

Муравьев Петор Тадеушевич - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №2 ОНМедУ; +38(048)7342764; gemostatik@mail.ru
 Горбунов Анатолій Анатольович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №2 ОНМедУ; +38(048)7342764; surgery@icn.od.ua
 Колодій Валентин Валентинович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №2 ОНМедУ; +38(048)7342764; surgery@icn.od.ua
 Бондарець Дмитро Андрійович - асистент кафедри хірургії №2 ОНМедУ; +38(048)7342764; Bondarecdima@gmail.com

© Вансович В.Є., Котік Ю.М., Харковенко І.В.

УДК: 616.329-089.168.1-071

Вансович В.Є., Котік Ю.М., Харковенко І.В.

Одеський національний медичний університет, кафедра загальної та військової хірургії, Університетська клініка ОНМедУ (пров. Валіховський, 2, м. Одеса, 65026, Україна)

ОПЕРАЦІЯ DOR У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГРИЖУ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Резюме. Проблема оптимальної хірургічної пластики дефекту стравохідного отвору діафрагми до цих пір залишається вельми актуальною. Останнім часом ряд хірургів застосували операцію, запропоновану J. Dor, яка передбачає лапароскопічну мобілізацію дистальної ділянки стравоходу, задню і передню крурорафію і передню фундоплікацію. Протягом останніх 5 років було виконано 56 операцій за методикою J. Dor. Згідно з нашими результатами лікування, жоден з пацієнтів не скаржився на будь-які прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, дисфагії та gas bloating syndrome. Вважаємо перевагами методики J. Dor простоту технічного виконання, зменшення часу та травматичності втручання, фізіологічне відновлення кута His і абдомінальної позиції дистального відділу стравоходу, що дозволяє уникнути тяжких функціональних розладів у післяопераційному періоді.

Ключові слова: грижа стравохідного отвору діафрагми, операція Dor.

Вступ

Наявність грижі стравохідного отвору діафрагми суттєво погіршує якість життя пацієнтів, є основною причиною гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та часто призводить до розвитку ускладнень. Проблема оптимальної хірургічної пластики дефекту стравохідного отвору діафрагми дотепер лишається вельми актуальною. Існуюче консервативне лікування (блокатори протонної помпи, шлункові прокінетики, місцево-обволікаючі засоби) справляє тимчасовий ефект на страждання пацієнтів, являючись паліативним. Відомо, що однією з причин даного захворювання є анатомічна неспроможність стравохідно-шлункового клапану із пролапсом частини кардії (а інколи дна та тіла) шлунка через стравохідний отвір діафрагми у середостіння [2]. Радикальним заходом лікування цієї патології може бути тільки хірургічна корекція. Історично запропоновано цілу низку класичних відкритих методик оперативних втручань, що спрямовані на репозицію вмісту хітальної грижі та корекцію діафрагмального отвору. На сучасному етапі, розвиток та впровадження у широку клінічну практику ендовідеохірургічних технологій повністю змінили хірургічну філософію відносно гриж стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), значно розширивши показання до хірургічного лікування. Запропоновано достатньо способів виконання даної операції, як відкритих, так і лапароскопічних. Пріоритетним напрямком у всьому світі є застосування малоінвазивних втручань, які значно зменшують операційну травму, тривалість операції та кількість післяопераційних ускладнень [6, 8].

У теперішній час найпоширенішими серед більшості хірургів операціями лікування ГСОД, стали операція за Nissen, запропонована ще у 1955 р. минулого століття, операція Nissen у модифікації Rossetti або операція

Toupett. Метою цих втручань є відновлення фізіологічного кута His та створення неприродного шлунково-стравохідного клапану [4].

Однак, незважаючи на технічну вдосконаленість даних методик, за свідченнями дослідників відійти від високого відсотку ускладнень не вдається [1, 7]. Частіше за все пацієнти, що перенесли ці втручання, страждали від дисфагії різного ступеню вираженості та неможливості самостійно справитися із надлишком повітря у шлунку (gas bloating syndrome), який відмічають до 80% пацієнтів внаслідок того, що штучно створена манжета являє собою абсолютний клапан. Крім того, у технічно важких випадках фіксуються такі серйозні ускладнення, як кровотечі, формування стравохідно-плевральних або шлунково-плевральних нориць, рубцеві стриктури стравоходу, утворення виразок у ділянці фундоплікації [3, 5].

Все вище наведене спонукало нас звернути увагу на спосіб передньої фундоплікації, запропонований J. Dor у 1962 році, як один з етапів операції з приводу ахалазії кардії. Але ряд хірургів застосували операцію Dor як самостійний метод лапароскопічного оперативного лікування діафрагмальних гриж. Ця модифікація концептуально передбачає лапароскопічну мобілізацію дистальної ділянки стравоходу (але без необхідності пересікання коротких артерій шлунку) задню та передню крурорафію та передню фундоплікацію.

Отже, мета нашого дослідження - довести клінічну ефективність та обґрунтувати доцільність виконання операції Dor, як найбільш функціонального способу лапароскопічного лікування хворих на ГСОД.

Матеріали та методи

Зі всієї кількості виконаних нами лапароскопічних

хіатопластик, протягом останніх п'яти років було виконано 56 операцій за методикою Dor. З них чоловіків було 32, жінок - 24, віком від 25 до 70 років. Анамнестично, тривалість захворювання складала у середньому $7,5 \pm 2,5$ років, протягом яких пацієнти лікувалися у гастроентерологів з приводу ГЕРХ, їм призначали традиційну медикаментозну терапію, однак суттєвих позитивних результатів не відзначалося. У всіх хворих на фіброгастроскопії та за допомогою рентгеноконтрастного мультипозиційного дослідження стравоходу та шлунку встановлено наявність ГСОД II-III ступеня, дислокацію ділянки шлунку та абдомінального відділу стравоходу у ліву плевральну порожнину.

Даній групі хворих операцію виконували з п'яти стандартних точок уведення троакарів. Після лапароскопічної ревізії, мобілізували малу кривизну і кардію шлунка до стравоходу і виділяли праву ніжку стравохідного отвору діафрагми. Мобілізуючи шлунково-діафрагмальну зв'язку, звільняли лівий край дистальної ділянки стравоходу та велику кривину шлунка без пересікання коротких шлункових артерій. Після створення вікна позаду стравоходу та тракції за останній, виконували задню крурорафію окремими швами з неабсорбуючого плетеного шовного матеріалу. В ряду випадків (при великих розмірах стравохідного отвору діафрагми), задню крурорафію доповнювали одним швом передньої.

З метою відновлення нормального гострого кута His, одним швом фіксували дно шлунка до лівої латеральної стінки стравоходу, без захвату лівої ніжки діафрагми. Але, мірою накопичення власного досвіду, у подальшому ми залучали до лінії швів й ліву ніжку діафрагми, що робить фіксацію більш надійною, без розвитку будь-яких негативних наслідків. Наступним етапом передню стінку дна шлунка фіксували до правої латеральної стінки стравоходу і правої ніжки діафрагми. Подібних швів вдається накласти не більше трьох, що зумовлено доступною довжиною правої ніжки діафрагми. Для фіксації у приданій позиції, додатково накладали 2-3 шви на передню стінку дна шлунка і праву частину стравоходу.

Наведена анти-рефлюксна операція за Dor забезпечувала оптимальний контроль печії, мінімізуючи сторонні наслідки, вказані вище, досягалося відновлення функції клапана між шлунком та стравоходом більш природним та анатомічним чином.

Список літератури

- Оспанов О. Б. К обоснованию выбора методики лапароскопической фундопликации / О.Б. Оспанов, И.С. Волчкова // Современные проблемы науки и образования. - 2012. - № 2. - С. 20-23.
- Bremner R. M. The effect of symptoms and nonspecific motility abnormalities on outcomes of surgical therapy for gastroesophageal reflux disease / R.M. Bremner, T.R. DeMeester, P.F. Crookes // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 1994. - Vol. 107 (5). - P. 1244-1250.
- Dunnington G. L. Outcome effect of adherence to operative principles of Nissen fundoplication by multiple surgeons. The Department of Veterans Affairs Gastroesophageal Reflux Disease Study Group / G.L. Dunnington, T.R. DeMeester // Am. J. Surg. - 1993. - Vol. 166 (6). - P. 654-659.
- Hinder R. A., Filipi C.J., Wetscher G., Laparoscopic Nissen fundoplication is an effective treatment for gastroesophageal reflux disease / R. A. Hinder, C.J. Filipi, G. Wetscher // Ann. Surg. - 1994. - Vol. 220 (4). - P. 472-483.
- Hunter J. G. Dysphagia after laparoscopic antireflux surgery. The impact of operative technique / J. G. Hunter, L.

Результати. Обговорення

Згідно отриманим нами результатам лікування, хіатопластика за Dor відрізнялася більш сприятливим перебігом післяопераційного періоду. Тривалість операції складала $78,5 \pm 15,8$ хвилин, важких інтраопераційних ускладнень не відмічалось.

У післяопераційному періоді жоден з пацієнтів не відмічав труднощів із відрижкою або дисфагії. Пацієнти могли вживати воду в першу добу після операції, рідку їжу - на 2 добу, поступово розширюючи дієту. Тривалість перебування у стаціонарі складала 3-4 доби.

Пацієнти, оперовані за методикою Dor, знаходилися під нашим наглядом протягом від 2 місяців до 3 років. За цей період жоден з пацієнтів не скаржився на будь-які прояви дисфагії та gas bloating syndrome. У всіх пацієнтів зникли симптоми ГЕРХ, що ми вважаємо за досягнення мети виконаного оперативного втручання. У 7 (12,5%) хворих відмічали помірний біль в епігастрію, який через 5-7 діб зникав. Працездатність відновлювалася через 2 тижні, інтра- та екстраперитонеальних ускладнень не відмічено. 3 (5,4%) хворих відмітили поновлення печії, однак ці симптоми мали періодичний характер, швидко проходили після вживання сучасних антисекреторних препаратів.

На нашу думку, перевагами методики Dor, є простота технічного виконання, зменшення часу і травматичності втручання, що певною мірою пояснює отримані позитивні результати. Вважаємо, що дана методика дозволяє досягти найважливіших завдань оперативної корекції порушень стравохідно-шлункового переходу: відновлення фізіологічного кута His та абдомінальної позиції дистального відділу стравоходу.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Радикальним засобом лікування хворих із грижами стравохідного отвору діафрагми є операція лапароскопічної хіатопластики.

2. На нашу думку, передня фундопликація за Dor є більш фізіологічною та дозволяє уникнути важких функціональних розладів у післяопераційному періоді.

Вважаємо перспективним подальше клінічне застосування лапароскопічної хіатопластики за методом Dor та збільшення випадків спостережень віддалених результатів лікування з проведенням оцінки якості життя пацієнтів.

- Swanstrom, 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 І.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 восстановление 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. Запорожченко 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 ҐЕНЕЗУ

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 A 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.