

УДК 616.33-002-089.8-72

Ю. В. Товкач

Буковинський державний медичний
університет, м. ЧернівціСУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ
ЛІКУВАННІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ
РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Ключові слова: гастроєзофагіальна рефлексна хвороба, захворювання стравоходу, стравохідно-шлунковий перехід, оперативна хірургія.

Резюме. Літературний огляд присвячений методам лікування гастроєзофагіальної рефлюксної хвороби та її симптомам. На основі власних досліджень та даних літератури зроблено висновок про відсутність адекватних методик, які б цілком задовільняли як терапевтів, так і хірургів.

Захворювання пов'язані з недостатністю стравохідно-шлункового переходу відомі сучасній медицині вже понад півстоліття під наступними патологіями: грижа стравохідного отвору діафрагми, рефлюкс-езофагіт, недостатність кардії, в останні роки гастроєзофагіальна рефлексна хвороба (ГЕРХ) [1, 2, 3]. Сьогодні присвячено велику кількість публікацій стосовно лікування захворювань стравоходу, зокрема ГЕРХ, накопичено значний досвід у його лікуванні. Проте післяопераційна летальність залишається високою 25%. Неспроможність стравохідно-шлункового переходу (СШП) становить 55-70% від загальної кількості ускладнень, а летальність від стравохідно-шлункових кровотеч становить 22-84% [4, 5, 6]. Факт поширеності ГЕРХ є загально – визнаним і не викликає сумніву. За даними американських і британських учених, ГЕРХ виявляється у 6-12% осіб, яким проводили ендоскопічні дослідження. Найбільш поширена форма ГЕРХ – неерозивна, 60% випадків ГЕРХ без ознак езофагіту [1, 2, 7, 8]. За даними S.A. Amindra 70 % жінок і 50 % чоловіків страждають на ті чи інші прояви ГЕРХ [9]. О.В.Томаш и др. [10] повідомляють про високу поширеність ГЕРХ у розвинених країнах: у США (13-29 %), Швеції (17 %), Великобританії (10 %), Іспанії (10 %). Незалежно від раси континенту ГЕРХ зменшує якість життя. Тому в США витрати на лікування пацієнтів з ГЕРХ посідають перше місце серед всіх витрат на лікування гастроентерологічної патології [11, 12, 13].

З віком відмічаються більш складні uszkodження стравоходу, ніж у молодих. Захворювання схильне до безперервно-рецидивного перебігу, виникнення прихованих і нетипових форм, злочасних новоутворень [14, 15].

Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), (ГЕРХ) – це хронічне рецидивне захворювання, зумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції органів гастроєзо-

фагіальної зони, яке характеризується спонтанним або регулярно повторювальним закиданням у стравохід шлункового або дуоденального вмісту, що призводить до uszkodження дистального відділу стравоходу з розвитком у ньому виразкових, катаральних або функціональних порушень [16].

Основним механізмом у розвитку ГЕРХ є порушення функції стравохідно-шлункового сфінктера (СШС) (90%), і лише в 10 % порушення функції ніжок діафрагми. Циркулярний м'яз СШС практично завжди знаходиться в зімкнутому стані і рефлекторно відкривається лише в двох випадках – при проходженні харчової грудки в шлунок і при виході зі шлунка зайвого повітря (фізіологічна норма). Такими чином, нефізіологічні спонтанні розслаблення СШС вважаються пусковим фактором ГЕРХ. Одним із факторів розвитку ГЕРХ є прийом препаратів, які впливають на тонус СШС, збільшення внутрішньо черевного тиску (жирна їжа, метеоризм, асцит, стеноз стравоходу, запори), куріння – збільшує внутрішньо шлунковий тиск, а також вживання газованих напоїв, вагітність то що [1, 3, 17]. Клінічним фактором виникнення ГЕРХ є грижа стравохідного отвору діафрагми, цироз печінки (кровотеча внаслідок рефлекторного пошкодження варикозно розширених вен стравоходу).

Симптоми ГЕРХ: печія, відрижка кислим, гірким, вміст у рефлюксних масах жовчі (при цьому відрижка виникає протягом доби), одинофагією (більш за ходом стравоходу), у результаті подразнення рефлюктомом рецепторів бронхів – бронхоспазм. При високому рівні рефлюксанта можливий розвиток аспіраційної пневмонії [18, 19, 20].

Перше оперативне втручання на стравохідному розтворі діафрагми було виконано Стояновим у 1901 році. Запропоновані наступні основні типи оперативних втручань: тотальна фундоплікація (метод Hissen-Rosseti, Collins- Hissen); часткова

фундоплікація (Besley- 270° передня фундоплікація, Touret-270° задня фундоплікація, Dog – 180° передня фундоплікація); відновлення дугоподібної зв'язки (операція Hill – фіксація малої кривини шлунка до дугоподібної зв'язки) [21, 22].

У даний час при лапаротомії і лапароскопії частіше використовують курорафію с фундоплікацією за Nissen або Touret. Ніссен – фундоплікаційна манжетка охоплює абдомінальний відділ стравоходу циркулярно. За методом Тупе - фундоплікаційна манжетка охоплює абдомінальний відділ стравоходу на 270°. Частота рецидивів при операції за Нісеном ГЕРХ становить менше ніж після фундоплікацій за Тупе. Метод R. Nissen, модифікований за А. Черноусовим складається з наступних етапів: мобілізація абдомінального відділу стравоходу, ідентифікація блукаючих нервів, експозиція стравохідного розтвору, пересікання коротких шлункових судин, задня хіалопластика, формування фундоплікаційної манжетки з її фіксацією до стінки стравоходу [23, 24, 25, 26, 27].

Фундоплікація за Нісеном поряд із перевагами може призвести до різноманітних ускладнень, які виникають у післяопераційному періоді. До ранніх ускладнень відносять некроз стінки дна шлунка, яку використовують для пластики, з подальшим утворенням шлункової нориці. До подібних ускладнень також відноситься синдром гіперфункції кардії, описаний Н. Willaheder. Клінічно він проявляється відчуттям стискання та болю в підлопатковій ділянці, особливо після вживання їжі. На рентгенограмах виявляють збільшення газового міхура шлунка, який нерідко (10-20%) стискає ділянку стравоходу, яка огорнута манжеткою шлунка. Якщо дистальний відділ стравоходу і дно шлунка “ковзають” відносно інтактною “манжетки”, то виникає феномен “телескопа” внаслідок прорізування швів на стравоході при фундоплікації. Наслідком травми нерва Latarjet під час проведення мобілізації кардіальної частини шлунка є симптом шлункової денервації. До пізніх ускладнень фундоплікації відносяться виразка шлунка (2,2%), грижі стравохідного розтвору діафрагми (3,7%) [28, 29, 30, 31, 32].

З розвитком ендоскопічної хірургії з'явилася можливість виконувати лапароскопічні антирефлюксні операції. Першу лапароскопічну курорафію з фундоплікацією за Нісеном виконав у 1991 році В. Dalemagne. Важливим моментом її виконання є зручність маніпуляції в лівому піддіафрагмальному просторі в тому числі в осіб із надлишковою масою тіла. Післяопераційні ускладнення знизилися до 2-9%, а летальність практично відсутня (0,3-0,8%). Пацієнти значно краще переносять операцію, зменшився термін тимчасової

непрацездатності, нівелюється косметичний дефект. Практично єдиним протипоказанням до лапароскопічних втручань є масивний спайковий процес у лівому піддіафрагмальному просторі, який є наслідком декількох відкритих операційних втручань [33, 34].

З метою уникнення топографо-анатомічних змін у ділянці оперативного втручання і необхідністю додаткової мобілізації дна шлунка Федоров В.А. и др. розробили спосіб оперативного лапароскопічного лікування гастроєзофагіального рефлюкса з використанням сітчастого імплантата з частковою передньою фундоплікацією. У даному оперативному способі лапароскопічного лікування виділяють три етапи: накладання пневмоперитонеуму за стандартного методикою; мобілізація проксимального відділу шлунка; уведення і накладання сітчастого імплантата [35].

О.В. Галімов и др., (2007) з метою уникнення недоліків патологічних змін кардії і надмірного звуження стравохідного розтвору діафрагми підготували синтетичний експлантат. Уводили його в черевну порожнину через троакар, розправляли і ним огортали стравохід. Дана техніка оперативного втручання є простою і знижує кількість післяопераційних ускладнень. Метод можна використовувати як при лапаротомії, так і лапароскопічних втручаннях [36,37,38].

Різнноманітні методи оперативного лапароскопічного лікування ГЕРХ викликають цілий ряд питань, що вказують на проведення ряду додаткових методів дослідження даної ділянки.

Отже, аналіз даних літератури стосовно лікування ГЕРХ засвідчує відсутність адекватних методик, які б цілком задовольняли, як терапевтів так і хірургів, були би безпечними і не давали побічних ефектів.

Література. 1. Лікувальна грижа сравохідного отвору діафрагми / В.Ф.Саєнко, С.Д.М'ясоєдов, В.С.Андреєць [та ін.] // Совр. Методы хир. леч. вентральных грыж и эвентраций: Матер.науч.-практ. конф. с междунар.уч. – Алушта, 2006. – С. 150-152. 2. Рефлюкс-езофагіт з пептичним стенозом стравоходу та ектопією селезінки після корекції вродженої діафрагмальної грижі та фундоплікації за Нісеном / Д.Ю.Кривченя, О.Г.Дубровін, О.В.Метленко [та ін.] // Клін. хірургія. – 2003. – № 10. – С. 56-57. 3. М'ясоєдов С.Д. Рефлюксна хвороба стравоходу / С.Д.М'ясоєдов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.03 / Ін-т хірург. та трансплант. – К., 2003. – 31 с. 4. Рева В.Б. Топографо-анатомічне обґрунтування пластики діафрагми з приводу діафрагмальних гриж / В.Б.Рева // Клін. анат. та опер. хірургія. – 2003. – Т.2, №1. – С.41-45. 5. Некоторые аспекты развития рефлюкс-эзофагита у больных с грижами пищевода и отверстия диафрагмы / В.Б.Рева, В.И.Гребенюк, А.В. Алексеевко [и др.] // Вестн.хирургии. – 2001. – №4. – С.14-15. 6. Сумин В.В. Хирургическая коррекция и профилактика рефлюкс-эзофагита / В.В.Сумин, Д.А.Торопцев, Ф.С.Жижин // Хирургия. – 1998. – №10. – С.30-33. 7. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease (GERD) with respect to reflux induced carcinogenesis / Н. Wykypiel, М. Gadenstatter, F.A.Granderath [et al.] // Eur. Surg. – 2002. – V. 34. – P. 296-302. 8. Целейман Е.Г. Способ пластического расщепленного

пищеводно-желудочного анастомоза при проксимальной резекции желудка / Е.Г. Целейман // Вестн. хирургии. — 1998. — №5. — С.15-18. 9. Amindra S.A. Medical Therapx for Gastroesophageal Reflux Disease / S.A.Amindra // Mayo. Clin. Proc. — 2001. — Vol. 76. — P. 102-106. 10. Томаш О.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: традиционный взгляд и новые подходы к лечению / О.В.Томаш, Н.Н.Руденко // Сучасна гастроентерологія. — 2009. — №3. — С.55-59. 11. Лечение гастроэзофагального рефлюкса у новорожденных / Е.А.Степанова, Т.В.Красовская, Ю.И.Кобзеева [и др.] // Дет. хирургия. — 1998. — №1. — С.4-7. 12. Фартушняк Л.В. Сучасні аспекти діагностики та лікування гастроэзофагальної рефлюксної хвороби / Л.В.Фартушняк, І.О.Новицька, Н.І.Довганюк [и др.] // Бук. мед. вісник. — 2004. — Т8, №3. — С. 209-213. 13. Черноусов А.Ф. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита и пептической структуры пищевода. / А.Ф.Черноусов, А.Л.Шестаков // Хирургия. — 1998. — №5. — С.4-8. 14. Restoration of normal distensive characteristics of the esophagogastric junction after fundoplication / J.E.Pandolfino, J.Curry, G.Shi [et al.] // Ann. Surg. — 2005. — V. 242. — P. 43-48. 15. Oesophagocardioplasty for residual dysphagia following multiple pneumatic dilatations for achalasia / A.Caporale, U.M.Cosenza, G.Galati [et al.] // Br. J. Surg. — 2004. — V. 91. — P. 995-996. 16. Рева Т.В. Сучасні тенденції лікування хворих на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу / Т.В.Рева, В.Б.Рева // Одес. мед. ж. — 2009. — №2. — С.55-59. 17. Бульнин В.И. Арефлюксный пищеводно-желудочный анастомоз / В.И.Бульнин, Ю.А.Пархисенко // Хирургия. — 1997. — № 6. — С. 64-65. 18. Диагностика и хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита / М.Б.Скворцов, Е.А.Пак, В.В.Шишкин [и др.] // Хирургия. — 1991. — №9. — С.40-45. 19. Уткин В.В. Актуальные проблемы диагностики и лечения рефлюкс-эзофагита / В.В.Уткин, Г.А.Амбалов // Груд. и серд.-сосуд. хирургия. — 1990. — №10. — С.61-64. 20. Киладзе М.А. Современные аспекты хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: наш опыт и обзор литературы / М.А.Киладзе, Ш.Т.Гиуашвили / GEORGIAN MEDICAL NEWS. — 2011. — №10 (199). — С.7-11. 21. Шагин Н. Гастроэзофагальный рефлюкс, стравохід Барретта і рак стравоходу / Н.Шагин, Д.Рензофф // Лік. вісник. — 2004. — Т49, №1 (151). — С.30-47. 22. Шалимов А.А. Атлас операцій на органах пищеварения / А.А.Шалимов, А.П.Радзиховский / — К.:Наукова думка, 2003. — Т.1. — 338с. 23. Методика формирования желудочного трансплантата для эзофагопластики / Б.И.Мирошников, М.М.Лабазанов, Е.А.Каливо [и др.] // Вестн. хирургии. — 1995. — №2. — С.24-28. 24. Можливості комбінованого ендоскопічного відновлення прохідності стравоходу при неоперабельних злоякісних пухлинах стравоходу та кардії / О.М.Бурій, О.Ю.Назаренко, І.В.Гомоляко, (та ін.): матер. ХХІ з'їзду хірургів України Запоріжжя, — 2005. — С. 320-322. 25. Ендоскопія в діагностиці гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби / О.О.Врубленська, О.І.Александров, М.В.Сіренко, (та ін.) // Шпит. хірургія. — 2005. — №3. — С. 139-140. 26. Лапароскопические вмешательства при лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы / В.В.Грубник, В.В.Ильшенко, А.В.Грубник [и др.] // Сучасні способи хірургічного лікування гриж живота: Матер. III Всеукр. наук. — прак. конф. з міжнародною участю — Київ, 2006. С.85-87. 27. Модифицированная лапароскопическая фундопликация в лечении гастроэзофагальной рефлюксной болезни / В.М.Седов, Д.Ф.Черепанов, И.В.Вужлаков [и др.] // Вестн. хирургии. — 2002. — Т.161, №6. — С.74-75. 28. Селективная проксимальная ваготомия и эзофагофундопликация по Ниссену в лечении рефлюкс-эзофагита язвенной этиологии / Н.Н.Носкевич, Ю.А.Кашарин, В.В.Разводовский [и др.] // Клини. хирургия. — 1992. — №9-10. — С.51-53. 29. Способ трубчатой резекции желудка с наложением бокового антирефлюксного эзофагофундоанастомоза при язвах кардии /

В.П.Клещевникова, С.Н.Потахин // Вестн. хирургии. — 1995. — №2. — С.84-85. 30. Колесников Л.Л. Сфинктерный аппарат человека / Л.Л.Колесников — СПб.: спецлит, 2000. — 184с. 31. Колкін Я.Г. Вегетативні маски хіатусних гриж / Я.Г.-Колкін, В.Я.Колкіна // Doctor. — 2004. — №3. — С.29-32. 32. Определения уровня резекции пищевода с учетом его кровоснабжения / Б.И.Мирошников, М.М.Лабазанов, Е.А.Каливо [и др.] // Вестн. хирургии. — 1995. — №4-6. — С.9-12. 33. Ефетов В.М. Оценка непосредственного результата выполнения эзофагогастропластики / В.М.Ефетов, А.В.Проценко // Клини. хирургия. — 1998. — №11. — С. 34-35. 34. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии. Осложнения и опасность / П.Н.Зубарев, Г.И.Синенченко, М.Э.Кобак [и др.] // Вестн. хирургии. — 1998. — Т.157, №5. — С.100-104. 35. Федоров А.В. Способ лапароскопического лечения гастроэзофагеального рефлюкса с использованием сетчатого имплантата / А.В. Федоров, С.И. Емельянов, А.В. Протасов [и др.] // Хирургия. — 2001. — №6. — С.47-50. 36. Галимов О.В. Новые технологии в хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О.В. Галимов, В.О. Ханов, Э.Х. Гаптракипов // Хирургия. — 2007. — №2. — С.29-33. 37. Chandrasoma P. Controversies of the cardiac mucosa and Barrett's oesophagus / P.Chandrasoma // Histopathology. — 2005. — V. 46. — P. 361-373. 38. Первый опыт применения пропиленовой сетки для хиатопластики при больших грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / В.Н.Егиев, М.Н.Рудакова [и др.] // Эндоскоп. хирургия. — 2002. — №1. — С.31-32.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГИАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Ю.В.Товкач

Резюме. Литературный обзор посвященный методам лечения гастроэзофагальной рефлюксной болезни и её симптомам. На основании собственных исследований и данных литературы подведены итоги об отсутствии адекватных методов, которые в целом удовлетворяли как терапевтов, так и хирургов.

Ключевые слова: гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, заболевания пищевода, пищеводно-желудочный переход, оперативная хирургия.

MODERN TECHNOLOGIES IN SURGICAL TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Yu. V. Tovkach

Abstract. The bibliographical review deals with the methods of treating gastroesophageal reflux disease and its symptoms. On the basis of the author's own investigations and bibliographical findings conclusions have been made concerning the absence of adequate techniques which would fully satisfy both therapeutists and surgeons.

Key words: gastroesophageal reflux disease, diseases of the esophagus, esophageal-gastric transmission, operative surgery.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2013. - Vol.12, №1 (43). - P.194-196.

Надійшла до редакції 07.02.2013

Рецензент — проф. В.П.Польовий

© Ю. В. Товкач, 2013