

© Шкварковський І.В., Москалюк О.П., 2012

УДК 616.329-002-07

НОВІ ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ СПОСОБУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

І.В.Шкварковський, О.П.Москалюк

Кафедра хірургії та урології (зав. – проф. А.Г.Іфтодій) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Розвиток медичних технологій на сучасному етапі призвів до суттєвих змін у виборі способу хірургічної корекції шлунково-стравохідного рефлюксу, що вплинуло на результати лікування. Проведений аналіз дозволив виявити основні причини розвитку післяопераційних ускладнень, визначити показання до застосування медикаментозних та хірургічних методів лікування даної нозології.

Ключові слова: рефлюкс-езофагіт, хірургічне лікування.

Основною метою хірургічного лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) є відновлення нормального функціонування нижнього стравохідного сфінктера. Розроблено багато способів хірургічної корекції ГЕРХ, більшість з яких спрямована на усунення грижі стравохідного розтвору діафрагми (СРД) як однієї з основних причин. Через це недостатня увага приділяється корекції інших етіо-патогенетичних чинників розвитку даного захворювання. Велика кількість запропонованих способів хірургічних втручань при рефлюкс-езофагіті доводить відсутність єдиного методу, який би повною мірою задовільнив хірургів, був безпечним та не призводив до розвитку ускладнень. Найбільшого поширення набув спосіб хірургічного лікування Ніссена (1956). Нині існують різноманітні модифікації цього способу залежно від ступеня охоплення фундоплікаційною манжеткою стравоходу та поєднання з крурорафією. Істотний недолік більшості відомих методів полягає в тому, що шви, накладені на ніжки діафрагми, розволокнені і травмовані під час мобілізації кардії, прорізуються, що може призводити до рецидиву захворювання [1, 2]. Певним досягненням у практиці лікування ГЕРХ стало широке впровадження мініінвазивних технологій, які поєднують з використанням полімерних матеріалів.

Мета дослідження: провести ретроспективний аналіз результатів лікування хворих на ГЕРХ.

Матеріал і методи. Дослідну групу становив 121 хворий, у яких основною причиною ГЕРХ була грижа СРД (аксіального, параезофагеального та змішаного типу). Більшість (80%) хворих госпіталізовані в хірургічний стаціонар після неодноразового та неефективного лікування у гастроентерологічному та пульмонологічному відділеннях. Решта пацієнтів поступили в клініку за ургентними показаннями з приводу загострення жовчнокам'яної хвороби, гострого панкреатиту або виразкової хвороби, ускладненої кровотечею. У 110 пацієнтів наявність грижі СРД була діагностована на етапі передопераційного обстеження, в 11 випадках – під час хірургічного втручання з приводу хронічного калькульозного холецистити та виразкової хвороби.

Результати дослідження та їх аналіз. Незважаючи на наявне ґрунтовне уявлення про етіологію та патогенез ГЕРХ, а також обґрунтованість чітких діагностичних критеріїв, у плані лікування існує ще багато невирішених питань. Більшість хворих зі шлунково-стравохідним рефлюксом потребує постійного застосування медикаментозних засобів. За даними літератури [3, 4], до 70-х років минулого століття не було ефективного консервативного лікування гастроєзофагеального рефлюксу, що частково призвело до широкого впровадження методів хірургічної корекції неспроможності стравохідно-шлункового переходу.

Хірургічні прийоми з приводу шлунково-стравохідного рефлюксу та ГЕРХ в цілому посіли провідне місце в їх лікуванні ще з 80-х років минулого століття. З середини 90-х започатковано три основні напрямки ведення хворих з ГЕРХ. Це пов'язано з широким впровадженням у лікувальну практику сучасних антацидних, антисекреторних та прокінетичних засобів. Застосування таких антагоністів H₂-рецепторів, як ранітидин, фамотидин, нізатидин, дозволяє після 8-тижневого курсу лікування досягти повної епітелізації слизової оболонки у 65-75% хворих. Застосування інгібіторів протонної помпи типу омепразола, лансопразола, пантопразола при 4-8-тижневому курсі лікування призводить до загоєння ерозій слизової оболонки у 90-96 % пацієнтів. Включення в схему лікування прокінетиків – домперидону, метоклопраміду, цизаприду – дозволяє покращити результати використання антисекреторних препаратів [5, 6].

У деяких хворих консервативна терапія не призвела до очікуваного позитивного результату або після нетривалої ремісії виникало повторне загострення з ускладненнями (стеноз або рубцева деформація стравоходу). Неодноразовими дослідженнями встановлено, що у 20% хворих, яким проводилось "адекватне" медикаментозне лікування, виникли стриктури, вираження або циліндрична метаплазія епітелію стравоходу. Проведений аналіз свідчить, що медикаментозне лікування здебільшого лише віддаляє терміни виникнення ускладнень, які потребують виключно хірургічної корекції. Пацієнтам дослідної групи в передопераційному періоді проводилася консервативна терапія, в основному, поєднаної патології, лікування ГЕРХ було несистематичним та короткочасним. Через це немає можливості достеменно оцінити його ефективність. Зростанню якості діагностики рефлюксної хвороби сприяло впровадження доступних методик рН-моніторингу.

За 20 років існування лапароскопічних методів лікування ГЕРХ були суттєво переглянуті показання до хірургічного лікування, протипоказання та методи передопераційної підготовки. Змінилася і сама техніка лапароскопічних втручань, що дозволило суттєво скоротити період післяопераційної реабілітації [7].

За нашими даними, до недавнього часу визначення показань до хірургічного лікування ба-

зувалося на верифікації існування грижі СРД (існування параезофагеальної грижі, наявність поєднаної патології, що потребує хірургічного лікування, рецидивна грижа СРД). Досвід призвів до перегляду показань, які повинен враховувати лікар при направленні хворого на хірургічне лікування: 1) форми ГЕРХ, що не піддаються іншим способам лікування протягом 6 місяців; 2) молодий вік хворих при відсутності поєднаної патології (вчасно проведене хірургічне лікування позбавляє необхідності застосування медикаментів упродовж всього життя); 3) деструктуризація системи антирефлюксного захисту при нормальній руховій активності стравоходу на фоні рефрактерності рефлюксної хвороби до проведеного медикаментозного лікування; 4) якщо операція має бути спрямована на усунення розширеного СРД та укріплення нижнього стравохідного сфінктера з метою забезпечення його спроможності.

Дотримуючись наведених показань, хірургічне лікування проведено 121 хворому з верифікованим гастроєзофагеальним рефлюксом на тлі існування грижі СРД. Методика хірургічної корекції ГЕРХ, розроблена професором Алексєнком, використана у 79 хворих, ще у 42 виконано хірургічне втручання за іншими методиками (фундоплекція способом Dor – 20 хворих, пластика способом Nissen – 11, Allison – 4, Latastae – 4, Toupet – 3).

Аналізуючи результати лікування, особливу увагу приділяли оцінці ускладнень, що виникали як безпосередньо під час хірургічного втручання, так і в ранньому післяопераційному періоді. Інтраопераційні ускладнення виникли у 2 хворих: розрив верхнього полюсу селезінки під час мобілізації дна шлунка та пошкодження черевної частини стравоходу при його мобілізації і зведенні в черевну порожнину. У 21 хворого мали місце ускладнення в ранньому післяопераційному періоді: у 5 пацієнтів розвинулася нижньочасткова пневмонія на фоні хронічних запальних захворювань органів дихання; у 7 прооперованих констатовано гнійно-септичні ускладнення; у 9 хворих виникло порушення прохідності стравоходу при ковтанні, що, на нашу думку, спричинено гіперфункцією манжети, стисканням черевної частини стравоходу фундальною частиною шлунка, заведеною за стравохід та додатково фіксованою до переднього краю

СРД. Дані ускладнення потребували бужування стравоходу та консервативного лікування.

За клінічними та лабораторними даними, відмінні результати лікування хворих даної групи (за Лікертом – 0 балів) були в 64,54% прооперованих, добрі (1 бал) – 12,61%, задовільні (2 бали) – 6,15%; незадовільні (3 бали) – у 16,7%.

Для вивчення віддалених результатів нами проведена оцінка об'єктивного стану 86 прооперованих хворих: враховували скарги, дані рентгенологічного та ендоскопічного обстежень, показники рН-метричних досліджень. Установлено, що у 84 % хворих повністю відновлено замикальну функцію кардії, збережена нормальна прохідність стравоходу, кут Гіса гострий, стравохідно-шлунковий перехід міститься в черевній порожнині, рентгенологічних та ендоскопічних ознак грижі СРД та гастроєзофагеального рефлюксу не виявлено. Внутрішньостравохідним рН-моніторингом зафіксовано коливання показників у межах 6,1-6,6. У 16 % обстежених виникали скарги на періодичний, помірно виражений біль в епігастрії, неможливість викликати відрижку, відчуття затримки їжі за грудниною, періодичну появу печії. У цієї категорії хворих мали місце ендоскопічні та рентгенологічні ознаки рефлюкс-езофагіту різного ступеня вираженості. Внутрішньостравохідне рН становило 5,5-3,7.

Отже, включення в лікувальну практику медикаментозних засобів, які знижують кислотність шлункового соку, внесло свої корективи в тактику лікування даного контингенту хворих. Тривале застосування блокаторів H₂-гістамінових рецепторів, інгібіторів протонної помпи та прокінетиків сприяє досягненню стабілізації

стану хворого, відстроченню термінів хірургічного лікування, а для певних категорій хворих стає єдиним методом лікування. За останнє десятиліття хірургічні методи лікування ГЕРХ отримали більший розвиток, ніж за минуле століття і це, безумовно, пов'язано з використанням лапароскопічних методів лікування. На нашу думку, фундоплікація вважалася невдалою, якщо вона не усувала печію як основний прояв захворювання або сприяла розвитку симптоматики, спричиненої самою антирефлюксною операцією. Причинами невдалої фундоплікації можуть бути: 1) "ковзаюча" фундоплікація, яка виникає в результаті зміщення частини шлунка через манжету або помилкового формування фундоплікаційної манжети навколо проксимального відділу шлунка; 2) "зруйнована" фундоплікація, що виникає в результаті прорізування швів, накладених на шлунок з розправленням манжети; 3) "надмірна" фундоплікація, що виникає внаслідок широкого формування манжети зі стискуванням стравоходу.

Висновки та перспективи наукового пошуку. 1. Впровадження нових способів хірургічної корекції гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) потребує ретельного аналізу результатів їх клінічного застосування. 2. Об'єктивна оцінка причин незадовільного хірургічного лікування ГЕРХ ускладнюється відсутністю чіткого визначення невдалої антирефлюксної операції. 3. Враховуючи результати ретроспективного дослідження ефективності лікування ГЕРХ, доцільно розробити алгоритм діагностично-лікувальних заходів, покликаних покращити результати хірургічної корекції шлунково-стравохідного рефлюксу.

Література

1. Аллахвердян А.С. Анализ неудач и ошибок антирефлюксных операций / А.С.Аллахвердян // *Анн. хирургии.* – 2005. – № 2. – С. 8-15.
2. Белоусова Л.Н. Гармонизация моторики пищевода у пациентов с ГЭРБ как основа повышения эффективности терапии / Л.Н.Белоусова, Е.И.Ткаченко, Ю.П.Успенский // *Гастроэнтерол.* – 2009. – № 1. – С. 20-24.
3. Влияние лапароскопической фундоплекции на клиническое течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.Е.Борисов, К.Г.Кубачев, С.Н.Пешехонов, Е.Г.Солоницын // *Эндоскоп. хирургия.* – 2007. – № 1. – С. 24.
4. Грубник В.В. Видеоэндоскопические операции в лечении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / В.В.Грубник, О.Н.Загороднюк, А.В.Грубник // *Клін. хірургія.* – 2004. – № 4-5. – С. 43-44.
5. Динамика показателей качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне сочетанной терапии / И.В.Маев, А.А.Самсонов, А.Н.Одинцова, А.В.Яшина // *Русс. мед. ж. гастроэнтерол.* – 2010. – Т. 18, № 5. – С. 3-6.
6. Ливзан М.А. Прокинетики: настоящее и будущее / М.А.Ливзан // *Леч. врач.* – 2009. – № 6. – С. 25-31.
7. Сучасні підходи у лікуванні гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / О.Ю.Усенко, А.С.Лаврик, О.С.Тивончук, О.П.Дмитренко // *Укр. ж. малоінваз. та ендоскоп. хірургії.* – 2010. – № 14. – С. 53-54.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Резюме. Развитие медицинских технологий на современном этапе привело к существенным изменениям в выборе способа хирургической коррекции желудочно-пищеводного рефлюкса, что повлияло на результаты лечения. Проведенный анализ позволил выявить основные причины развития послеоперационных осложнений, определить показания к применению медикаментозных и хирургических методов лечения данной нозологии.

Ключевые слова: рефлюкс-эзофагит, хирургическое лечение.

NEW APPROACHES TO THE CHOICE OF SURGICAL TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Abstract. The development of medical technologies of the present stage has led to significant changes in the choice of a method of surgical correction of gastroesophageal reflux that affected the results of treatment. An analysis carried out by us enabled to reveal the principal causes of postoperative complications, identify indications for using medicamental and surgical methods of treatment of this nosology.

Key words: reflux esophagitis, surgical treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 14.11.2011 р.

Рецензент – проф. І.Ю.Полянський (Чернівці)