

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Абилов К. У., Волчкова И.С.

*АО «Медицинский Университет Астана», Казахстан, г. Астана
(г.Астана, пр.Бейбитшилик, 49 А), VolchkovaIS@mail.ru*

Разработан метод лапароскопической тотальной фундопликации с миотоническим компонентом манжетки. В отличие от операции Nissen, манжетка не является замкнутой и не предусматривает прямое сшивание передней и задней стенок дна желудка между собой. По авторской методике оперировано 30 пациентов. Результаты операции сравнили в сроки 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции с результатами лапароскопической фундопликации по Nissen (42 пациента). Установлено, что авторская методика лапароскопической антирефлюксной операции позволяет достоверно уменьшить частоту дисфагии в сроки 1–6 месяцев после операции и исключить рецидив изжоги после операции. Отмечены также достоверно лучшие показатели интегральной оценки качества жизни (опросник GERD-HRQL), что позволяет утверждать о лучших функциональных результатах разработанной авторами методики, по сравнению с традиционной лапароскопической фундопликацией.

Ключевые слова: качество жизни, антирефлюксные операции, опросник GERD-HRQL, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

COMPARATIVE EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC ANTIREFLUX SURGERY

Abilov K. U., Volchkova I.S.

*"Medical University of Astana" Astana, Kazakhstan
(Astana, pr.Beybitshilik, 49 A), VolchkovaIS@mail.ru*

Developed a method for laparoscopic fundoplication with total myotonic component cuff. Unlike surgery Nissen, cuff is not closed, and does not provide a direct cross-linking front and rear bottom of the stomach together. The authors' methodology operated 30 patients. The results of surgery were compared in terms of 1, 3, 6 and 12 months after surgery with the results of laparoscopic fundoplication for the Nissen (42 patients). It is established that the author's technique of laparoscopic antireflux surgery can significantly reduce the incidence of dysphagia in terms of 1-6 months after surgery, and to exclude recurrence of heartburn after surgery. There were also significantly better performance integrated assessment of the quality of life (questionnaire GERD-HRQL), which suggests the best functional results of the authors' technique, in comparison with conventional laparoscopic fundoplication.

Key words: quality of life and antireflux surgery, the questionnaire GERD-HRQL, gastroesophageal reflux disease.

Лапароскопические операции пришли на смену традиционным хирургическим вмешательствам в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [3]. По мнению Granderath F.A. [1], лапароскопические антирефлюксные хирургические вмешательства в последние годы стали стандартным способом лечения тяжелой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Изучение качественных сторон жизни в различные сроки после операции стали неотъемлемой составляющей частью современных научных исследований

[4]. Не исключением является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, при которой данные о качестве жизни пациентов могут быть определены и изучены с помощью специальной программы и опросника GERD-HRQL [2,5,6].

Поскольку нами разработан новый, оригинальный метод фундопликации, который максимально использует анатомо-физиологические особенности пищеводно-желудочного перехода и позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, в первую очередь, дисфагии и рецидива проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, нас интересовала оценка эффективности нашего метода и с позиции качества жизни пациентов.

Целью данного исследования стала оценка и сравнение качества жизни пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью после выполнения разработанной нами лапароскопической фундопликации и после стандартных антирефлюксных лапароскопических операций.

Материалы и методы

В наше исследование было включено 72 пациента, которые были разделены на две группы. В основной группе (А) (n=30) был использован разработанный нами метод лапароскопической тотальной фундопликации с миотоническим компонентом манжетки (ЛТФМК). В контрольной группе (Б) (n=42) была применена традиционная уже для хирургии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни лапароскопическая тотальная фундопликация (ЛТФН) типа Ниссена. Суть разработанного нами метода лапароскопической тотальной фундопликации с миотоническим компонентом манжетки заключается в следующем. Диафрагмальные ножки в нижней половине ушитого хиатусного отверстия используются для подшивания к ним дна желудка. Поэтому данная часть хиатуса не ушивается наглухо, а используется с целью возможности миотонической регуляции создаваемой манжетки. После сшивания передней и задней частей дна желудка с правой и левой ножками диафрагмы соответственно формируют полную (тотальную) фундопликацию с миотоническим компонентом манжетки. В отличие от операции Nissen манжетка не является замкнутой и не предусматривает прямое сшивание передней и задней стенок дна желудка между собой.

Нами была произведена оценка качества жизни с использованием опросника GERD-HRQL (таблица 1) в обеих анализируемых группах в сроки 1, 3, 6 и 12 месяцев (1 год) после операции.

Таблица 1.

Используемый в исследовании опросник качества жизни пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (GERD-HRQL, Velanovich)

Вопросы по симптомам						
(кружком выбирается только один ответ: лучший показатель (здоровья) 0, а худший показатель (нездоровья) 5)						
1. Как сильно выражена изжога?	0	1	2	3	4	5
2. Бывает ли изжога, когда ложитесь?	0	1	2	3	4	5
3. Бывает ли изжога, когда встаете утром?	0	1	2	3	4	5
4. Есть ли изжога после еды?	0	1	2	3	4	5
5. Влияет ли изжога на ваш выбор питания?	0	1	2	3	4	5
6. Вызывает ли изжога нарушение сна (просыпаетесь ли от изжоги)?	0	1	2	3	4	5
7. Бывает ли у вас трудное глотание (нарушение глотания)?	0	1	2	3	4	5
8. Бывает ли у вас боли при глотании?	0	1	2	3	4	5
9. Чувствуете ли вы вздутие или распирающие ощущения вверху живота?	0	1	2	3	4	5
10. Если вы принимаете лекарства, то эффективны ли они на весь день?	0	1	2	3	4	5
11. Как вы оцениваете удовлетворенность вашим настоящим состоянием, самочувствием (поставить x или v)	удовлетворен		нейтрально		Не удовлетворен	

Индекс GERD-HRQL – это суммарный показатель баллов по 10 строкам таблицы. Таким образом, самый лучший суммарный показатель из возможных – 0, а самый худший из возможных =50 (5x10=50).

Шкала самооценки симптомов ГЭРБ:

0 = отсутствие симптомов;

1 = симптомы замечены, но они не беспокоят пациента;

2 = симптомы замечены и беспокоят, но появляются не каждый день;

3 = симптомы беспокоят каждый день;

4 = симптомы влияют на дневную активность пациента;

5 = симптомы нестерпимые – делают невозможной (ограничивают) дневную активность пациента.

Пациенты заполняли анкету через 1, 3, 6 месяцев, 1 год после лапароскопической фундопликации.

Результаты и обсуждение. Результаты антирефлюксных операций мы оценивали на основании субъективных ощущений и жалоб пациентов (таблица 2).

Таблица 2

Основные субъективные качественные показатели лапароскопических антирефлюксных операций в сравниваемых группах

Критерий	Срок исследования							
	1 месяц		3 месяца		6 месяцев		1 год	
	Основная группа (n=30)	Контрольная группа(n= 42)	Основная группа (n=30)	Контрольная группа(n= 42)	Основная группа (n=30)	Контрольная группа(n= 42)	Основная группа (n=30)	Контрольная группа(n= 42)
Дисфагия, число наблюдений	2	18	1	13	-	4	-	-
Дисфагия, частота, % (P±p)	6,6±4,5*	42,8±7,6*	3,3±3,3*	30,9±7,1*	-	9,5±4,5*	-	-
Возврат изжоги, число наблюдений	-	-	-	5	-	6	-	6
Возврат изжоги, частота, % (P±p)	-	-	-	11,9±5,0*	-	14,3±5,4*	-	14,3±5,4*

* Имеются достоверные различия в частоте выявления симптома между основной и контрольной группами ($p < 0,05$).

Через месяц после операции дисфагия 1 степени, но с прохождением твердой пищи в основной группе, наблюдалась у 2 пациентов основной группы, в то время как в контрольной группе аналогичные симптомы отмечены в 9 раз чаще, у 18 пациентов (42,8 %).

К 3 месяцу отмечена тенденция снижения частоты дисфагии. В основной группе частота дисфагии сократилась в 2 раза, а в контрольной частота дисфагии снизилась лишь на четверть (с 42,9 до 30,9 %).

К 6 месяцам дисфагии в основной группе не наблюдали уже ни у одного из оперированных пациентов, в то время когда в контрольной группе стойкая дисфагия сохранялась в среднем у каждого десятого пациента.

Через год после операции жалоб на дисфагию не было отмечено в обеих группах.

Основным показателем неэффективности антирефлюксной операции мы считали возврат изжоги. Данный симптом не наблюдался ни у одного из пациентов основной группы, что позволяет констатировать высокую эффективность предложенной нами методики лапароскопической антирефлюксной операции. Рецидив изжоги отмечен у 5 пациентов (11,9 %) контрольной группы в срок 3 месяца, причем в последующем частота его даже выросла. В сроки 6 месяцев и 1 год в контрольной группе рецидив изжоги отмечен у каждого седьмого пациента (14,3 %). Отмеченные различия между группами статистически достоверны. Различия в результатах операции мы связываем со свободным выполнением манжетки и отсутствием регулирующей роли мышечного компонента антирефлюксного клапана в контрольной группе.

Хорошие отдаленные функциональные результаты были получены у всех больных. Большинство пациентов, оперированных по поводу симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, избавились от этой симптоматики.

Вместе с тем, при анализе результатов оценки качества жизни пациентов выявлены различия между группами (рис.1).

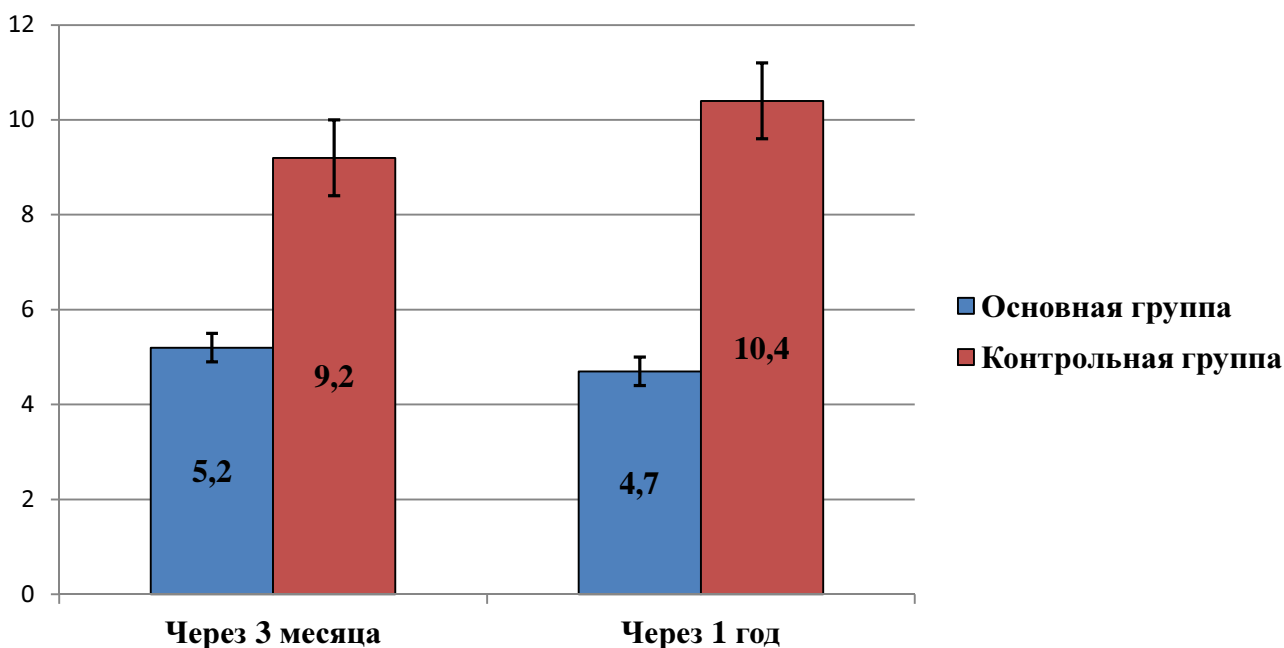


Рис. 1. Средние величины показателя оценки качества жизни по GERD-HRQL пациентов в основной и контрольной группах

В связи с тем, что в группах были выявлены различия в частоте дисфагии и рецидивов рефлюкса, то эти же результаты повлияли на итоги анкетирования по опроснику GERD-HRQL. Достоверно лучшие результаты через 3 месяца после операции отмечены в основной группе – $5,2 \pm 0,7$ против среднего показателя $9,2 \pm 0,7$ в контрольной группе. Аналогичное соотношение уровня качества жизни отмечено и в срок 1 года после операции – $4,7 \pm 0,2$ в основной группе против $10,4 \pm 0,9$ в контрольной группе. Различие результатов также статистически достоверно ($p < 0,05$).

Выводы

1. Предложенная методика лапароскопической антирефлюксной операции позволяет достоверно уменьшить частоту дисфагии в сроки 1–6 месяцев после операции, по сравнению с традиционной лапароскопической фундопликацией, и исключить рецидив изжоги после операции.

2. Отмечены достоверные отличия средних показателей интегральной оценки качества жизни, полученных при помощи опросника GERD-HRQL, в основной и контрольной группе, в сроки через 3 месяца ($5,2 \pm 0,7$ и $9,2 \pm 0,7$) и через 1 год после операции ($4,7 \pm 0,2$ и $10,4 \pm 0,9$). Данные различия позволяют утверждать о лучших функциональных результатах разработанной нами методики, по сравнению с традиционной лапароскопической фундопликацией.

Список литературы

1. Granderath F.A. Failed antireflux surgery: quality of life and surgical outcome after laparoscopic refundoplication // Intern. J. Colorect. Dis. – 2003. – Vol. 18. – P. 248-253.
2. Ofman J. The economic and quality-of-life impact of symptomatic gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2003. – Vol. 8- P.14-18.
3. Heikkinen TJ, Haukipuro K, Sorasto A. Short-term Symptomatic Outcome and Quality of Life After Laparoscopic Versus Open Nissen Fundoplication: A Prospective Randomized Trial.//Int. J SurgInvestig. – 2000. – Vol. 2. – P. 33-39.
4. Kamolz T, Granderath F, Pointner R. Laparoscopic Antireflux Surgery: Disease-Related Quality of Life Assessment Before and After Surgery in GERD Patients With and Without Barrett's Esophagus // SurgEndosc. – 2003. – Vol. 17. – P.880-885.
5. Velanovich V. Comparison of Generic (SF-36) vs. Disease Specific Quality-of-Life (GERD-HRQL) Scales for Gastroesophageal Reflux Disease //J.Gastrointest. Surg. – 1998. – Vol. 2, № 2. – P. 141-145.
6. Velanovich V. The Effect of Chronic Pain Syndromes and Psychoemotional Disorders on Symptomatic and Quality-of-life Outcomes of Antireflux Surgery. // J. Gastrointest Surg. 2003. – №7. – P.53-58.

Рецензенты:

Машкин А.М., д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Тюменской государственной медицинской академии Минздравсоцразвития России, г. Тюмень.

Зайцев Е.Ю., д.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО Тюменской государственной медицинской академии Минздравсоцразвития РФ, главный врач Тюменской больницы ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России, г. Тюмень.