

- Swanson J.P., Waring // Ann. Surg. - 1996. - Vol. 224 (1), - P. 51-57.
6. Mehta S. Prospective trial of laparoscopic Nissen fundoplication versus proton pump inhibitor therapy for gastroesophageal reflux disease: seven-year follow-up / S. Mehta, J. Bennett, D. Mahon // J. Gastrointest. Surg. - 2006. - Vol. 10. - P. 1312-1316.
7. Schauer P. R. Mechanisms of gastric and esophageal perforations during laparoscopic Nissen fundoplication / P.R. Schauer, W.C. Meyers, S. Eubanks // Ann. Surg. - 1996. - Vol. 223 (1). P. 43-52.
8. Varin O. Total vs partial fundoplication in the treatment of gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis / O. Varin, B. Velstra, S. De Sutter // Arch. Surg. 2009. - Vol. 144. - P. 273-278.

**Вансович В.Е., Котик Ю.М., Харковенко И.В.**

**ОПЕРАЦИЯ DOR В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**

**Резюме.** Проблема оптимальной хирургической пластики дефекта пищевода отверстия диафрагмы до сих пор остается весьма актуальной. В последнее время ряд хирургов применили операцию, предложенную J. Dor, которая предусматривает лапароскопическую мобилизацию дистального участка пищевода, заднюю и переднюю крурорафию и переднюю фундопликацию. В течение последних 5 лет было выполнено 56 операций по методике Dor. Согласно нашим результатам лечения ни один из пациентов не жаловался на какие-либо проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, дисфагии и gas bloating syndrome. Считаем преимуществами методики J. Dor простоту технического исполнения, уменьшение времени и травматичности вмешательства, физиологичное восстановления угла His и абдоминальной позиции дистального отдела пищевода, что позволяет избежать тяжелых функциональных расстройств в послеоперационном периоде.

**Ключевые слова:** грыжа пищевода отверстия диафрагмы, операция Dor.

**Vansovich V.E., Kotik Yu.M., Harkovenko I.V.**

**DOR'S OPERATION IN TREATMENT HIATAL HERNIA PATIENTS**

**Summary.** The problem of optimal surgical plastic hiatal defect is still very relevant. These patients suffer from varying degrees of severity of dysphagia and inability to cope independently with excess air in the stomach (gas bloating syndrome), which noted 80% of patients because the artificially created cuff is the absolute valve. Recently, a number of surgeons have applied the operation proposed by J. Dor, which provides laparoscopic mobilization of the distal portion of the esophagus (but without the need cutting short gastric arteries), front and rear crurography and front fundoplication. During the last five years was performed 56 these operations by the Dor's method were performed. According to our results of treatment, none of the patients did not complain of any esophagus reflux symptoms and gas bloating syndrome. We believe that the benefits of techniques J. Dor are simplicity of technical performance, reducing the time and trauma intervention, physiological recovery angle of His and abdominal position of the distal part of esophagus, thereby avoiding severe functional disorders in the postoperative period.

**Key words:** Gastro-esophageal diaphragm hernia, Dor's method.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Запороженко Б.С.**

Стаття надійшла до редакції 21.11.2016 р.

Вансович Віталій Євгенович - д.мед.н., проф. кафедри загальної та військової хірургії Одеського національного медичного університету; +38(048)7284697; +38(067)4854739; vansovichv@gmail.com

Котик Юрій Миколайович - к.мед.н., доц. кафедри загальної та військової хірургії Одеського національного медичного університету; +38(048)7281558; +38(050)4906457; nillcat@yandex.ua

Харковенко Ігор Володимирович - лікар-хірург Університетської клініки ОНМедУ; +36(048)7281558; +378(097)5338221

© Дутка І.І., Гринчук Ф.В.

**УДК:** 616.33/.342-002.44-005.1-07-036.65

**Дутка І.І., Гринчук Ф.В.**

Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний медичний університет", кафедра хірургії № 1 (Театральна площа, 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

**АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ КРОВОТЕЧІ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ**

**Резюме.** Проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 203 хворих на гастродуоденальні кровотечі виразкової етіології, серед яких було 135 (66,5%) чоловіків і 68 (33,3%) жінок. Всім хворим проведено обстеження і консервативне лікування згідно протоколів. Виразка дванадцятипалої кишки була у 127 (62,56%) хворих, шлунку - у 68 (33,49%), у шлунку і дванадцятипалій кишці - у 9 (4,43%). Рецидиви кровотечі були у 24 (11,82%) хворих, більшість з них (n=11 (45,83%) - протягом 2-3 доби після надходження. Найменше рецидивів (4 (16,67%) випадки) були впродовж першої доби. Переважна більшість рецидивів (n=15 (62,5%) виникла у хворих без виразкового анамнезу. Чіткого зв'язку локалізації виразки з частотою рецидиву ми не виявили. У 15 (62,5%) хворих з рецидивами діагностований клас II А за Forrest. За шкалою Glasgow Blatchford рецидиви були у 3 (12,5%) хворих з кількістю пунктів 0, у 11 (45,83%) - кількість пунктів була до 5, а у решти 10 (41,67%) - понад 5. Частота рецидивів зростала по мірі збільшення кількості пунктів за шкалою Rockall, більшість випадків була у хворих з сумою 5-6 пунктів (n=16 (66,67%), а більші показники були у окремих випадках. Отже, шкали Forrest, Glasgow Blatchford, Rockall недостатньо враховують низку важливих клінічних та патогенетичних чинників розвитку рецидивних виразкових кровотеч. Покращання ефективності прогнозування таких кровотеч потребує урахування комплексу факторів, які визначають стан процесів гемостазу і регенерації.

**Ключові слова:** виразкова кровотеча, рецидив, прогнозування.

## Вступ

Гострі кровотечі з виразок шлунка і дванадцятипалої кишки залишаються актуальною проблемою сучасної хірургії. Частота такої патології впродовж останніх років не лише не знижується, але й набуває тенденції до зростання [2, 3, 8, 12]. Попри успіхи ендоскопічних методів гемостазу, впровадження ендovasкулярних методів зупинки, частота рецидивних кровотеч залишається значною [6, 10], що потребує проведення хірургічних втручань, наслідки яких часто залишаються далекими від задовільних [1, 8].

Важливою складовою лікувального комплексу за умов кровотеч є можливість прогнозування рецидиву, що дає змогу застосовувати ефективні профілактичні заходи [4, 13]. Водночас, незважаючи на значну актуальність цього питання, визнана, надійна прогностична шкала не запропонована. Найбільш поширеними залишаються шкали Forrest [9], Glasgow Blatchford [7] і Rockall [11], однак прогностична цінність жодної з них не є достатньою [2, 4, 12]. Все це зумовлює необхідність подальших пошуків, спрямованих на розробку інформативних методів прогнозування рецидивних виразкових кровотеч.

**Мета** - аналіз факторів ризику рецидивних гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу.

## Матеріали та методи

За даними медичних карт проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 203 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнених гострими кровотечами. Чоловіків було 135 (66,5%), жінок - 68 (33,3%). Середній вік становив  $56,6 \pm 17$  років. Всім хворим проведене обстеження і консервативне лікування згідно протоколів [5].

## Результати. Обговорення

У більшості частини обстежених пацієнтів, що становило 109 (53,69%) випадків, виразковий анамнез був відсутній. У них також не виявлена наявність "шлункових" скарг в анамнезі. Виразковий анамнез тривалістю до 1 року був у 10 (4,92%) хворих. Впродовж 1-3 років страждав на виразкову хворобу 21 (10,34%) пацієнт, від 5 до 10 років - 16 (7,88%) хворих. У 39 (91,21%) тривалість виразкового анамнезу становила понад 10 років.

Під час первинної езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС) у переважній більшості хворих виразкові дефекти виявлялись у дванадцятипалій кишці - 127 (62,56%) випадків. Виразка шлунка виявлена у 68 (33,49%) пацієнтів. Одночасна наявність виразок у шлунку і дванадцятипалій кишці спостерігалось у 9 (4,43%) хворих. Незалежно від локалізації виразкового дефекту частота виникнення виразки була вищою у чоловіків (135-66,5%), ніж у жінок (68-33,5%).

З метою ендоскопічного гемостазу проводилось обколювання виразки. Для цього використовувалась суміш 0,9% натрію хлориду з адреналіном у співвідно-

шенні 1:10, або з препаратами транексамової кислоти (транексам, гемаксан) у такій же пропорції. Ін'єкції проводились по периферії виразкового дефекту. У окремих випадках виконувалась діатермокоагуляція кровоточивої судини. У разі неможливості досягнення гемостазу ендоскопічним шляхом виконувалося екстрене хірургічне втручання.

З метою контролю за гемостазом та ефективністю лікування після первинної ЕГДС під час надходження у стаціонар, пацієнтам проводилось щонайменше одне ендоскопічне обстеження протягом наступних: 3 днів. У 31 (15,27%) хворого з клінічними проявами нестабільного гемостазу виконувались додаткові контрольні ЕГДС. У разі потреби під час під час таких обстежень застосовувався ендоскопічний гемостаз.

Розвиток рецидивних кровотеч мав місце у 24 (11,82%) хворих. При аналізі особливостей виникнення таких геморагій виявлені деякі характерні закономірності. Зокрема, у більшості випадків (11 (45,83%) хворих) рецидиви розвивались протягом перших 2-3 днів після надходження у стаціонар. Найменше рецидивів спостерігались впродовж першої доби - 4 (16,67%) випадки. Це підтверджує дані окремих дослідників, які звертають увагу на зв'язок між рецидивами і термінами після досягнення гемостазу [13].

Характерно, що переважна більшість рецидивів кровотечі ( $n=15$  (62,5%)) розвивалась у хворих, що не мали виразкового анамнезу. Чіткого зв'язку локалізації виразки з частотою рецидиву кровотечі ми не виявили, проте при виразках дванадцятипалої кишки це спостерігалось децю частіше ( $n=14$  (58,33%)), що могло зумовлюватись загалом більшою кількістю хворих з такою локалізацією процесу. У переважній більшості випадків повторні кровотечі були у чоловіків - 17 (70,83%).

У 9 (37,5%) пацієнтів з рецидивами кровотеч визначена I група крові, з них у 3 (12,5%) позитивна резус належність, у решти (25%) - негативна. У 4 (16,67%) хворих визначена II група крові (всі резус позитивні). По одному (4,17%) випадку було при III і IV групах крові.

Привернуло увагу, що у 15 (62,5%) хворих з рецидивними кровотечами під час первинного ендоскопічного обстеження діагностований клас II A за Forrest. У решти пацієнтів (37,5%) спостерігали ознаки інших класів. Повторні кровотечі не виникали у жодного хворого з діагностованим класом III. Водночас за даними літератури, найчастіше повторні кровотечі виникають при класі I [10]. Ми поділяємо думку дослідників, які відзначають, що ця шкала є статичною, не враховує наслідки застосування ендоскопічних лікувальних заходів, локальні особливості, механізми виникнення кровотечі [12]. Недоліком застосування шкали є також певний суб'єктивізм при визначенні окремих класів, зокрема, диференціації між класами II A і II B.

Шкала Glasgow Blatchford [7] базується лише на клінічних і лабораторних проявах, не враховує ендос-

копічні стигмати кровотечі. Її застосування дає змогу, переважно, визначити необхідність певного комплексу лікувальних заходів і ризик хірургічного втручання. Зрозуміло, що по мірі зростання кількості пунктів небезпека повторних кровотеч зростає, проте чіткої залежності при цьому немає. Зокрема, рецидиви відмічені у 3 (12,5%) хворих з кількістю пунктів 0, у 11 (45,83%) пацієнтів кількість пунктів становила до 5, а у решти 10 (41,67%) - гонад 5.

Шкала Rockall [11] заснована на комплексі клінічних і ендоскопічних критеріїв. Це дає змогу оцінювати можливість рецидиву вже під час первинного ендоскопічного огляду, що робить її застосування більш прийнятним. Загалом, наші спостереження підтвердили зростання частоти повторних кровотеч по мірі збільшення кількості визначених пунктів. Проте, більшість випадків мала місце у хворих з сумою 5-6 пунктів (n=16 (66,67%), а більші показники були у окремих випадках. Отже, дана шкала також не враховує усі можливі чинники, які сприяють рецидивам. Значним недоліком є потреба у проведеному відносно тривалого обстеження для повної оцінки усіх включених критеріїв.

#### Список літератури

- Дзюбановський І. Я. Органозберігаючі та органозадні превентивні операційні втручання у хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами / І.Я. Дзюбановський, В.Г. Мініч // Вісник наукових досліджень. - 2014. - № 3. - С. 51-53.
- Запорожан С. Й. Причини несприятливих результатів операційного лікування у хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами / С.Й. Запорожан // Науковий вісник Ужгородського університету. Сер.: Медицина. - 2013. - Вип. 2. - С. 111-113.
- Петрушенко В. В. Лікувальна тактика при гастродуоденальних кровотечах виразкового генезу / В.В. Петрушенко, Д.І. Гребенюк // Шпитальна хірургія. - 2014. - № 1. - С. 55-57.
- Прогнозування рецидиву виразкових кровотеч після ендоскопічного гемостазу / Б.О. Матвійчук, С.Л. Рачкевич, І.М. Тумак [та ін.] // Acta medica Leopoliensis. - 2015. - Т. 21, № 3. - С. 53-58.
- Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота / Я.С. Березницький, В.В. Бойко, Р.Й. Василюшин [та ін.]. - Київ: Здоров'я України, 2010. - 470 с.
- Трофімов М. В. Лікувальна тактика при шлунково-кишкової кровотечі виразкового генезу / М.В. Трофімов, В.П. Кришень, С.О. Мунтян // Клін. хірургія. - 2016. - № 9. - С. 11-13.
- Blatchford O. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage / O. Blatchford, W.R. Murray, M. Blatchford // The Lancet. - 2000. - Vol. 356, № 9238. - P. 1318-1321.
- Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guide for clinicians / B.S. Kim, B.T. Li, A. Engel [et al.] // World J. Gastrointest. Pathophysiol. - 2014. - Vol. 5, № 4. - P. - 467-478.
- Forrest J. A. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // The Lancet. - 1974. - Vol. 2, № 7877. - P. 394-397.
- Kim J. S. Endoscopic Management of Peptic Ulcer Bleeding / J.S. Kim, S.M. Park, B.W. Kim // Clin. Endosc. - 2015. - Vol. 48, № 2. - P. 106-111.
- Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage / T.A. Rockall, R.F.A. Logan, H.B. Devlin, T.C. Northfield // Gut. - 1996. - Vol. 38, № 3. - P. 316-321.
- Risk factors determining the need for second-look endoscopy for peptic ulcer bleeding after endoscopic hemostasis and proton pump inhibitor infusion / H.C. Cheng, C.T. Wu, W.Y. Chen [et al.] // Endosc. Int. Open. - 2016. - Vol. 4, № 3. - P. 255-262.
- Weekend and nighttime effect on the prognosis of peptic ulcer bleeding / Y.H. Youn, Y.J. Park, J.H. Kim [et al.] // World J. Gastroenterol. - 2012. - Vol. 18, № 27. - P. 3578-3584.

Дутка І.І., Гринчук Ф.В.

#### АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИСКА РЕЦИДИВА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНО-ГО КРОВОТЕЧЕННЯ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

**Резюме.** Проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 203 больних с гастродуоденальними кровотеченнями язвеної етіології, среди которых было 135 (66,5%) мужчин и 68 (33,3%) женщин. Всем больным проведено обследование и консервативное лечение согласно протоколов. Язва двенадцатиперстной кишки была у 127 (62,56%) больных, желудка - у 68 (33,49%), в желудке и двенадцатиперстной кишке - у 9 (4,43%). Рецидивы кровотечения были у 24 (11,82%) больных, большинство из них (n = 11 (45,83%)) - в течение 2-3 суток после поступления. Менее всего рецидивы (1 (16,67%) случая) были в течение первых суток. Подавляющее большинство рецидивов (n = 15 (62,5%)) возникла у больных без язвенного анамнеза. Четкой связи локализации язвы с частотой рецидива мы не обнаружили. У 15 (62,5%) больных с рецидивами диагностирован класс II А по Forrest. По шкале Glasgow Blatchford рецидивы были у 3 (12,5%) больных с количеством пунктов 0, у 11 (45,83%) - количество пунктов была до 5, а у остальных 10 (41,67%) - более 5. Частота рецидивов возросла по мере увеличения количества пунктов по шкале Rockall, большинство случаев была у больные с суммой 5-6 пунктов (n = 16 (66,67%)), а большие показатели были в отдельных случаях. Итак, шкалы