

**В.Б.Рева, А.Г.Іфтодій, В.І.Гребенюк, В.П.Польовий, О.В.Більцан¹,
О.В.Білик, В.Ю.Соколов, І.В.Шкварковський, С.О.Якобчук,
В.К.Гродецький, О.Б.Колотило, А.Г.Коровенков¹, О.Б.Русак**

БРОНХООБСТРУКТИВНІ УСКЛАДНЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГРИЖАМИ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та нейрохірургії (зав. – проф. А.Г.Іфтодій)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці,
¹ Лікарня швидкої медичної допомоги, м. Чернівці

Резюме. У роботі проаналізовано досвід лікування 169 пацієнтів з грижами стравохідного отвору діафрагми, у 27 з них мали місце бронхо-легеневі ускладнення. Дані рекомендації щодо консервативного лікування та профілактики післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: грижі стравохідного отвору діафрагми, бронхо-легеневі ускладнення, профілактика післяопераційних пневмоній, внутрішньотканинний електрофорез.

Вступ. Зв'язок між грижами стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) і бронхообструктивними захворюваннями легень є беззаперечним і давно відомим фактом. Основним у патогенезі розвитку бронхо-легеневої патології в осіб із ГСОД є порушення замикальної функції кардії та розвиток гастроезофагеального рефлюксу. Закид

кислого шлункового вмісту в стравохід призводить до розвитку рефлюкс-езофагіту, що супроводжується постійним печучим болем за грудниною, який іррадіює в міжлопаткову ділянку та посилюється при нахилах тіла і в горизонтальному положенні. Часто виникають зригування їжею, які особливо посилюються в нічний час,

© В.Б.Рева, А.Г.Іфтодій, В.І.Гребенюк, В.П.Польовий, О.В.Більцан, О.В.Білик, В.Ю.Соколов,
І.В.Шкварковський, С.О.Якобчук, В.К.Гродецький, О.Б.Колотило, А.Г.Коровенков, О.Б.Русак

коли пригальмовані захисні рефлекси. При цьому часто виникає аспірація шлункового вмісту, напади кашлю та задуха. Кашель надсадний із невеликою кількістю в'язкого харкотиння. Особливо тяжко пацієнти переносять першу половину ночі, коли їх турбує задуха, відчуття нестачі повітря, кровохаркання. При потраплянні харчових мас у бронхіальне дерево на слизову оболонку діють механічний, бактеріальний і пептичний чинники, тривалий вплив яких часто призводить до розвитку хронічних бронхітів, хронічних і аспіраційних пневмоній, бронхіальної астми [1,2,4,5].

Зважаючи на наявність у пацієнтів хронічного запального процесу з боку бронхо-легеневої системи, особливої актуальності набуває профілактика та лікування післяопераційних бронхітів і пневмоній, розвиток яких у післяопераційному періоді залишається найбільш реальною загрозою, незважаючи на широке застосування антибактеріальних препаратів. Частота загострення легеневого процесу в найближчому післяопераційному періоді коливається від 15 до 20% і залежить від особливостей запального процесу в легенях, характеру та травматичності операції, тривалості захворювання в до- операційному періоді, резистентності мікрофлори, стану імунної системи, тривалості оперативного втручання, віку пацієнта та інших.

Мета дослідження. Покращити результати хірургічного лікування пацієнтів із грижами стравохідного отвору діафрагми.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням перебувало 169 пацієнтів із ГСОД віком від 18 до 79 років (жінок - 93 (55,0%), чоловіків - 76 (44,9%). Із загальної кількості осіб 31 пацієнт не прооперований за різних причин: ефективність консервативного лікування, відмова хворих від оперативного втручання, наявність тяжкої супутньої патології, коли ризик оперативного втручання перевищує загрозу ускладнень самого захворювання.

Бронхо-легеневі ускладнення виявлені у 27 осіб, що становило 15,9% від загальної кількості хворих. У переважній більшості спостерігали хронічні бронхіти з обструктивним компонентом - 21 хворий, у 3 випадках бронхіальна астма, ще в 3 осіб - хронічні пневмонії. Бронхо-легеневі ускладнення виникали в терміни від 4 до 6 років після появи симптомів гастро-езофагеальної хвороби. Загострення легеневої патології виникали в них від 3 до 5 разів на рік, що призводило до загальної непрацездатності впродовж 3 - 4 місяців. Хворим, які перебували в терапевтичних стаціонарах, призначали сучасні антибіотики широкого спектра дії, бронхолітики, відхаркувальні препарати, фізіотерапію та лікувальну гімнастику.

При подальшому обстеженні у пацієнтів виявлено ГСОД. Для діагностики використовували рентгенконтрастне обстеження осіб у положенні Тренделенбурга, езофагогастроуденофіброскопію, рН-метрію стравоходу та шлунка, зондові проби Bernstein і з метиленовим синім.

Для визначення функції зовнішнього дихання проводили спірографію, при виконанні якої особливу увагу звертали на зниження форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) і об'єм форсованого видиху (ОФВ).

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні рН-метрії стравоходу в переважній більшості встановлено зниження показників рН нижче 4,0. У середньому цей показник склав $2,38 \pm 0,12$, його зниження мало місце як у пацієнтів із бронхо-легеневими ускладненнями, так і без них. При проведенні моніторингу впродовж однієї години встановлено, що в осіб із бронхо-легеневими ускладненнями кількість епізодів рефлюксу впродовж втричі перевищував відповідний показник у осіб без легеневої патології.

Встановлено, що в переважній більшості пацієнтів показники ФЖЄЛ значно знижені і коливалися в межах від 60 до 65%. ОФВ розраховували у відсотках щодо життєвої ємності легень - індекс Тіффно. Середнє значення індексу становило приблизно 60%.

Для профілактики та лікування післяопераційних пневмоній у ранньому післяопераційному періоді, поряд із загальноприйнятими, застосовували розроблений у клініці метод внутрішньотканинного електрофорезу [3]. Поєднане застосування протизапальних, антибактеріальних препаратів електричного поля постійного струму використовували з перших діб післяопераційного періоду. Після внутрішньовенного крапельного введення $\frac{1}{2}$ добової дози антибіотика (у 200 мл фізіологічного розчину) діємо на ділянку грудної клітки впродовж 60 - 90 хвилин. Протизапальний препарат використовували 1% розчин кальцію хлориду (250-300 мл), гідрокортизон (до 50 мг), призначали еуфілін 2,4% - 10 мл. Густина струму підбирається індивідуально за суб'єктивним відчуттям хворого (легке поколювання під одним з електродів) та коливається в межах $0,05 - 0,025 \text{ мА/см}^2$. Внутрішньотканинний електрофорез проводили шляхом накладання білатеральних однополюсних електродів на задню поверхню грудної клітки. Електрод із протилежним зарядом накладається на передню поверхню відповідно груднині. Сеанс проводили один раз на добу впродовж 6-8 діб. Впровадження цієї методики дозволило нам значно зменшити кількість післяопераційних пневмоній у даній категорії пацієнтів.

Перед виписуванням нами виконано всім особам наведений діагностичний комплекс і встановлено, що замикальна функція кардії повністю відновлена, показники рН у нижній третині стравоходу коливалися від 5,0 до 7,0, що відповідає нормі.

Віддалені результати вивчені в терміни від 1 до 5 років після оперативного лікування в переважній більшості хворих. Обстеження засвідчило повне відновлення замикальної функції кардії, відсутність патологічного гастро-езофагеального рефлюксу і загострень запального процесу з боку бронхо-легеневої системи, що підтверджує при-

четність патологічного рефлюксу та аспірації шлункового вмісту в розвитку бронхо-легеневих ускладнень.

Пацієнтам, які відмовилися від оперативного лікування, або коли ризик оперативного лікування перевищував тяжкість основного захворювання проводили консервативне лікування, яке вирішувало такі задачі:

- невідкладне усунення печії;
- покращання функціонального стану нижнього стравохідного сфінктера;
- підвищення стравохідного кліренсу;
- зниження кислотної секреції;
- санація бронхіального дерева.

Перш за все застосовуємо фізіологічну профілактику рефлюксу: рекомендуємо останній прийом їжі за 2 – 2,5 години перед сном; не лежати після їжі; лежачи дотримуватися підвищеного положення голови; знизити масу тіла; обмежити вживання жирів, алкоголю, шоколаду, цитрусових, кави, копченостей, кислої та гострої їжі.

З метою зниження шлункової секреції та нейтралізації соляної кислоти використовуємо антациди та в'язучі препарати. Ефективним є створення механічного бар'єра шляхом комбінованого використання антацидів та алгінової кислоти (препарат "Gavison"). Використовуємо блокатори H₂-гістамінових рецепторів для зниження продукції соляної кислоти.

Необхідно обмежити використання препаратів, які знижують тиск у ділянці нижнього стравохідного сфінктера – фентоламін, допамін, діазепам, гормональні препарати, спазмолітики та холінолітики. Призначаємо, з урахуванням супутньої патології, препарати, які підвищують тиск у зоні нижнього стравохідного сфінктера – бетонехол, церукал, цизаприд, домперидон, гастрин, мотиліум, норадреналін, фенілефедрин та ендорфоніум.

BRONCHOOBSTRUCTIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH HIATAL HERNIAS

V.B.Reva, A.G.Iftodii, V.I.Hrebeniuk, V.P.Polovyi, O.V.Bil'tsan, O.V.Bilyk, V.U.Sokolov, I.V.Shkvarcovs'kyi, S.O.Yakobchuk, V.K.Hrodets'kyi, O.B.Kolotylo, A.G.Korovenkov, O.B.Rysak

Abstract. The paper analyzes the experience of treating complications in 169 patients with hiatal hernias, 27 of them having broncho-pulmonary complications. Recommendations pertaining to conservative treatment and prevention of postoperative complications have been proposed.

Key words: hiatal hernia, broncho-pulmonary complication, prevention of postoperative pneumoniae, intratissue electrophoresis.

Рецензент – проф. Ф.Г.Кулачек

Проведення цього лікувального комплексу дозволяє зменшити тяжкість гастро-езофагеального рефлюксу та полегшити перебіг бронхо-легеневих ускладнень в осіб з грижами стравохідного отвору діафрагми.

Висновки

1. Єдиним етіологічно обґрунтованим методом лікування бронхо-легеневих ускладнень є усунення гастро-езофагеального рефлюксу та дії на слизову бронхів шлункового вмісту.

2. Використання внутрішньотканинного електрофорезу для профілактики та лікування після-операційних пневмоній, за розробленою в клініці методикою, дозволило значно зменшити кількість цих ускладнень.

Перспектива подальших досліджень. У подальшому планується вивчення особливостей бактеріального забруднення бронхіального дерева в осіб із грижами стравохідного отвору діафрагми і плевро-легеневими ускладненнями.

Література

1. Васильев Ю.В. Бронхиальная астма, сочетающаяся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Лечащ. врач. – 2004. - №9. – С.58-64.
2. Данилюк С.В. Роль гастроэзофагеального рефлюкса в возникновении бронхообструктивного синдрома // Укр. пульмонол. ж. – 2005. - №3. – С.28-30.
3. Післяопераційні плевро-легеневі ускладнення / Іфтодій А.Г., Пішак В.П., Рева В.Б. та ін. – Навч. посібник. – Чернівці, 2006. – 139 с.
4. Sontag S.J. Gastroesophageal reflux disease and asthma// Clin. Gastroenterol.- 2000 - №5.- P. 9-30.
5. Wasowska-Krolirowska K., Toporowska-Kovalska E., Krogulska A. Asthma and gastroesophageal reflux in children// Med. Sci. Monit. - 2002. - №8. – P. 64-71.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №1.- P.72-74

Надійшла до редакції 24.11.2006 року