

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

Грубник В.В., Иляшенко В.В., Грубник В.В., Сергеева А.С.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №1, г. Одесса, Украина

Пищевод Барретта (ПБ) составляет около 6% из всех заболеваний ЖКТ. Ежегодный риск развития аденокарциномы у больных ПБ составляет 0,5%.

Цель работы. Изучение роли лапароскопической фундопликации (ЛФ) в комплексном лечении больных с ПБ.

Материалы и методы: за 2012-2013 годы под наблюдением было 17 больных с ПБ (11 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 38 до 69 лет. Исследование было проспективным. Все больные были разделены на две группы: больные 1 группы, состоявшей из 7 человек, получали эндоскопическое лечение в виде эндоскопической абляции (ЭА) слизистой пищевода с помощью аргоно-плазменной коагуляции. 2 группа состояла из 10 пациентов. Им выполнялась ЭА измененной слизистой пищевода с помощью аргоно-плазменной коагуляции, а затем через несколько недель производилась лапароскопическая фундопликация по Ниссену. Все больные имели аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы 1-2 степени.

Результаты. Гастроэнтерологический индекс качества жизни был достоверно выше у 2 группы больных. Индекс *DeMeester* у больных 1 группы через 12-18 месяцев после эндоскопического лечения был в 8-15 раз выше нормы. Больные 1 группы продолжали жаловаться на изжогу и дисфагию, несмотря на медикаментозное лечение.

Больные 2 группы, перенесшие фундопликацию по Ниссену с последующей ЭА измененной слизистой пищевода в отдаленные сроки после операции чувствовали себя значительно лучше, нежели больные 1 группы. Из 10 больных 2 группы у 8 индекс *DeMeester* был в пределах нормы, у 2-х больных индекс *DeMeester* был в 2-3 раза выше нормы. Рецидив ПБ был выявлен только у одного больного после ЛФ.

Выводы. ЭА слизистой пищевода у больных с ПБ с помощью аргоно-плазменной коагуляции является достаточно эффективным методом лечения больных с ПБ. Комплексное лечение больных с ПБ должно включать как ЭА измененной слизистой пищевода, так и лапароскопическую фундопликацию по Ниссену.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И НОВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Грубник В.В., Малиновский А.В., Ковальчук П.И.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Введение. После пластики больших и гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы частота рецидивов достигает 42%. Аллопластика снижает процент рецидивов, но несет риск пищеводных осложнений.

Цель исследования. Анализ отдаленных результатов различных методик лапароскопической пластики грыж пищеводного отверстия диафрагмы в зависимости от площади пищеводного отверстия диафрагмы (ППОД) и на основании этого разработка новой классификации.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 787 операций (фундопликация — только по Ниссену). Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от HSA. I группа — 343 пациентов с ППОД < 10 см² (малые грыжи), которым выполнялась круорография. II группа — 358 пациентов с ППОД 10-20 см² (большие грыжи), которым выполнялась как круорография (Подгруппа А) или аллопластика (Подгруппа Б). В этой подгруппе использовалась либо *on-lay* пластика полипропиленовой сеткой *Prolene*®, либо оригинальная методика *sub-lay* пластики облегченной частично рассасывающейся сеткой *Ultrapro*®. Ключевым моментом пластики является расположение трансплантата треугольной формы позади ножек диафрагмы так, чтобы его край не контактировал с пищеводом, с последующей круорографией, закрывающей трансплантат (рис. 1, 2). III группа — 86 пациентов с ППОД > 20 см² (гигантские грыжи), которым выполнялась только аллопластика. Эта группа была разделена на подгруппы, как и II группа.

Результаты. В I группе было 3,5% больных с рецидивами и 1,9% больных с дисфагией. В группе II было 7,1% больных с рецидивами и 6,5% больных с дисфагией. Сравнивая рецидивы в I группе с II подгруппой II группы, мы получили достоверные отличия в пользу I группы. Сравнивая рецидивы между подгруппами II группы мы получили достоверные отличия в пользу подгруппы В. Оригинальная методика по сравнению с пластикой полипропиленовым трансплантатом уменьшает частоту дисфагии. В группе III было 19% больных с рецидивами и 8,8% больных с дисфагией. Сравнение между подгруппами III группы дало результаты аналогичные II группе. Факторный анализ соотношения HSA и частоты рецидивов в группах и подгруппах показал, что выбранные пограничные уровни (10 и 20 см²) для разделения грыж на 3 класса четко соответствуют резкому увеличению частоты рецидивов в каждом из классов (рис. 3, 4).

Выводы.

1. Анализ отдаленных результатов обосновывает новую классификацию.
2. Мы рекомендуем измерять ППОД и использовать соответствующую классификацию.
3. Оптимальным методом пластики малых грыж является круорография.
4. При больших грыжах оригинальная методика *sub-lay* пластики облегченной частично рассасывающейся сеткой представляется наилучшей.

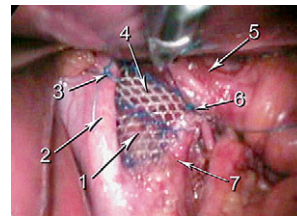


Рис. 1. Первый слой пластики пищеводного отверстия диафрагмы по оригинальной методике: 1 — пищеводное отверстие диафрагмы, 2 — правая ножка диафрагмы, 3 — узловый шов, фиксирующий трансплантат к правой ножке диафрагмы, 4 — сетчатый трансплантат, 5 — пищевод, 6 — узловый шов, фиксирующий трансплантат к левой ножке диафрагмы, 7 — левая ножка диафрагмы.

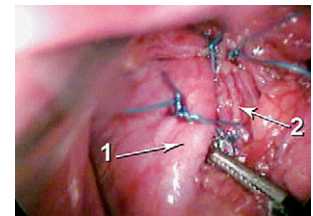


Рис. 2. Второй слой пластики пищеводного отверстия диафрагмы по оригинальной методике: 1 — правая ножка диафрагмы, 2 — левая ножка диафрагмы, полностью фиксирующая к правой с полным закрытием трансплантата.



Рис. 3. Диаграмма факторного анализа, отражающая пороговый уровень ППОД — более 9,4 см², по достижении которого достоверно увеличивается частота рецидивов при круорографии.



Рис. 4. Диаграмма факторного анализа, отражающая пороговый уровень ППОД — более 22,7 см², по достижении которого достоверно увеличивается частота рецидивов при аллопластике.

5. При гигантских грыжах оригинальная методика дает результаты, соответствующие литературе, но эти результаты требуют улучшения.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Грубник Ю.В., Юзвак А.Н., Фоменко В.А., Грубник В.Ю.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Лечение больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен при портальной гипертензии обусловленной циррозом печени является актуальной и сложной задачей современной гепатологии. По данным литературы летальность при первом кровотечении достигает 45-50%, а при повторных кровотечениях из варикозно-расширенных вен достигает 80-90%.

Поэтому, внедрение в повседневную практику новых методов остановки кровотечений, на фоне проведения гепатотропной терапии является актуальным у больных с циррозом печени.

Методы и материалы. Нами проанализировано лечение 370 больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода обусловленных циррозом печени. Причиной цирроза печени у 220 больных был перенесенный гепатит В и С, у 110 больных злоупотребление алкоголем, у 40 больных был вызван другими причинами. Возраст пациентов был от 26 до 79 лет, мужчин было 68%, женщин 32%. Степень тяжести цирротического процесса оценивали по классификации *Child Pugh*. Больных со стадией цирроза *Child Pugh A* было 140, В — 130, С — 100. Кровотечение тяжелой степени было в 126 случаях, средней — в 171, легкой степени — в 73. Из 280 пациентов 296 больным произведен эндоскопический гемостаз. У 140 пациентов было выполнено эндоскопическое склерозирование, у 131 эндоскопическое лигирование, а у 20 больных эндоскопическое пломбирование фибриновым клеем, 5 больным было произведено постановка стента.

У 107 больных с циррозом печени и портальной гипертензией нами была использована эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии в различных вариантах редукции кровотока.

У 42-х пациентов, нами проводилась лапароскопическая деваскуляризация, проксимального отдела желудка и абдоминальной части пищевода, заключающаяся в прошивании сосудов питающих абдоминальную часть пищевода, пересечение и коагуляцию коротких сосудов желудка, клипирование левой желудочковой артерии и вены.

В 15 случаях после остановки кровотечения нами производилось лапароскопическая имплантация обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП) в участки печени с наиболее выраженным циррозом. Данная методика была опробована на 87 крысах и показала высокую эффективность в обратном развитии процесса фиброза печени.

Результаты. Анализируя полученные данные, следует отметить, что при применении эндоскопического локального гемостаза у 296 больных эффективно остановить кровотечение нам удалось в 81%. Летальность ввиду неэффективности локального гемостаза наблюдалась в 19% — 56 случаев. Наиболее эффективным методом остановки кровотечения явилось эндоскопическое лигирование и варикозно-расширенных вен пищевода и стентирование.

Нами проанализированы результаты лечения на протяжении трех лет у 143 больных, которым произведен только эндоскопический гемостаз и консервативная терапия. Рецидив кровотечений в этой группе наблюдался у 63 больных (44%), из которых умерло 21 (33%).

Проанализированы результаты лечения в течение трех лет у 26 из 48 больных, которым произведена лапароскопическая лигирование вен пищевода и кардинального отдела желудка. Рецидивов кровотечения в этой группе не было. Умер один больной от печеночной недостаточности.

После рентгенэндоваскулярной эмболизации проследены результаты у 67 больных. Умерло по причине рецидивов кровотечения 5 больных.

У 15 пацієнтів, которым проводилась имплантация ОТП в участки печени с наиболее выраженным циррозом, в отдаленном периоде летальности не было, отмечалась стабилизация и улучшение функциональных проб печени.

Выводы. Анализируя полученные результаты, следует отметить, что эндоскопический локальный гемостаз позволяет эффективно остановить кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени в 81% случаев.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Грубник Ю.В., Плотников А.В., Юзвак А.Н., Фоменко В.А., Московченко И.В.
Одесский национальный медицинский университет. г. Одесса, Украина

В последнее десятилетие отмечается значительный рост числа пострадавших с закрытыми травмами живота. Это связано с общим ростом травматизма и дорожно-транспортных происшествий. Главенствующее место среди поврежденных органов брюшной полости занимают повреждения печени и селезенки, обусловленные большим объемом органов, низкой упругостью их паренхимы и относительно большим весом. Повреждения печени сопровождаются большой кровопотерей, геморрагическим и желчным перитонитом, что значительно отягощает состояние больного и увеличивает послеоперационную летальность.

Отсутствие четкого лечебно-диагностического алгоритма в лечении этой категории больных приводит к необоснованному расширению показаний к лапаротомии, что значительно увеличивает летальность.

Цель работы. Снижение летальности на основе внедрения диагностико-лечебного алгоритма с использованием ультразвуковой, компьютерной и видеолaparоскопической диагностики в сочетании с малоинвазивными операциями.

За последние 3 года в Городской центр сочетанной травмы было доставлено 1456 больных с тяжелой политравмой. Всем больным выполнялись общепринятые методы обследования, лабораторные обследования, рентгенография ультразвуковое обследование органов брюшной и грудной полостей, компьютерная томография, а также лапароскопия, постановка шарящего катетера по показаниям. Из общего количества 1456 больных с закрытой травмой живота у 218 больных была диагностирована травма печени. Мы пользовались международной классификацией травмы печени по LIS (*Liver Injury Scale*), где имеются 6 степеней травмы печени. У 51 больных ввиду крайне тяжести состояния и наличия повреждения печени, а также почек, селезенки, мочевого пузыря, сосудов брыжейки, тонкого и толстого кишечника была произведена лапаротомия с ушиванием разрывов печени, спленэктомией, ушиванием разрывов почек, мочевого пузыря, тонкого и толстого кишечника.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОБУСЛОВЛЕННЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Грубник Ю.В., Нетков А.Д., Юзвак А.Н., Московченко И.В.
Одесский национальный медицинский университет. г. Одесса, Украина

Острая кишечная непроходимость, осложненная кровотечением, обусловленная колоректальным раком является тяжелым заболеванием желудочно-кишечного тракта с высоким уровнем летальности, а выбор оптимальных методов лечения позволяет снизить смертность и улучшить результаты лечения данной патологии.

Цель исследования. Снижение летальности и количества послеоперационных осложнений за счет применения эндолапароскопических операций.

Методы и материалы. Под нашим наблюдением находилось 107 больных поступивших в клинику с явлениями острой кишечной непроходимости. Из 107 пациентов 57 были мужского пола и 50 женского. Средний возраст составлял 65 лет и колебался от 45 лет до 85 лет. Практически все больные поступили в клинику с различной степенью выраженности явлениями острой кишечной непроходимости.

Все больные при поступлении обследовались согласно стандартным методикам: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, печеночные пробы, определялся уровень белка в крови, коагулограмма и креатинин. Всем больным проводилось обзорная рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки. 33 больным было проведено компьютерное исследование толстого кишечника с введением контраста «виртуальная колоноскопия», 21 больному была произведена ургентная иригоскопия.

Из 107 пациентов у 35 больных наряду с острой кишечной непроходимостью наблюдалась кишечное кровотечение. Кровоточивость легкой степени с дефицитом ОЦК до 700 мл. была в 12 случаях, в 15 случаях была кровопотеря средней степени тяжести с дефицитом ОЦК до 1500 мл., в 4 случаях кровопотеря была тяжелой степени с дефицитом ОЦК свыше 1500-1700 мл. Из 35 больных, у которых наблюдалось кишечное кровотечение, 18 больным было произведена колоноскопия с последующей верификацией источника кровотечения и произведением электро- и лазерной фотокоагуляцией кровоточащих сосудов опухоли.

ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Гула Г.В., Ступницький А.І., Подольська З.І., Артошенко М.Є.
Медичний центр Святої Параскеви, м. Львів, Україна

Вступ. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є поширеним хронічним захворюванням, що погіршує якість життя пацієнта, а також є чинником ризику аденокарцином шлункової кишки. Езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) є безумовно необхідним компонентом діагностично-лікувального алгоритму у випадку ГЕРХ.

Мета роботи. Вивчити частоту та ендоскопічні особливості ГЕРХ у пацієнтів, яким виконано діагностичну ЕГДС.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів ЕГДС у 2000 пацієнтів. При ендоскопічному обстеженні застосовували відеосистему *Fujinon EPX-4400 HD*, статистичне опрацювання даних проводили за допомогою пакету програм *Statistica 8.0*.

Рентгенендоваскулярна емболізація селезеночної вени, лапароскопічна деваскуляризація абдоминальної частини пищевода і перев'язка лівий шлункової артерії і вени, коротких вен шлунка дозволяють достовірно знизити ризик рецидива кровотечення і летальність в віддаленому періоді.

Застосування ОТП у больових з циррозом печені дозволяє поліпшити функціональні проби печені, що свідчить про зупинку процесу фіброзу печені.

У 167 больових нами вироблена діагностична лапароскопія. При виявленні разрывов печені I, II, III ступеня по LIS нами у 128 больових удалось виробити лапароскопічну операцію по зупинці кровотечення із рани печені. Из них ушивання рани печені вироблено в 57 випадках, в 45 — електрокоагуляція і аргонплазменная коагуляція, ушивання рани з фіксацією сіткою — в 41 випадку, холецистектомія — 2 випадку. При травмі печені I ст, которое наблюдалось у 54 больових і было выявлено при УЗИ — мы проводили діагностичний моніторинг стану разрыва каждые 6-8 часов. В результаті динамічного УЗИ, комп'ютерного дослідження, а також моніторингу динаміки лабораторних показувачів крові, если не было ухудшения динамики больових при отсуствии признаков продолжающегося кровотечення і увеличения количества свободной жидкости в брюшной полости — мы ограничили консервативним ведением 35 больових. У 19 больових, у которых наблюдались на УЗИ обледования увеличение количества крови в брюшной полости — были вироблені лапароскопічні операції. Из общего количества больових с закрытой травмой печені і кишечника после лапароскопії мы перешли на лапаротомію с последующим ушиванием раны печені і спленэктомією.

В 110 випадках, при значительных кровотечениях мы использовали аппарат *Cell Saver 5* для реинфузии излившейся в брюшную полость крови.

Умерло 5 больових. У трех больових травма печені сопровождалась также тяжелой черепно-мозговой травмой і повреждением мозга не совместимыми с жизнью. 2 больових умерли в результате пневмонии.

Выводы. Применение лечебно-диагностического алгоритма с применением современных методик УЗИ, компьютерного обследования, позволяет определить степень повреждения печені и избежать ненужного оперативного лечения в 20% случаев.

У 28 больових после виробленої підготовки, была вироблена ургентная колоноскопія, на которой была выявлена опухоль толстой кишки. В 4-х случаях нам удалось поставить толстокишечный стент, при помощи которого получилось расширить просвет кишки и ликвидировать кишечную непроходимость. Только в 17 случаях удалось под контролем эндоскопа провести двухканальный зонд, с последующим отмытием кишечника от каловых масс. После разрешения явления острой кишечной непроходимости больные были оперированы, через 3-5 суток после интенсивной предоперационной подготовки.

Результаты. В 14 случаях нами была вироблена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомозом. В 12 случаях левосторонняя гемиколэктомия с одномоментным колоанастомозом. В 24 случаях вироблена резекция сигмовидной кишки с удалением опухоли и выведением колостомы (операция Гартмана). В 17 случаях операция Гартмана была вироблена лапароскопическим методом с использованием методики «*Hand Assistant*» и аппарата «*Liga Sure*».

В 40 случаях были вироблены экстренные операции в виду нарастающих явлений кишечной непроходимости, клиники перфорации, перитонита и профузного кровотечения. Из них у 23 больових вироблена резекция толстой кишки с удалением опухоли и производением колостомии. У 17 больових с тяжелой сопутствующей патологией, производено в качестве первого этапа наложение колостомы с последующей резекцией опухоли через 7-10 дней. Из 107 больових умерло 3. Это были больные с тяжелой сопутствующей патологией старше 80 лет. У 18 больових нагноились послеоперационные раны, у 3-х больових развилась пневмония.

Выводы. Применение эндоскопических методов диагностики и лечения у больових с острой кишечной непроходимостью, осложненной кровотечением, обусловленных колоректальным раком, позволило значительно снизить летальность и произвести радикальные одномоментные операции у 30% больових.

Результаты. Клінічні ознаки ГЕРХ встановлено у 76,6% обстежених. ЕГДС-негативну форму виявлено у 3,5% пацієнтів із симптоматикою ГЕРХ. Серед скарг пацієнтів із ГЕРХ переважали наліт на язичку (65,7%; p<0,001), відрижка (54,3%; p<0,001), сухість у роті (45,7%; p<0,001), присмак кислого або гіркого відчували 31,4% (p=0,002), печію — 28,6% (p=0,003). Ендоскопічно у 96,5% пацієнтів із ГЕРХ виявлено рефлюкс-езофагіт, із них: ступінь А за Лос-Анжелескою класифікацією — 22,9%, ступінь В — 8,6%, ступінь С — 2,8%, ступінь D — 0,9%. Мінімальні ендоскопічні ознаки рефлюкс-езофагіту візуалізовано у 61,3%. Циліндричну метаплазію шлункової кишки підтверджено використанням технології FICE, відзначено у 3,4% обстежених із ГЕРХ. Стан кардіальної складки II ступеню