

УДК 616.33/.342-00244+616.329-008.17]-089

© Л. Я. КОВАЛЬЧУК, І. І. ЛОЙКО

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

**Корекція рефлюкс-езофагіту в хірургічному лікуванні виразкової хвороби**

L. YA. KOVALCHUK, I. I. LOYKO

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

**CORRECTION OF REFLUX-ESOPHAGITIS AT SURGICAL TREATMENT OF PEPTIC ULCER DISEASE**

Проаналізовано результати хірургічного лікування 170 пацієнтів з ускладненою виразковою хворобою в поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, оперованих на клінічних базах ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського". При аналізі вираження рефлюкс-езофагіту використовували Лос-Анджелеську класифікацію (1994). Ефективність лікування оцінювали за відсутністю езофагіту при езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС).

Проведений аналіз показав, що симультанна операційна корекція ГЕРХ супроводжується зменшенням ступеня та відсутністю езофагіту післяопераційно частіше, ніж медикаментозна. Повна фундоплікація за Nissen та езофагогастрокруропексія мають перевагу над частковими фундоплікаціями за кращою ендоскопічною динамікою ступеня езофагіту.

The results of surgical treatment of 170 patients with complicated peptic ulcer disease in combination with gastroesophageal reflux disease, who were operated at clinical departments of Ternopil State Medical University, were analyzed. For the analysis of the severity of reflux esophagitis the Los Angeles classification (1994) was used. The effectiveness of treatment was evaluated by the percentage of patients with absence of esophagitis at endoscopy.

The analysis showed that the simultaneous surgical correction of GERD led to the absence of esophagitis postoperatively more often than medicamentous one. Nissen fundoplication and esophagogastrocruropexy have advantage over partial fundoplications by better dynamics of disappearing of esophagitis.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) супроводжує поширені хронічні захворювання органів черевної порожнини. Зокрема, при хронічній гастродуоденальній виразці ГЕРХ відмічають у 11–71,6 % хворих [1]. ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом, за даними різних літературних джерел, зустрічається у 27,4–71,9 % пацієнтів з виразковою хворобою (ВХ) [2].

Сьогодні не викликає сумнівів, що ендоскопічне дослідження є одним з основних методів діагностики як ВХ, так і ГЕРХ [3]. При цьому при ВХ рефлюкс-езофагіт легкого ступеня тяжкості трапляється у 25,3 % хворих, середнього ступеня тяжкості – у 46,7 %, важкого – в 28 % і у 2,3 % спостерігається рубцева деформація стравоходу [4]. Нерідко клінічна картина рефлюкс-езофагіту маскується проявами основного захворювання – виразкової хвороби і після резекції шлунка в 11,6–54 % стає домінуючою, будучи причиною незадовільних віддалених результатів операцій [5].

Органозберігаючий та органощадний підхід до вибору методу операції у хворих на ВХ шлунка і дванадцятипалої кишки зазвичай не викликає дис-

кусій [6]. Однак проведення основного операційного втручання із симультанною хірургічною корекцією ГЕРХ при поєднанні ВХ з ГЕРХ є актуальною та до кінця не вирішеною проблемою [4].

**Мета роботи:** поліпшити результати лікування хворих на ВХ шляхом порівняння ефективності різних видів корекції ГЕРХ.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано результати хірургічного лікування 170 пацієнтів із ВХ, оперованих на клінічних базах ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського", у яких була наявна супутня ГЕРХ. У 100 % хворих виявляли ендоскопічні ознаки езофагіту. 95 хворим проводили операційну корекцію ГЕРХ, 40 – медикаментозну згідно з протоколами консервативного лікування ГЕРХ, 35 пацієнтів не отримували специфічної корекції ГЕРХ. Для операційної корекції ГЕРХ у пацієнтів із ВХ використовували фундоплікацію за Nissen, Dor, Toure, операцію Hill-2 в модифікації Л. Я. Ковальчука, розроблену нами методику езофагогастрокруропексії (патент України на корисну модель № 73321 від 25.09.2012), яку проводили у якості симультанної

антирефлюксної процедури при прицільній резекції ішемічного сегмента шлунка (ПРІСШ) у хворих з шлунковими виразками.

За типом симультанного операційного втручання з приводу рефлюкс-езофагіту пацієнтів поділили наступним чином (табл. 1).

**Таблиця 1. Поділ пацієнтів за видом симультанних втручань для корекції ГЕРХ при операціях з приводу ВХ**

| Антирефлюксне втручання      | Кількість пацієнтів | % від усіх проведених |
|------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Фундоплікація за Nissen      | 49                  | 51,6                  |
| Фундоплікація за Dor         | 6                   | 6,3                   |
| Фундоплікація за Toure       | 7                   | 7,4                   |
| Езофагогастрокурорексія      | 17                  | 17,9                  |
| Модифікована операція Hill-2 | 16                  | 16,8                  |
| Усього                       | 95                  | 100,0                 |

При виконанні операційних втручань з приводу ВХ керувались органошадним та органозберігаючим підходом. В обстеження увійшло 12 пацієнтів, яким з приводу ВХ проводили типові резекційні операційні втручання, а саме резекції шлунка за Bilroth-I та за Bilroth-II, 67 пацієнтів, у яких в якості основного операційного втручання було проведено органошадні операції (ОЩО), зокрема ПРІСШ за Л. Я. Ковальчуком, пілорозберігаючу резекцію шлунка за Шалімовим-Макі, інші типи сегментарних корпоральних резекцій, а також органозберігаючі опе-

раційні втручання (ОЗО). 16 хворим виконували паліативні операційні втручання з приводу ВХ без кислоторедуруючого ефекту та впливу на моторно-евакуаторну функцію пілородуоденального сегмента.

Аналізуючи частоту та вираження рефлюкс-езофагіту при ендоскопічному дослідженні, використовували Лос-Анджелеську класифікацію 1994 року [7].

За тяжкістю симптоматики ГЕРХ та ступенем езофагіту доопераційно пацієнтів поділили наступним чином (табл. 2).

**Таблиця 2. Поділ пацієнтів за вираженням симптоматики езофагіту**

| Ступінь езофагіту | Помірно виражена симптоматика | Виражена симптоматика | Симптоматика з позастравохідними проявами | Усього |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------|---|--------|
| A                 | 28                            | 15                    | 32  | 75     |
| B                 | 9                             | 15                    | 23  | 47     |
| C                 | 4                             | 12                    | 20  | 36     |
| D                 | 0                             | 5                     | 7   | 12     |
| Усього            | 41                            | 47                    | 82  | 170    |

Ефективність лікування оцінювали за відсутністю ознак езофагіту при ФЕГДС у післяопераційному періоді при контрольному обстеженні через 1–2,5 місяця.

Статистично обробляли отримані результати. Статистичну значущість відмінності порівнюваних показників оцінювали за критерієм Фішера та Вілкоксона-Манна-Уїтні.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Серед обстежених хворих на ГЕРХ із рефлюкс-езо-

фагітом, оперованих з приводу ВХ, статистично достовірно збільшувалася частка пацієнтів, в яких у післяопераційному періоді ендоскопічні прояви езофагіту зникали (табл. 3).

Слід зазначити, що після операційної корекції ГЕРХ частка таких пацієнтів виявилася статистично достовірно більшою, ніж серед хворих з медикаментозною корекцією і тими, яким корекцію ГЕРХ не проводили взагалі (відповідно в 1,58 раза,  $p < 0,01$  та у 4,39 раза,  $p < 0,001$ ). У свою чергу, частка хворих, які після медикаментозної корекції позбулися

**Таблиця 3. Ефективність різних типів симультанної корекції ГЕРХ при втручаннях з приводу ВХ**

| Тип симультанної корекції ГЕРХ | Всього | Кількість пацієнтів групи без ознак езофагіту після операції |            |
|--------------------------------|--------|--|------------|
|                                |        | абс.   | % (M±m)    |
| Операційна корекція ГЕРХ       | 95     | 73   | 76,84±4,33 |
| Медикаментозна корекція ГЕРХ   | 35     | 17   | 48,57±8,45 |
| Корекція ГЕРХ не проводилась   | 40     | 7  | 17,50±6,01 |

ознак рефлюкс-езофагіту, порівняно із нелікованими, виявилася статистично достовірно більшою (у 2,78 раза,  $p < 0,01$ ).

Разом з тим, серед пацієнтів, яким не проводили спеціальну корекцію GERX, теж спостерігається позитивний ефект, що проявляється збільшенням частки хворих, в яких зникають ендоскопічні ознаки рефлюкс-езофагіту. Це вказує на те, що хірургічне лікування основного захворювання – ВХ – теж чинить, хоча й найнижчий за ефективністю стосовно опера-

ційного та медикаментозного типів корекції GERX, позитивний вплив на прояв рефлюкс-езофагіту.

Отримані дані спонукали нас до аналізу ефективності типів операційних втручань, які застосовували для лікування пацієнтів із ВХ, у контексті їхнього впливу на прояв рефлюкс-езофагіту.

Як видно з таблиці 4, після резекційних втручань частка хворих із відсутністю ознак езофагіту сягала 58,33 %, після ОЗО та ОЩО – 83,58 %, після паліативних втручань – 62,50 %.

**Таблиця 4. Ефективність симультанної операційної корекції GERX у хворих залежно від типу основного втручання з приводу ВХ**

| Група пацієнтів за типом втручання з приводу ВХ        | Всього | Кількість пацієнтів групи без ознак езофагіту після операції |             |
|--|--------|--|-------------|
|  |        | абс.   | % (M±m)     |
| Типове резекційне втручання + операційна корекція GERX | 12     | 7  | 58,33±14,23 |
| ОЗО та ОЩО + операційна корекція GERX                  | 67     | 56   | 83,58±4,53  |
| Паліативне втручання + операційна корекція GERX        | 16     | 10   | 62,50±12,10 |

Слід зазначити, що частка пацієнтів зі зникненням ендоскопічних ознак рефлюкс-езофагіту після ОЗО та ОЩО була статистично достовірно більшою, ніж після резекційних втручань (в 1,43 раза,  $p < 0,05$ ), та мала тенденцію до більшої величини стосовно групи хворих, яким виконували паліативні втручання з приводу ВХ (у 1,34 раза,  $p < 0,10$ ).

Таким чином, на тлі застосування різних методів лікування ВХ відмічається різна ефективність операційної корекції супутньої GERX. Найкращі результати отримано при проведенні ОЗО та ОЩО, що

проявляється зниженням частки пацієнтів із тяжким ступенем езофагіту та найбільшим зростанням частки пацієнтів із відсутністю його ознак при ендоскопічному обстеженні після операції.

При проведенні оцінки ефективності різних методів хірургічної корекції GERX (табл. 5) з'ясувалося, що після фундоплікації за Nissen частка пацієнтів, в яких були відсутні ендоскопічні ознаки езофагіту в післяопераційному періоді, досягла рівня 85,71 %, після часткових фундоплікацій – 51,72 %, після запропонованого методу корекції GERX – 94,12 %.

**Таблиця 5. Ефективність різних типів антирефлюксних втручань, проведених у якості симультанних при операціях з приводу ВХ**

| Тип симультанного антирефлюксного втручання | Всього | Кількість пацієнтів групи без ознак езофагіту після операції |            |
|---|--------|--|------------|
|   |        | абс.   | % (M±m)    |
| Фундоплікація за Nissen                     | 49     | 42   | 85,71±5,00 |
| Часткові фундоплікації                      | 29     | 15   | 51,72±9,28 |
| Езофагогастрокруропексія                    | 17     | 16   | 94,12±5,71 |
| Всього                                      | 95     | 73   | 76,84±4,33 |

Звертає на себе увагу той факт, що як фундоплікація за Nissen, так і запропонований нами метод виявилися більш ефективними, ніж часткові фундоплікації: частка пацієнтів, у яких були відсутні ендоскопічні ознаки езофагіту, була статистично достовірно більшою – в 1,65 і 1,82 раза відповідно ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, застосування хірургічної корекції GERX супроводжується вираженим позитивним ефектом. Серед пацієнтів у післяопераційному пері-

оді істотно зменшується частка тих, які мають езофагіт різних ступенів тяжкості за рахунок збільшення тих, у кого ознаки езофагіту відсутні взагалі.

**Висновки.** 1. Застосування операційних методів корекції GERX супроводжується вираженим позитивним ефектом. Внаслідок хірургічної корекції GERX у пацієнтів з ВХ статистично достовірно зменшується частка пацієнтів без ендоскопічних проявів рефлюкс-езофагіту. За ефективністю більш

ніж у півтора рази їй поступається медикаментозний тип корекції.

2. Серед пацієнтів, яким не проводили спеціальну корекцію ГЕРХ, теж спостерігається позитивний ефект при проведенні операційного лікування ВХ, що проявляється збільшенням частки хворих, у яких зникають ендоскопічні ознаки рефлюкс-езофагіту.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Шило Г. В. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та гастроезофагеальна рефлюксна хвороба: особливості поєднаного перебігу, діагностики та лікування : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.36 / Г. В. Шило. – К., 2007. – 154 с.
2. Бойко В. В. Профилактика рефлюкс-эзофагита при хирургическом лечении язвенного пилородуоденального стеноза / В. В. Бойко, И. А. Тарабан, С. В. Ткач // Харківська хірургічна школа. – 2010. – № 2. – С. 19–24.
3. Рефлюкс-эзофагит при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом / Д. М. Кадыров, Д. М. Ишанкулова, Ф. Д. Кодиров, Д. М. Курбонов // Хирургия. – 2008. – № 7. – С. 27–32.
4. Органосохраняющие подходы в хирургии язвенной болезни желудка в сочетании с желудочно-эзофагеальным рефлюксом /

3. На тлі застосування різних методів лікування пацієнтів із ВХ відмічається різна ефективність операційної корекції супутньої ГЕРХ. Найкращий результат настає після ОЗО та ОЦО.

4. Фундоплікація за Nissen і розроблений нами метод езофагогастрокуропексії є більш ефективними, ніж часткові фундоплікації.

- Н. Н. Велигоцкий, В. В. Комарчук, А. В. Горбулич [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2(34). – С. 138–140.
5. Кириленко А. С. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / А. С. Кириленко, Г. И. Веретник, Омоджукун Олападе // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2000. – № 1. – С. 20–23.
6. Колосович И. В. Выбор метода лечения пациентов с язвенной болезнью желудка / И. В. Колосович // Український медичний часопис. – 1999. – № 6 (14).
7. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification / L. Lundell, J. Dent, J. Bennett [et al.] // Gut. – 1999. – Vol. 45. – P. 172–180.

Отримано 06.05.13