

картини кардії після сеансу дилатації: наявності чи відсутності надривів слизової оболонки кардії. В кінці курсу ЕПКД виконували рентгенологічний контроль.

Після першого сеансу ЕПКД для попередження та лікування шлунково-стравохідного рефлюксу всім пацієнтам призначали антациди (альмагель-А, маалокс) на 10 днів та ППП (гасек, нольпаза, контролок) в дозі 20 мг 2 рази на день протягом 1 міс. Для купування больового синдрому призначали ін'єкційні спазмолітики (но-шпа, спазмалгон), знеболюючі препарати (кетолонг, кетанов, кеторолак).

Ефективність ПКД оцінювали за клінічними даними (дисфагія), результатами ГЕ (езофагостаз, розширення стравоходу, діаметр та прохідність кардії), по рентгенологічним дослідженням стравоходу (діаметр стравоходу, евакуація контрасту в шлунок, наявність газового міхура шлунка).

Результати та їх обговорення

У хворих I групи отримані результати зі стійким клінічним усуненням дисфагії у 230 (83,3%) хворих. Рецидив захворювання виявлено у 18 (6,5%) випадків, розрив кардії виник у 1 (0,4%) пацієнта, якому виконано оперативне втручання — зашивання розриву нижньої третини стравоходу, вилікування призначено за Нісеном, дренування серозостіння.

Після проведення двох сеансів ЕПКД у 62 (95,4%) хворих II групи відмічено значний позитивний результат лікування, у 3 (4,6%) випадках покращення відмічено після третього сеансу. Позитивний терапевтичний ефект вважався при покращенні клінічної картини (відсутність дисфагії), даних ГЕ (відсутність езофагостазу, збільшення отвору кардії, легка прохідність кардії для ендоскопу, розкриття кардії при інсуфляції повітрям), результатів рентгенологічного дослідження стравоходу та шлунка (зменшення діаметру стравоходу, вільна евакуація контрасту в шлунок, наявність газового міхура шлунка). У 1 (1,5%) хворого під час ЕПКД виникла перфорація стравоходу. В даному випадку лікування було консервативним, що включало призначення антибіотиків широкого спектру дії, ППП та проведення зонда для ентерального харчування в ДПК.

У 48 (73,8%) хворого після ЕПКД під час ендоскопії діагностовано незначні надриви слизової оболонки кардії, які не мали клінічного значення. Слід зазначити, що завдяки манометричному контролю, травматизація слизової оболонки у вигляді незначних надривів була прогнозованою, як правило, не мала істотного клінічного значення, однак завжди супроводилася ендоскопічним моніторингом та призначенням відповідних медикаментів.

Клінічні прояви гастроезофагіального рефлюксу (печію) після ендоскопічної ПКД відмічали 22 (33,8%) хворих, які успішно куповано антацидами та ППП. У 41 (63,1%) хворих після дилатації больовий синдром зберігався до 2 днів і легко піддавався терапії знеболюючими препаратами. Тривалість ліжко-дня у пацієнтів був наступним: в I групі в середньому 16±2,3 днів, в II групі — 8±2,1 днів.

41 (63,5%) пацієнтів після ЕПКД проходили контрольне обстеження в клініці 6, 12, 24 міс., що включало аналіз клінічних даних, гастроскопію та рентгенологічне дослідження. В період 12-24 міс. після ЕПКД скарги на дисфагію не відмічав жоден з пацієнтів, всі набрали у ваги (в середньому 7,5 кг); за даними рентгенологічного та ендоскопічного дослідження решидую АК не відмічено. Через 24 міс. у 3 (4,6%) хворих відмічено дисфагію I ст., яка, за даними інструментальних методів діагностики, не потребувала повторної ендоскопічної корекції.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Грубник В.В., Воротынцева К.О., Черномаз Р.В.

Хирургическое отделение, Одесский национальный медицинский университет, Одесская областная клиническая больница, Украина

Введение

Несмотря на внедрение новых методов пластики паховых грыж, таких как метод Лихтенштейна, с использование полипропиленовых сеток рецидивы после пластики паховых грыж встречаются достаточно часто и составляют 5-9% [2]. Поэтому выбор метода повторной операции после пластики паховых грыж с помощью полипропиленовых сеток является нерешенной до конца хирургической проблемой. Ряд авторов предлагает использовать при рецидивных грыжах преперитонеальную пластику по методу Стоппа [1-3]. Данная операция является достаточно эффективной в плане профилактики рецидивов, в тоже время представляет собой достаточно травматическое хирургическое вмешательство, сопровождающееся частым образованием гематом, сером и нагноением ран. Другим кардинально новым подходом к лечению рецидивных паховых грыж является использование лапароскопических методов герниопластики. В тоже время в литературе имеется мнение, что лапароскопические методики при рецидивных грыжах значительно сложнее в техническом плане, нежели при первичных и может сопровождаться высокой частотой рецидивов. Чтобы выяснить какой предпочтительнее метод использовать при лечении рецидивных паховых грыж в клинике проведено сравнительное рандомизированное исследование, целью которого было выяснение оптимального метода лечения рецидивных паховых грыж.

Материалы и методы

Сравнительное рандомизированное исследование проведено на 68 больных с рецидивными паховыми грыжами, которые оперировались в клинике с ноября 2009 года по декабрь 2010 года. Среди оперированных больных преобладали мужчины, их было 56, возраст больных был от 34 до 66 лет, средний возраст составил 46 лет. Рецидив после первой операции наступил у 40 пациентов после лапароскопической герниопластики, у остальных пациентов причинами рецидивов являлись технические нарушения при выполнении операции Лихтенштейна.

При поступлении в клинику всем пациентам проводилось тщательное клиническое и лабораторное обследование. В обязательном порядке всем пациентам проводилась УЗИ диагностика, зоны пахового канала, которая позволяла подтвердить наличие рецидива грыж. У 8 больных проведена КТ (компьютерная томография) малого таза, у 2 пациентов выполнена МРТ (магнитно-резонансная томография) малого таза. Данные исследования также подтвердили наличие рецидивных грыж. 28 пациентов (44,7%) кроме наличия грыжевого выпячивания предъявляли жалобы на выраженные боли в области пахового

Выводы

1. Покращення результатів лікування пацієнтів на ахалазію кардії залежить від своєчасної діагностики та вибору оптимальної тактики лікування.
2. Ендоскопічна пневмокардіодилатація є малоінвазивним, ефективним методом лікування ахалазії кардії і, при відсутності протипоказів, може використовуватись при різних стадіях захворювання.
3. Виконання пневмокардіодилатації під ендоскопічним контролем дозволяє скоротити період перебування хворих в стаціонарі (середній ліжко-день при ЕПКД 8±2,1 днів, при рентгенологічній ПКД — 16±2,3 днів) за рахунок зменшення кількості сеансів дилатації (при ЕПКД — 2-3 сеанси, при рентгенологічній ПКД — 5-10 сеансів).

Література

1. Allescher H.D., Storr M., Seige M. et al. (2001) Treatment of achalasia: botulinum toxin injection vs. pneumatic balloon dilatation. A prospective study with long-term follow-up. *Endoscopy* 33: 1007-1017
2. Anness V. (2006) Non-surgical treatment of esophageal achalasia. *World J. Gastroenterol.* 12: 5763-5766
3. Beckingham J.J. (2006) Achalasia of the cardia: dilatation or division? Is pneumatic balloon dilatation justifiable anymore? *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 88: 11-12
4. Bhatnagar M.S., Nanivadekar S.A., Sawant P. (1996) Achalasia cardia dilatation using polyethylene balloon (Rigiflex) dilators. *Indian J. Gastroenterol.* 15: 49-51
5. Boeckstaens G.E., Anness V., Varannes des S.B. et al. (2011) Pneumatic dilation versus laparoscopic Heller's myotomy for idiopathic achalasia. *N. Engl. J. Med.* 364: 1807-1816
6. Boztas G., Mungan Z., Ozdil S. et al. (2005) Pneumatic balloon dilatation in primary achalasia: the long-term follow-up results. *Hepatogastroenterology.* 52: 475-480
7. Dobruicali A., Erzin Y., Tuncer M. (2004) Long-term results of graded pneumatic dilatation under endoscopic guidance in patients with primary esophageal achalasia. *World J. Gastroenterol.* 10: 3322-3327
8. Eckardt V.F., Gockel I., Bernhard G. (2004) Pneumatic dilation for achalasia: late results of a prospective follow-up investigation. *Gut.* 53: 629-633
9. Hulselmans M., Vanuytsel T., Degreef T. (2010) Long-term outcome of pneumatic dilation in the treatment of achalasia. *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 8: 1: 30-35
10. Katz P.O., Gilbert J., Castell D.O. (1998) Pneumatic dilation is effective long-term treatment for achalasia. *Dig. Dis. Sci.* 43: 9: 1973-1977
11. Khan A.A., Shah S.W.H., Alam A., Butt A.K. (2005) Sixteen years follow up of achalasia: A prospective study of graded dilatation using Rigiflex balloon. *Dis. Esophagus.* 18: 41-45
12. Kroupa R., Hep A., Dolina J. et al. (2010) Combined treatment of achalasia — botulinum toxin injection followed by pneumatic dilatation: long-term results. *Dis. Esophagus.* 23: 2: 100-105
13. Neumann G., Samani U., Nas S. (1992) A new endoscopic technique for introducing pneumatic dilators in patients with achalasia. *Gastrointest. Endosc.* 38: 598-599
14. Richter J.E. (1999) Surgery or pneumatic dilatation: a head-to-head comparison. Now are all the questions answered? *Gastroenterology.* 97: 1340-1341
15. Vaezi M.F., Richter J.E., Wilcox C.M. (1999) Botulinum toxin versus pneumatic dilatation in the treatment of achalasia: a randomised trial. *Gut.* 44: 231-239
16. Vela M.F., Vaezi M.F. (2003) Cost-assessment of alternative management strategies for achalasia. *Expert. Opin. Pharmacother.* 4: 2019-2025
17. Vela M.F., Richter J.E., Wachsberger D. et al. (2004) Complexities of managing achalasia at a tertiary referral centre: use of pneumatic dilatation, Heller myotomy, and botulinum toxin injection. *Am. J. Gastroenterol.* 99: 1029-1036
18. Zerbib F., Thietot V., Richey F. et al. (2006) Repeated pneumatic dilations as long-term maintenance therapy for esophageal achalasia. *Am. J. Gastroenterol.* 101: 4: 692-697

Таблица 1. Результаты операции

	Группа I, (n=32)	Группа II, (n=36)	P, value
Средняя длительность операции (мин.)	56±18	38±7	<0,05
Время через которое пациенты смогли вставать с постели (часы)	24	12	<0,05
Длительность нахождения в стационаре (часы)	24-48	12-18	<0,05
Время возвращения к обычным физическим нагрузкам (дни)	7-10	4-6	<0,05

Таблица 2. Послеоперационные осложнения

	Группа I, (n=32)	Группа II, (n=36)	P, value
Отек мошонки	3	1	<0,05
Гематома	5	1	<0,05
Серома	2	0	<0,05
Грыжеподобное выпячивание	4	0	<0,01
Легкая болезненность	5	2	<0,05
Тяжелый болевой синдром	2	0	<0,05