

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГПОД (ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ)

Рычагов Г.П., Алексеев С.А., Бовтюк Н.Я., Хотиловская И.И.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Актуальность. По данным R.S.Sandler и соавт. ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) является экономически очень затратным заболеванием, превосходя даже ЖКБ (желчнокаменная болезнь) [3]. Сегодня в 21 веке, в веке «новых технологий» и «развития малоинвазивной хирургии», взор врачей-хирургов не упустил и такие распространенные и в то же время малоизученные патологии как ГЭРБ и ГПОД (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы). В то же время медики все чаще сталкиваются с сочетанием патологий пищевода-желудочного перехода (ПЖП), включающие в себя халазию кардии, недостаточность кардии, ГПОД, с ЖКБ [2]. Основными «точками преткновения» в диагностике патологий ПЖП являются клинические, рентгенологические и эндоскопические данные.

В последнее время клиницисты отдают предпочтение эндоскопическому методу, который по мнению некоторых авторов абсолютно не уступает в верификации диагноза ГПОД рентгенологической методике, а также характеризуется отсутствием вредного воздействия на организм пациента, являясь ещё и менее затратной [4]. Для определения тактики лечения, а также выбора метода пластики ПЖП важное значение имеет и интраоперационная диагностика, ведь в некоторых случаях ГПОД является «случайной» находкой. В мировой практике известно более 86 методов коррекции кардии [1,5,6], большое количество которых указывает на неудовлетворенность хирургов результатами их применения. Сотрудниками кафедры общей хирургии УО «БГМУ» предложены и запатентованы собственные методики коррекции кардии которые применяются при различной патологии кардии как в открытой так и в лапароскопической хирургии. Положительными качествами лапароскопических методик является: радикальность лечения, низкая травматичность, экономическая эффективность.

Цель. Показать успешные результаты эндоскопического лечения ГЭРБ.

Задачи. Определение показаний к выбору методики ФЭКР по собственной методике при изолированной ГЭРБ, а также при сочетании ГЭРБ с ЖКБ.

Материалы и методы. Результаты лечения 48 больных ГЭРБ (обусловленной НК, ХК, ГПОД) с использованием собственных методик и находящихся на лечении в хирургическом отделении в УЗ «3 ГКБ им.Е.В.Клумова» с 2007 по 2012гг.

Результаты и обсуждение. В период с 2007 по 2012 гг. в 3 ГКБ было прооперировано 48 человек. Из 48 прооперированных пациентов 30 женщины, 18 мужчины, из них старше 60 лет – 12 (25%). У всех больных, у которых имелась ГПОД эндоскопически и рентгенологически, была подтверждена и при интраоперационной ревизии зоны кардии. Сочетанное вмешательство (ЛХЭ+ФЭКР) выполнено в 31 случае. Первым этапом при сочетанном вмешательстве выполняли ЛХЭ, затем корригирующие операции на кардии. Стандартный набор эндоскопических инструментов для ЛХЭ при выполнении сочетанного вмешательства дополнялся ретрактором, для мобилизации и пересечения тканей в области ПОД (пищеводного отверстия диафрагмы) использовался Ligasure. При изолированной пластике кардии использовались типичные точки доступа, как для эндоскопической фундопликации по Ниссену. При симультантных операциях (сочетание ГПОД/ГЭРБ с ЖКБ/полипозом желчного пузыря) при наличии ГПОД 2 ст. в двух случаях использован I вариант коррекции кардии, в 14 случаях – II вариант; при наличии ГПОД 1 ст.: I вариант – в 3-х случаях, II вариант – в 3-х случаях; при ГЭРБ с выраженной клиникой – I вариант – в одном случае, II вариант – в 8 случаях. При изолированном наличии ГПОД 2 ст. I вариант коррекции кардии выполнен в одном случае, II вариант – в 14 случаях; при наличии ГПОД 1 ст. – II вариант в одном случае; при ГПОД III ст. – II вариант в одном случае. Продолжительность оперативного пособия на первоначальных этапах составляла около 6 часов при симультантной операции до 2-х часов при изолированной ГПОД. Интраоперационные осложнения эндоскопической коррекции кардии: подкожная эмфизема на шее – 4 случая, вскрытие просвета плевральной полости слева при эзофагите и фиксированной грыже 2-ой степени – 1 случай. Межкрупальные липомы диагностированы в 6 случаях (у больных от 60 до 76 лет) (у 3 из них имело место увеличение массы тела, у 3 – нормальный ИМТ). «Жировая подушка» на передней стенке кардиоэзофагеального перехода и дна желудка отмечена у 7 больных, что потребовало её мобилизации и удаления. У двух пациентов отмечен рецидив ГЭРБ: 1) после изолированной ФЭКР I вариант при ГПОД I ст. у женщины 57 лет через 3 года рецидив ГЭРБ с ГПОД II ст., диагностировано НДП (нарушение дуоденальной проходимости), выполнена лапаротомия, ФЭКР II вариант и операция DeMaster; 2) у мужчины 60 лет

после ФЭКР I вариант через 3 года рецидив ГЭРБ с ГПОД Пст. и пищеводом Баррета, выполнена ФЭКР II вариант. Все больные выписаны из отделения на 4-5-е сутки. При выписке имеющиеся до операции характерные симптомы для ГЭРБ отсутствовали. Выписаны с рекомендациями эндоскопического контроля через 1 месяц после операции.

Выводы:

1. Развитие малоинвазивной хирургии даёт хорошие результаты лечения пациентов с ПЖП, обеспечивая их быструю реабилитацию и значительно улучшая качество их жизни.
2. Возможность сочетания нескольких патологий желудочно-кишечного тракта должна обеспечивать адекватное обследование пациентов на догоспитальном этапе, а также выполнение симультантных операций в стационаре.
3. Рецидивы ГЭРБ отмечены в 2 (4,2%) случаях, что говорит о необходимости более широкого внедрения эндоскопических методов лечения ПЖП в лечебных учреждениях.

Список литературы:

1. Иванников И.О. Рациональная диагностика и терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Иванников И.О, Исаков В.А., Маев И.В. // Терапевтический архив. - 2004. - № 2. – С. 77-75.;
2. Лабезник Л.Б. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генваля к Монреалю/ Лабезник Л.Б., Бородин Д.С., Машарова А.А. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2007. - № 4. - С. 4-10.;
3. Лапина Т.Л. Изжога: распространенность, клиническое значение, ведение пациентов / Лапина Т.Л. // Гастроэнтерология. – 2006. С. 96-103 (Ежегодный сборник избранных научно-медицинских статей).;
4. Синев К.В. Критерии эндоскопической диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: автореф. дис. канд. мед. Наук / Синев К.В. – Санкт-Петербург, 2006. – 21с.;
5. Howden C. Tough-to-treat gastro-esophageal reflux disease patients: who are they and how to treats / Howden C. // Aliment Pharmacol Ther. – 2005. P. - 11-14.;

6. Velanovich V. Case-control comparison of endoscopic fundoplication with laparoscopic fundoplication in the treatment of gastroesophageal reflux disease./ Velanovich V, Ben-Menachem T, Goel S. // Gastroenterology. - 2001;120:A-115.

Заявка на публикацию статьи

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГПОД (ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ)

Рычагов Григорий Петрович (доктор медицинских наук, профессор), Алексеев Сергей Алексеевич (доктор медицинских наук, профессор), Бовтюк Николай Ярославович (кандидат медицинских наук, доцент), Хотилова Иоланта Игоревна.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Контактный телефон, адрес электронной почты, полный почтовый адрес с индексом автора, которому будет выслан сборник трудов.

Полный почтовый адрес с индексом организации

Ректор университета - Сикорский (ученая степень, ученое звание).

Заведующий кафедрой – Алексеев Сергей Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор.