

На правах рукописи

Бакиров Марат Равильевич

**Пути улучшения результатов эндохирургического лечения ахалазии
кардии**

14.01.17 Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Уфа – 2021

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

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор
Галимов Олег Владимирович

Официальные оппоненты:

Корымасов Евгений Анатольевич доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой хирургии института профессионального образования.

Черкасов Денис Михайлович кандидат медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доцент кафедры хирургических болезней № 2

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «__» _____ 2021 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.02 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации» по адресу 450008, Республика Башкортостан, г. Уфа ул. Ленина 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте (https://bashgmu.ru/science_and_innovation/dissertatsionnyy-sovet/dissertatsii) Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Автореферат разослан «__» _____ 2021 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

В.У. Сатаев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Ахалазию кардии (АК) определяют, как идиопатическое нервно-мышечное заболевание, проявляющееся функциональным нарушением проходимости пищеводно-желудочного перехода. АК характеризуется абберантной перистальтикой и недостаточным расслаблением нижнего пищеводного сфинктера (НПС), нарушением двигательной и тонической активности гладкой мускулатуры пищевода (Алексеев В.А., 2017; Sato H. et al., 2018). В структуре заболеваний пищевода АК встречается с частотой от 3 до 20% (Сигал Е.И. и др., 2013; Аллахвердян А.С. и др., 2016; Marano L. et al., 2016; Jha L.K. et al., 2018). В настоящее время продолжается поиск новых методов лечения ахалазии кардии. Общепринятые методы лечения АК имеют ряд недостатков и осложнений. Так, консервативное лечение эффективно только на ранних (I–II) стадиях заболевания (Сигал Е.И. и др., 2019; Chandrasekhara V. et al., 2015; Tebaibia A. et al., 2016). Простым и достаточно эффективным методом является эндоскопическое интерсфинктерное введение ботулотоксина, но его эффект еще менее продолжительный (Lujan-Sanchis Marisol et al., 2015). На сегодняшний день, альтернативным способом лечения ахалазии кардии является пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ) с использованием подслизистого тунелирования (Карпов О.Э. и др., 2016; Королев М.П. и др., 2016; Galvani C., 2017). При обзоре зарубежной литературы ряд авторов указывают о 96 - 100% положительных результатов при лечении пациентов с АК методом ПОЭМ, однако эта процедура довольно сложна, что ограничивает ее применение. Наблюдение за пациентами, перенесшими данные вмешательства ведутся непродолжительный период времени, поэтому объективно оценить результаты методики пока не предоставляется возможным (Akintoye E. et al., 2016; Zhang W.G. et al., 2018). По единодушному мнению, большинства современных авторов при

неэффективном консервативном лечении показана органосохраняющая кардиопластическая операция -кардиомиотомия по Heller с неполной фундопликацией (Анищенко В.В. и др., 2017; Чикинев Ю.В. и др., 2017; Yano F. et al., 2017; Zhang W.G. et al., 2018).

Таким образом, обсуждаемые современные методы лечения ахалазии кардии не достаточно эффективны и не могут предотвратить рецидив заболевания. Кроме того, они могут вызывать опасные осложнения, ставящие под угрозу качество жизни больного и его жизнь. В связи с чем разработка новых методов диагностики и лечения ахалазии кардии, является по-прежнему актуальной проблемой.

Цель исследования: повысить непосредственные и дальнейшие показатели исходов лечения ахалазии кардии II–III стадии.

Задачи исследования:

1. Исследовать полученные показатели исходов оперативного вмешательства пациентам с ахалазией кардии после хирургических вмешательств.
2. Установить возможности определяющих методов визуализации пациентов с ахалазией кардии.
3. Разработать и внедрить в практическую деятельность хирурга новый метод коррективы ахалазии кардии оперативным способом путем использования оригинального зонда при эндоскопической эзофагокардиомиотомии и формирования арефлюксного механизма в области кардиоэзофагеального перехода.
4. Изучить ближайшие и отдаленные результаты предложенного хирургического комплекса лечения с оценкой функционального состояния кардии, а также качества жизни пациентов.

Научная новизна исследования

На основании обследования 280 пациентов изучена распространенность и клинико-инструментальная семиотика ахалазии кардии. Определена диагностическая ценность ряда методов выявления АК (рентгенографии, эзофагогастроскопии, рН-метрии, манометрии, реоплятизмографии).

Впервые для проведения антирефлюксного этапа хирургического лечения предложено использовать инструмент для измерения размеров пищеводного отверстия диафрагмы (Патент Российской Федерации на изобретение № 2088158). Разработан и внедрен в клиническую практику новый способ хирургической коррекции ахалазии кардии с использованием трансиллюминационной поддержки (Положительное решение по заявке на изобретение № 2020120582). Выявлены и доказаны преимущества предложенной оперативной методики в отношении уменьшения риска интра- и послеоперационных осложнений, частоты рецидивов ахалазии кардии.

На основании изучения влияния разработанной операции на секреторную, моторную и эвакуаторную функции пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в раннем и отдаленном послеоперационных периодах, а также качества жизни пациентов доказано, что предлагаемый комплекс хирургических мероприятий является эффективным и радикальным методом лечения ахалазии кардии II–III стадии и позволяет значительно уменьшить число послеоперационных осложнений в виде рефлюкс-эзофагита, пептических стриктур пищевода и рецидива основного заболевания и, тем самым, повысить качество жизни больных, оперированных по поводу данной патологии

Практическая ценность

Даны рекомендации по применению новых инструментальных методов диагностики ахалазии кардии. Разработанные методики рентгенбаллонографии, лапароскопической эзофагокардиомиотомии, включающей использование внутрипищеводной трансиллюминации и устройства для интраоперационного измерения пищеводного отверстия позволяют предупредить повреждение стенки пищевода и послеоперационные осложнения, связанные с недостаточным либо чрезмерным сужением пищеводного отверстия. Предложенный способ эзофагокардиомиотомии отличается достаточной технической простотой и высокой безопасностью по сравнению с известными кардиопластическими операциями и лишен ряда присущих им недостатков, что наряду с хорошим антирефлюксным эффектом позволит рекомендовать методику для широкого применения в клинической практике.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Данные наших наблюдений свидетельствуют о различной диагностической ценности инструментальных методов (рентгенография, эзофагогастроскопия, рН-метрия, манометрия и др.) при ахалазии кардии, только комплексное их применение позволяет установить правильный диагноз у всех пациентов.

2. Разработанная методика лапароскопической эзофагокардиомиотомии, включающая использование внутрипищеводной трансиллюминации и инструмента для измерения размеров пищеводного отверстия позволяет предупредить повреждение стенки пищевода и послеоперационные осложнения, связанные с недостаточным, либо чрезмерным сужением пищеводного отверстия.

3. В условиях реформирования системы здравоохранения, повсеместного внедрения и совершенствования минимальноинвазивных технологий отбор больных на антирефлюксную операцию при АК должен

вестись по строгим показаниям, основанным на данных комплексного клинико-инструментального обследования. Лапароскопические операции при лечении больных АК являются операциями выбора, способствуют уменьшению числа осложнений, улучшению результатов лечения.

Публикации и другие формы внедрения

По материалам диссертации опубликована 9 печатных работ, из которых 3 статьи в журналах, рекомендованных ВАК.

Апробация работы

Основные положения диссертационного исследования обсуждены на заседании Ассоциации хирургов Республики Башкортостан, на XII съезде хирургов России (Ростов-на-Дону, 2015), Национальном хирургическом конгрессе совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ (Москва, 2017), научно-практической конференции «Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии» (Санкт-Петербург, 2017), на VI Съезде хирургов Юга России с международным участием (Ростов-на-Дону, 2019), на Общероссийском хирургическом Форуме-2019 совместно с XXII Съездом Общества эндоскопической хирургии России (Москва, 2019), XXIII Съезде Общества хирургов России (Москва, 2020), межкафедральном совещании сотрудников хирургических кафедр ФГБОУ ВО «Башкирского государственного медицинского университета» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 98 страницах машинописного текста, в которой содержатся 10 таблиц и 18 рисунков. Состоит из введения, обзора литературы, раздела собственных исследований, заключения, выводов,

практических рекомендаций и списка литературы, содержащего 122 источника из них 67 – отечественных и – 55 зарубежных.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Материалы и методы исследования

Для проведения исследования получено информированное письменное согласие пациентов (согласно ст.32 Основ. Законодательства РФ об охране здоровья граждан). Исследование одобрено этическим комитетом БГМУ. В основе настоящей работы лежит анализ результатов хирургического лечения 280 пациентов с АК находившихся на лечении в период с 2000 по 2019гг на клинических базах кафедры хирургических болезней и новых технологий Башкирского государственного медицинского университета и отделения хирургии и желудка РКОД МЗ РТ (Казань).

Нами проведено когортное ретроспективное исследование в двух группах (лапароскопическая эзофагокардиомиотомия, дополненная передней модифицированной гемифундопликацией (n=74) и традиционные лапароскопические вмешательства(n=206). Пациентам с диагнозом ахалазии кардии II и III стадии в предоперационном периоде, а также в раннем, ближайшем и отдаленном периодах выполнялся обширный объем инструментальных методов исследования (рентгеноскопия пищевода, эзофагогастроуденоскопия, реоплетизмометрия, эзофагеальная манометрия и рН-метрия) с оценкой качества жизни посредством неспецифического опросника SF-36. Все этапы исследования выполнены с учетом принципов доказательной медицины. Весь цифровой материал обработан с использованием стандартных методов описательной статистики.

Обсуждение полученных результатов

Возраст пациентов колебался от 18- до 78-и лет, и в среднем составил $46 \pm 11,3$ года. Распределение больных с ахалазией кардии по полу и возрасту представлены в таблице 1 и на рисунке 1.

Таблица 1 - Распределение больных основной и контрольной групп по возрасту

Возраст, лет	Клинические группы больных			
	основная (n=74)		контрольная (n=206)	
	абс.	отн., %	абс.	отн., %
20–29	8	10,8	20	9,7
30–39	12	16,2	34	16,5
40–49	39	52,7	106	51,5
50–59	9	12,2	31	15,0
60–70 и более	6	8,1	15	7,3
Всего ...	74	100	206	100

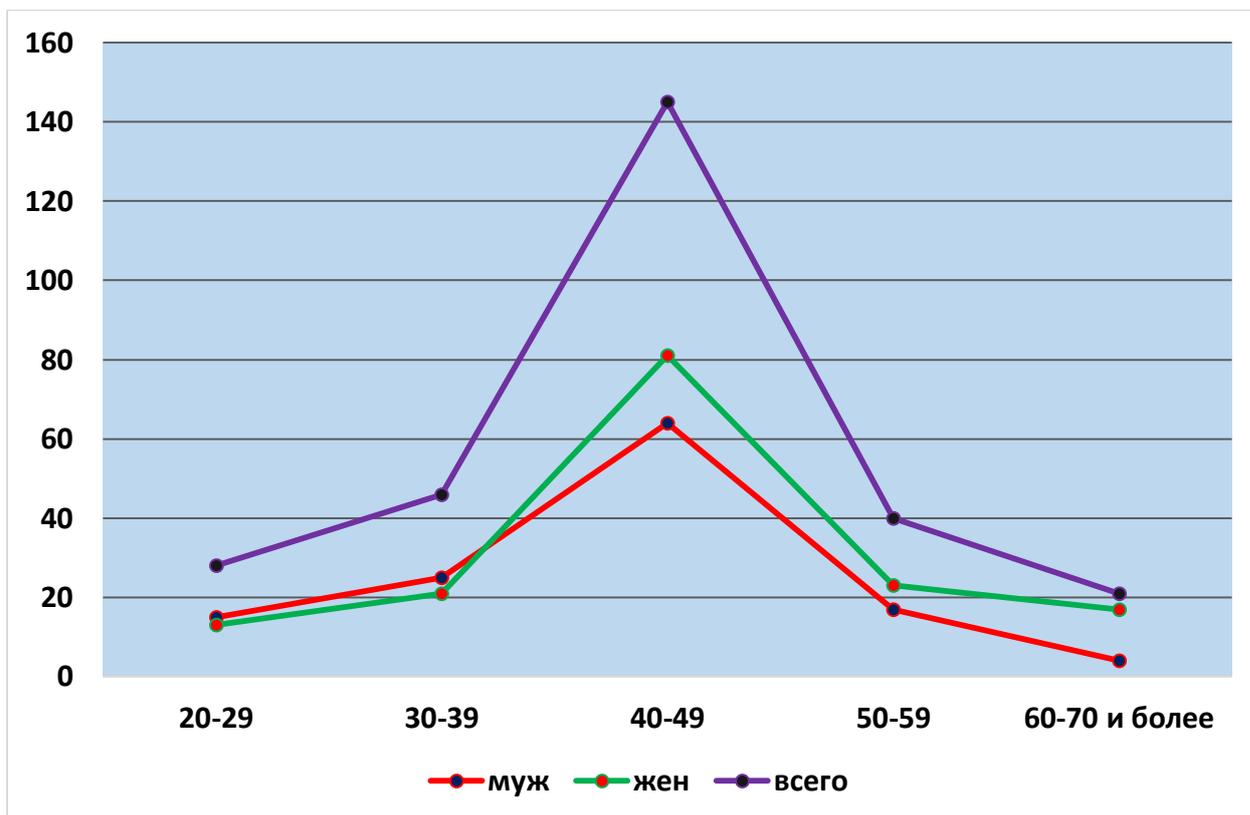


Рисунок 1 - Распределение пациентов по полу и возрасту.

Анализируемая группа характеризовалась преобладанием лиц в возрасте от 40 до 60 лет. Видна совершенно отчетливая тенденция увеличения роста заболеваемости АК после 30-50 лет, что связано с дегенеративными процессами преимущественного поражения постганглионарные двигательные нейроны сплетения Ауэрбаха, а также прогрессирующей дискинезией пищевода. Среди обследованных больных было 155 (55,4%) женщин и 125 (44,6%) мужчин. Соотношение между ними составило 1,25 к 1,0. В возрастной группе до 40 лет (26,4%) соотношение мужчин и женщин примерно одинаковое. Основной контингент наблюдения включают лица наиболее трудоспособного возраста от 40 до 50 лет, которые составляют (51,8%) от общего числа первично выявленных, женщин в данной группе больше, чем мужчин (52,3% и 51,1%). В возрастной группе от 50 до 60 лет соотношение женщин и мужчин остается прежним (14,8% и 13,6%). В возрастной группе лиц старше 60 лет соотношение женщин и мужчин становится 3,0 к 1,0, но статистическая достоверность этого соотношения

сомнительная ввиду малого количества наблюдений. Таким образом, с возрастом отмечается отчетливое преобладание лиц женского пола, что связано с сокращением количества лиц мужского пола в старших возрастных группах и гормональными перестройками в организме женщин в возрасте от 40 лет (климактерические изменения). В возрастных группах до 40 лет зависимости роста заболеваемости АК от пола не выявлено.

Данные о частоте различных клинических проявлений АК представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Характер и частота клинических проявлений у больных с ахалазией кардии

Клинические проявления	Частота в абсолютных цифрах	В процентах
Боли:		
в верхней половине живота	277	98,9%
за грудиной	245	87,5%
в левом подреберье	160	57,1%
в правом подреберье	132	47,1%
в области сердца	102	36,4%
Дисфагия	262	93,6%
Отрыжка	212	75,7%
Изжога	188	67,1%
Тошнота	159	56,7%
Рвота	134	47,9%
Срыгивание	124	44,3%
Анемия и кровотечения	66	23,5%
Аспирационные бронхолегочные осложнения	34	12,1%
Солярно-диэнцефальный синдром	22	7,8%
Безболевое течение	3	1,1%
Всего	280	100%

В наших наблюдениях наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на боли разнообразной локализации 277(98,9%) – в верхней половине живота, за грудиной, в правом и левом подреберье, в области сердца. Безболевое течение отмечено всего лишь в 3 наблюдениях (1,1%). Достаточно постоянно пациенты отмечали диспепсию, связанную с приемом пищи в виде дисфагии

(93,6%), отрыжки (75,7%), тошноты (56,7%), и изжоги (67,1%) и рвоты (47,9%).

Сопутствующие соматические заболевания были выявлены у 74 больных, что составило 26,4%, причем у 23-х из них (8,2%) было по два, и более сопутствующих заболеваний. Нами при этом бралось во внимание наиболее клинически значимые, заболевания жизненно важных органов, которые увеличивали риск оперативного вмешательства и анестезиологического пособия и влияли на течение послеоперационного периода. Наиболее часто среди них встречались: заболевания желудка (24), сердечно-сосудистая патология (18), патология органов дыхания (12), варикозная болезнь нижних конечностей (11), сахарный диабет (9) и др. Анамнестически сопутствующие заболевания возникали как до развития ахалазии кардии, так и в период разгара болезни. Сопутствующие заболевания в большинстве случаев значительно отягощали течение основного заболевания, что во многом определяло особенности клинического течения и прогноз.

При рентгенологическом исследовании оценивалась моторно-эвакуаторная функция пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, их морфологическое состояние. Описание включало в себя локализацию патологического процесса, рентгенологически оценивался диаметр пищевода в наиболее широком его месте при максимальном наполнении контрастным веществом, состояние складок слизистой, степень рубцовой деформации органов, эвакуаторные нарушения. Признаки заболевания, выявленные рентгенологически представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Рентгенологические признаки ахалазии кардии, выявленные у пациентов

Рентгенологическая семиотика	Частота наблюдений
Расширение пищевода с сужением его дистального отдела	280(100%)
Задержка поступления контраста в желудок	245(87,5%)
Нарушение(ослабление) перистальтики	212 (75,7%)

Расширение тени средостения	188(67,1%)
Отсутствие газового пузыря желудка	102(36,4%)
Наличие уровня жидкости позади трахеи	66(23,5%)

Существенно улучшить результаты диагностики заболеваний кардии позволяет предложенный нами метод тракционной рентгенбаллонографии (Положительное решение по заявке на изобретение N 2020128085). Использование данного способа у 27 пациентов позволило измерить диаметр кардии у больных с нервно-мышечными заболеваниями (ахалазией кардии) и выбрать для них оптимальную тактику лечения.

Эндоскопическое описание включало визуальную оценку диаметра просвета пищевода, его проходимости и содержимого, перистальтики, тонуса кардиального сфинктера, воспалительных изменений слизистой наличие рефлекторного ответа в момент глотания. При выявлении язвенных поражений пищевода, последние тщательно исследовали и описывали их локализацию, диаметр и глубину дефекта. Для идентификации участков поражения при эндоскопическом исследовании пищевода в 35 наблюдениях мы использовали МВ1-эндоскопию. Гистологическое исследование было выполнено в 188 случаях (67,1 %), из них у всех 74 пациентов (100 %) основной группы до операции и в 39 случаях (52,7 %) у пациентов основной группы после операции.

Исследование кислотопродуцирующей функции желудка проведено 212 пациентам (75,7 %), в том числе у всех 74 пациентов (100 %) основной группы проводили методом рН-метрии. Гиперацидный тип желудочной секреции установлен у 146 больных (68,9%), Нормоцидное состояние отмечено в 41 (19,3%) случаях, гипо- и анацидное- в 25 (11,8%). Желудочно-пищеводный рефлюкс рН-метрическим методом выявлен у 154 пациентов (72,6%). Дуоденогастральный рефлюкс выявлен у 46(21,7%) больных.

Эндоманометрическое исследование проведено 148 больным (52,85%) обеих групп. При этом определялись следующие изменения.

Внутрижелудочное давление было повышено у 89 больных (60,1%), в среднем оно составило 19,0 (17,88±20,88) мм рт. ст., что превысило верхнее значение нормы (3±10 мм рт. ст.) на 90 %. Общая длина нижнего пищеводного сфинктера составляла 3,1 (2,9±3,5) см. Гипертонус нижнего пищеводного сфинктера диагностирован у 139 обследованных больных (93,9%). У 39 (26,4%) обследованных больных выявлена гипомоторика желудка, что проявлялось снижением основных показателей частоты и амплитуды перистальтических сокращений. Так, амплитуда сокращений желудка и дуоденум составила у них в среднем соответственно (13,0±8,0) и (10,0±6,0) мм рт. ст. Признаки интрадуоденальной гипертензии при эндоманометрии отмечены в 42 наблюдениях (28,4%), дуоденогастральный рефлюкс - в 44 (29,7%). Нарушение барьерной функции кардии отмечено у всех обследованных 148 пациентов (100%).

Для определения диагностической значимости и эффективности методов, применяемых для распознавания ахалазии кардии нами определены чувствительность (Se), специфичность (Sp) и точность (Ac) диагностических исследований у 68 пациентов. Данные диагностические показатели рассчитывали по соответствующим формулам после определения количества истинноположительных (TP), истинноотрицательных (TN), ложноположительных (FP) и ложноотрицательных (FN) результатов выполнения диагностики в соответствии с общепринятой методикой.

Таблица 4 - Информативность основных методов диагностики ахалазии кардии

	Чувствительность	Специфичность	Диагностическая эффективность	Прогностическая ценность положительного результата	Прогностическая ценность отрицательного результата

Традиционный рентгенологический метод	78,9%	25%	51,96%	83,4%	80%
Эндоскопический метод	92,6%	83,3%	87,9%	98,8%	58,3%
рН-метрия, эзофагоманометрия	89,5%	25%	57,25%	85%	66,6%
Предложенный метод рентгенбаллонографии	94,7%	71,4%	83,05%	97,8%	50,0%

Данные наших наблюдений(табл.4) свидетельствуют о различной диагностической ценности инструментальных методов, только комплексное их применение позволяет установить правильный диагноз у всех пациентов. Вовремя эндохирургической антирефлюксной операции, для идентификации абдоминального сегмента пищевода и кардиального отдела желудка, с целью профилактики их повреждения использовали оригинальный зонд с трансиллюминационной и фототензометрической поддержкой (Положительное решение по заявке на изобретение N 2020120582) (Рисунок 2).



Рисунок 2 - Трансиллюминационный фототензометрический зонд.

Наличие трансиллюминационного фототензометрического зонда, расположенного интраоперационно в области кардии позволяет существенно сократить время оперирования и повысить безопасность вмешательства. Как свидетельствуют наши наблюдения, многие осложнения операций по коррекции АК связаны с недостаточным или избыточным сужением пищеводного отверстия. В эндохирургии важное значение имеет точное определение размера анатомических структур, что позволяет верно подбирать необходимые размеры инструментов, протезирующих материалов, выбирать дальнейшую тактику оперативного вмешательства. Например, определение размера пищеводного отверстия диафрагмы имеет значение для выбора метода крурорафии или определения необходимого размера импланта для закрытия дефекта. Для проведения антирефлюксного этапа операции нами предложено устройство для измерения пищеводного отверстия диафрагмы (Патент РФ на изобретение № 2088158) (Рисунок 3).

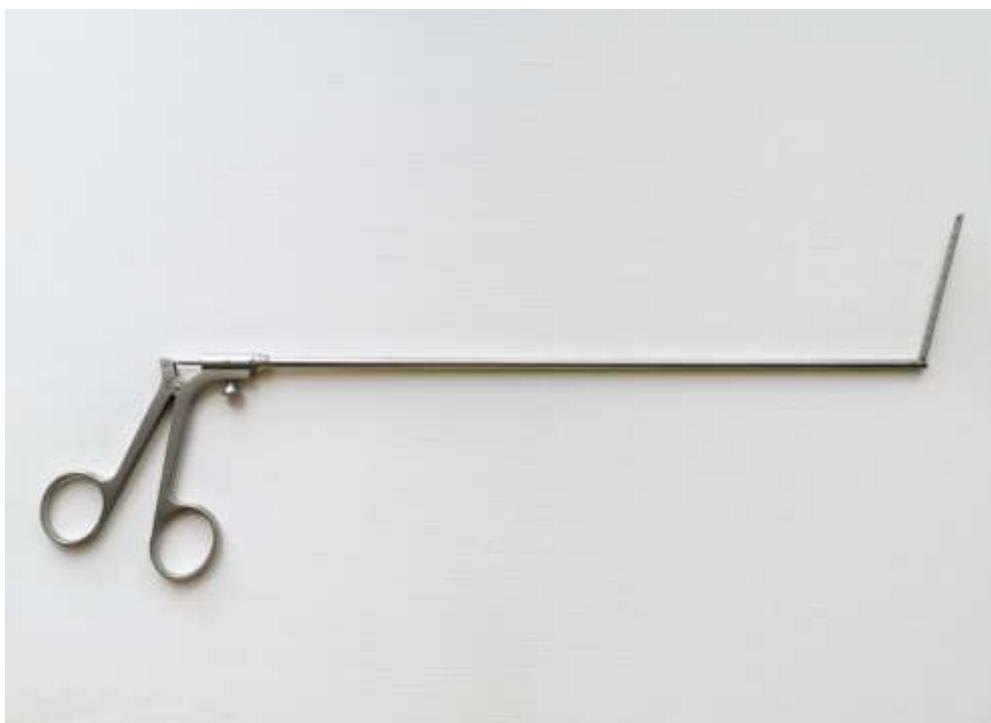


Рисунок 3 - Устройство для измерения пищеводного отверстия диафрагмы.

Пациентам выполнялась видеоэндоскопическая коррекция АК путем эзофагокардиомиотомии (Рисунок 4), дополненной передней фундопликацией (Рисунок 5,6). Если оперативное вмешательство проходило без осложнений (кровотечение, повреждение пищевода, желудка, селезенки), то брюшную полость не дренировали. Желудочный зонд удалялся в операционной. Применение у 74 пациентов с АК указанного оригинального способа лапароскопической эзофагокардиомиотомии, включающего использование устройств, облегчающих мобилизацию кардии и формирование фундопликационной манжеты позволяет улучшить результаты лечения. Продолжительность оперативного вмешательства составляла в среднем 65,0 [52,5–95,5] мин. Интраоперационные осложнения диагностированы у 5 больных. В контрольной группе (n=206) в 4-х наблюдениях (1,9%) во время мобилизации кардии был вскрыт просвет пищевода, потребовавший ушивания дефекта. Еще в одном наблюдении в группе контроля у пациента, имевшего в анамнезе полостную операцию развилось интраоперационное кровотечение, потребовавшее применение дополнительных мер гемостаза. Летальных исходов в наших наблюдениях не было. Общехирургические осложнения были редки (у 1 пациента развился суральный тромбоз, у 1 - нагноение раны) и не представляли больших проблем. В раннем послеоперационном периоде у 29 пациентов группы контроля (14,1%) наблюдалась дисфагия, связанная с чрезмерным сужением пищеводного отверстия диафрагмы. Реактивный серозный плеврит имел место в 8 наблюдениях. Эти осложнения носили преходящий характер и были купированы консервативной терапией.

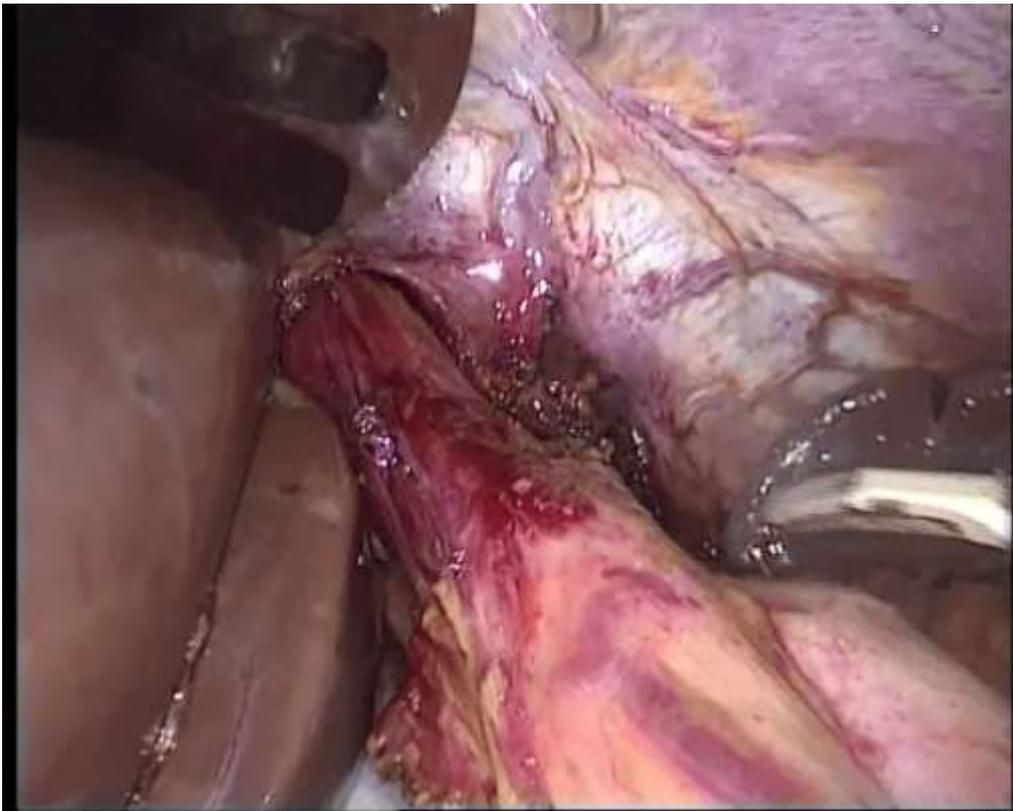


Рисунок 4 - Пищевод с введенным в абдоминальный отдел зондом.

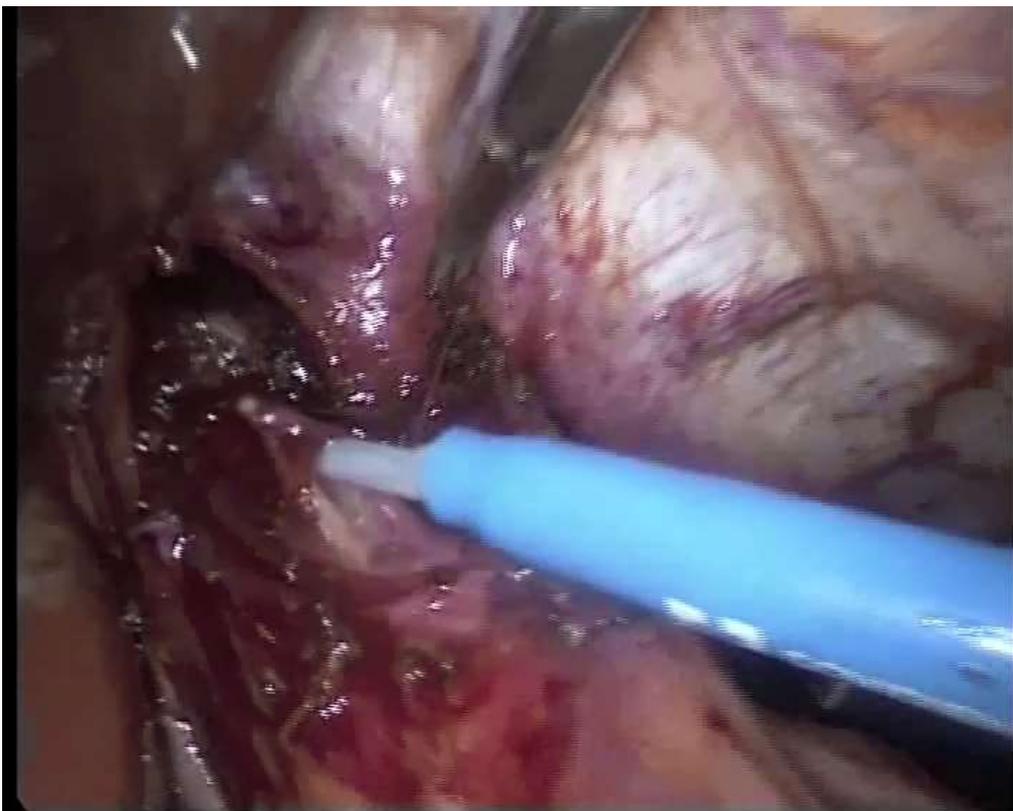


Рисунок 5 - Лапароскопическая продольная эзофагокардиомиотомия.

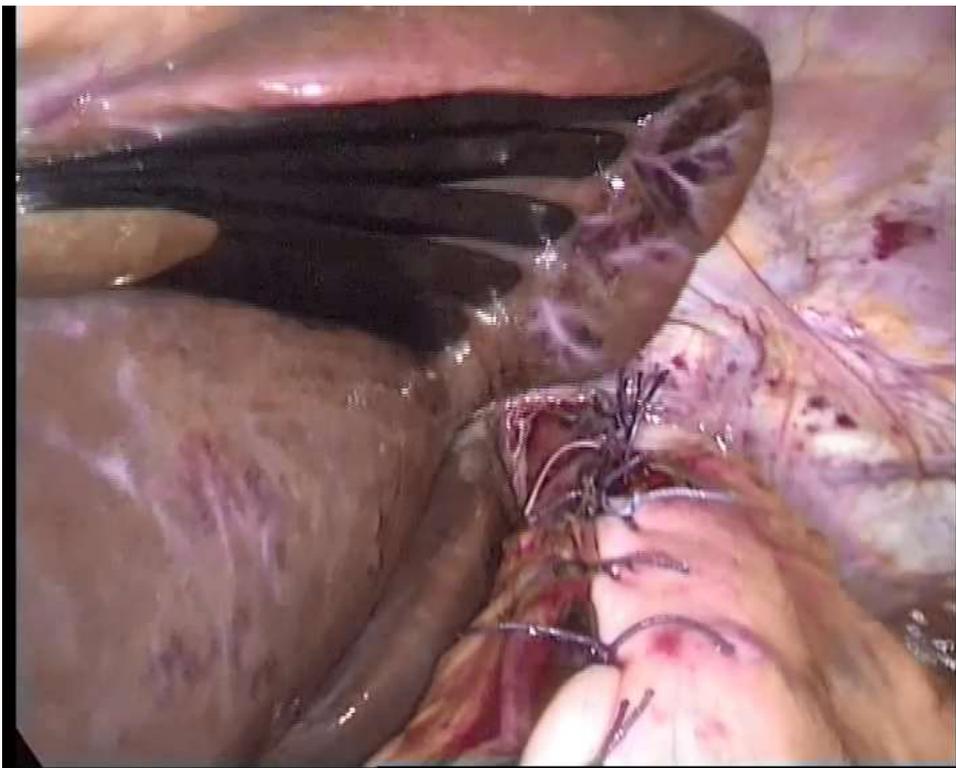


Рисунок 6 - Операция в законченном виде (передняя модифицированной гемифундопликация).

Изучение отдаленных результатов проводили методом анкетирования. 32 пациентам удалось провести контрольное инструментальное обследование, при этом у 21 из них удалось сравнить результаты дооперационного обследования и у 17 в раннем послеоперационном периоде. Были также отслежены отдаленные результаты до 3 лет. Данные опроса удалось получить у 82 (42 пациентов основной группы и 40 группы контроля). При общей оценке самочувствия по 4-х бальной шкале отличные результаты отметили 19 (23,2%), из них 9 пациентов основной группы и 10 группы контроля; хорошие - 54 (65,9%), из них 30 пациентов основной группы и 24 группы контроля. При этом полностью отсутствовала клиническая картина заболевания, а при контрольном обследовании не выявлено патологических изменений со стороны органов брюшной полости. Все они сохраняют трудоспособность, не нуждаются в приеме медикаментов. Удовлетворительные результаты получены у 6 (7,3%), из них 3 пациента основной группы и 3 группы контроля. Эти больные отмечали улучшение состояния, но у которых оставались или

возникли после операции те или иные нарушения, подтвержденные объективными методами исследования, не требующие стационарного или интенсивного амбулаторного лечения. Указанные нарушения не оказывали существенного влияния на трудоспособность, восстановленную операцией. Неудовлетворительный результат отмечен у 3 (3,6%) больных, у которых операция не принесла существенного улучшения самочувствия, у них сохранился болевой синдром на фоне периодического обострения хронического панкреатита по поводу чего пациенты нуждаются в стационарном или постоянном амбулаторном лечении. Все пациенты с неудовлетворительными результатами (рецидив заболевания) из группы контроля.

Результаты тестирования пациентов в предоперационном периоде в сравнении с послеоперационными данными, и с данными в контрольной группе после расчетов средних значений приведены в таблице 5 и на рисунке 7.

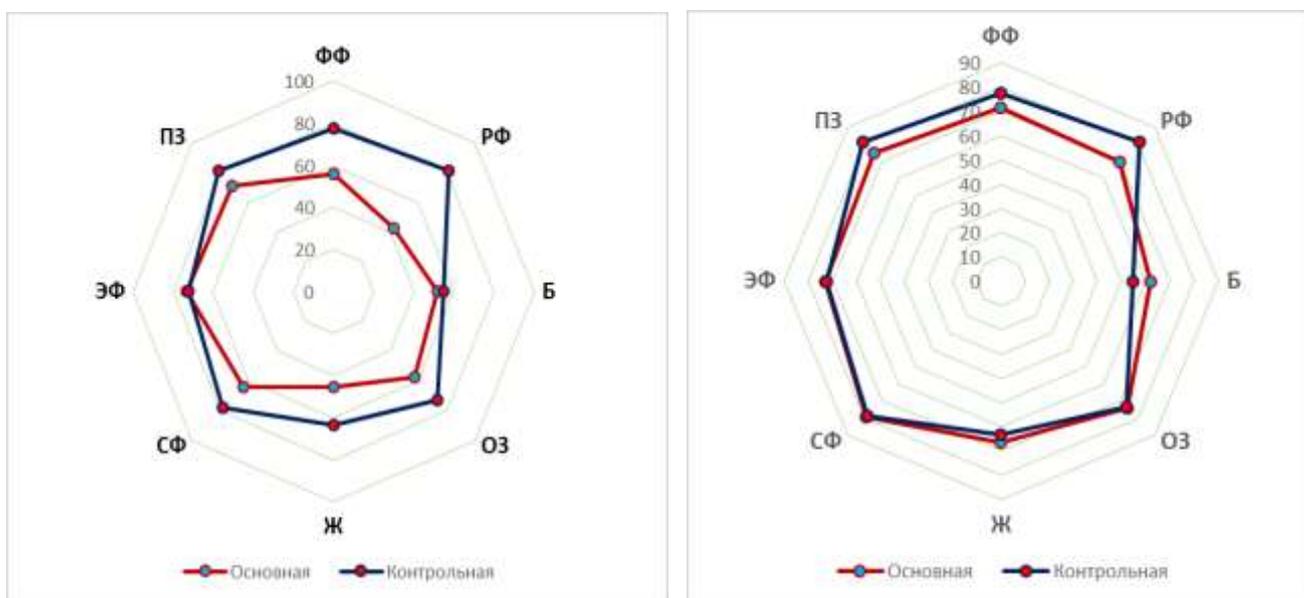


Рисунок 7 - Сравнение КЖ у пациентов, а) до операции и б) после операции с группой контроля.

Таблица 5 - Характеристика качества жизни пациентов до хирургического лечения и после операции в основной и контрольной группе по опроснику SF-36 (Me [Q25–Q75], %)

Показатель «качества жизни»	Значение показателей «качества жизни» у обследованных пациентов			P
	Контрольная группа (n-40)	До операции (n-42)	После операции (n-42)	
GH(общее состояние здоровья)	58,5(50,0-78,0)	45,5(40,0-52,5)	72,0(64,5-80,5)	p1-2<0,001 p1-3=0,15 p2-3<0,001
BP (шкала боли)	79,0(59,5-100,0)	58,0(53,5-63,5)	75,5(51,0-81,5)	p1-2=0,011 p1-3=0,59 p2-3=0,12
VT(жизненная активность)	65,5(55,0-75,5)	55,5(51,0-58,5)	70,5(59,0-78,5)	p1-2=0,007 p1-3=0,056 p2-3<0,001
SF(социальное функционирование)	75,5(62,5-87,5)	45,5(40,0-51,5)	87,5(85,0-95,5)	p1-2<0,001 p1-3=0,014 p2-3<0,001
RE (ролевое эмоциональное функционирование)	92,0(69,5-100,0)	45,0(42,5-49,5)	79,5(64,5-95,5)	p1-2=0,002 p1-3=0,32 p2-3<0,001
MH (психическое здоровье)	65,5(60,0-75,5)	43,5(38,0-46,5)	66,5(54,5-70,5)	p1-2<0,001 p1-3=0,9 p2-3<0,001
PF(физическое функционирование)	92,5(78,0-98,5)	64,5(60,0-65,5)	88,5(80,5-95,5)	p1-2<0,001 p1-3=1,0 p2-3<0,001
RP(ролевое физическое функционирование)	99,5(98,5-100,0)	56,5(48,0-63,5)	56,5(25,0-100,0)	p1-2<0,001 p1-3<0,001 p2-3=1,0

После оперативного лечения по всем шкалам отмечено увеличение относительных значений. Наибольший прирост (с 45,5% до 87,5%) был отмечен по шкале «социальное функционирование» (SF). После операции показатели «общего состояние здоровья» (GH) «шкал боли» (BP), и «жизненная активность» (VT) выросли до значений более 70%(соответственно 72,0%,75,5%,70,5%). При этом показатели «социального функционирования» (SF), «физического функционирования» (PF), и «ролевого эмоционального

функционирования» (RE) достигли наибольших значений – почти 80% и более (соответственно 87,5%, 88,5%, 79,5%). При сравнении представителей контрольной группы с оперированными пациентами установлено, что разница показателей качества жизни составила в среднем 12,5 ($4,5 \pm 32,0$) %. У больных после операции значения по шкале «общее состояние здоровья» (GH) улучшились на 26,5%, по шкале боли (BP) – на 17,5%, по шкале «жизненная активность» (VT) – на 15%, показатель социального функционирования (SF) – на 42%, «ролевое эмоциональное функционирование» (RE) – на 34,5%, по шкале «физическое функционирование» (PF) увеличились на 24%, по шкале «психическое здоровье» (MH) – на 22%. По четырем шкалам: «общее состояние здоровья» (GH), «жизненная активность» (VT), «социальное функционирование» (SF) и «психическое здоровье» (MH) значения послеоперационного периода превысили показатели группы контроля в среднем на $8,5(3,0 \pm 13,5)$ %. Таким образом, согласно результатам оценки качества жизни с помощью универсального теста SF-36 у пациентов, оперированных по предложенной методике, средние значения уровня качества жизни приближались к таковым, характерным для здоровой популяции. После лапароскопической эзофагокардиомиотомии по разработанной методике показатели качества жизни приближаются к таковым в группе контроля, что подтверждает данные о хорошей реабилитации пациентов в послеоперационном периоде и их удовлетворительной адаптации в повседневной жизни.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее информативным инструментальным методом диагностики ахалазии кардии из изученных приемов является рентгенологический, его чувствительность составляет 94,7%, диагностическая эффективность- 83,5%, и фиброэндоскопия (чувствительность-92,6%, диагностическая эффективность- 87,9%), что значительно выше, чем диагностическая

эффективность и чувствительность рН-метрии и эндоманометрии - 89,5% и 57,25% соответственно.

2. Применение предложенного диагностического комплекса в распознавании ахалазии кардии привело к увеличению уровня чувствительности – в 1,07 раза, уровня специфичности – в 1,39 раза и уровня точности диагностики – в 1,11 раза при сравнении со стандартной методикой.

3. Разработанная методика лапароскопической эзофагокардиомиотомии, включающая использование внутриводной трансиллюминации и инструмента для измерения размеров пищеводного отверстия позволяет предупредить повреждение стенки пищевода и послеоперационные осложнения, связанные с недостаточным либо чрезмерным сужением пищеводного отверстия.

4. При изучении отдаленных результатов из 82 пациентов 19(23,2%) оценили результат как отличный, 54(65,9%) как хороший, у 6 (7,3%) - как удовлетворительный, и 3 (3,6%) как неудовлетворительный.

5. При изучении качества жизни у пациентов после оперативного лечения по всем шкалам отмечено увеличение относительных значений. Среднее увеличение всех показателей составило 24,0 (17,0±35,0) %. При этом показатель «ролевое физическое функционирование» (RP) практически остался неизменным (56,5%). Наибольший прирост (с 45,5% до 87,5%) был выявлен по шкале «социальное функционирование» (SF). Статистически значимые различия показателей после хирургического лечения в основной и в контрольной группе были получены по шкалам «ролевое физическое функционирование» (RP) и «социальное функционирование» (SF).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Комплексное обследование больных с ахалазией кардии должно включать в себя контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, фиброэзофагодуоденоскопию и эзофагоманометрию,

2. Избирательный и тщательный отбор больных на антирефлюксную хирургическую коррекцию при АК необходимо проводить по определенным строгим показаниям, обоснованных данными комплексного клинико-инструментального исследования. В условиях модернизации системы здравоохранения, повсеместного внедрения и совершенствования малоинвазивных методов лечения операциями выбора являются лапароскопические, способствующие уменьшению количества осложнений, улучшению результатов лечения.

3. При развитии ахалазии кардии II– III стадии предпочтительно выполнять хирургическое лечение по предложенной методике эзофагокардиофундопластики.

4. При проведении лапароскопической эзофагокардиомиотомии пациентам с ахалазией кардии профилактическое дренирование брюшной полости является не целесообразным

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Операция Геллера при лечении пациентов с ахалазией кардии / М.Р. Бакиров, Е.И. Сигал, Т.Л. Шарапов [и др.] // Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии: матер. VII междунар. конгресса. – СПб., 2017. – С. 27-29.
2. Отдаленные результаты эндохирургического лечения ахалазии кардии / Е.И. Сигал, Т.Л. Шарапов, М.В. Бурмистров [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2017. – № 5. – С. 3-6.
3. Результаты эндохирургического лечения пациентов с ахалазией кардии / Е.И. Сигал, Т.Л. Шарапов, М.В. Бурмистров [и др.] // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2015. – № 2. – С. 799-800.
4. Современный взгляд на осложнения эндохирургического лечения нервно-мышечного заболевания ахалазии кардии / Е.И. Сигал, Т.Л. Шарапов,

М.В. Бурмистров [и др.] // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2017. – № S1. – С. 692.

5. История хирургического лечения ахалазии кардии: от операции Геллера до пероральной эндоскопической миотомии / М.Р. Бакиров, М.В. Бурмистров, Т.Л. Шарапов, Е.И. Сигал // Практическая медицина. – 2018. – № 7. – С. 15-21.

6. 20 летний опыт лечения пациентов с ахалазией кардии / М.Р. Бакиров, М.В. Бурмистров, Е.И. Сигал, Т.Л. Шарапов // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2019. – № 1. – С. 15-16.

7. Осложнения при эндохирургическом лечении пациентов с ахалазией кардии / М.Р. Бакиров, О.В. Галимов, Е.И. Сигал, Т.Л. Шарапов // Медицинский вестник юга России. – 2019. – Т. 10, № 3. – С. 409.

8. О результатах хирургической коррекции эвакуаторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта / О.В. Галимов, В.О. Ханов, М.Р. Бакиров, Р.Р. Сайфуллин // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2020. – № 1. – С. 129.

9. Пути улучшения результатов эндохирургического лечения ахалазии кардии / О.В. Галимов, В.О. Ханов, М.Р. Бакиров [и др.] // Хирургическая практика. – 2020. – № 2(42). – С. 5-9.