

АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ

Матеріали IV з'їзду Асоціації лікарів-ендоскопістів України
10 — 12 червня 2010 року, м. Івано-Франківськ

АХАЛАЗІЯ ПИЩЕВОДА: СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И СОБСТВЕННЫЙ 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК У 160 БОЛЬНЫХ

Грубник В.В., Малиновский А.В.

Одесский государственный медицинский университет, кафедра хирургии №1, Украина

В настоящее время существуют противоречивые мнения о тактике лечения ахалазии пищевода (АП) в зависимости от стадии заболевания и особенностей патогенеза, особенно с широким внедрением малоинвазивной хирургии.

Целью данной работы является систематизация показаний и противопоказаний к использованию различных методов лечения АП (медикаментозного, эндоскопического введения ботулотоксина (ЭВБ), баллонной дилатации (БД) и лапароскопической кардиомиотомии (ЛКМТ)) на основании анализа мировой литературы и собственного опыта.

Лекарственная терапия (спазмолитики, нитраты, блокаторы кальциевых каналов) за счет временного и слабого эффекта не используется как самостоятельный способ лечения и показана в качестве вспомогательного метода при подготовке к другим методам лечения и после их применения.

Эндоскопическое введение ботулотоксина оправдано у пациентов I и II стадии при отказе или противопоказаниях к БД и операции как более эффективным методом, поскольку несмотря на быстрый эффект и минимальный процент осложнений, отличные и хорошие отдаленные результаты через 6 месяцев определяются лишь у 40-60% больных I-II стадий.

Баллонная дилатация является более эффективной процедурой: по данным литературы для относительно стойкой ремиссии (1-5 лет) требуется 4-5 курсов по 2-3 сеанса дилатации, при этом ремиссия достигается у 50-89% пациентов и лишь у больных с I стадией стойкая ремиссия на протяжении до 10 лет достигается в 80-90% случаев. Частота осложнений (кровотечения, разрыв и перфорация пищевода) составляет 0-6%. Нами БД с 1995 по 2006 годы была выполнена у 103 больных (47 больных I стадии, 34 — II стадии, 17 — III стадии, 5 — IV стадии). Осложнений не было. Эффективность БД оценена у 95 пациентов. Через 36 месяцев после начала лечения рецидивы наблюдались у 31 пациента (32,6%): I стадия — рецидивов не было, II стадия — 11 больных (34,3%), III стадия — 15 больных (у всех больных), IV стадия — 4 больных (у всех больных). Так, отличные и хорошие отдаленные результаты получены в 64,3% случаев. Поэтому мы считаем, что абсолютным показанием к БД является I стадия, а также любая стадия при рецидиве

после операции, отказе или противопоказаниях к операции; относительным показанием является II стадия. Противопоказаниями к баллонной дилатации считаем варикозно-расширенные вены пищевода, тяжелые соматические заболевания, тяжелые коагулопатии, тяжелый эзофагит. Кроме того, БД не целесообразна в IV стадии АП и при синдроме "резинной кардии".

Лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру по данным литературы характеризуется следующими результатами: ремиссия на протяжении до 10 лет достигается у 82-99% пациентов; частота гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) — 0-33%; частота послеоперационных осложнений (плеврит, пневмония, несостоятельность слизистой оболочки пищевода, кровотечения) — 0 — 6%; случаи летальных исходов крайне редки. Важным является вопрос выбора методики операции у больных с АП, ассоциированной с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Нами с 1995 по 2006 гг. ЛКМТ выполнена у 59 пациентов. Отдаленные результаты изучены у 57 больных через 36 месяцев. В I группе, состоящей из 27 пациентов (10 больных II стадии, 10 — III стадии и 7 — IV стадии), имевших сопутствующие ГПОД, после ЛКМТ выполнялась фундопликация (ФП). В результате рецидивы имели место у 3 больных (11,1%) III и IV стадии, перенесших ЛКМТ с ФП по Дору. Случаев ГЭР не было. Во II группе, состоящей из 30 больных (10 больных II стадии, 12 — III стадии и 8 — IV стадии), не имевших ГПОД, ФП не выполнялась. В итоге, рецидив имел место у 1 больного (3,3%) IV стадии, а длительность операции была меньше, чем в I группе. Лишь у 2 больных (6,6%) был выявлен ГЭР. Послеоперационные осложнения (пневмония) в обеих группах отмечены у 2 больных. Так, отличные и хорошие отдаленные результаты получены в 91,3% случаев. Поэтому мы считаем, что показанием к ЛКМТ являются II, III и IV стадии АП, а также I стадия, когда имеются противопоказания к БД и ЭВБ. Пациентам АП, ассоциированной с ГПОД и другими факторами, предрасполагающими к развитию ГЭР, а также при риске несостоятельности слизистой оболочки пищевода (тяжелый эзофагит, IV стадия АП) необходимо после ЛКМТ выполнять крурорафию и ФП по Дору. В остальных случаях ФП выполнять не рекомендуется, поскольку она увеличивает частоту рецидивов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ ОПЕРАЦИИ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ НА ОСНОВАНИИ 15-ЛЕТНЕГО ОПЫТА И РЕЗУЛЬТАТОВ БОЛЕЕ 800 ОПЕРАЦИЙ

Грубник В.В., Малиновский А.В., Ильяшенко В.В.

Одесский государственный медицинский университет, кафедра хирургии №1, Украина

Введение

Широкая распространенность ГЭРБ и грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) диктует необходимость совершенствования техники лапароскопических антирефлюксных операций (ЛАРО). Причинами рецидива ГЭРБ и развития дисфагии после ЛАРО являются: рецидив грыжи с миграцией фундопликационной манжетки в полость средостения (при аксиальных грыжах — 5-15%, при больших и гигантских параэзофагеальных грыжах — 12-42%); нарушение целостности фундопликационной манжетки ("слабая манжетка"); сужение пищевода фундопликационной манжеткой ("узкая манжетка"); сужение пищевода в ПОД, в т.ч. за счет стриктуры пищевода из-за воздействия сетчатого трансплантата ("узкое ПОД"); широкая манжетка, соскальзывающая на дно желудка (slippage-синдром).

Целями данной работы являются: сравнение и анализ отдаленных результатов различных методик пластики ПОД при ЛАРО, в т.ч. по поводу больших и гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД); сравнение и анализ отдаленных результатов различных вариантов фундопликации (ФП) по Ниссену [с использованием сетчатых трансплантатов удалось свести к минимуму (1-5%) частоту рецидивов и на первое место среди неудовлетворительных результатов выходит нарушение целостности фундопликационной манжетки и slippage-синдром].

Материалы и методы

С 1994 по 2009 годы в Одесской областной клинической больнице прооперировано 869 больных: 78 больных с ГЭРБ, не ассоциированной с ГПОД (при безуспешном консервативном лечении), 417 больных с аксиальными ГПОД I и II степени (при безуспешном консервативном лечении), 252 пациента с аксиальными ГПОД III степени и 122 пациента с параэзофагеальными и смешанными ГПОД. Все больные были разделены на 2 группы: I группу составило 413 больных с диаметром грыжевого дефекта менее 5 см, которым пластика ПОД выполнялась путем крурорафии; II группу составило 456 пациентов (в т.ч. 105 пациентов с параэзофагеальными и смешанными грыжами) с диаметром грыжевого дефекта более 5 см, которым пластика ПОД выполнялась путем комбинации пластики сетчатым трансплантатом и крурорафии. II группа была проспективно рандомизирована на 2 подгруппы: в подгруппе А (144 пациента) сетка фиксировалась поверх ножек диафрагмы, в подгруппе В (312 пациентов) сетка фиксировалась поверх ножек диафрагмы, исключая контакт трансплантата с пищеводом (оригинальная методика). У 745 больных ФП была выполнена по Ниссену [эти больные были проспективно рандомизированы на 2 подгруппы: классическая методика использована у 196 больных; модифицированная ФП по Ниссену, заключающаяся в дополнительной фиксации манжетки

(для профилактики ее соскальзывания) к обеим ножкам диафрагмы использована у 116 больных); у 99 пациентов — по способу Тупе, у 25 пациентов — по Розетти.

Результаты

Интраоперационные осложнения отмечены у 25 больных (2,8%), послеоперационные осложнения отмечены у 15 больных (1,7%). Отдаленные результаты изучены у 799 пациентов (92%) в среднем через 4 года после операции (1 — 15 лет). Частота симптомов ГЭРБ после операции была достоверно меньшей во II группе, качество жизни по шкале *GERD-HRQL* достоверно улучшилось во II группе в большей степени, чем в I группе. Индекс *DeMeester* после операции также был достоверно меньшим во II группе по сравнению с I группой. Существенных отличий в динамике рефлюкс-эзофагита между группами не отмечалось. В целом, рецидивы ГЭРБ в I группе наблюдались у 45 больных (11,8%), преимущественно за счет рецидива ГПОД, а во II группе — существенно реже — у 11 больных (8,6%), причем при использовании оригинальной методики пластики ПОД рецидивы наблюдались не чаще, чем при стандартной методике. В то же время, дисфагия имела место несколько чаще во II группе (30 больных —

7,1%), чем в I группе (21 больных, 5,5%), причем в II группе преобладали пациенты с "узким ПОД". Однако, при использовании оригинальной методики дисфагия отмечалась достоверно реже (6 больных — 2%), чем при стандартной методике (10 больных — 7,5%). При использовании модифицированной ФП по Ниссену были получены достоверно лучшие результаты в плане частоты рецидивов ГЭРБ и дисфагии и качества жизни.

Выводы

ЛАРО высоко эффективны в лечении ГЭРБ, ассоциированной с ГПОД, хорошо переносятся пациентами и характеризуются небольшим процентом осложнений, что позволяет признать их операциями выбора в лечении данной патологии. При диаметре грыжевого дефекта более 5 см обязательной является комбинация курурафии с пластикой ПОД комбинированным сетчатым трансплантатом, причем расположение трансплантата позади ножек диафрагмы уменьшает частоту дисфагии. Модифицированная ФП по Ниссену может уменьшить частоту рецидивов ГЭРБ и дисфагии и улучшить качество жизни пациентов по сравнению с классической методикой.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Грубник В.В., Ткаченко А.И.

Одесский государственный медицинский университет, Украина

Summary

Laparoscopic surgery for common bile duct stones were performed at our hospital in 382 patients. 184 (48.1%) of them were operated urgently. There were 80 patients with jaundice and acute calculus cholecystitis and 61 patients with acute biliary pancreatitis. The obtained results showed great feasibility of laparoscopic biliary surgery.

Key words: choledocholithiasis, choledochotomy, extraction of common bile duct stones, laparoscopy.

Введение

Выбор оптимального метода лечения механической желтухи до настоящего времени остается дискуссионным [1,4,5]. Общепринято, что основными хирургическими методами лечения этого осложнения являлись лапаротомия и открытые вмешательства на желчных протоках, а также эндоскопическая папиллотомия и эндоскопическое удаление конкрементов [1]. Лапароскопические вмешательства на желчных протоках, по мнению целого ряда хирургов, имеют определенные преимущества по сравнению с открытыми операциями [5]. Целью настоящего исследования было проанализировать результаты лапароскопических вмешательств на желчных протоках у больных, которые оперировались в связи с развитием механической желтухи.

Материалы и методы

С 1992 года нами выполнено 6200 лапароскопических холецистэктомий. Конкременты в желчных протоках были выявлены у 652 (10,5%) пациентов. Из этого числа больных лапароскопические вмешательства на желчных протоках произведены у 382 больных, из них 184 (48,1%) пациентов оперированы на фоне механической желтухи. Холеохолитиаз, как причина механической желтухи выявлен у 115 больных, желтуха на фоне острого калькулезного холецистита была у 98 пациентов, острый билиарный панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы был у 61 пациентом. У 29 больных холеохолитиаз осложнился желтухой и тяжелым холангитом. У 92 больных, лапароскопические операции были выполнены после эндоскопической папиллотомии с безуспешными попытками удаления конкрементов из холедоха. В исследуемой группе (n=184) преобладали женщины, их было 124. Возраст больных колебался от 26 до 84 лет, средний возраст составил 58 ± 11 лет. У всех больных были повышены по сравнению с нормой показатели билирубина, АСТ, АЛТ, ЩФ.

Интраоперационная холангиография была произведена только у 46 (25%) больных. Для холедохоскопии через пузырный проток использовали холедохоскопы диаметром 3 мм фирмы "Суркон" и "Storz".

При лапароскопической холедохотомии осмотр протоков производили с помощью фиброхоледохоскопа "Olympus" (d 5 мм). Для удаления конкрементов использовали корзинки типа Дормиа, баллонные катетеры типа Фогарти, а также холедохосекстратор. Показанием к наружному дренированию холедоха были признаки желчной гипертензии и холангита.

Результаты

У 95 (51,6%) пациентов холедох у которых был расширен незначительно (до 10-11 мм), конкременты удалены через пузырный проток. Это были большие с небольшими единичными конкрементами (не более 5-6 мм).

Удаление конкрементов через культю пузырного протока выполнено у больных с билиарным панкреатитом, после баллонной дилатации сфинктера большого дуоденального сосочка (БДС). Это позволило беспрепятственно вымывать камни в просвет двенадцатиперстной кишки. Дилатация облегчалась внутривенным введением, за 10-15 минут до манипуляции, 0,1-0,15 мл 0,1% раствора изокета [2]. Наружное дренирование холедоха выполнено у 62 больных, в случаях холангита или сужения интрапанкреатической части холедоха. Антеградное стентирование холедоха, специальными стентами диаметром 5Fg и 7Fg, было выполнено у 43 больных, что позволило нам отказаться от наружного дренирования.

СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Іщенко В.Ф., Стрийків М.П., Євстахевич І.Й., Іщенко Ф.П., Євстахевич Ю.Л.

Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України, Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, Україна

Існують способи дренивання черевної порожнини після проведення лапароскопічної холецистектомії шляхом: проштовхування дренажів через проколи черевної стінки в місцях стояння допоміжних троакарів [1,2]; введення дренажа через троакар в правому підребер'ї [3]. Однак, для таких дренажів властивим є травматичність та незручність введення в перших випадках, неефективність дренивання через неможливість ввести більшу кількість дренажів в останній методіци [1-3]. Найбільш оптимальним є спосіб

дренивання черевної порожнини при лапароскопічній холецистектомії, який полягає у введенні лапароскопічного 5 мм затискача через епігастральний 10 мм троакар, виведенні його назовні через троакар в правому підребер'ї, одночасно забираючи троакар, захоплюють кінці дренажних трубок і зворотнім рухом затискача вводить їх в черевну порожнину і встановлюють до отвору Вінслова [4]. Недоліком всіх цих способів є дренивання тільки правого пілоричного простору.

Литература

1. Ничитайло М.Е., Грубник В.В., и др. (2005) Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. (Київ). "Здоров'я". 424 с.
2. Грубник В.В., Ткаченко О.І., Герасимов Д.В. з співавт. (2004) Спосіб лікування холедохолітіаза. Патент №2708 України. Бюл. 7: 2
3. Berthou J.C., Drouard F., Charbonneau P., Moussalier K. (1998) Evaluation of laparoscopic management of common bile duct stones in 220 patients. *Surg. Endosc.* 12 (1): 16-22
4. Karaliotis C., Sgourakis G., Goumas C. et al. (2008) Laparoscopic common bile duct exploration after failed endoscopic stone extraction. *Surg. Endosc.* 22: 1826-1831