

УДК 616.329-007.43-072.1-053.9-089

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.Г. Родин<sup>1</sup>, А.В. Базаев<sup>2</sup>, А.И. Никитенко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»,

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

*Родин Андрей Геннадьевич – e-mail: rangen@bk.ru*

Представлены данные анализа отдаленных результатов оперативного лечения 98 больных старше 60 лет с ГПОД после различных видов оперативных вмешательств в сроки от 1 до 3 лет. Из них 89 оперированы с использованием лапароскопической техники, 9 – лапаротомным доступом. Обосновывается применение лапароскопического метода Куната-Хилла как менее травматичного и достаточно эффективного у данной категории больных.

**Ключевые слова:** грыжи пищевода, диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, пожилой возраст, оперативное лечение, результаты.

The analysis of remote results of surgical treatment of 98 patients older 60 y. o. with hiatal hernia after different type of surgery within duration of time from 1 to 3 years are presented. The laparoscopic technique was used in 89 cases and laparotomy access in 9. The authors give the substantiation of application of Kunath-Hill laparoscopic method in this category of patient and demonstrate this method as quite effective and less traumatic

**Key words:** hiatal hernia, reflux esophagitis, elderly patients, surgical treatment, results.

В последние годы во всем мире увеличивается число больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) как среди лиц трудоспособного возраста, так и у пожилых. В структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта грыжи пищевода и диафрагмы (ГПОД) занимают второе место, конкурируя с такими заболеваниями, как хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [1]. В 1998 г. ГЭРБ была отнесена к 5 состояниям, которые в наибольшей мере ухудшают качество жизни пациентов [2]. Антирефлюксные вмешательства при ГПОД направлены на купирование симптомов ГЭРБ и предотвращение осложнений заболевания [3, 4, 5, 6].

Появление большого количества оперативных способов коррекции ГПОД не привело к выработке единой тактики в хирургическом лечении данной патологии.

Появление эффективных препаратов для лечения гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) как основного проявления ГПОД привело к снижению показаний к хирургическому лечению этого заболевания [6]. Основная задача

медикаментозной терапии ГЭРБ – подавление желудочной секреции и нормализация моторики пищевода. Но терапия не в состоянии устранить анатомические и физиологические нарушения, предрасполагающие к ГЭР. Консервативная терапия рефлюкса не приводит к излечению, а часто дает лишь временный эффект, приводя к увеличению осложнений, таких как пептическая язва, пищевод Барретта, кровотечения [1, 7]. Демографические процессы в большинстве регионов России характеризуются старением населения. В 2008 г. лица старше 60 лет составляли 21% населения Российской Федерации [8].

Последними международными рекомендациями (Монреальский консенсус, 2006) ГЭРБ предложено рассматривать как самостоятельную нозологическую форму, при которой рефлюкс содержимого желудка вызывает беспокоящие пациента симптомы, осложнение и обострение сопутствующих болезней [9]. Антирефлюксные операции направлены на коррекцию ГЭРБ за счет возврата гастроэзофагеального перехода в его нормальную анатомическую позицию в пределах брюшной полости и создания

преграды для рефлюкса посредством фундопликации и (или) крурорафии [10, 11]. Наиболее распространенной причиной возникновения рефлюксного синдрома являются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Дислокация гастроэзофагеального перехода в средостение приводит к изменению естественных топографических взаимоотношений в этой зоне и разрушению всех основных компонентов антирефлюксного механизма [3, 11, 12].

Травматичность антирефлюксных операций, выполненных лапаротомным доступом, значительное количество интра- и послеоперационных осложнений привели к снижению показаний к хирургическому лечению у больных с ГПОД пожилого и старческого возраста. Малотравматичный характер, высокая эффективность лапароскопических операций, ранняя реабилитация в послеоперационном периоде делают это вмешательство операцией выбора в лечении ГПОД и их осложнений у этой категории больных [13].

**Цель исследования:** изучение результатов оперативно-го лечения ГПОД, осложненных ГЭРБ, после антирефлюксных операций у пожилых больных и выбор наиболее эффективного и малотравматичного метода операции.

### Материал и методы

В хирургической клинике им. А.И. Кожевникова Нижегородской областной больницы в период с 2005 по 2012 год оперировано 467 больных ГПОД I, II, III типов (по L.L. Snow) с явлениями рефлюкс-эзофагита 1–4-ой степени (по Лос-Анджелесской классификации). Размеры грыжевого дефекта колебались от 3 до 10 см. Возраст больных – от 22 до 73 лет, средний возраст составил  $53,8 \pm 3,6$  года. Среди этих пациентов было 98 (22,4%) больных старше 60 лет, их средний возраст составил  $66,7 \pm 4,2$  года. Оперированы 85 (86,7%) женщин и 13 (13,3%) мужчин.

ГПОД 1-ой ст. выявлены у 27 (27,6%) пациентов, 2-ой ст. – у 49 (50%), 3-ей ст. – у 22 (22,4%) больных. Эзофагит 1-ой ст. имел место у 18 (18,3%) больных, 2-ой ст. – у 37 (37,8%), 3-ей ст. – у 30 (30,6%), 4-ой ст. – у 13 (13,3%) пациентов.

89 пожилых больных оперированы с использованием лапароскопической техники, 9 больных оперированы традиционным лапаротомным доступом.

Показаниями к антирефлюксным операциям, выполненным как лапароскопически, так и открытым доступом, являлись:

1. неэффективность полноценной консервативной терапии в течение 3–4 месяцев – 38 пациентов;
2. осложнения рефлюкс-эзофагита – язвы, стриктуры пищевода, пищевод Барретта – 11 человек;
3. внепищеводные проявления ГЭР (прежде всего бронхиальные и кардиальные) – 14 больных;
4. сопутствующая хирургическая патология (желчекаменная болезнь, грыжи брюшной стенки), при которой выполнение антирефлюксных операций было тактически оправдано у 35 пациентов.

Операция лапаротомным доступом производилась при наличии в анамнезе открытых операций на верхнем этаже брюшной полости у 4 больных, рецидиве заболевания после открытых антирефлюксных операций у 3 пациентов, наличии кардиостимулятора, исключавшего применение электрохирургических инструментов, у 2 человек.

При лапароскопических операциях были использованы следующие методы: фундопликация по Тупе у 15 (16,9%)

больных, фундопликация по Ниссену у 6 (6,7%), эзофаго-крурорафия по Кунату-Хиллу у 68 (76,4%) пациентов. При сочетании ГПОД с другой хирургической патологией выполнялись симультанные вмешательства по поводу желчекаменной болезни у 43 (48,3%) больных, по поводу грыж передней брюшной стенки у 6 (6,7%) пациентов.

При открытых вмешательствах операция по способу Тупе выполнена у 5 больных, фундопликация по Ниссену – у 4 пациентов. Симультанные операции по поводу послеоперационной вентральной грыжи произведена 2 больным. Виды оперативных вмешательств представлены в таблице 1.

**ТАБЛИЦА 1.**  
*Характер оперативных вмешательств*

Операция	лапароскопические		открытые	
	количество больных	%	количество больных	%
Ниссена	6	16,7	4	44,4
Тупе	15	16,9	5	55,6
Куната-Хилла	68	76,4	-	-
Всего	89	100	9	100

При лапароскопических операциях средняя продолжительность эзофагокрурорафии по Кунату-Хиллу составила 39 минут, средняя продолжительность операции по Тупе 58 минут, по Ниссену 67 минут.

При оперативных вмешательствах лапаротомным доступом средняя продолжительность операции по Тупе составила 71 минуту, по Ниссену – 82 минуты (таблица 2).

**ТАБЛИЦА 2.**  
*Средняя продолжительность оперативных вмешательств в минутах*

Метод операции	лапароскопическая	лапаротомная
Операция Ниссена	67	82
Операция Тупе	58	71
Операция Куната-Хилла	39	-

При хирургической коррекции ГПОД с рефлюкс-эзофагитом наибольшее распространение получили различные виды фундопликаций, механизм работы которых, помимо восстановления физиологического положения пищевода, основан на действии «чернильницы-непроливайки», обеспечивающим высокую антирефлюксную надежность. Помимо положительных сторон данных операций отмечается большое количество специфических осложнений, снижающих качество жизни, таких как послеоперационная дисфагия и чувство переполнения желудка газом при невозможности отрыжки – «gas bloat» синдром. Операции, направленные на восстановление угла Гиса, физиологического натяжения пищевода, увеличение абдоминальной части пищевода (Куната-Хилла, Латаста), получили меньшее распространение, и результаты их применения мало изучены. За последние годы в нашей клинике наиболее часто при лапароскопическом лечении ГПОД нашла своё применение операция Куната-Хилла. Именно воссоздание угла Гиса, фиксация абдоминального отдела пищевода с восстановлением его физиологического натяжения обуславливает у большинства пациентов надежный антирефлюксный механизм.

В отдаленном периоде проведено обследование 130 пациентов пожилого возраста после лапароскопических

антирефлюксных операций. Им проведено полипозиционное рентгенологическое исследование, эзофагогастрофиброскопия, пищеводная манометрия и Ph-метрия, анкетирование при помощи специализированного опросника GIQLI (Gastrointestinal Quality Life Index) и VISIK.

Больные после лапароскопических операций были разделены на 3 группы.

**1-я группа** (через 1 год после операции) – 44 больных: 6 пациентов после операции Ниссена, 11 больных после операции Тупе и 27 после операции по Кунату-Хиллу.

**2-я группа** (через 2 года после операции) – 41 пациент: 5 больных после операции Ниссена, 12 – после операции Тупе, 24 пациента после операции по Кунату-Хиллу.

**3-я группа** (через 3 года после операции) – 45 больных: 6 пациентов после операции Ниссена, 11 – после операции Тупе, 28 – после эзофагокурорафии по Кунату-Хиллу.

### Результаты и их обсуждение

Послеоперационный койко-день у пожилых больных, оперированных лапароскопически, составлял от 4 до 9, в среднем 6,5 койко-дня. При открытых операциях этот показатель был от 10 до 16 и равнялся в среднем 12 койко-дням.

Из интраоперационных осложнений при лапароскопических операциях имели место следующие: у пациентки 67 лет возникло повреждение дна желудка, перфоративное отверстие было ушито с формированием фундопликационной манжетки; у больной 69 лет произошло повреждение медиастинальной плевры с развитием левостороннего пневмоторакса, плевральная полость была дренирована. Это осложнение произошло в результате мобилизации кардиального отдела желудка при ГПОД 3-ей степени.

При открытых операциях у пациента 70 лет развился правосторонний пневмоторакс, ликвидированный дренированием плевральной полости. Из соматических осложнений после открытых вмешательств наблюдали тромбоэмболию мелких ветвей легочной артерии у больной 72 лет. Летальных исходов после всех видов операций по поводу ГПОД не было.

Изучив полученные данные, мы пришли к заключению, что отдаленные результаты после лапароскопических операций у больных пожилого возраста в течение первого года лучше у пациентов, которым выполнялись операции по способу Тупе и Куната-Хилла, причем у больных, оперированных способом Куната-Хилла, качество жизни более высокое, чем у пациентов, оперированных методами, связанными с формированием антирефлюксной манжетки (способ Тупе и Ниссена). Рецидивов заболевания в течении первого года не выявлено, что подтверждается клиническими, рентгенологическими и эндоскопическими исследованиями.

Через два года после операции выявлен рецидив заболевания у 1 пациента, оперированного по способу Куната-Хилла и у 1 больного после операции Тупе. Качество жизни у большинства больных этой группы оценивается как хорошее.

Через три года у 1 больного, оперированного способом Ниссена, у 2 пациентов после операции Куната-Хилла и 1 больного, оперированного по Тупе, возник рецидив заболевания (таблица 3). В третьей группе у 13 (28,9%) больных имеется необходимость в приеме антацидных

препаратов, но эти пациенты отмечают значительное уменьшение их дозы и видят положительный эффект от операции.

**ТАБЛИЦА 3.**

*Отдаленные результаты после лапароскопических операций*

операция		отличные			хорошие			удовлетворительные			неудовлетворительные		
		1 г	2 г	3 г	1 г	2 г	3 г	1 г	2 г	3 г	1 г	2 г	3 г
Ниссена	п	4	3	4	1	1	1	1	1	-	-	-	1
	%	50	60	66,8	25	20	16,6	25	20				16,6
Тупе	п	8	8	7	2	2	3	1	1	-	-	1	1
	%	72	66,7	63,6	18,2	16,7	27,2	9,1	8,3				8,3
Куната-Хила	п	20	18	21	5	3	5	2	1	-	-	1	2
	%	74	75	75	15,5	12,5	17,2	7,4	4,1				4,1

Оценивая результаты оперативного лечения ГПОД, мы пришли к выводу, что оперативные вмешательства, направленные на формирование фундопликационной манжетки (Тупе, Ниссена), значительных преимуществ перед способом Куната-Хилла не имеют.

### Выводы

Лечение пожилых больных с ГПОД остается до конца не решенной проблемой. После различных способов оперативных вмешательств могут возникать рецидивы заболевания, требующие медикаментозного лечения или повторной операции. Применение травматичных антирефлюксных операций, связанных с формированием антирефлюксной манжетки, по нашему мнению, не имеет больших преимуществ перед более простыми в техническом отношении антирефлюксными операциями, связанными с эзофагокурорафией, гастропексией и воссозданием угла Гиса, что позволяет ускорить время оперативных вмешательств, а это чрезвычайно важно у больных пожилого возраста.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Аллавердян А.С. Анализ неудач и ошибок антирефлюксных операций. *Анналы хирургии*. 2005. № 2. С. 8-14.  
*Allahverdyan A.S. Analiz neudach i oshibok antireflyuksnih operatsii. Annali hirurgii. 2005. № 2. S. 8-14.*
2. Revicki D.A., Wood M., Maton P.N et al. The impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life. *Am J Med*. 1998. Vol. 104. P. 252-8.
3. Жерлов Г.К., Понтер В.Э., Кошель А.П., Козлов С.В., Рудая Н.С., Соколов С.А., Слугин Н.К. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита. *Хирургия*. 2004. № 7. С. 9-14.  
*Zherlov G.K., Ponter V.E., Koshel' A.P., Kozlov S.V., Rudaya N.S., Sokolov S.A., Slugin N.K. Hirurgicheskoe lechenie reflyuks-efozagita Hirurgiya. 2004. № 7. S. 9-14*
4. Корняк Б.С., Кубышкин В.А., Чернова Т.Г., Азимов Р.Х. Результаты лапароскопических антирефлюксных вмешательств. *Эндоскопическая хирургия*. 2001. № 4. С. 3-8.  
*Kornyak B.S., Kubishkin V.A., Chernova T.G., Azimov R.H. Rezul'tati laparoskopicheskikh antireflyuksnih vmeshatel'stv. Endoskopicheskaya hirurgiya. 2001. № 4. S. 3-8.*
5. Bais J.E., Horbach T.L., Masclee A.A. et al. Surgical treatment for recurrent gastro-esophageal reflux disease after failed antireflux surgery. *Br J Surg* 2000. Vol. 87. P. 243-249.
6. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. М.: Медпрактика-М, 2003. 172 с.  
*Puchkov K.V., Filimonov V.B. Grizhi pischevodnogo otverstiya diafragmi. M.: Medpraktika-M, 2003. 172 s.*
7. Сигал Е.И., Бурмистров М.В. Лапароскопические операции в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы. *Хирургия*. 2004. № 4. С. 42-44.

*Sigal E.I., Burmistrov M.V. Laparoskopicheskie operatsii v lechenii grizh pischevodnogo otverstiya diafragmi. Hirurgiya 2004. № 4. S. 42-44.*

**8.** Soper N.J., Dunnegan D. Anatomic fundoplication failure after laparoscopic antireflux surgery. *Ann Surg.* 1999. Vol. 229. P. 669–676.

**9.** Румянцева М.Ю., Конев Ю.В., Савин А.А. Когнитивные изменения у долгожителей. *Клин. геронтол.* 2012. № 5. С. 32-35.

*Rumyantseva M.YU., Konev YU.V., Savin A.A. Kognitivnie izmeneniya u dolgozhitelei. Klin. gerontol. 2012. № 5. S. 32-35.*

**10.** Gordon C., Kang J.Y., Neild P.J., Maxwell J.D. The role of the hiatus hernia in gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004. Oct. 1. Vol. 20.(7). P. 719-32.

**11.** Pointer R., Bammer T.L., Then P., Kamolz T. Laparoscopic refundoplication after failed antireflux surgery. *Am J Surg* 1999. Vol. 178. P. 541-544.

**12.** Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение. Руководство для врачей / под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. М.: Миклош, 2007. С. 17-31.

*Gastroenterologiya i gepatologiya. Diagnostika i lechenie. Rukovodstvo dlya vrachei / pod red. A.V. Kalinina, A.I. Hazanova. M.: Miklosh, 2007. S. 7-31.*

**13.** Revicki D.A. Wood M. Maton P.N et al. The impact of gastroesophageal reflux disease on health – related quality of life. *Am J Med.* 1998. Vol. 104. P. 252-8.

