

- С Т А Т Т І -

Всеукраїнської науково-практичної конференції «Медична наука – 2013» Клінічна медицина

УДК: 616.329-009.17-089.819.7-072-08-036.8

Бичков М.А., Стасишин А.Р.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНИХ АНТИРЕФЛЮКСНИХ ОПЕРАЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Метою даного дослідження було проаналізувати результати відеолапароскопічних антирефлюксних операцій у пацієнтів з ГЕРХ за показниками добової внутрішньостравохідної рН-метрії. Показано, що відеолапароскопічні антирефлюксні операції є достатньо ефективним способом лікування ГЕРХ. Результати рН-моніторингу стравоходу підтверджують нормалізацію кислотно-лужного стану стравоходу після операції. Не виявлено патологічного шлунково-стравохідного рефлюксу і через 12 місяців після антирефлюксних операцій.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, рН-метрія, відеолапароскопічні антирефлюксні операції.

Фрагмент НДР: «Епідеміологія, діагностика, фактори ризику та патогенетичне обґрунтування лікування функціональних та органічних захворювань органів травлення у людей та на експериментальних моделях», № державної реєстрації 0105U007854.

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – на сьогодні одне з найпоширеніших захворювань гастродуоденальної зони. Всесвітньою організацією гастроентерологів ГЕРХ визнана захворюванням XXI століття, яким страждає від 20 до 50% населення різних країн світу [1]. У 2009 році в Україні було зареєстровано 31190 хворих ГЕРХ. За останні три роки захворюваність ГЕРХ в Україні зросла на 39,3%, переважно за рахунок осіб працездатного віку [1]. ГЕРХ залишається провідною причиною зниження якості життя, працездатності і розвитку ряду ускладнень.

Згідно літературних повідомлень, встановлений взаємозв'язок між ГЕРХ та грижею стравохідного отвору діафрагми: ГЕРХ може сприяти формуванню грижі і навпаки. За спостереженнями окремих авторів, у половини пацієнтів з ГЕРХ виявляють грижу стравохідного отвору діафрагми [2]. На відміну від ГЕРХ без грижі стравохідного отвору діафрагми, коли домінуючим симптомом є печія, за поєднання даних патологій переважає біль в епігастральній ділянці [6].

Проблемі лікування ГЕРХ присвячено велику кількість публікацій. Проте післяопераційна летальність залишається достатньо високою – 25% [7]. Неспроможність стравохідно-шлункового переходу становить 55-70% від загальної кількості ускладнень, а летальність від

стравохідно-шлункових кровотеч складає 22-84% [4].

Факт поширеності ГЕРХ є загальновизнаним і не викликає сумніву. За даними літератури, ГЕРХ виявляється у 6-12% осіб, яким проводили ендоскопічні дослідження. Найбільш поширена форма ГЕРХ – неерозивна, 60% випадків ГЕРХ без ознак езофагіту [7, 10]. За літературними повідомленнями, поширеність ГЕРХ є достатньо високою у розвинених країнах: США – 13-29%, Швеція – 17%, Великобританія – 10%, Іспанія – 10% [8]. Незалежно від раси континенту ГЕРХ зменшує якість життя пацієнтів.

Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, ГЕРХ – це хронічне рецидивне захворювання, зумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції органів гастроєзофагеальної зони, яке характеризується спонтанним або регулярно повторювальним закиданням до стравоходу шлункового/дуоденального вмісту, що призводить до ушкодження дистального відділу стравоходу з розвитком у ньому виразкових, катаральних або функціональних порушень [5, 7, 11].

Одним з основних механізмів розвитку ГЕРХ є порушення функції стравохідно-шлункового сфінктера (90%) і лише в 10% – порушення функції ніжок діафрагми. Циркулярний м'яз стравохідно-шлункового сфінктера практично завжди

знаходиться в зімкнутому стані і рефлекторно відкривається лише в двох випадках – при проходженні харчової грудки в шлунок і при виході зі шлунка зайвого повітря (фізіологічна норма). Таким чином, нефізіологічні спонтанні розслаблення стравохідно-шлункового сфінктера вважаються пусковим фактором розвитку ГЕРХ [7].

Запропоновані наступні основні типи оперативних втручань: тотальна фундоплікація (метод Nissen-Rosseti, Collins-Nissen); часткова фундоплікація (Besley-270° передня фундоплікація, Toupet-270° задня фундоплікація, Dor – 180° передня фундоплікація); відновлення дугоподібної зв'язки (операція Hill – фіксація малої кривини шлунка до дугоподібної зв'язки) [9].

На сьогодні при лапаротомії і лапароскопії частіше застосовують курорафію з фундоплікацією за Nissen або Toupet. Nissen – фундоплікаційна манжетка охоплює абдомінальний відділ стравоходу циркулярно. За методом Toupet – фундоплікаційна манжетка охоплює абдомінальний відділ стравоходу на 270°. Частота рецидивів при операції за Nissen ГЕРХ складає менше ніж після фундоплікації за Toupet [7].

Фундоплікація за Nissen поряд із перевагами може призвести до різноманітних ускладнень, які виникають у післяопераційному періоді. До ранніх ускладнень відносять некроз стінки дна шлунка, яку використовують для пластики, з подальшим утворенням шлункової нориці. До пізніх ускладнень фундоплікації відносяться виразка шлунка (2,2%), грижі стравохідного отвору діафрагми (3,7%) [7].

З розвитком ендоскопічної хірургії з'явилася можливість виконувати лапароскопічні антирефлюксні операції. Важливим моментом є зниження післяопераційних ускладнень до 2-9% та практично відсутня летальність (0,3-0,8%). Пацієнти значно краще переносять операцію, зменшився термін тимчасової непрацездатності, нівелюється косметичний дефект. Практично єдиним протипоказом до лапароскопічних втручань є масивний спайковий процес у лівому піддіафрагмальному просторі, який є наслідком декількох відкритих операційних втручань [7].

Різнманітні методи оперативного лапароскопічного лікування ГЕРХ викликають цілий ряд запитань, що вказують на проведення ряду додаткових методів дослідження даної ділянки.

Мета роботи

Метою нашого дослідження було проаналізувати результати відеолапароскопічних антирефлюксних операцій у пацієнтів з ГЕРХ за показниками добового внутрішньошлункового рН-моніторингу.

Матеріали і методи

Проаналізовано результати добової внутрішньошлункової рН-метрії у 35 пацієнтів з ГЕРХ (19 чоловіків, 16 жінок, середній вік – $47,5 \pm 0,8$ років), які оперовані в клініці хірургії та ендоско-

пії ФПДО. Аналізували скарги хворого, анамнез захворювання, загальноклінічні аналізи, дані езофагогастродуоденоскопії та рН-моніторингу стравоходу, рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту та грудної клітки.

Стандартизоване опитування та анкетування пацієнтів проводили за допомогою анкети Лікєрта, шкали DeMeester та розрахунку індексу якості життя (Gastro Intestinal Quality of Life Index).

Для опису змін у стравоході при рефлюкс-езофагіті використано Лос-Анжелеську класифікацію (1994). Добовий рН-моніторинг здійснювався за допомогою комп'ютерної системи аналізу внутрішньопорожнинного рН стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки мобільним ацидографом АГ 1Д-02 ("Орімет" м. Вінниця) за методикою проф. В.М. Чернобрового. Після калібровки рН-електрод пропускали через нижній носовий хід і розміщували на 5 см вище від нижнього стравохідного сфінктеру (попередньо ендоскопічно визначали відстань від різців до кардії). Проведення добового рН-моніторингу стравоходу дозволило достовірно диференціювати фізіологічний і патологічний гастроєзофагеальний рефлюкс. Для підтвердження патологічного гастроєзофагеального рефлюксу використовували наступні загальноприйняті параметри: частота рефлюксу ≥ 50 епізодів за 24 години; $\text{pH} \leq 4,0$; тривалість рефлюксу $\geq 4,2\%$ від 24 годин. За тиждів до проведення рН-моніторингу хворим відміняли інгібітори протонної помпи та антацидні препарати.

Статистична обробка отриманого матеріалу проводилась з використанням комп'ютерної програми Excel. Вірогідними вважали відмінності при рівні значимості $p < 0,05$ [3].

Результати та їх обговорення

Протягом 2005-2013 років у клініці хірургії та ендоскопії ФПДО прооперовано 155 пацієнтів з ГЕРХ відеолапароскопічним способом. Серед усіх обстежених рефлюкс-езофагіт ступеня А встановлено у 6 пацієнтів (3,9%), ступінь В – у 95 (61,3%), ступінь С – у 40 (25,8%), ступінь D – у 14 (9,0%) осіб згідно Лос-Анжелеської класифікації. Серед ускладнень ГЕРХ, пептичну виразку стравоходу діагностовано у 15 (9,7%), пептичну стриктуру стравоходу у 3 (1,9%), стравохід Барретта у 6 (3,9%), стравохідно-шлункову кровотечу у 18 (11,6%) пацієнтів, серед яких синдром Меллорі-Вейса у 8, ерозивно-виразкову кровотечу у 10 осіб. Грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 145 (93,5%) хворих (ковзну у 128 (88,3%), параєзофагеальну у 3 (2,0%), змішану у 14 (9,7%) випадках).

У 128 (82,6%) пацієнтів виконано відеолапароскопічну фундоплікацію за Nissen, у 22 (14,2%) – фундоплікацію за Toupet, у 5 (3,2%) хворих – фундоплікацію за Nissen-Rosseti. Застосована методика із введенням п'ятих троакарів (10, 10, 10, 5, 5). Виконували наступні етапи операції: 1) мобілізували нижній сегмент

стравоходу; 2) ідентифікували почергово праву і ліву ніжки діафрагми; 3) виділяли п. vagus; 4) мобілізували дно шлунка; 6) звужували стравохідний отвір зшиванням ніжок діафрагми (1-3 «Z» подібні і/або вузлові шви за допомогою відеолапароскопічної техніки і/або з використанням EndoStich); 5) формували антирефлюксну манжету за допомогою вузлових швів.

Середня тривалість операції становила 90±25 хвилин. Серед інтраопераційних ускладнень було uszkodження селезінки з кровотечею у 3 пацієнтів (1,9%), післяопераційний період ускладнювався пневмотораксом у 2 (1,3%) хво-

рих. Не було жодного випадку міграції антирефлюсної манжети, післяопераційних гнійно-септичних чи тромбоемболічних ускладнень, конверсій та повторних операційних втручань. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі становила 3 дні. Рецидив грижі стравохідного отвору діафрагми і ГЕРХ – у 2 пацієнтів (1,3%) через 12 та 18 місяців після операції, які первинно оперовані з приводу гігантської грижі стравохідного отвору діафрагми, “короткого стравоходу”.

Результати рН-моніторингу дистального відділу стравоходу наведені у таблиці 1.

Таблиця 1.

Показники рН-моніторингу дистального відділу стравоходу

Параметр	До операції (n=35)	Після операції (n=35)
Загальний% часу з рН ≤ 4,0	21,7	4,3*
Кількість епізодів з рН < 4,0	57,4	18,2*
Середнє значення рН	3,1±0,1	4,0±0,2*

*Примітка: p<0,05.

Як видно з табл.1, після проведення відеолапароскопічних антирефлюксних операцій кислотно-лужний стан стравоходу нормалізується, що в свою чергу призводить до усунення симптоматики ГЕРХ та одужання хворого.

Проведення в окремих пацієнтів рН-моніторингу слизової оболонки дистального відділу стравоходу через 12 місяців після оперативного втручання не виявило зрушень в «кислий» бік, що свідчить про достатню ефективність відеолапароскопічного антирефлюксного оперативного лікування ГЕРХ.

Висновки

1. Добовий рН-моніторинг стравоходу підтверджує нормалізацію кислотно-лужного стану стравоходу в ранні та віддалені терміни післяопераційного лікування ГЕРХ.

2. Відеолапароскопічні антирефлюксні операції є ефективним методом лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні механізмів езофагопротекції серед прооперованих пацієнтів у віддалені терміни.

Література

1. Губергриц Н.Б. Ингибиторы протонной помпы при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: стоит ли ждать полного оправдания надежд или признать легкое разочарование?

- Часть I / Н.Б. Губергриц, О.А. Голубова, Г.М. Лукашвич, В.С. Рахметова // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – №2 (70). – С. 99-103.
2. Губергриц Н.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: современные представления о патогенезе и лечении / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашвич, О.А. Голубова // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – №3(65). – С. 105-113.
3. Лапач С.Н. Статистические методы в медико – биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – К.: «Морион», 2000. – 315 с.
4. Рева В.Б. Топографо-анатомічне обґрунтування пластики діафрагми з приводу діафрагмальних гриж / В.Б. Рева // Клініч. анат. та опер. хірургія. – 2003. – Т.2, №1. – С. 41-45.
5. Рева Т.В. Сучасні тенденції лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу / Т.В. Рева, В.Б. Рева // Одес. мед. журнал. – 2009. – №2. – С. 55-59.
6. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики: от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению / Под ред. Ф.И. Комарова. – М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2007. – 872 с.
7. Товкач Ю.В. Сучасні технології в хірургічному лікуванні гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / Ю.В. Товкач // Клінічна та експериментальна патологія. – 2013. – №1 (43). – С. 194-196.
8. Томаш О.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: традиционный взгляд и новые подходы к лечению / О.В. Томаш, Н.Н. Руденко // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – №3. – С. 55-59.
9. Шалимов А.А. Атлас операций на органах пищеварения / А.А. Шалимов, А.П. Радзиховский. – К.: Наукова думка, 2003. – Т.1 – 338 с.
10. Wykypiel H. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease (GERD) with respect to reflux induced carcinogenesis / H. Wykypiel, M. Gadenstatter, F.A. Granderath [et al.] // Eur. Surg. – 2002. – V. 34. – P. 296-302.
11. Vakil N. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence Based Consensus / N. Vakil, S.V. van Zanten, P. Kahrilas [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – V. 101. – P. 1900-1920.

Реферат

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бычков Н.А., Стасишин А.Р.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рН-метрия, видеолапароскопические антирефлюксные операции.

Целью данного исследования было проанализировать результаты видеолапароскопических антирефлюксных операций у больных с ГЭРБ по показателям суточной внутрипищеводной рН-метрии. Показано, что видеолапароскопические антирефлюксные операции являются достаточно эффективным способом лечения ГЭРБ. Результаты рН-мониторинга пищевода подтверждают нормализацию кислотно-щелочного состояния пищевода после операции. Не установлено патологического желудочно-пищеводного рефлюкса и через 12 месяцев после антирефлюксных операций.

Summary

ANALYSIS OF RESULTS OF VIDEOLAPAROSCOPIC ANTIREFLUX OPERATIONS IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Bychkov M.A., Stasyshyn A.R.

Key words: gastroesophageal reflux disease, pH-metry, videolaparoscopic antireflux surgery.

Introduction. Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the most common gastroduodenal diseases nowadays. GERD is the leading cause of decreased quality of life. It also may result in a number of complications. One of the main mechanisms of GERD is a dysfunction of the esophageal gastric sphincter (90%) and only 10% cases are caused by the dysfunction of the crura of diaphragm. Today laparotomy and laparoscopy are often combined with curoraphy and fundoplication by Nissen or Toupet. Nissen-fundoplication cuff captures abdominal segment of esophagus around. But this can also lead to various complications that arise in the postoperative period.

Objective. The aim of this study was to analyze the results videolaparoscopic antireflux operations in patients with GERD in terms of 24-hour pH-metry.

Materials and Methods. We analyzed the results of 24-hour pH-metry in 35 patients with GERD (19 men, 16 women, mean age – $47,5 \pm 0,8$ years) who operated in the clinic surgery and endoscopy FPDO. Complaints of the patients, medical history, general clinical analyzes, data esophagogastroduodenoscopy and esophageal pH monitoring, X-rays of the gastrointestinal tract and chest were analyzed. Statistical analysis of the obtained material was performed using the computer program Excel. Likely to consider the differences in the level of significance $p < 0,05$.

Results. During the years 2005-2013 in the Clinic of Surgery and Endoscopy FPDO operated on 155 patients with GERD videolaparoscopic way. Among all surveyed reflux esophagitis grade A found in 6 patients (3,9%), the degree of B - in 95 (61,3%), the degree of C - in 40 (25,8%), the degree of D - in 14 (9,0%) individuals as Los Angeles-based classification. Among the complications of GERD, peptic ulcer of the esophagus was diagnosed in 15 (9,7%), peptic esophageal stricture in 3 (1,9%) , Barrett's esophagus in 6 (3,9%), esophageal- gastric bleeding in 18 (11,6%) patients , including Mallory -Weiss syndrome in 8, erosive- ulcer bleeding in 10 people. Hiatal hernia was diagnosed in 145 (93,5%) patients (moving in 128 (88,3%), paraezofagealnu in 3 (2,0%) , mixed in 14 (9,7%) cases). In 128 (82,6%) patients completed videolaparoscopic fundoplication by Nissen, in 22 (14,2%) – by fundoplication Toupet, in 5 (3,2%) patients - fundoplication by Nissen-Rosseti. After antireflux operations videolaparoscopic acid-base status returned to normal esophagus , which in turn leads to the elimination of GERD symptoms and cure the patient. Conducting individual patients pH monitoring mucosa distal esophagus at 12 months after surgery showed no changes in the "sour" side, indicating sufficient efficacy videolaparoscopic antireflux surgical treatment of GERD.

Conclusions. 24-hour esophageal pH monitoring confirms the normalization of acid-base esophageal status in immediate and remote periods of post-surgical treatment of GERD. Videolaparoscopic antireflux surgery is an effective treatment for gastroesophageal reflux disease.

616.37-002-02-092-08

Вервега Б.М.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

У статті викладено результати вивчення ролі біліарних чинників у розвитку гострого панкреатиту і розробки тактики лікування із застосуванням ендоскопічних методів оперативних втручань на великому дуоденальному сосочку і жовчних протоках. Отримані результати свідчать про те, що ендоскопічна папілосфінктеротомія, проведена протягом перших 48 годин від початку захворювання, ліквідовує біліарну гіпертензію і умови для рефлюксу жовчі у панкреатичну систему (холедохолітіаз, папіліт, дивертикул), запобігає можливому наступному приступу панкреатиту при новій міграції конкрементів, у тому числі мікролітів.

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, ендоскопічна ретроградна холангіографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія, мікрохолелітіаз, великий дуоденальний сосочок, біліарна гіпертензія.

Вступ

Актуальність проблеми гострого панкреатиту (ГП) у сучасній хірургії зумовлена, з одного боку, зростаючою частотою захворювання, а з другого – незадовільними результатами лікування. У 15-20% спостережень розвиток ГП носить деструктивний характер. За тяжкого перебігу цього

ускладнення смертність сягає 20-80% [3, 4, 7, 9, 14, 15].

Введення в практику ендоскопічних втручань відкриває широкі можливості, що дозволяють протягом останніх років уникнути виконання конвенційних оперативних втручань на великому дуоденальному сосочку (ВДС) [16], і розраховувати на значне покращення результатів ліку-