, при наличии которых необходимо провести манометрию пищеводно-желудочного перехода: обобщенный показатель DeMeester более 14,72; общее время закисления пищевода более $4,45 \pm 1,4\%$; общее число гастроэзофагеальных рефлюксов более $46,9 \pm 12,8$ в сутки; число гастроэзофагеальных рефлюксов продолжительностью более 5 мин более $3,5 \pm 1,2$ в сутки; наиболее

продолжительном рефлюксе более $19,8 \pm 7,9$ мин; общий клиренс пищевода более 0,5; общий рефлюкс-индекс более 1,5; общий индекс-рефлюкс более 0,03.

Г. Манометрия пищевода и желудочного перехода.

При длине кардии менее 3,25 см, тонус нижней пищеводной зоны высокого давления менее $19,54 \pm 0,39$ мм рт. ст., тонус желудка – более $8,31 \pm 0,31$ мм рт. ст., пищеводно-желудочном градиенте менее $11,33 \pm 0,39$ подтверждается наличие рецидива гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Предполагается изучить факторы, предрасполагающие и вызывающие рецидив гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы после видеолaparоскопических антирефлюксных операций. Разработать хирургическую тактику при рецидиве заболевания, показания к реконструктивным операциям и типам повторных оперативных вмешательств.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Андреасян, А.Р. Отдаленные результаты видеолaparоскопической дозированной эзофагофундопликации при аксиальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Перитонит от А до Я. Всероссийская школа / А.Р. Андреасян, М.А. Овсебян // Материалы IX Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием, 18-19 мая 2016 г., Ярославль / под ред. проф. А.Б. Ларичева. – Ярославль, 2016. – С. 629-630
2. Оскретков, В.И. Видеолaparоскопическая протезирующая хиатопластика при больших и гигантских ГПОД / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, А.Р. Андреасян, Д.В. Балацкий, Д.Ю. Шестаков, М.А. Овсебян // Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России, 16-18 февраля 2016 г., г. Москва. – Москва, 2016. – С. 29-30.
3. Оскретков, В.И. Качество жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы после дозированной эзофагофундопликации / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, А.А. Гурьянов, А.Г. Климов, А.Р. Андреасян, М.А. Овсебян // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2016. – № 4. – С. 11-15.
4. Оскретков, В.И. Влияние диафрагмохиатопластики на результаты антирефлюксных вмешательств по поводу ГЭРБ у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, А.Р. Андреасян, М.А. Овсебян // Тезисы для Национального хирургического конгресса совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ, 4-7 апреля 2017 г., г. Москва. – Москва, 2017. – С. 317-318.

5. Оскретков, В.И. Необходимость диафрагмохиатопластики (ДХП) при антирефлюксных операциях по поводу ГЭРБ у больных аксиальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, А.Р. Андреасян, М.А. Овсебян // Эндоскопическая хирургия. – 2017. – № 4. – С. 16-19.
6. Оскретков, В.И. Эндохирургия функциональных нарушений замыкательной функции кардии / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, Д.В. Балацкий, А.А. Гурьянов, А.Р. Андреасян, М.А. Овсебян // Сибирское медицинское обозрение. – 2017. – № 3. – С. 31-37.
7. Оскретков, В.И. Сопоставление результатов анкетного опроса и специальных методов исследования для изучения качества жизни больных после видеолaparоскопической полной эзофагофундопликации по поводу ГЭРБ с наличием ГПОД / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, А.Р. Андреасян, М.А. Овсебян // Эндоскопическая хирургия. – 2018. – № 6. – С. 29-32.
8. Оскретков, В.И. Сравнительная характеристика специальных и общих опросников в оценке качества жизни после видеолaparоскопического антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, А.Р. Андреасян, М.А. Овсебян // Тезисы Общероссийского Хирургического Форума – 2018 с международным участием, 3-6 апреля 2018 г., г. Москва. – Москва, 2018. – С. 373-374.
9. Овсебян, М.А. Оценка результатов полной видеолaparоскопической эзофагофундопликации по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы по данным специальных методов исследования / М.А. Овсебян // Молодежь – Барнаулу : материалы XIX городской научно-практической конференции молодых ученых. – Барнаул, 2019. – С. 844-846.
10. Оскретков, В.И. Значение манометрии пищеводно-желудочного перехода при оценке эффективности антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы / В.И. Оскретков, А.Р. Андреасян, Г.И. Климова, В.А. Ганков, М.А. Овсебян // Тезисы Общероссийского Хирургического Форума – 2019 совместно с XXII Съездом Общества эндоскопической хирургии России (РОЭХ им. академика В.Д. Федорова), 10-12 апреля 2019 г., г. Москва. – Москва, 2019. – С. 57-58.
11. Оскретков, В.И. Значение суточной внутрипищеводной рН-метрии при оценке эффективности антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы / В.И. Оскретков, А.Р. Андреасян, Г.И. Климова, В.А. Ганков, М.А. Овсебян // Тезисы Общероссийского Хирургического Форума – 2019

совместно с XXII Съездом Общества эндоскопической хирургии России (РОЭХ им. академика В.Д. Федорова), 10-12 апреля 2019 г., г. Москва. – Москва, 2019. – С. 49-50.

12. Оскретков, В.И. Причины патологического гастроэзофагеального рефлюкса после антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, А.Р. Андреасян, Г.И. Климова, М.А. Овсеян // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2020. – № 6. – С. 38-43.
13. Оскретков, В.И. Скрининг диагностика рецидива ГЭРБ у больных аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (АГПОД) после антирефлюксного вмешательства путем анкетирования по опроснику GERD-HRQL / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, А.Р. Андреасян, М.А. Овсеян // Эндоскопическая хирургия. – 2020. – Т. 26. № 3. – С. 5-9.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГПОД	– грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ГЭР	– гастроэзофагеальный рефлюкс
ГЭРБ	– гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДПК	– двенадцатиперстная кишка
НПЗВД	– нижняя пищеводная зона высокого давления
НПС	– нижний пищеводный сфинктер
ПЖГр	– пищеводно-желудочный градиент
ПОД	– пищеводное отверстие диафрагмы
РЭ	– рефлюкс-эзофагит
СОП	– слизистая оболочка пищевода
ФЭГДС	– фиброэзофагогастродуоденоскопия
GERD-HRQL	– The Gastroesophageal Reflux Disease Health Related Quality of Life scale – Опросник качества жизни пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
GIQLI	– Gastrointestinal quality of life index – гастроинтестинальный индекс качества жизни
SF-36	– Short Form Medical Outcomes Study– Краткая форма оценки здоровья