

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 пищевода 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 пищевода 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 пищевода 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