

ВИДЕОЕНДОХІРУРГІЧНЕ ЛУКУВАННЯ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ ТА ГРИЖ СТРАВХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

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

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

Вступ

Лапароскопічний доступ для виконання фундоплекції (Dallmange В.) та езофагокардіоміотомії (Cuschieri А.) вперше був застосований 20 років тому. За цей час відеохірургічні технології набули широкого розповсюдження і тепер розглядаються як метод вибору при лікуванні доброякісних захворювань стравоходу та шлунка в розвинутих країнах.

Матеріали і методи

У відділі хірургії стравоходу та реконструктивної гастроентерології НІХтаТ НАМН України ім. О.О. Шалімова з 2001 по 2011 рр. лапароскопічні технології при виконанні операцій на кардіоезофагеальній області використовувались у 157 хворих. Серед них: лапароскопічна езофагокардіоміотомія і фундоплекція (ЛЕКМТФ) виконана 92 пацієнтам на ахалазію кардії (АК); лапароскопічна фундоплекція і крурорафія (ЛФ) — 59 хворим на грижу стравохідного отвору діафрагми (ГСОД); лапароскопічна енуклеція лейоміоми стравоходу або шлунка 7 хворим.

Серед 92 хворих на АК було 55 жінок і 37 чоловіків, середній вік 44,3±13,8 (від 19 до 73 років). У 87 (94,6%) хворого — I тип ахалазії кардії, у 5 (5,4%) пацієнтів — II тип (S-подібний). У 23% пацієнтів встановлено розширення стравоходу більше 4 см, у 58% — більше 5 см і у 19% — 8 см і більше. 56% пацієнтів мали в анамнезі по два і більше курсів пневмокардіодилатації. Симультанні операції виконані 23 хворим (25%): холецистектомія — у 8; передня хіатопластика — 13; дивертикулектомія — 1; фенестрація кисти печінки — в 1 пацієнта, конверсія в 3 (3,2%) хворих.

Серед 59 хворих на ГСОД було 27 жінки і 32 чоловіки, середній вік 39,7±13,8 (від 18 до 63 років). Акіальна грижа СОД (type I) встановлена у 47 пацієнтів, а саме: II стадія у 27; III стадія у 19 хворих. Параезофагеальна грижа СОД (type II) спостерігалась у 9 хво-

рих, змішана грижа, вкорочення стравоходу (type III) у 2; змішана грижа (type IV) у 1 пацієнти. 5 (8,6%) хворим виконана симультована холецистектомія. Конверсія в 2 (3,4%) хворих. ЛФ за Nissen виконана у 34 пацієнтів, за Nissen-Rossetti — у 3, за Toupet — у 17; за Nissen -Donahue (позавагусна) — у 5.

Результати

Відмінні і хороші результати після ЛЕКМТФ отримані у 90 (97,8%) пацієнтів, у них встановлено зниження тиску у порожнині стравоходу, звуження його діаметра, нормалізацію евакуації через стравохідно-шлунковий перехід. Спостерігалась наступні інтраопераційні ускладнення: пневмомедіастинум — у 3 (3,3%), лівосторонній пневмоторакс — у 1 (1,1%), перфорація слизової оболонки в 4 (4,3%) пацієнтів. Віддалені: рецидив ахалазії — у 2 (2,2%) хворих.

Відмінні і хороші результати після ЛФ отримані у 57 (96,6%) пацієнтів, в них відмічена позитивна рентгенологічна, рН-метрична динаміка, відсутність або суттєве зниження клінічних проявів (загрудинні болі, печія, відрижка, регургітація. Ранні ускладнення: 3 (5,1%) хворих нестійка дисфагія, у 2 (3,4%) пневмомедіастинум, в 1 (1,7%) пневмоторакс. Віддалені: у 1 (1,7%) хворої виник рецидив грижі СОД через 1 рік, у 1 (1,7%) хворої посилились прояви стравоходу Барретта через 2 роки. Середнє післяопераційне перебування після обох операцій складало 3±1 дні.

Висновки

Прецизійність лапароскопічного доступу дозволяє покращити результати класичної відкритої хірургії доброякісних захворювань стравохідно-шлункового переходу. ЛЕКМТФ, ЛФ — є операціями вибору в хірургічному лікуванні ахалазії кардії і грижі СОД.

ЕКСТРЕННА ДІАГНОСТИКА ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ХВОРИМ ІЗ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИМИ ДИВЕРТИКУЛАМИ ОБОДОВОЇ КИШКИ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО СТАЦІОНАРУ

Фомін П.Д., Повч О.А., Ігнатюк О.В., Боярська М.Г., Андрусенко О.М.

Кафедра хірургії №3, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна
Клінічна лікарня №12, Київ, Україна

Вступ

Дивертикульоз ободової кишки зустрічається у 30% людей, старших 60-70 років [1]. Летальність при ускладнених дивертикулах ободової кишки в загальнохірургічних стаціонарах складає 11,9% [3]. Кишкова кровотеча різного ступеню важкості, як ускладнення, зустрічається в 120% пацієнтів із даною патологією [2]. Єдиною, найбільш достовірною методикою діагностики гострокровоточивих дивертикулів ободової кишки, залишається фіброколоноскопія [4], однак її можливості в плані екстренної діагностики та вибору лікувальної тактики в комплексі з хірургічними методиками, не до кінця вивчені.

Матеріали та методи

За 8-річний період (2002-2009) у Київському міському центрі по наданню невідкладної допомоги хворим із гострим шлунково-кишковими кровотечами перебувало 226 хворих із дивертикулами ободової кишки. Серед них, у 159 (70,4%), дана патологія ускладнилась кишковою кровотечею. Помірний ступінь кровотрати мала місце у 81 (50,9%), середня — в 40 (25,2%) і важка — в 38 (23,9%) пацієнтів. Кровоточиві дивертикули ободової кишки (КДОК) діагностовані у 101 (63,5%) жінки та 58 (36,5%) чоловіки, тобто особи жіночої статі складають близько 2/3 хворих із даною патологією. Спостерігається тенденція до зростання, за останні декілька років, кількості пацієнтів із КДОК із максимальною кількістю спостережуваних у 2009 році (табл. 1).

У віковому аспекті, серед пацієнтів із КДОК, має місце значна перевага хворих похилого і старшого віку: 145 (91,2%) із 159 хворих із КДОК, мали вік старше 61 року. Із них більше ніж 2/3 пацієнтів (109 хворих; 68,6%) були старшими за 70 років. 23 (14,5%) хворих поступали в клініку протягом 8-річного періоду спостереження по декілька разів: 5 пацієнтів — по чотири рази, 7 — по три рази та 11 — по два рази. Серед 159 пацієнтів із КДОК померло 3 (1,9%). Всі вони походилиго та старшого віку, мали важку ступінь кровотрати та важку супутню патологію. Двоє із них, померли в межах 1 доби із моменту поступлення. Оперовано 3 (1,9%) хворих, летальних наслідків не було. Кишкова кровотеча проявлялась симптомами — табл. 2.

Таким чином, по виділенню крові вишневого кольору з прямої кишки (73,6%) чи малозміненої крові (26,4%), можна було діагностувати кишкову кровотечу і запідозрити наявність у хворих КДОК. У 35 (22%) пацієнтів мало місце втрата свідомості, колаптоїдний стан, що свідчило про високу інтенсивність кровотечі із дивертикулів ободової кишки.

У 72 (45,3%) пацієнтів із КДОК спостерігалось продовження кровотечі на момент поступлення (27 хворих) та виникнення рецидиву кровотечі під час перебування в стаціонарі (45 пацієнтів). Саме ці групи хворих, зважаючи на віковий аспект, являються найбільш прогностично небезпечними в плані подальшого лікування.

Програм останніх 4 років спостережень апропонована і впроваджена в лікувальний процес активна тактика ведення пацієнтів із КДОК (2006-2009 роки, 103 хворих). Зважаючи на велику кількість рецидивів кровотеч у хворих із КДОК, вважаємо за необхідне, після поступлення хворого в стаціонар, проведення екстренної підготовки і виконання колоноскопії (КС) з метою діагностики, зупинки кровотечі та вирішення питання про подальшу тактику ведення хворого. Серед 103 хворих із КДОК 2 періоду спостережень, із ознаками зупиненої кровотечі доставлено 69 пацієнтів (67%). На момент поступлення у них спостерігалось стійкі і стабільні показники гемодинаміки, не було втрати свідомості, виділень рідкого стугу із кишківника зміненої (вишневого кольору) чи малозміненої крові. Необхідною умовою для встановлення джерела кишкової кровотечі і проведення ендоскопічних мір гемостазу є адекватна підготовка і очистка товстого кишківника від калових мас, зміненої крові. Для підготовки до екстренної КС у даній групі пацієнтів використовували три способи підготовки товстого кишківника: 1. Пероральний прийом фортрансу (*Fortrans*) — 3-4 пакети, розведених на 1 л води кожний — вживати протягом 3-4 годин — виконання КС можливе через 2-4 години після завершення прийому лікарського засобу — 38 хворих; 2. Пероральний прийом Фліт Фосфо-сода (*Fleet Phospho-Soda*) — по схемі протягом 3 годин. Проведення КС можливе через 2-4 години після завершення прийому лікарського засобу — 24 пацієнти. Проведення тонкого зонду в 12-палу кишку (ендоскопічно) і поетапне введення розчину фортрансу у тонкий кишківник — 7 хворих.

Показником можливості виконання екстренної КС є виділення прозорого вмісту з прямої кишки при дефекації. Протипоказанням до виконання екстренної КС є підозра чи наявність даних про гостру кишкову непрохідність. У даній групі пацієнтів таких даних перед призначенням до очистки товстого кишківника ми не мали. У клініці очисти кишківника різними методами для проведення екстренної КС. Якість підготовки оцінювали по параметрам, визначених Тімєрбулатов В.М. та співавт. (2007) — табл. 3.

Таким чином, найкращою методикою підготовки до екстренної КС за умови зупинки кровотечі і стабільного стану пацієнтів із КДОК є ендоскопічне проведення зонду у 12-палу кишку, повільне введення через зонд протягом 2-3 годин розчину "Фортрансу" з паралельною внутрішньовенною інфузією розчину церукалу (метоклопраміду) та проведення гемостатичної терапії.

При пероральному застосуванні послаблюючих засобів ("Фортранс" та "Фліт Фосфо-сода"), кращі результати отримані при застосуванні препарату "Фліт Фосфо-сода" ("відмінні" та "добрі" результати отримані в 75%, тоді як при використанні "Фортрансу" — в 57,9%).

Необхідно відмітити, що при підготовці 69 хворих до екстренної КС, у 17 із них (24,6%), виник рецидив кровотечі, що проявився колаптоїдним станом і втратою свідомості (5 пацієнтів), падінням артеріального тиску (6 хворих), багаторазове виділення малозміненої крові з прямої кишки (6 пацієнтів). У них, разом із застосуванням консервативної гемостатичної терапії, призначено очистку кишківника за допомогою сифонних клізм холодною водою.

Зовсім іншою ситуацією складається у пацієнтів із КДОК, що поступали в клініку з ознаками продовження кровотечі — 34 (33%) хворих. На наше переконання, проводити очистку кишківника розчинами Фортрансу чи Фліт Фосфо-сода через рот або виконувати зондове введення даних речовин є недоцільним, так як це відкладає проведення екстренної КС на тривалій проміжок часу. В даних умовах застосовували виконання декількохразових сифонних клізм холодною водою до отримання чистих промивних вод та внутрішньовенне введення розчину метоклопраміду (серукалу). Паралельно застосовували внутрішньовенне введення гемостатичних засобів (розчину діцинону, трансекзамової кислоти, свіжезамороженої плазми).

При цьому, у 32 із 34 хворих, нам вдалось добитись позитивних результатів у вигляді можливості виконання екстренної КС. У 2 пацієнтів старшого віку, що доставлялись у клініку в крайньо важкому стані із-за важкої кровотрати та вираженої супутньої патології, розпочинали комплекс реанімаційних заходів для стабілізації гемодинаміки і підготовки до виконання екстренної КС не встигли розпочати. Обидві пацієнти померли в межах 1-1,5 год із моменту поступлення. У решті, 32 пацієнтів, вдалось добитись не тільки підготовки кишківника, а й тимчасової чи стійкої зупинки кровотрати (табл. 4).

Таблиця 2. Структура симптомів кровотечі у хворих із КДОК

Симптоми кровотечі	Кількість хворих
Виділення крові вишневого кольору при дефекації	117 (73,6%)
Виділення малозміненої крові при дефекації	42 (26,4%)
Втрата свідомості, колаптоїдний стан	35 (22%)
Падіння артеріального тиску, тахікардія	64 (40,3%)
Блідість шкірних покривів	62 (40%)
Холодний липкий піт	39 (24,5%)

Таблиця 1. Розподіл хворих із КДОК по рокам спостережень

К-сть хворих із КДОК	Роки спостереження								Всього
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
N, (%)	7 (4,4%)	15 (9,4%)	20 (12,6%)	14 (8,8%)	27 (17%)	16 (10,1%)	22 (13,8%)	38 (23,9%)	159 (100%)