

СТЕПЕНЬ ДОСТОВЕРНОСТИ САМООЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫМИ ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, СОЧЕТАННОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ОПЕРАЦИИ

В. И. Оскретков, Е. А. Цеймах, А. Р. Андреасян
М. А. Григорян, С. А. Масликова

Алтайский государственный медицинский университет,
656038, Россия, Барнаул, просп. Ленина, 40

Поступила в редакцию: 25.11.2022 г.
Принята в печать: 02.02.2023 г.

Цель. Изучить достоверность самооценки больными грыжей пищевода отверстия диафрагмы качества жизни после видеолaparоскопического антирефлюксного вмешательства по результатам анкетирования в сопоставлении их с данными исследования антирефлюксной функции кардии.

Методы. У 213 больных грыжей пищевода отверстия диафрагмы в сроки от 6 месяцев до 18 лет после видеолaparоскопической циркулярной эзофагофундопликации с иссечением грыжевого мешка и коррекцией по показаниям пищевода отверстия диафрагмы проведено анкетирование по опросникам GERD-HRQL, GIQLI, SF-36 и сопоставление полученных результатов с данными исследований антирефлюксной функции кардии (рентгеноэндоскопическая пищевода и желудка, суточная внутрипищеводная pH — метрия, манометрия пищевода-желудочного перехода). Исходя из результатов анкетирования по каждому из трех опросников, у всех больных рассчитывали индекс качества жизни (отношение суммы баллов основных симптомов ГЭРБ, полученных с помощью оценки пациентом своего состояния, к сумме баллов максимального желаемого результата соответствующего опросника). Затем определяли интегральный индекс качества жизни (сумма баллов по всем трем опросникам). По результатам исследования антирефлюксной функции кардии по совокупности выявленных основных признаков ГЭРБ и грыжи пищевода отверстия диафрагмы был разработан обобщенный показатель недостаточности антирефлюксной функции кардии, определяющий степень выраженности патологического гастроэзофагеального рефлюкса и предотвращающих его антирефлюксных механизмов кардии.

Результаты. При сопоставлении показателей интегрального индекса качества жизни и обобщенных показателей недостаточности антирефлюксной функции кардии как до, так и после операции отмечена их обратная зависимость — чем ниже интегральный индекс качества жизни, тем выше обобщенный показатель недостаточности антирефлюксной функции кардии.

Заключение. Самооценка больными грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, сочетанной с ГЭРБ, качества жизни после антирефлюксного вмешательства по опросникам GERD-HRQL, GIQLI, SF-36 является объективной и может быть использована для скрининг-диагностики рецидива заболевания.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, зобагофундопликация, качество жизни, анкетирование, скрининг-диагностика

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Оскретков В. И., Цеймах Е. А., Андреасян А. Р., Григорян М. А., Масликова С. А. Степень достоверности самооценки качества жизни больными грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью после видеолапароскопической антирефлюксной операции. *Хирургическая практика*. 2023;8(2):36–45. <https://doi.org/10.38181/2223-2427-2023-2-3>.

Актуальность

Выбор метода оперативного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных грыжей пищеводного отверстия (ГПОД) диафрагмы существенно влияет на качество жизни пациентов. Для его оценки нередко используют как специальные, так и общие опросники [1–6; 7; 8]. Некоторые авторы считают достаточным применение одного специфичного для ГЭРБ специализированного опросника [2; 9; 10]. Другие авторы используют одновременное анкетирование по нескольким специализированным опросникам [5], или сочетание анкетирования по специальным опросникам и общему опроснику SF-36 [1; 7; 8], или анкетирование только по общему опроснику [11; 12].

Вместе с тем остается недостаточно изученным вопрос о том, насколько объективно пациент оценивает свое состояние, можно ли доверять его ответам и использовать их для суждения об эффективности выполненного оперативного вмешательства.

Цель исследования

Изучить достоверность самооценки больными грыжей пищеводного отверстия диафрагмы качества жизни после видеолапароскопического антирефлюксного вмешательства по результатам анкетирования в сопоставлении их с данными исследования антирефлюксной функции кардии.

Материалы и методы

У 213 больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, сочетанной с ГЭРБ, была проведена двухэтапная оценка отдаленных результатов антирефлюксного вмешательства, включающего иссечение грыжевого мешка, перемещение желудка под диафрагму, циркулярную зобагофундопликацию, диафрагмокрурорафию или сочетание ее с диафрагмохиатопластикой по соответствующим показаниям.

На первом амбулаторном этапе дистанционно было проведено анкетирование по специальным опросникам GIQLI, GERD-HRQL и общему опроснику SF-36, чтобы изучить влияние операции на различные составляющие качества жизни пациентов.

На втором стационарном этапе были выполнены инструментальные исследования антирефлюксной функции кардии (рентгеноскопия пищевода и желудка, ФЭГДС, эндоскопическая хромоскопия с биопсией слизистой оболочки пищевода, суточная внутрипищеводная рН-метрия, манометрия пищеводно-желудочного перехода).

Анкетирование и инструментальные исследования были проведены до операции и в сроки от 6 месяцев до 18 лет после операции.

На основании результатов инструментальных исследований антирефлюксной функции кардии больные были разделены на три группы. В первую группу включены пациенты с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ (122 чел., 66,2%), у которых имелись некоторые симптомы ГЭРБ, но специальными исследованиями наличие патологического гастроэзофагеального рефлюкса не выявлено. Во вторую группу (19 чел., 8,9%) вошли больные с подтвержденным рецидивом ГЭРБ. Третью группу (72 чел., 33,8%) составили пациенты с отсутствием клинических симптомов ГЭРБ с подтверждением безрецидивного течения инструментальными исследованиями.

Среди 213 наблюдавшихся пациентов преобладали женщины (149 чел., 69,9%, $p < 0,001$). Обследованные больные преимущественно были в возрасте от 25 до 59 лет (160 чел., 75,1%, $p < 0,001$). У половины больных (107 чел., 50,3%) была кардиофундальная ГПОД, почти у каждого третьего пациента — кардиальная грыжа (69 чел., 32,4%), значительно реже субтотальная (25 чел., 11,7%) или тотальная грыжа пищеводного отверстия (12 чел., 5,6%).

По результатам анкетирования каждого из трех опросников вначале рассчитывали частные индексы качества жизни (ИКЖ) каждого пациента. ИКЖ — отношение суммы баллов основных симптомов ГЭРБ, полученных на основании самооценки пациентом своего состояния, к сумме баллов максимального желаемого результата по каждому из опросников (отсутствие признаков ГЭРБ).

По совокупности баллов по всем опросникам определяли разработанный нами интегральный индекс качества жизни (ИИКЖ) пациента. Для каждого индекса были рассчитаны медианы и квартили, проведено статистическое исследование значимости различий.

На основании результатов специальных методов исследования по совокупности выявленных основных признаков ГЭРБ и ГПОД нами был разработан показатель недостаточности антирефлюксной функции кардии (ПНАФК), определяющий степень выраженности патологического гастроэзофагеального рефлюкса и предотвращающих его антирефлюксных механизмов кардии.

Вначале в баллах определяли выраженность основных признаков ГЭРБ и ГПОД каждым методом исследования как отношение суммы баллов основных признаков ГЭРБ и ГПОД, полученных при каждом исследовании, к сумме баллов максимально возможного нежелаемого результата этого метода.

Также рассчитывался ПНАФК, выявленный каждым методом исследования как отношение суммы баллов основных признаков ГЭРБ и ГПОД, полученных при исследовании, к сумме баллов максимально возможного нежелаемого результата этого метода. Обобщенный ПНАФК — среднее арифметическое баллов, набранных по всем пяти видам инструментальных исследований кардии. Максимально нежелаемый результат ПНАФК в среднем из расчета на пять инструментальных исследований равен 4,2 балла, что соответствует выраженным признакам ГЭРБ и наличию тотальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Максимально желаемый результат — 0 баллов.

По результатам рентгенологического исследования пищевода и желудка в расчеты принимались три основных признака: расположение желудочно-пищеводного перехода или манжеты по отношению к диафрагме, наличие и выраженность гастроэзофагеального рефлюкса и признаков рефлюкс-эзофагита (РЭ). Желаемым результатом был 0 баллов (отсутствие ГПОД и ГЭРБ). Максимально нежелаемый результат — 9 баллов (наличие большой грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с выраженными признаками желудочно-пищеводного рефлюкса и рефлюкс-эзофагита).

Оценка эндоскопических признаков ГПОД и ГЭРБ основывалась на выраженности рефлюкс-эзофагита по классификации Savary — Miller. Желаемым результатом был 0 баллов (отсутствие РЭ), а максимальное число баллов, которое можно получить при выраженном рефлюкс-эзофагите, составляет 3 балла.

Результаты эзофагохромоскопии с биопсией слизистой оболочки пищевода основывались на наличии окрашивания и метаплазии слизистой оболочки пищевода в биоптате. Желаемый результат — 0 баллов (отсутствие очагов окрашивания слизистой оболочки пищевода и ее метаплазии). Максимально нежелательный результат — 3 балла (пищевод Баррета).

Оценка показателей внутрипищеводной суточной рН-метрии в баллах проводилась на основании следующих показателей гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР): общее время с $\text{pH} < 4$, число рефлюксов с $\text{pH} < 4$, число рефлюксов продолжительностью более 5 мин, наиболее продолжительный рефлюкс, обобщенный показатель DeMeester. Максимальное число баллов оценивалось в 3 при наличии выраженного гастроэзофагеального рефлюкса.

Оценка в баллах результатов манометрии пищеводно-желудочного перехода основывалась на сопоставлении длины и тонуса нижней пищеводной зоны высокого давления с контрольной группой, которую составили 36 чел. без патологии пищевода и органов брюшной полости. Желаемый результат — 0 баллов (отсутствие нарушений замыкательной функции кардии и ГЭРБ), при ее наличии — 3 балла.

Результаты и обсуждение

Согласно результатам анкетного опроса (табл.) в отдаленные сроки после антирефлюксной операции у больных с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ ИИКЖ составил 0,88 балла, что более чем в два раза лучше дооперационных показателей и всего лишь на $12 \pm 2,94\%$ ниже максимального желаемого результата. При самооценке состояния все пациенты этой группы были удовлетворены результатами операции, но изредка отмечали наличие некоторых симптомов ГЭР (изжога, отрыжка воздухом), которые появлялись при нарушении диеты и купировались ее коррекцией, режимом питания иногда кратковременной консервативной терапией. У 78 ($63,9 \pm 4,34\%$) больных этой подгруппы снижение качества жизни было обусловлено наличием выраженной сопутствующей патологии (синдром раздраженной толстой кишки, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия и т.д.).

У больных с клиникой рецидива ГЭРБ интегральный индекс качества жизни после операции составил 0,67, что на $59,5 \pm 6,8\%$ лучше дооперационных показателей, но на $33 \pm 6,8\%$ ниже максимального желаемого результата. Пациентов с рецидивом ГЭРБ беспокоили постоянные выраженные признаки гастроэзофагеального рефлюкса — изжога, отрыжка воздухом и кислым содержимым, загрудинные боли, симптомы «шнурков» и «мокрой подушки». Имеющиеся симптомы ГЭРБ у больных с рецидивом заболевания ограничивали их повседневную активность и трудоспособность или делали ее невозможной. Консервативная терапия была у них малоэффективна или вообще неэффективна.

У больных без симптоматики рецидива ГЭРБ по результатам анкетирования интегральный индекс качества жизни составил 0,93, что на $111,4 \pm 4,6\%$ лучше дооперационных показателей ($p < 0,05$) и лишь на $7 \pm 4,6\%$ ниже максимального желаемого результата. При самооценке у пациентов этой группы симптомы ГЭРБ отсутствовали.

Таблица. Соотношение интегрального индекса качества жизни (ИИКЖ) и обобщенного показателя недостаточности антирефлюксной функции кардии (ОПНАФК) до операции и после операции у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, сочетанной с ГЭРБ

Table. The ratio of the integral quality of life index (IQLI) and the generalized indicator of failure of the antireflux function of the cardia (GIF AFC) before and after surgery in patients with hiatal hernia associated with GERD

Показатель	Пациенты с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ, 1-я группа (n = 122)		Пациенты с рецидивом ГЭРБ, 2-я группа (n = 19)		Пациенты без рецидива ГЭРБ, 3-я группа (n = 72)		Статистическая значимость различий между группами					
	До операции	После операции	До операции	После операции	До операции	После операции						
							P ₁₋₃	P ₂₋₄	P ₁₋₅	P ₂₋₆	P ₃₋₅	P ₄₋₆
ИИКЖ	0,43 [0,38; 0,48]	0,88* [0,84; 0,89]	0,42 [0,36; 0,46]	0,67* [0,58; 0,75]	0,44 [0,37; 0,47]	0,93* [0,90; 0,96]	0,800	< 0,001	0,999	0,001	0,822	< 0,001
ПНАФК	2,93 ± 0,12	0,37 ± 0,03*	4,05 ± 0,31	2,61 ± 0,29*	2,93 ± 0,16	0,22 ± 0,02*	0,002	< 0,001	0,999	0,001	0,004	< 0,001

*Примечание:** — статистически значимые различия до и после операции (p < 0,05).

При сравнении интегрального индекса качества жизни в отдаленные сроки после антирефлюксной операции отмечено, что у больных с рецидивом ГЭРБ он был на 23,9 ± 4,2 % (p < 0,001) меньше, чем у пациентов с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ и на 27,9 ± 4,2 % (p < 0,001) меньше, чем в группе больных без рецидива ГЭРБ. Показатели интегрального индекса качества жизни у больных с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ и пациентов без признаков рецидива заболевания статистически были сопоставимы и составляли 0,88 и 0,93 соответственно (p > 0,05).

Обобщенный показатель недостаточности антирефлюксной функции кардии (ОПНАФК) до операции (исходные данные) у больных всех групп статистически значимой разницы не имел, составляя почти максимальную выраженность ее признаков (соответственно 2,93 ± 0,12 балла, 4,05 ± 0,31 балла и 2,93 ± 0,16 балла, p > 0,05). После операции у пациентов с сохраняющимися некоторыми симптомами ГЭРБ, но без ее рецидива (1-я группа) и у пациентов без рецидива заболевания (3-я группа) ОПНАФК приближался к желаемому результату (0 баллов), составляя соответственно 0,37 ± 0,03 и 0,22 ± 0,02 балла (p = 0,001) или соответственно 8,81 и 5,23 % от максимально выраженных признаков ГЭРБ (нежелаемый результат). При рецидиве ГЭРБ (2-я группа) ОПНАФК был больше в 7 раз по сравнению с пациентами 1-й группы (ложноположительная симптоматика ГЭРБ) и почти в 12 раз по отношению к пациентам без рецидива заболевания (3-я группа). По сравнению с исходными данными он снизился всего лишь на 34,27 %.

После оперативного лечения ОПНАФК в группе больных с рецидивом ГЭРБ составляет 2,61 ± 0,29 балла, что на 91,6 % (0,22 ± 0,02 балла) хуже, чем у пациентов без симптоматики

рецидива ГЭРБ и на 85,8 % ($0,37 \pm 0,03$ балла) — в группе пациентов с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ ($p < 0,001$). В работе [13] были представлены данные о том, что 23,6 % пациентов после повторных фундопликаций оценивали свое состояние как неудовлетворительное, однако отсутствие объективных критериев оценки качества жизни не позволяет сравнить результаты коллег и результаты, полученные в ходе нашего исследования.

При сопоставлении показателей интегрального индекса качества жизни и обобщенного показателя недостаточности антирефлюксной функции кардии (см. табл.) как до, так и после операции отмечена их обратная зависимость — чем ниже интегральный индекс качества жизни, тем выше обобщенный показатель недостаточности антирефлюксной функции кардии, и наоборот, при высоком интегральном индексе качества жизни обобщенный показатель недостаточности антирефлюксной функции кардии низкий. Так, наличие ГПОД с ГЭРБ, по данным анкетного опроса, характеризуется ИИКЖ в пределах 0,42–0,44 балла и ОПНАФК — 2,93–4,05 балла.

Наши исследования подтверждают выводы некоторых авторов [1; 2; 5; 7; 9], которые выявили корреляцию между результатами анкетного опроса и данными инструментальных обследований.

Заключение

Оценка больными ГПОД, сочетанной с ГЭРБ, своего состояния путем анкетирования объективно отражает качество жизни и может быть использована для скрининг-диагностики рецидива ГЭРБ в отдаленные сроки после операции. Проведение дистанционного анкетного опроса особенно актуально для пациентов, проживающих в отдаленной местности, и в период пандемии для исключения прямых массовых контактов.

Пациенты, у которых по результатам анкетного опроса после оперативного лечения отсутствуют признаки рецидива ГЭРБ (ИИКЖ — более 0,9 балла) в дополнительных инструментальных обследованиях не нуждаются, что существенно снижает финансовые затраты как для пациента, так и для лечебного учреждения. Дополнительные инструментальные исследования антирефлюксной функции кардии для уточнения диагноза необходимы пациентам с симптомами рецидива ГЭРБ (ИИКЖ — менее 0,9 балла) и позволяют выделить группу пациентов с ложноположительной симптоматикой ГЭРБ (ИИКЖ — от 0,89 до 0,75 балла) и группу пациентов с рецидивом ГЭРБ (ИИКЖ — менее 0,75 балла).

Список литературы / References

1. Черноусов А. Ф., Хоробрых Т. В., Ветшев Ф. П., Ионова Т. И., Мугадзавета Д., Осминин С. В., Никитина Т. П. Качество жизни больных, оперированных по поводу рефлюкс-эзофагита и его осложнений. *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова*. 2017;(12):17–27.

[Chernousov AF, Khorobrykh TV, Vetshev FP, Ionova TI, Mugadzaveta D, Osminin SV, Nikitina TP. Quality of life of patients with complicated reflux-esophagitis followed antireflux surgery. *Pirogov Russian Journal of Surgery. Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova*. 2017;(12):17–27 (in Russ.).] <https://doi.org/10.17116/hirurgia20171217-27>.

2. Луканин Д. В., Родоман Г. В., Клименко М. С., Соколов А. А., Соколов А. А., Качество жизни пациентов после антирефлюксных хирургических вмешательств: возможные пути решения проблемы. *Хирург*. 2020;1-2:3–25.

[Lukanin DV, Rodoman GV, Klimenko MS, Sokolov AA, Sokolov AA. Kachestvo zhizni patsiyentov posle antireflyuksnykh khirurgicheskikh vmeshatelstv: vozmozhnyye puti resheniya problemy. *Khirurg*. 2020;1-2:3–25 (in Russ.).] <https://doi.org/10.33920/med-15-2001-01>.

3. Ware JE, Sherbour CD. The MOS 36-item short form health survey: Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992;30:473–483. <https://doi.org/10.1037/t06708-000>.

4. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. Sf-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI. *Quality Metric Incorporated*. 2000;150. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>.

5. Черкасов Д. М., Черкасов М. Ф., Татьяначенко В. К., Старцев Ю. М., Меликова С. Г. Комплексное лечение осложненных форм грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с учетом индивидуальных особенностей пациента. *Медико-фармацевтический журнал «Пульс»*. 2019;21(10):35–41.

[Cherkasov DM, Cherkasov MF, Tat'janchenko VK, Starcev JuM, Melikova SG. Kompleksnoe lechenie oslozhnennyh form gryzhi pishhevodnogo otverstija diafragmy s uchetom individual'nyh osobennostej pacienta. *Mediko-farmaceuticheskij zhurnal «Pul's»*. 2019;21(10):35–41 [in Russ.]]. <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2019-21-10-35-41>.

6. Souza M, Nobre RA, Bezerra PC, Dos Santos AA, Sifrim D. Anatomical and functional deficiencies of the crural diaphragm in patients with esophagitis. *Neurogastroenterol Motil*. 2017;29(1):1–8. <https://doi.org/10.1111/nmo.12899>.

7. Буриков М. А., Сказкин И. В., Шульгин О. В., Кинякин А. И., Сокиренко И. А. Отдаленные результаты эндовидеохирургического лечения пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. *Клиническая практика*. 2018;9(3):26–33.

[Burikov MA, Skazkin IV, Shul'gin OV, Kinyakin AI, Sokirenko IA. Otdalennye rezul'taty endovideohirurgicheskogo lecheniya pacientov s gryzhej pishchevodnogo otverstiya diafragmy. *Klinicheskaya praktika*. 2018;9(3):26–33 [in Russ.]].

8. Оскретков В. И., Ганков В. А., Гурьянов А. А., Климов А. Г., Андреасян А. Р., Овсепян М. А. Качество жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы после дозированной эзофагофундопликации. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2016;4:11–15.

[Oskretkov VI, Gankov VA, Gur'yanov AA, Klimov AG, Andreasyan AR, Ovsepyan MA. Kachestvo zhizni bol'nyh gastroezofageal'noj refluksnoj bolezni'yu s aksial'noj gryzhej pishchevodnogo otverstiya diafragmy posle dozirovannoj ezofagofundopliakcii. *Vestnik hirurgicheskoy gastroenterologii*. 2016;4:11–15 [in Russ.]].

9. Гринцов А. Г., Ищенко Р. В., Совпель И. В., Совпель О. В., Балабан В. В. Причины неудовлетворительных результатов после лапароскопических пластикгрыж пищеводного отверстия диафрагмы. *Исследования и практика в медицине*. 2021;8(1):40–52.

[Grincov AG, Ishchenko RV, Sovpel' IV, Sovpel' OV, Balaban VV. Prichiny neudovletvoritel'nyh rezul'tatov posle laparoskopicheskikh plastikgryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy. *Issledovaniya i praktika v medicine*. 2021;8(1):40–52 [in Russ.]]. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2021-8-1-4>.

10. Andolfi C, Jalilvand A, Plana A, Fisichella PM. Surgical Treatment of Paraesophageal Hernias: A Review. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2016;26(10):778–783. <https://doi.org/10.1089/lap.2016.0332>.

11. Шарапов Т. Л., Федоров В. И., Бурмистров М. В., Сигал Е. И., Иванов А. И., Сигал Р. Е. Анализ повторных операций у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. *Практическая медицина*. 2015;6(91):62–68.

[Sharapov TL, Fedorov VI, Burmistrov MV, Sigal EI, Ivanov AI, Sigal RE. Analiz povtornyh operacij u pacientov s gryzhej pishchevodnogo otverstiya diafragmy. *Prakticheskaya medicina*. 2015;6(91):62–68 [in Russ.]].

12. Хубулов А. М., Толстокоров А. С., Коваленко Ю. В. Результаты антирефлюксной хирургической коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы у лиц пожилого и старческого возраста. *Аспирантский вестник Поволжья*. 2016;16(1–2):167–171.

[Hubulov AM, Tolstokorov AS, Kovalenko Yu V. Rezul'taty antireflyuksnoj hirurgicheskoy korrekcii gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy u lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta. *Aspirantskij vestnik Povol'zh'ya*. 2016;16(1–2):167–171 [in Russ.]]. <https://doi.org/10.17816/2072-2354.2016.01-2.167-171>.

13. Галлямов Э. А., Луцевич О. Э., Кубышкин В. А., Ерин С. А., Агапов М. А., Преснов К. С., Бусырев Ю. Б., Галлямов Э. Э., Гололобов Г. Ю., Зрянин А. М., Старков Г. А., Толстых М. П. Повторные лапароскопические операции при рецидиве гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова*. 2019;(2):26–31.

[Galliamov ÉA, Lutsevich O, Kubyshkin VA, Erin SA, Agapov MA, Presnov KS, Busyrev YuB, Galliamov EE, Gololobov GYu, Zryanin AM, Starkov GA, Tolstykh MP. Redo laparoscopic surgery for recurrent gastroesophageal reflux disease and hiatal hernia. *Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zurnal im. N. I. Pirogova*. 2019;(2):26–31 [in Russ.]]. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201902126>.

Об авторах

Владимир Иванович Оскретков, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, Алтайский государственный медицинский университет, Россия.

E-mail: voskretkov@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-6204-9390>

Евгений Александрович Цеймах, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, Алтайский государственный медицинский университет, Россия.

E-mail: yea220257@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-0628-8688>

Армен Ромикович Андреасян, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, Алтайский государственный медицинский университет, Россия.

E-mail: andreasyanarm@rambler.ru

<https://orcid.org/0000-0003-3113-8734>

Марианна Алексановна Григорян, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, Алтайский государственный медицинский университет, Россия.

E-mail: less_17@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-9972-5364>

Светлана Анатольевна Масликова, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, Алтайский государственный медицинский университет, Россия.

E-mail: maslikova18@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-5542-9707>

Для корреспонденции:

Светлана Анатольевна Масликова, Алтайский государственный медицинский университет, 656038, Россия, Барнаул, просп. Ленина, 40.

E-mail: maslikova18@mail.ru



RELIABILITY OF SELF-ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HIATAL HERNIA ASSOCIATED WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AFTER VIDEOLAPAROSCOPIC ANTI-REFLUX SURGERY

V. I. Oskretkov, E. A. Tseymach, A. R. Andreasyan
M. A. Grigoryan, S. A. Maslikova

Altay State Medical University,
Lenin Avenue, 40, Barnaul, 656038, Russia

Received 25 November 2022
Accepted 02 February 2023

This article **aims** to investigate the reliability of self-assessment of the quality of life in patients with hiatal hernia after undergoing videolaparoscopic anti-reflux intervention. To achieve this, the responses to a questionnaire were compared with the results of a study on the failure of the cardia anti-reflux mechanism.

Materials and methods. A total of 213 patients who underwent videolaparoscopic oesophagus fundoplication were included in this study. The participants completed three questionnaires: GORD-HRQL, GIQLI, and SF-36. The responses obtained from the questionnaires were then compared with the results of a cardia anti-reflux mechanism study, which involved X-ray endoscopy of the oesophagus and stomach, daily oesophageal pH-metry, and oesophago-gastric junction manometry. Based on the responses to the three questionnaires, the quality of life index was calculated for all patients. Additionally, a composite index of cardia anti-reflux mechanism failure was computed to assess the severity of pathological gastro-oesophageal reflux and describe the effectiveness of the cardia anti-reflux mechanism in preventing it.

Results. The comparison of the components forming the integral quality of life index with the composite index of cardia anti-reflux mechanism failure before and after the operation revealed an inverse relationship: as the values of the integral quality of life index decreased, the values of the composite index of cardia anti-reflux mechanism failure increased.

Conclusion. The self-assessment of the quality of life by patients with GORD-associated hiatal hernia after anti-reflux intervention, as assessed through GORD-HRQL, GIQLI, and SF-36 questionnaires, is accurate and can be effectively utilized for screening and diagnosing disease recurrence.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, oesophagus fundoplication, quality of life, questionnaire, screening – diagnosing

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

To cite this article: Oskretkov V. I., Tseymach E. A., Andreasyan A. R., Grigoryan M. A., Maslikova S. A. Reliability of self-assessment of quality of life in patients with hiatal hernia associated with gastroesophageal reflux disease after videolaparoscopic anti-reflux surgery. *Surgical Practice [Russia]*. 2023;8(3):36–45. <https://doi.org/10.38181/2223-2427-2023-2-3>.

The authors

Prof. Vladimir I. Osretkov, Department of General Surgery, Operative Surgery and Topographic Anatomy, Altai State Medical University, Russia.

E-mail: voskretkov@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-6204-9390>

Prof. Evgeniy A. Tseymach, Head of the Department of General Surgery, Operative Surgery and Topographic Anatomy, Altai State Medical University, Russia.

E-mail: yea220257@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-0628-8688>

Armen R. Andreasyan, Associate Professor, Department of General Surgery, Operative Surgery and Topographic Anatomy, Altai State Medical University, Russia.

E-mail: andreasyanarm@rambler.ru

<https://orcid.org/0000-0003-3113-8734>

Marianna A. Grigoryan, Assistant Professor, Department of General Surgery, Operative Surgery and Topographic Anatomy, Altai State Medical University, Russia.

E-mail: less_17@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-9972-5364>

Svetlana A. Maslikova, Associate Professor, Department of General Surgery, Operative Surgery and Topographic Anatomy, Altai State Medical University, Russia.

E-mail: maslikova18@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-5542-9707>

For correspondence:

Svetlana A. Maslikova, Altai State Medical University, 40 Lenin Avenue, Barnaul, 656038, Russia.

E-mail: maslikova18@mail.ru