

Ю. В. ТовкачБуковинський державний медичний
університет, м. Чернівці**МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХІДНО-
ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ:
ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ****Ключові слова:** стравохідно-шлунковий сфінктер, захворювання стравоходу, стравохідно-шлунковий перехід, оперативна хірургія.**Резюме.** Літературний огляд присвячений методам лікування неспроможності стравохідно-шлункового переходу. Зроблено аналіз відсутності адекватних методик, які б цілком задовольняли як хірургів, так і терапевтів.

Проблема діагностики та лікування хвороб стравоходу залишається актуальною проблемою сучасної гастроентерології та хірургії. На даний час захворювання пов'язані з неспроможністю стравохідно-шлункового сфінктера (СШС) досить розповсюджені. Актуальність даної проблеми полягає в невинному зростанні кількості хворих із порушенням функції стравохідно-шлункового переходу (СШП), що пов'язано з вживанням їжі у ввечірній час, шкідливими звичками, ожирінням і високим психоемоційним навантаженням. Захворювання пов'язані з неспроможністю СШС, трапляються частіше у чоловіків, а тяжкість ураження збільшується з віком пацієнтів. Неспроможність СШС є основною причиною швидкого зростання захворюваності на рак стравоходу. Основним проявом неспроможності СШС є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба яка, в свою чергу, ускладнюється стриктурами, аденокарциномами СШП [1-7].

Рак стравоходу є однією з найбільш частих форм злоякісних новоутворень травного тракту з переважним ураженням грудної частини стравоходу (50-60%), рідше – черевної частини (25-30%). При ураженні кардіальної частини шлунка прогноз найгірший, оскільки діагностування у більшості випадків можливе лише після розвитку клінічних проявів захворювання. У зв'язку зі складністю діагностики, і консервативної терапії, оперативне втручання є основним методом лікування. У дітей оперованих з приводу атрезії стравоходу, найчастішим ускладненням є недостатність СШП. За даними різних авторів, патологічний рефлюкс-езофагіт проявляється в 16,7-100 % оперованих дітей [8-10].

Оперативні втручання в ділянці СШП можна розподілити на чотири групи: 1) піддіафрагмові (гастрокардіопексія, відновлення кута Гіса, фундоплекція, езофагокардіоміотомія, езофагогастро-

анастомози); 2) операції на стравохідному розтворі діафрагми (хіалопластика); 3) наддіафрагмові операції (з приводу атрезії стравоходу); 4) поєднані операції. Піддіафрагмові оперативні втручання виконують при рефлюкс-езофагітах, ахалазіях кардії, пептичних стриктурах стравоходу, виразках, дисфагіях, раку кардії і черевної частини стравоходу. Під час виконання оперативних втручань на черевній частині стравоходу і кардіальній частині шлунка – мобілізують стравохід до 5-7 см завдяки розсіченню діафрагмово-стравохідної та шлунково-діафрагмової зв'язки із наступною їх денервацією. Дані оперативних втручань ускладнюються грижами стравохідного розтвору діафрагми, порушенням замикального механізму кардії. При раку нижньої третини стравоходу рекомендують субтотальну резекцію проксимальної частини шлунка і нижньої третини стравоходу з формуванням внутрішньоплеврального анастомозу [11-13].

Хіалопластику виконують при аксіальних діафрагмових грижах. Під час оперативного втручання роз'єднують спайки в грижовому мішку, усувають дефект між ніжками діафрагми та укріплюють серединну дугоподібну зв'язку [14-16].

Наддіафрагмові втручання виконують при рефлюкс-езофагітах, стриктурах стравоходу, виразках і дисфагіях. Поєднані оперативні втручання виконують при раку черевної частини стравоходу і кардіальної частини шлунка, рефлюкс-езофагітах, грижах стравохідного розтвору діафрагми. При проведенні оперативного втручання по Ніссену [17] спочатку мобілізують черевну частину стравоходу і малої кривини шлунка в ділянці кардії, зшивають передню і задню стінки дна шлунка попереду стравоходу. Таким чином створюється механічний клапан для запобігання патологічного стравохідно-шлункового рефлюксу. Доведено, що фундоплекція по Ніссену збільшує

базальний тонус нижнього стравохідного сфінктера і створює остаточний тиск під час релаксації [17-19]. Фундондоп्लीкація по Ніссену 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 норичі. До подібних ускладнень також відноситься синдром гіперфункції кардії, описаний Н. Willaheger [14]. Клінічно він проявляється відчуттям тиску та болю в підлопатковій ділянці, особливо після вживання їжі. На рентгенограмах виявляють збільшення газового міхура шлунка, який нерідко (10-20 %) стискає ділянку стравоходу, огорнуту манжеткою шлунка. Якщо дистальний відділ стравоходу і дно шлунка „ковзають”, відносно інтактною манжетки, виникає феномен „телескопа”, внаслідок прорізування швів на стравоході при фундоп्लीкації. Наслідком травми нерва Латерже під час мобілізації кардіальної частини шлунка є симптом шлункової денервації. До пізніх ускладнень фундоп्लीкації відносять виразки шлунка (2,2 %) і грижі стравохідного розтвору діафрагми (3,7%) [20-25].

Окремі автори вважають доцільнішим накладання анастомозу стравоходу з великою кривиною шлунка. Подібний антирефлюксий стравохідно-шлунковий анастомоз запропонували В.И. Булынин, Ю.А. Пархисенко [26], суть якого полягає в циркулярному охопленні анастомозу сегментом великої кривини, що дозволяє зберегти достатню ємність шлунка.

З розвитком ендоскопічної хірургії з'явилася можливість виконувати лапароскопічні антирефлюксий операції. Першу лапароскопічну крурорафію з фундоп्लीкацією по Ніссену виконав у 1991 році В. Dalemagne. Важливим моментом є зручність маніпуляції в лівому піддіафрагмовому просторі в тому числі у хворих із надлишковою масою тіла, що дозволило зменшити післяопераційні ускладнення до 2-9%, і летальність до 0,3-0,8%. Слід зазначити, що пацієнти значно краще переносять таку операцію, зменшується період тимчасової непрацездатності і на поверхні тіла залишається незначний косметичний дефект. Єдиним специфічним протипоказанням до лапароскопічних втручань є масивний спайковий процес в лівому піддіафрагмовому просторі, який є наслідком декількох відкритих операцій [27-33].

Упродовж останніх років розроблені і впроваджені в практичну хірургію численні методики лапароскопічних антирефлюксий операцій. Найбільш вдалим є лапароскопічна фундоп्लीкація по Ніссену, Ніссену-Россеті, Тупе, Дору. Не

дивлячись на значний успіх даних методик спеціалісти виділяють такі їх недоліки: складна оперативна техніка, значні зміни топографоанатомічних взаємовідношень у зоні операції, необхідність додаткової мобілізації дна шлунка. З метою уникнення топографоанатомічних змін у ділянці оперативного втручання і необхідності додаткової мобілізації дна шлунка А.В. Федоров і др. (2001) розробили спосіб оперативного лапароскопічного лікування гастроєзофагеального рефлюкса із використанням сітчастого імплантанта, з частковою передньою фундоп्लीкацією. Зарекомендувала себе ендоскопічна реканалізація просвіту стравоходу при пухлинних стенозах СШП, її проводять за допомогою лазерної терапії [34-42].

Отже, аналіз даних літератури стосовно хірургічних втручань засвідчує відсутність адекватних методик, які б повністю задовільняли як гастроентерологів так і хірургів, були безпечними і не викликали ускладнень.

Література. 1. Рева В.Б. Топографо-анатомічне обґрунтування пластики діафрагми з приводу діафрагмальних гриж / В.Б. Рева // Клін. анат. та операт. хірургія. – 2003. – Т. 2, № 1. – С. 41-45. 2. Некоторые аспекты развития рефлюкс-эзофагита у больных с грыжами пищевода от отверстия диафрагмы / В.Б. Рева, В.И. Гребенюк, А.В. Алексеевко [и др.] // Вестн. хирургии. – 2001. – № 4. – С. 14-15. 3. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease (GERD) with respect to reflux induced carcinogenesis / H. Wykypiel, M. Gadenstatter, F.A. Grandtath [et al.] // Eur. Surg. – 2002. – V. 34. – P. 296-302. 4. Диагностика и хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита / М.Б.Скворцов, Е.А. Пак, В.В. Шишкин [и др.] // Хирургия. – 1991. – № 9. – С. 40-45. 5. Лечение остро эзофагального рефлюкса у новорожденных / Е.А. Степанова, Т.В. Красовская, Ю.И. Кобзеева [и др.] // Дет. хирургия. – 1998. – № 1. – С. 4-7. 6. Сумин В.В. Хирургическая коррекция и профилактика рефлюкс-эзофагита / В.В. Сумин, Д.А. Торопцев, Ф.С. Жижин // Хирургия. – 1998. – № 10. – С. 30-33. 7. Уткин В.В. Актуальные проблемы диагностики и лечения рефлюкс-эзофагита / В.В. Уткин, Г.А. Амбалов // Груд. и серд.-сосуд. хирургия. – 1990. – № 10. – С. 61-64. 8. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии. Осложнения и опасность / П.Н. Зубарев, Г.И. Синенченко, М.Э. Кобак [и др.] // Вестн. хирургии. – 1998. – Т. 157. – № 5. – С. 100-104. 9. Селективная проксимальная ваготомия и эзофагофундопликация по Ниссену в лечении рефлюкс-эзофагита язвенной этиологии / Н.Н. Носкевич, Ю.А. Кашарин, В.В. Разводовский [и др.] // Клин. хирургия. – 1992. – № 9-10. – С. 51-53. 10. Способ трубчатой резекции желудка с наложением бокового антирефлюксного эзофагофундоанастомоза при язвах кардии / В.П. Клещевникова, С.Н. Потахин // Вестн. хирургии. – 1995. – № 2. – С. 84-85. 11. Рефлюкс-эзофагит и рубцовый стеноз муфтообразного пищевода тонкокишечного анастомоза после выполнения гастроэктомии по поводу рака желудка и кардии / В.Г. Бондарь, А.Ю. Попович, А.К. Поливанов [и др.] // Клин.хирургия. – 1997. – № 1. – С. 30-33. 12. Бурій О.М. Можливості комбінованого ендоскопічного відновлення прохідності стравоходу при неоперабельних злоякісних пухлинах стравоходу та кардії / О.М. Бурій, О.Ю. Назаренко, І.В. Гомоляко, В.В.Крощу // Матер. ХХІ з'їзду хірургів України. Запоріжжя, – 2005. – С. 320-322. 13. Ендоскопія в діагностиці гострої езофагеальної рефлюксий хвороби / О.О.Врубленська, О.І.Александров, М.В.Сіренко, Ю.М.Денисенко // Шпитальна хірургія. – 2005. – №3. – С. 139-140. 14. Лікувальна грижа сравохідного отвору діафрагми / В.Ф. Саенко, С.Д. Мясоєдов, В.С. Андреець [та ін.] // Совр. методы хир. леч. вентральных грыж и эвентраций: Матер. науч.-практ. конф. с междунар.уч. – Алушты, 2006. – С. 150-

152. 15. Рефлюкс-эзофагіт з пептичним стенозом стравоходу та ектопією селезінки після корекції вродженої діафрагмальної грижі та фундоплекції за Ніссеном / Д.Ю.Кривчен, О.Г.Дубровін, О.В.Метленко [та ін.] // Клін. хірургія. – 2003. – №10. – С. 56-57. 16. Первый опыт применения пропленовой сетки для хиатопластики при больших грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / В.Н. Егиев, М.Н. Рудакова [и др.] // Эндоскоп. хирургия. – 2002. – № 1. – С. 31-32. 17. 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. 18. Киладзе М.А. Современные аспекты хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: наш опыт и обзор литературы / М.А. Киладзе, Ш.Т. Гиуашвили // GEORGIANMEDICALNEWS. – 2011. – № 10 (199). – С. 7-11. 19. Amindra S.A. Medical Therapx for Gastroesophageal Reflux Disease / S.A. Amindra // Mayo. Clin. Proc. – 2001. – Vol. 76. – P. 102-106. 20. Целейман Е.Г. Способ пластического расщепленного пищеводно-желудочного анастомоза при проксимальной резекции желудка / Е.Г. Целейман // Вестн. хирургии. — 1998. – № 5. – С. 15-18. 21. Черноусов А.Ф. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита и пептической стриктуры пищевода / А.Ф. Черноусов, А.Л. Шестаков // Хирургия. – 1998. – № 5. – С. 4-8. 22. Шагин Н. Гастроэзофагальный рефлюкс, стравохід Барретта і рак стравоходу / Н.Шагин, Д.Рензофф // Лік.вісн. –2004. –Т49. –№1 (151). –С.30-47. 23. Шалимов А.А. Атлас операций на органах пищеварения / А.А. Шалимов, А.П. Радзиховский / – К.: Наукова думка, 2003. – Т. 1. – 338 с. 24. Restoration of normal distensive characteristics of the esophagogastric junction after fundoplication / J.E. Pandolfino, J. Curry, G. Shi [et al.] // Ann. Surg. – 2005. – V. 242. – P. 43-48. 25. Oesophagocardioplasty for residual dysphagia following multiple pneumatic dilatations for achalasia / A. Saporal, U.M. Cosenza, G. Galati [et al.] // Br. J. Surg. – 2004. – V. 91. – P. 995-996. 26. Бульнин В.И. Арефлюксный пищеводно-желудочный анастомоз / В.И. Бульнин, Ю.А. Пархисенко // Хирургия. – 1997. – № 6. – С. 64-65. 27. Лапароскопические вмешательства при лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы / В.В. Грубник, В.В. Ильяшенко, А.В. Грубник [и др.] // Сучасні способи хірургічного лікування гриж живота: Матер. III Всеукр. наук. – практ. конф. з міжнародною участю. – Київ, 2006. – С. 85-87. 28. Chandrasoma P. Contro versies of the cardiastrucos sand Barrett's esophagus / P. Chandrasoma // Histopathology. – 2005. – V. 46. – P. 361-373. 29. Колесников Л.Л., Сфинктерный аппарат человека / Л.Л. Колесников – СПб.: СпецЛит, 2000. – 184 с. 30. Колкін Я.Г. Вегетативні маски хиатусних гриж / Я.Г. Колкін, В.Я. Колкіна // Doctor. – 2004. – № 3. – С. 29-32. 31. Определения уровня резекции пищевода с учетом его кровоснабжения / Б.И.Мирошников, М.М. Лабазанов, Е.А. Каливо [и др.] // Весн. хирургии. – 1995. – № 4-6. – С. 9-12. 32. Методика формирования желудочного трансплантата для эзофагопластики / Б.И. Мирошников, М.М. Лабазанов, Е.А. Каливо [и др.] // Весн. хирургии. – 1995. – № 2. – С. 24-28. 33. Паршин М.М. Возрастная анатомия гемомикроциркуляторного русла мышечной оболочки на уровне пищеводно-желудочного перехода у человека / М.М. Паршин: тез. II Науч.-практ. конф. морфологов // Морфология. – 1997. – Т. 111, № 3. – С. 50-52. 34. Рева Т.В. Сучасні тенденції лікування хворих на гастроэзофагеальную рефлюксную хворобу / Т.В. Рева, В.Б. Рева // Одеський мед. журнал. – 2009. – № 2. – С. 55-59. 35. Федоров А.В. Способ лапароскопического лечения гастроэзофагеальной рефлюкса с использованием сетчатого имплантата / А.В. Федоров, С.И. Емельянов, А.В. Протасов [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 6. – С. 47-50. 36. Галимов О.В. Новые технологии в хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О.В. Галимов, В.О. Ханов, Э.Х. Гаптракипов // Хирургия. – 2007. – № 2. – С. 29-33. 37. Модифицированная лапароскопическая фундопликация в лечении гастроэзофагальной рефлюксной болезни / В.М. Седов, Д.Ф. Черепанов, И.В. Вужлаков, А.М. Зайцев [и др.] // Вестн. хирургии. – 2002. – Т. 161, № 6. – С. 74-75. 38. Фартушняк Л.В. Сучасні аспекти діагностики та лікування гастроэзофагальной рефлюксної хвороби / Л.В. Фартушняк, І.О. Новицька, Н.І. Довганюк [и др.] // Бук. мед. вісник. – 2004. – Т. 8, № 3. – С. 209-213. 39. М'ясоєдов С.Д. Рефлюксна хвороба стравоходу / С.Д.М'ясоєдов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.03 / Ін-т хірург. та трансплант. – К., 2003. – 31 с. 40. Степанов Ю.М. Сучасний погляд на гастроэзофагеальную рефлюксную хворобу: реаліті та перспективи / Ю.М. Степанов // Здоров'я України – 2006. – № 9. (1). – С. 225-233. 41. Курінний В.В. Симультанні методи хірургічного лікування захворювань стравохідно-шлункового переходу у поєднанні з жовчнокам'яною хворобою та іншими захворюваннями, що потребують ендоскопічного оперативного лікування / В.В. Курінний // Тавричеський медико-біол. Вестник – 2011. – Т. 14, № 4. ч. 1 (56). – С. 105-108. 42. Кавайкин А.Г. Формирование анастомоза при операциях, выполненных по поводу рака проксимального отдела желудка и пищеводно-желудочного перехода / В.В. Курінний // Казанский медицинский журнал – 2008. – Т. 89, № 1. – С. 33-37.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПИЩЕВОДНО- ЖЕЛУДОЧНОМ ПЕРЕХОДЕ

Ю.В.Товкач

Резюме. Литературный обзор посвященный методам лечения недостаточности пищеводно-желудочного перехода. Констатируется отсутствие адекватных методик, которые удовлетворяли бы как терапевтов, так и хирургов.

Ключевые слова: пищеводно-желудочный сфинктер, заболевания пищевода, пищеводно-желудочный переход, оперативная хирургия.

METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF THE DISEASE OF GASTROESOPHAGEAL TRANSITION: ADVANTAGES AND SHORTCOMINGS

Yu. V. Tovkach

Abstract. The bibliographical review deals with the methods of treating gastroesophageal failure and its symptoms. On the basis of the author's own investigations and bibliographical findings a conclusion has been arrived dealing with the absence of adequate techniques which would fully satisfy both therapists and surgeons.

Key words: gastroesophageal sphincter, diseases of the esophageus, gastroesophageal transition, operative surgery.

Bukovyna State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2013. - Vol.12, №3 (45). - P.227-229.

Надійшла до редакції 03.09.2013

Рецензент – проф. Т.В.Хмара

© Ю.В. Товкач, 2013