

УДК 616.329-002+616.329-007.43)-089.819.7

© Б.О. МАТВІЙЧУК, А.А. ГУРАЄВСЬКИЙ, А.Р. СТАСИШИН, І.М. ПАВЛОВСЬКИЙ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Клінічна міська лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова

Відеолапароскопічні операції при гастроєзофагеальній рефлюксійній хворобі, асоційованій із ковзною грижею стравохідного отвору діафрагми

B.O. MATVIYCHUK, A.A. HURAYEVSKYI, A.R. STASYSHYN, I.M. PAVLOVSKYI

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi, Lviv Emergency Care Hospital

VIDEOLAPAROSCOPIC OPERATIONS IN CASE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE ASSOCIATED WITH SLIDING HERNIA OF ESOPHAGUS HIATUS

Проаналізовано результати відеолапароскопічних операцій у 85 хворих із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, асоційованою з ковзною грижею стравохідного отвору діафрагми. Всіх хворих поділено на чотири групи залежно від типу операції. До першої групи увійшли хворі, у яких виконано лапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Ніссеном, до другої – лапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Ніссен-Розетті, до третьої – лапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Тупе, до четвертої – лапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Дором. З метою діагностики ГЕРХ та грижі стравохідного отвору діафрагми виконували: ретельний аналіз скарг хворого, анамнезу захворювання, езофагогастродуоденоскопію, 24-годинну стравохідну рН-метрію, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту та грудної клітки, манометрію, ЕКГ, мала місце консультація терапевта, вивчали функцію зовнішнього дихання. Дослідження проводили перед операцією і через 3, 6 та 12 місяців після неї. Стандартизоване опитування й анкетування хворих проводили за допомогою шкали DeMeester. Серед 75 % опитаних пацієнтів 1 групи після операції індекс якості життя був відмінний у 95 %, добрий – у 5 % осіб, 2 групи (60 %) – відмінний у 90 %, добрий – у 10 % пацієнтів, 3-4 груп (83 %) – відмінний у 70 %, добрий – у 30 % оперованих.

Results of videolaparoscopic operations in 85 patients in case of gastroesophageal reflux disease, associated with sliding hernia of esophagus hiatus were analyzed. All patients were divided into four groups depending on the type of operation. The first group consisted of patients who were performed laparoscopic cruroraphy, fundoplication according to Nissen; the second group, consisted of patients who were performed laparoscopic cruroraphy, fundoplication according to Nissen-Rozetti; the third group – laparoscopic cruroraphy, fundoplication according to Tupe; and the fourth one – laparoscopic cruroraphy, fundoplication according to Dor. In order to diagnose GERD (gastroesophageal reflux disease) and hernia of esophagus hiatus was performed the following: painstaking analysis of patient's complaints, disease anamnesis, esophagogastroduodenoscopy, 24 hour esophageal pH-metry, roentgenoscopy of gastrointestinal tract and chest, manometry, ECG (echocardiography), therapist's consultation, function of external respiration. Researches were conducted before surgery and after 3, 6 and 12 months after it. Standardized questioning of patients was conducted by DeMeester scale. Among 75 % of the first group questioned patients after surgery, index of life quality was excellent in 95 % of patients, good in 5 % of people; of the second group (60 %) – excellent in 90 %, good in 10 % of patients; of the third-fourth groups (83 %) – excellent in 70 %, good in 30 % of operated patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблема діагностики та лікування гастроєзофагеальної рефлюксійної хвороби (ГЕРХ) пов'язана передусім із значним ареалом розповсюдження захворювання, наявністю грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) (55-90 %), широким спектром позастравохідних проявів, розвитком таких ускладнень, як кровотечі (2-10 %), стриктури (7-25 %), розвитком стравоходу Баррета (15-20 %) та аденокарциноми стравоходу

(0,5-6 %). ГЕРХ становить близько 40 % загальної захворюваності серед дорослого населення розвинених країн. У країнах Східної Європи сягає 50-60 % [3, 5]. Необхідно розрізняти і правильно застосовувати поняття “ендоскопічно позитивна ГЕРХ” та “ендоскопічно негативна ГЕРХ”. У першому випадку наявний рефлюкс-езофагіт, у другому – ендоскопічні прояви езофагіту відсутні. При “ендоскопічно негативній ГЕРХ” діагноз встановлюють на підставі типової клінічної картини та допоміж-

них методів обстеження, таких як 24-годинна стравохідна рН-метрія, рентгеноскопія та манометрія [2, 6]. ГЕРХ розвивається внаслідок зниження функції антирефлюксного бар'єра шляхом первинного зниження тиску в нижньому стравохідному сфінктері, збільшення числа епізодів його спонтанного розслаблення, при повній або частковій його зміні, пов'язаній із грижею стравохідного отвору діафрагми, зниження кліренсу стравоходу: хімічного – внаслідок зменшення нейтралізуючої дії слини й бікарбонатів стравохідного слизу; об'ємного – внаслідок пригнічення перистальтики та зниження тону стінки грудного відділу стравоходу. Іншими причинами недостатності нижнього стравохідного сфінктера є склеродермія, вагітність, куріння, вживання препаратів, що знижують тонус гладких м'язів (нітрати, блокатори кальцієвих каналів) [1, 3]. Великі та гігантські ковзні діафрагмальні грижі асоційовані з великим ризиком виникнення таких ускладнень, як шлунково-стравохідні виразкування та кровотечі, метаплазії, стриктури, перфорації, здавлення органів середостіння. Наявність при ГЕРХ грижі стравохідного отвору діафрагми вимагає від хірурга вміння вибрати оптимальний комплекс лікувальних заходів цієї патології.

Мета роботи: проаналізувати результати відеолапароскопічних операцій при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі, асоційованій із ковзною грижею стравохідного отвору діафрагми.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 85 пацієнтів із ГЕРХ, яка супроводжувалася ковзною грижею стравохідного отвору діафрагми (38 жінок, 47 чоловіків, середній вік – 49 років, середній ІМТ – 30 кг/м²), які прооперовані у клініці хірургії ФПДО за останні 5 років. Всіх хворих поділено на чотири групи залежно від типу операції. Перша група – 45 хворих, у яких виконано лапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Ніссеном, друга група (28 пацієнтів) – лапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Ніссен-Розетті, третя група (8 хворих) – лапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Тупе, четверта група (4 пацієнти) – лапароскопічну крурорафію, фундоплікацію за Дором. З метою діагностики ГЕРХ та грижі стравохідного отвору діафрагми виконували: ретельний аналіз скарг хворого, анамнезу захворювання, езофагогастроуденоскопію, 24-годинну стравохідну рН-метрію, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту та грудної клітки, манометрію, ЕКГ, мала місце консультація терапевта, вивчали функцію зовнішнього дихання. Дослідження проводили перед операцією і через 3, 6 та 12 місяців після неї. Для опису змін у стравоході при рефлюкс-езо-

фагіті ми використали Лос-Анджелеську класифікацію, яка дала змогу максимально об'єктивізувати опис слизової оболонки стравоходу. Стандартизоване опитування та анкетування хворих проводили за допомогою шкали DeMeester.

Результати досліджень та їх обговорення.

Ковзну грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 90 % хворих із ГЕРХ. Середніх розмірів – у 37,9 % пацієнтів, великих – у 42 % хворих, гігантську до 8 см – у 20,1 % оперованих. Відповідно до класифікації езофагіту ступінь А був у 12,5 % пацієнтів, ступінь В – у 38 % хворих, ступінь С – у 29 % і ступінь D – у 20,5 % оперованих. Найбільш характерним симптомом була печія, що зустрічалася у 85 % хворих. Печія з'являлася внаслідок тривалого контакту кислого (рН 4) шлункового вмісту зі слизовою оболонкою стравоходу. Серед позастравохідних проявів ГЕРХ: стоматологічні (афти слизової оболонки порожнини рота, зміни сосочків язика, запальні захворювання тканин пародонта, ерозії емалі) прояви зустрічалися у 82 % хворих; отоларингологічні (дисфонія, охриплість голосу, globus pharyngeus, ларингоспазм, підвищення слиноутворення, латеральний біль у шії) – у 70 % пацієнтів; респіраторні (бронхіальна астма, хронічний кашель) – у 65 % хворих. Після вивчення скарг і анамнезу (виключення куріння, приймання інгібіторів АПФ) проводили рентгенологічне дослідження органів грудної клітки з метою виключення можливої патології. Здійснювали дослідження функції зовнішнього дихання. Кардіологічний симптом характеризувався появою ангінального болю, нападів серцебиття, задишки в момент гастроєзофагеального рефлюксу. Диференціювали істинний кардіальний і псевдокардіальний (зумовлений ГЕРХ) біль за грудниною за клінічними критеріями (табл. 1).

Ендоскопічно негативні форми ГЕРХ виявлено у 8 пацієнтів. Відповідно до інтрастравохідного рН-моніторингу враховувалися тривалість рефлюксу понад 5 хв, більше 50 рефлюксів на добу, сумарний час реєстрації рН у дистальному відділі стравоходу менше 4,0 – більше 1 год. Проводився ІПП тест з оцінкою клінічного ефекту.

У першій групі хворих середня тривалість операції становила (120±15) хв. У 30 % пацієнтів лапароскопічну крурорафію та фундоплікацію за Ніссеном проводили з використанням зшивального апарата Endostich. Серед інтраопераційних ускладнень було ушкодження селезінки з кровотечею в 1 (2,2 %) хворого, післяопераційний період ускладнився пневмотораксом у 2 (4,4 %) пацієнтів, помірну дисфагію через 3 місяці виявлено у 4 хворих (8,9 %) після операції і в 1 пацієнта (2,2 %) через 6 місяців. Не

Таблиця 1. Клінічні критерії диференціації істинного кардіального і псевдокардіального болю

| Ознака | Стравохідний біль | Кардіальний біль |
|---|--|---|
| Характер їжі | + | – |
| Зміни положення тулуба, горизонтальне положення | + | – |
| Емоційні та фізичні навантаження | +/- | + |
| Відрижка, нудота | +/- | + (за рахунок вісцеро-вісцеральних рефлексів) |
| Страх смерті, задишка | – | + |
| Зниження інтенсивності болю | ППП, антациди, ковток води, зміна положення тіла | нітрогліцерин |

було жодного випадку рецидиву ГЕРХ через 3, 6 та 12 місяців після операції. Тривалість перебування хворого в стаціонарі в середньому становила 3 доби. Опитано 75 % оперованих пацієнтів із 6 місяців до 2 років після операції. Індекс якості життя був відмінний у 95 %, добрий – у 5 % осіб.

У другій групі пацієнтів серед інтраопераційних ускладнень мало місце ушкодження селезінки з кровотечею в 1 (3,6 %) хворого, помірну дисфагію через 6 місяців виявлено у 2 випадках (7,1 %) після операції. Середня тривалість операції – (90±10) хв. Опитано 60 % оперованих. Індекс якості життя був відмінний у 90 %, добрий – у 10 % хворих.

У третій та четвертій групах не було інтраопераційних ускладнень. Тривалість операції становила (100±15) хв. В одного хворого із 3 групи (12,8 %) відмічено рецидив ГЕРХ на 6-й місяць після операції, який піддався консервативному лікуванню. У четвертій групі один пацієнт скаржився на печію через 12 місяців після операції без підтвердження об'єктивних та інструментальних методів обсте-

жень. Опитано 83 % оперованих. Індекс якості життя був відмінний у 70 %, добрий – у 30 % пацієнтів.

Не було жодного випадку міграції антирефлюксної манжети, післяопераційних гнійно-септичних чи тромбоемболічних ускладнень та повторних операційних втручань. Усім пацієнтам проводилася антибіотикопрофілактика та знеболювання після операції.

Висновки. 1. ГЕРХ, яка супроводжується ковзною грижею стравохідного отвору діафрагми, на сьогодні є одним із найпоширеніших патологічних станів, які потребують операційного лікування.

2. Відеолапароскопічні антирефлюксні операції суттєво змінили погляд у хірургічному лікуванні хворих із ГЕРХ, асоційованою з ГСОД.

3. Відеолапароскопічна крурорафія з фундоплікацією за Ніссеном є безпечною операцією вибору з високим рівнем якості життя після неї у лікуванні хворих із ГЕРХ, яка супроводжується ГСОД.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабак О.Я. Новые стандарты ведения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Здоров'я України. – 2008. – № 3. – С. 11–15.
2. Вдовиченко В.І., Острогляд А.В. Безсимптомний нерезлюксний (реактивний) езофагіт: поширення, критерії діагнозу, місце в міжнародній номенклатурі хвороб і причини смерті // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 5 (31). – С. 21–23.
3. Фролова-Романюк Е.Ю. Позастравохідні прояви гастроэзофагеальной рефлюксной хвороби // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2009. – № 5. – С. 21–24.
4. Broeders J., Rijnhart-de Jong H.G., Draaisma W.A., Bredenoord A.J. A.J.P.M. Smout Ten year outcome of laparoscopic and conventional Nissen fundoplication: randomized clinical trial. Gastro 2009 UEGW/WCOG; 58.
5. Kahrilas P.J. Gastroesophageal reflux disease // JAMA. – 2006. – Vol. 276. – P. 983–988.
6. Lenglinger J., Ringhofer C., Eisler M., Devyatko E., Cosentini E., Wrba F., Zacherl J., Riegler M. Diagnosis of gastroesophageal reflux disease (GERD) // Eur Surg. – 2006. – Vol. 38 (4). – P. 227–243.
7. Wykypiel H., Bonatti H., Hinder R.A., Glaser K., Wetscher G.J. The laparoscopic fundoplications: Nissen and partial posterior (Toupet) fundoplication // Eur Surg. – 2006. – Vol. 38/4. – P. 244–249.

Отримано 18.08.10