

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Хворостов Е.Д., Захарченко Ю.Б., Томин М.С.

Харьковский национальный Университет им. В.Н. Каразина, кафедра хирургических болезней, Украина

Введение

Острый панкреатит является одним из наиболее сложных хирургических заболеваний, характеризующийся значительной тяжестью течения и выраженностью изменений гомеостаза, результатом чего является высокий уровень летальности [2,4]. Поэтому при данной патологии особенно важным является использование щадящих, малоинвазивных эндохирurgicalических оперативных вмешательств [2-4].

До настоящего времени не найдены однозначные ответы на вопросы об адаптации лечебной программы острого панкреатита к возможностям современных эндохирurgicalических методов операций, с возможным изменением показаний, сроков выполнения и объема оперативных вмешательств [2-4].

Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина "Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчекаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки" (номер регистрации 0100U005308).

В связи с развитием и совершенствованием методики лапароскопических оперативных вмешательств расширяется перечень показаний для их выполнения при различных вариантах течения острого панкреатита. Поэтому, наличие острого панкреатита, осложнившегося течением желчекаменной болезни, в настоящее время не рассматривается как абсолютное противопоказание для выполнения как дуоденоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке, так и лапароскопической холцистэктомии. Однако, в отношении определения сроков выполнения, тактики лечения и объема лапароскопического вмешательства не принято окончательного решения [1-5].

Важной проблемой, требующей разрешения, является определение сроков выполнения и выбора тактики лечения и объема лапароскопического вмешательства при остром билиарном панкреатите. Решение ее может быть достигнуто путем выявления при скрининговом УЗИ характерных ультразвуковых симптомов, сопутствующих острому билиарному панкреатиту, и на основании этого определение показаний к выполнению ЭРХПГ, ЭПСТ, НБД, лапароскопической холцистэктомии, наружному дренированию брюшной полости и сальниковой сумки. Другим вопросом, требующим разрешения, является определение показаний и последовательности выполнения указанных вмешательств, изменение техники лапароскопической холцистэктомии при возникшей необходимости в ходе операции прибегнуть к вмешательству на сальниковой сумке, с целью ее санации и дренирования [2-4].

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности использования эндохирurgicalических вмешательств при лечении билиарной формы острого панкреатита у пациентов. Мы ставили перед собой задачу определить характер и рациональный объем выполняемых вмешательств, основываясь на известных патогенетических механизмах данной формы острого панкреатита.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 37 пациентов с острым билиарным панкреатитом, госпитализированных в хирургическое отделение Дорожной клинической больницы (Харьков) на протяжении последних 38 месяцев. Мужчин было 9 (24%), женщин 28 (76%). Возраст больных находился в пределах от 27 до 54 лет, в среднем 42±2,4 года. Продолжительность острого приступа до поступления в стационар была в пределах от 6 часов до 68 часов, в среднем 34±6,2 часа. Общее состояние пациентов в 14 (38%) случаях было оценено как средней тяжести, тяжелое — в 23 (62%). Отечная форма панкреатита имела место у 17 пациентов; мелкоочаговый панкреонекроз — у 20 (геморрагический — 8, жировой — 12); при этом количество экссудата в брюшной полости было от 500 до 1700 мл. Патологические изменения желчевыводительной системы распределились следующим образом: хронический холцистит — у 21 пациента, острый холцистит — у 11, ранее перенесли холцистэктомию — 5, холедохолитиаз имел место в 37 случаях, механическая желтуха — в 19, острый гнойный холангит — в 6, околососочковый дивертикул двенадцатиперстной кишки — в 3 случаях.

Диагностическая программа включала в себя выполнение клинико-лабораторных исследований, ультразвукового исследования, эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта с визуализацией зоны фатерова сосочка, в зависимости от наличия показаний выполняли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, последним этапом проводили лапароскопию.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ У ЛІКУВАННІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Усенко О.Ю., Лаврик А.С., Тивончук О.С., Дмитренко О.П.

Национальний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ

Summary

In this article experience of laparoscopic treatment of 23 patients with gastroesophageal reflux disease is presented. Research results indicate that laparoscopic fundoplication is high efficient in treatment of this pathology is not yields to the "open" surgery, but less traumatic.

Key words: gastroesophageal reflux disease, laparoscopic fundoplication.

Вступ

Вперше гастроєзофагеальний рефлюкс був описаний Quinke Н. в 1879 році. Проте, свій офіційний статус самостійної нозологічної одиниці гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), отримала в 1997 році на Міжнародному конгресі гастроентерологів та ендоскопістів у Генвелі [2]. Відсутність єдиної концепції діагностики та лікування, широка розповсюдженість, можливість розвитку важких ускладнень роблять ГЕРХ однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини, яку не можна повністю вирішити застосуванням сучасних медикаментів.

Впровадження в клінічну практику сучасних інгібіторів протонної помпи (ІПП) та Н2-блокаторів гістаміну дозволило значно знизити прояви ГЕРХ. Припинення медикаментозної терапії призводить до розвитку рецидивів ГЕРХ, при цьому майже у 80% пацієнтів через 6-12 міс діагностують езофагіт [3]. Хірургічна корекція значно ефективніше ніж лікування блокаторами Н2-гістамінових рецепторів, антацидними препаратами або їх комбінацією [1]. Використання інгібіторів протонної помпи і оперативного втру-

чальної програми передбачувала трансформацію діагностических дуоденоскопических і лапароскопических вмешательств в лечебные. При этом выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия в 37 случаях. Септотомией она была дополнена в 9 случаях при наличии выраженной перегородки между устьем общего желчного и панкреатического протоков. Холедохолитотракция при этом выполнена у 32 пациентов — из гепатохоледа и ампулы фатерова соска удалено в разных случаях от 1 до 7 конкрементов, их размеры находились в пределах от 3 до 12 мм. В 5 случаях размеры конкрементов не позволили провести их через устье общего желчного протока, в этих случаях ограничили проведение продолженной санации желчного дерева через назобиллярный дренаж. Эндохирurgicalические вмешательства на Фатеровом соске завершались назобиллярным и назопанкреатическим дренированием катетерами, каждый диаметром 2 мм.

Показанием к лапароскопическому вмешательству явилось выявление при ультразвуковом исследовании свободной жидкости в брюшной полости, что имело место во всех случаях. Лапароскопическое исследование выполнялось по стандартной методике с введением телескопа через пупочный доступ и манипуляторов из правого и левого подреберий. После ревизии брюшной полости и ее санации выполняли дренирование сальниковой сумки через Винслово отверстие, малый сальник, желудочно-ободочную связку в зависимости от имеющихся патологических изменений, кроме того дренажи вводили в правый фланг и малый таз.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного лечения отмечено купирование клинико-лабораторных признаков острого панкреатита на протяжении 2-4 суток с момента вмешательства, что явилось показанием к удалению назобиллярных и назопанкреатических дренажей. Дренажи брюшной полости удалены по мере прекращения из них отделяемого, на 4-5 сутки. В трех случаях имели место гематомы подкожной клетчатки в месте введения дренажей, в одном случае геморрагия из папилломатомного разреза, осложнения были разрешены в процессе выполнения вмешательств и не потребовали дополнительных лечебных мероприятий. Пациенты, которым не удалось выполнить эндоскопическую холедохолитотракцию, в последующем подверглись хирургическому вмешательству. Летальных исходов не было.

Билиарная природа острого панкреатита может быть установлена во время обследования пациента по наличию характерных изменений билиарной системы. Особенностью лечебной программы у данной группы больных является использование неотложных малоинвазивных вмешательств направленных на устранение патологического фактора, локализующегося в билиарной системе, вызвавшего острый панкреатит. В противном случае лечение является недостаточно эффективным и не позволяет получить скорых положительных контролируемых прогнозируемых результатов [1-5].

Выводы

Сочетанное применение эндохирurgicalических вмешательств является эффективным в лечении острого билиарного панкреатита и позволяет остановить дальнейшее развитие патологического процесса и тем самым предупредить выполнение травматичных хирургических вмешательств имеющих высокую послеоперационную летальность. Малоинвазивные транспиллярные вмешательства на билиарной системе при осложненной желчекаменной болезни позволяют сократить койко-день, период реабилитации и период нетрудоспособности.

Литература

1. Гусев А.В., Боровков И.Н., Гусева Е.В., Мартини Ч.Т. (2009) Альтернативные эндобилиарные вмешательства при холедохолитиазе и стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 8: 16-19
2. Бескобий А.А., Касумян С.А. (2003) Критерии прогноза тяжелого течения острого панкреатита. Анналы хирургической гепатологии. 8: 2: 24-32
3. Старков Ю.Г., Солодина Е.Н., Шилин К.В. и др. (2003) Антеградная папиллосфинктеротомия при лапароскопической холцистэктомии. Хирургия. 9: 14-17
4. Binmoeller K.F., Sycyafer T.W. (2001) Endoscopic management of bile duct stones. J. Clin. Gastroenterol. 32: 2: 106-118
5. Horwood J., Akbar F., Davis K., Morgan R. (2010) Prospective evaluation of a selective approach to cholangiography for suspected common bile duct stones. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 3: 120-125

чання однаково ефективно, за умови, що пацієнти у групі медикаментозної терапії при необхідності підвищують дозу препарату в 2 рази [4].

Травматичність при виконанні фундоплекції з лапаротомним доступу не дозволяє широко використовувати цей метод лікування. Впровадження лапароскопічної фундоплекції дозволило більш повно вирішити проблему резистентних форм ГЕРХ.

Матеріали та методи

У клініці з 2005 по 2010 рр. з приводу ГЕРХ лапароскопічно було оперовано 23 пацієнта. Чоловіків було 8 (35%), жінок 15 (65%), середній вік склав 50,8±5,2 років. Індекс маси тіла коливався від 24 до 33 кг/м², в середньому склав 27 кг/м². У 22 (96%) хворих діагностована грижа стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) I і II типів. У 21 (91%) пацієнта ми спостерігали стравохідні прояви, у 2 (9%) пацієнтів позастравохідні симптоми: хворих в нічний час спостерігалась задихка та значний кашель. Тривалість захворювання становила від 1 до 15 років.

Для підтвердження діагнозу хворим проводились ендоскопічне, рентгенологічне дослідження стравоходу, 24-годинний рН-моніторинг та манометрія стравоходу. Всі хворі отримували консервативну терапію інгібіторами протонної помпи у стандартних дозах, що виявилась не ефективною.

У 15 (65%) пацієнтів виконана лапароскопічна фундоплекція за Ніссеном, у 1 (4%) пацієнта за Ніссеном-Розетті, у 3 (13%) пацієнтів — за Ніссеном-Донаху, у 4 (18%) пацієнтів виконана фундоплекція за Тупе. У 20 хворих фундоплекція була доповнена крурорафією: у 18 (90%) — задньою, у 2 (10%) хворих передньою.

Результати

До операції у 11 (48%) хворих діагностовано ендоскопічно негативна форма GERX. У хворих з ендоскопічно позитивною формою рефлюкс-езофагіт: LA-A був у 7 (30%) пацієнтів, LA-B у 4 (17,5%) пацієнтів, LA-C у 1 (4%) пацієнта. У 1 (4%) пацієнта діагностовано змішаний кисло-лужний рефлюкс, у решти пацієнтів — кислий. У 4 (17,5%) пацієнтів рефлюкс був найбільше виражений в нічний час, у 2 (8%) пацієнтів однаково протягом доби, у 10 (43%) пацієнтів в денний час. У 7 (30%) хворих в шлунку — базальна нормоацидність, у 9 (39%) пацієнтів гіперацидність. 16 (70%) виконана манометрія нижнього стравохідного сфінктеру. У всіх хворих тиск був значно знижений, і складав в середньому 7–10 мм рт.ст.

Всі хворі були прооперовані в плановому порядку. Летальних випадків після операції не було. У 2 (8%) хворих у ранні терміни спостерігалися явища нестійкої дисфагії, куповані самостійно.

В післяопераційному періоді: при рентгенологічному контролі у жодного хворого не було зареєстровано гастроєзофагеального рефлюксу та порушень пасажа. При ендоскопічному дослідженні відмічались позитивні зміни стану слизової оболонки стравоходу без застосування консервативної терапії. У хворого з рефлюкс-езофагітом LA-C через 3 місяці після операції діагностовано рефлюкс-езофагіт LA-B, а через 6 місяців ерозивних змін слизової оболонки не відмічалось. У 2 (8%) хворих з рефлюкс-езофагітом LA-B через 3 місяці діагностовано рефлюкс-езофагіт LA-A, а через 6 місяців — катаральні явища. У інших хворих в строки спостереження ерозивні зміни не діагностовано.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ЕЗОФАГОКАРДИОМОТІЯ В ЛІКУВАННІ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ

Усенко О.Ю., Лаврик А.С., Тивончук О.С., Згонник А.Ю.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ

Summary

The experience of application of laparoscopic esophagocardiomyotomy with anterior fundoplication in surgical management of achalasia is presented. Laparoscopic esophagocardiomyotomy with anterior fundoplication is method of choice in surgical treatment of achalasia.

Key words: achalasia of the esophagus, laparoscopic esophagocardiomyotomy.

Вступ

Ахалазія кардії (АК) є найбільш частим первинним порушенням моторики стравоходу і другим після гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби серед найбільш частих функціональних порушень стравоходу, що потребують оперативного лікування. Можливості сучасної лапароскопічної хірургії дозволили впровадити мініінвазивну езофагокардіомотію в лікування ахалазії кардії [1,2].

Матеріали та методи

У нашій клініці з 2001 по 2010 рр. лапароскопічна позаслизова езофагокардіомотія з передньою фундоплікацією (ЛЕКМТФ) виконана у 84 пацієнтів з АК. З них: 51 жінки, 33 чоловіки; середній вік — 44 роки. Розширення стравоходу до 4–6 см спостерігалось у 14 хворих, 6–8 см — у 45 пацієнтів, 8 см і більше — у 25 пацієнтів (у тому числі у 3 хворих S-подібна деформація стравоходу). 36% хворих до операції перенесли один або більше курсів пневмокардіоділяції (ПД). Симультанна виконана холецистектомія у 6 пацієнтів, передня хіатопластика — 9, лапароскопічна дивертикулектомія дивертикула Меккеля — 1.

Всім пацієнтам в периопераційному періоді проводилося рентгенологічне дослідження, ФЕГДС, манометрія, рН-метрія стравоходу. ЛЕКМТФ виконували доступом з 5 троакарів, протяжність міотомії становила 7–8 см вище і до 1,5–2 см нижче стравохідно-шлункового переходу. У всіх випадках доповнювали передньою фундоплікацією, у 51 — виконана модифікована передня фундоплікація. Основна відмінність такої фундоплікації полягала в тому, що по краях міотомії накладалися розтягуючі в протилежні сторони шви, завдяки яким краї міотомії додатково розширювалися [3].

При добовому рН-моніторингу у 4 (17,5%) хворих були зареєстровані тільки поодинокі фізіологічні рефлюкси після прийому їжі тривалістю не більше 10 хвилин. Нічних рефлюксів ми не спостерігали. Тиск нижнього стравохідного сфінктеру збільшився і був у межах 25–30 мм рт.ст.

Висновки

Застосування лапароскопічної фундоплікації при лікуванні резистентних формах чи ускладненому перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби є альтернативою консервативному лікуванню.

Література

1. Allgood P.C., Bachmann M. (2000) Medical or surgical treatment for chronic gastro-oesophageal reflux? A systematic review of published evidence of effectiveness. *Eur. J. Surg.* 166: 713-721
2. Dent J., Brun J., Fendric A.M. et al. (1999) An evidence-based appraisal of reflux disease management: the Genval Workshop Report. *Gut.* 44: 1-16
3. Donnellan C., Sharma N., Preston C., Moayedi P. (2004) Medical treatments for the maintenance therapy of reflux oesophagitis and endoscopic negative reflux disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* 4: CD003245
4. Lundell L., Miettinen P., Myrvold H.E. et al. (2001) Continued (5-year) follow-up of a randomized clinical study comparing antireflux surgery and omeprazole in gastroesophageal reflux disease. *J. Am. Coll. Surg.* 192: 172-181

Результати

Відмінні і хороші результати після ЛЕКМТ отримані у 97,7% пацієнтів. У 2 хворих було інтраопераційно діагностовано пневмомедіастинум, у 1 — лівосторонній пневмоторакс. Ці ускладнення не мали клінічної значущості і ліквідовані завдяки консервативним заходам. На початку впровадження ЛЕКМТФ у 3 хворих була виконана конверсія. Інтраопераційно перфорація слизової оболонки стравоходу діагностована у 2 хворих, одного з них операція повністю закінчена лапароскопічно без переходу на конверсію.

При рентгенологічному дослідженні відзначено повне відновлення прохідності стравохідно-шлункового переходу після ЛЕКМТФ. Показники манометричного дослідження свідчили про зниження тиску після операції в стравоході і нижньому стравохідному сфінктері, та збільшенню амплітуди ковального комплексу. При 24-годинній рН-метрії і рентген-дослідженні в положенні Тренделенбурга відмічено гастроєзофагеальний рефлюкс через 6–12 міс після операції у 3 (3,5%) хворих. Рецидив АК виявлено у 2 хворих (2,3%).

Висновки

ЛЕКМТФ — метод вибору при хірургічному лікуванні АК, який за рахунок високої ефективності і мініінвазивності дозволяє отримати позитивні результати у 97,7% хворих.

Література

1. Shimi S., Nathanson L.K., Cuschieri A. (1991) Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia. *J. R. Coll. Surg. Edinb.* 36: 152-154
2. Zaninoto G., Costantini M., Portale G. et al. (2002) Etiology, diagnosis, treatment of failures after laparoscopic heller myotomy for achalasia. *Annals of Surgery.* 235; 2: 186-192
3. Саенко В.Ф., Тивончук А.С., Андреев С.А., Стеценко А.П., Кондратенко П.Н., Лаврик А.С. (2003) Первый опыт лапароскопической эзофагокардиомотомии при ахалазии кардии. *Клінічна хірургія.* 2: 13-16