

ХІРУРГІЯ

УДК 616.33/.342-002.44+616.329-008.17]-089

©Л. Я. Ковальчук, І. І. Лойко, Р. М. Угляр

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

СИМУЛЬТАННА КОРЕКЦІЯ РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

СИМУЛЬТАННА КОРЕКЦІЯ РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ – Проаналізовано результати хірургічного лікування 170 пацієнтів з ускладненою виразковою хворобою в поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ), 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 динамікою часток пацієнтів з різними ступенями езофагіту та його відсутністю при ЕГДС. Проведений аналіз показав, що симультанна операційна корекція ГЕРХ супроводжується зменшенням ступеня та відсутністю езофагіту післяопераційно. Повна фундоплікація за Nissen має перевагу над частковими фундоплікаціями за кращою ендоскопічною динамікою ступеня езофагіту. Методом вибору при виразках шлункової локалізації з ГЕРХ є органощадне операційне втручання, доповнене езофагогастрокруропексією.

СИМУЛЬТАННА КОРЕКЦІЯ РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТА ПРИ ХІРУРГІЧЕСКОМУ ЛЕЧЕННІ ЯЗВЕННОЇ БОЛЕЗНІ – Проаналізовані результати хірургічного лікування 170 пацієнтів з ускладненою язвенною болістю в поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною болістю (ГЭРБ), оперованих на клінічних базах ГВУЗ “Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского”. При аналізі вираженості рефлюкс-езофагіта використовували Лос-Анджелеську класифікацію (1994). Ефективність лікування оцінювали по динаміці долей пацієнтів з різними ступенями езофагіта та його відсутністю при ЕГДС. Проведений аналіз показав, що симультанна операційна корекція ГЭРБ супроводжується зменшенням ступеня та відсутністю езофагіта післяопераційно. Повна фундоплікація по Nissen має певне перевагу над частковими фундоплікаціями по кращій ендоскопічній динаміці ступеня езофагіта. Методом вибору при язвах шлункової локалізації з ГЭРБ являється органощадне операційне втручання, доповнене езофагогастрокруропексією.

SIMULTANEOUS CORRECTION OF REFLUX-ESOPHAGITIS AT SURGICAL TREATMENT OF PEPTIC ULCER DISEASE – 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 decrease of percentage of patients with different degrees and absence of esophagitis at endoscopy. The analysis showed that the operative simultaneous correction of GERD led significantly to the decrease of degree and absence of esophagitis postoperatively. Nissen fundoplication has advantage over partial fundoplications by better dynamics in the decrease of severity of esophagitis. The treatment of choice for gastric ulcers with GERD is organ-preserving operative intervention, supplemented by esophagogastrocruropexy.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, виразкова хвороба, езофагіт, хірургічне лікування.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь, эзофагит, хирургическое лечение.

Key words: gastroesophageal reflux disease, peptic ulcer, esophagitis, surgical treatment.

ВСТУП Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) супроводжує найпоширеніші хронічні захворювання органів черевної порожнини. Зокрема, при хронічній гастродуоденальній виразці ГЕРХ відмічають у 11–71,6 % хворих [1–3]. Загалом, ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом, за даними різних літературних джерел, зустрічається у 27,4–71,9 % хворих на виразкову хворобу (ВХ) [4, 5].

Клінічні прояви ВХ, що поєднуються із недостатністю кардії та рефлюкс-езофагітом, мають ряд особливостей. Зокрема, нерідко клінічна картина рефлюкс-езофагіту маскується проявами основного захворювання – виразкової хвороби і після резекції шлунка у 11,6–54 % стає домінуючою, будучи причиною незадовільних віддалених результатів операцій [6, 7].

Сьогодні не виникає сумнівів щодо ендоскопічного дослідження, яке є одним з основних методів діагностики ВХ та ГЕРХ [8]. При цьому встановлено, що при ВХ рефлюкс-езофагіт легкого ступеня тяжкості трапляється у 25,3 % хворих, середнього ступеня тяжкості – у 46,7 %, тяжкого – у 28 % і в 2,3 % спостерігається рубцева деформація стравоходу [6].

Органозберігаючий та органощадний підхід до вибору методу операції у хворих на ВХ шлунка і дванадцятипалої кишки суттєво не дискутується [10, 11, 14]. Однак проведення основного операційного втручання з симультанною хірургічною корекцією ГЕРХ при поєднанні ВХ з ГЕРХ є актуальною та до кінця не вирішеною проблемою [9, 12, 13, 15, 16].

Метою дослідження стало покращити результати лікування хворих на ВХ при поєднанні з ГЕРХ шляхом порівняння ефективності різних видів антирефлюксних втручань.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проаналізовано результати хірургічного лікування 95 пацієнтів з ВХ, оперованих на клінічних базах ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”, яким проводили операційну корекцію ГЕРХ. Для такої корекції у пацієнтів з ВХ використовували фундоплікацію за Nissen, Dor, Toupe, операцію Hill-2 в модифікації Л. Я. Ковальчука, розроблену нами методикою езофагогастрокруропексії (патент України на корисну модель №73321 від 25.09.2012), яку проводили у якості симультанної антирефлюксної процедури при прицільній резекції ішемічного сегмента шлунка (ПРИСШ) у пацієнтів з шлунковими виразками.

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

При виконанні операційних втручань з приводу ВХ керувались органощадним та органозберігаючим підходом. В обстеження увійшло 12 пацієнтів, яким з

Таблиця 1. Поділ пацієнтів за видом симультованих втручань з приводу GERX

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

приводу ВХ проводили типові резекційні операційне втручання, а саме, резекцію шлунка за Bilroth-I та за Bilroth-II; 67 пацієнтів, у яких в якості основного операційного втручання було проведено органощадні резекції, зокрема ПРИСШ за Л. Я. Ковальчуком, пілорозберігаюча резекція шлунка за Шалімовим-Маки, інші типи сегментарних корпоральних резекцій, а також органозберігаючі операційні втручання. 16 хворим проводили паліативні операційні втручання з приводу ВХ без кислоторедукуючого ефекту.

При аналізі частоти та вираження рефлюкс-езофагіту при ендоскопічному дослідженні використовували Лос-Анджелеську класифікацію 1994 року (L. Lundell et al., 1999).

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

Ефективність лікування оцінювали за зменшенням ступеня та відсутністю ознак езофагіту при ФЕГДС в післяопераційному періоді при контрольному обстеженні через 1–1,5 місяця.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінка ефективності корекції GERX загалом показала, що після виконаних операційних втручань з приводу GERX частка пацієнтів з езофагітом А-ступеня у післяопераційному періоді істотно не зменшувалася, і різниця виявилася статистично недостовірною (табл. 3). В цілому сумарне число таких пацієнтів у післяопераційному періоді мало лише тенденцію до меншої величини (в 1,59 рази, $p < 0,10$). Разом з тим, езофагогастрокруропексія супроводжувалася суттєвим зменшенням частки пацієнтів із езофагітом А-ступеня (у 6,00 рази, $p < 0,05$).

Частка пацієнтів з езофагітом В-ступеня після проведених антирефлюксних хірургічних втручань у післяопераційному періоді статистично достовірно знижувалася (табл. 4): після фундоплекції за Nissen – у 13,00 рази ($p < 0,001$), після часткових фундоплекцій – у 2,25 рази, проте результат виявився статистично недостовірним ($p < 0,05$). Аналогічно зменшувалася частка пацієнтів із езофагітом В-ступеня після запропонованого методу хірургічної корекції GERX (у 4,47 рази, однак результат, як і в попередньому випадку, виявився статистично недостовірним ($p > 0,05$), істотно не відрізнявся від інших груп. Загалом, частка пацієнтів з езофагітом В-ступеня у післяопераційному періоді знизилася у 5,20 рази ($p < 0,001$).

Таблиця 2. Поділ пацієнтів за вираженням симптоматики та езофагіту

Ступінь езофагіту	Помірно виражена симптоматика	Виражена симптоматика	Симптоматика з позастраховідними 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

Таблиця 3. Ефективність різних типів антирефлюксних втручань за часткою пацієнтів з езофагітом А-ступеня

Тип антирефлюксного втручання	Усього	До операції		Після операції		p
		абс.	M±m	абс.	M±m	
Фундоплекція за Nissen	49	12	24,49±6,14	6	12,24±4,68	>0,05
Часткові фундоплекції	29	9	31,03±8,59	10	34,48±8,33	>0,05
Езофагогастрокруропексія	17	6	35,29±11,59	1	5,88±5,71	<0,05
Усього	95	27	28,42±4,63	17	17,89±3,93	<0,10

Таблиця 4. Ефективність різних типів антирефлюксних втручань за часткою пацієнтів з езофагітом В-ступеня

Тип антирефлюксного втручання	Усього	До операції		Після операції		p
		абс.	M±m	абс.	M±m	
Фундоплекція за Nissen	49	13	26,53±6,31	1	2,04±2,02	<0,001
Часткові фундоплекції	29	9	31,03±8,59	4	13,79±6,40	>0,05
Езофагогастрокруропексія	17	4	23,53±10,29	0	5,26±4,99	>0,05
Усього	95	26	27,37±4,57	5	5,26±2,29	<0,001

Аналогічно зменшувалася частка пацієнтів у післяопераційному періоді з езофагітом С-ступеня (табл. 5): після фундоплекції за Nissen – у 18,74 раза ($p < 0,001$), після часткових фундоплекцій – у 8,56 раза ($p < 0,01$), після запропонованого методу езофагогастрорупексії відмічалася тенденція до зниження даного показника (у 5,59 раза, $p < 0,10$). Ефективність усіх методів за даним критерієм виявилася ідентичною. Загальна кількість пацієнтів із езофагітом С-ступеня зменшилася у 31,68 раза ($p < 0,001$).

При езофагіті D-ступеня теж відмічалася зниження частки пацієнтів, яким виконували хірургічну корекцію GERX у післяопераційному періоді (табл. 6): після фундоплекції за Nissen – у 6,24 раза ($p < 0,05$), після часткових фундоплекцій – у 3,21 раза ($p > 0,05$), після запропонованого методу корекції

GERX – у 2,23 раза ($p > 0,05$), загалом – в 11,24 раза ($p < 0,01$).

Підсумовуючи оцінку ефективності різних методів хірургічної корекції GERX (табл. 7), з'ясувалося, що після фундоплекції за Nissen частка пацієнтів, в яких були відсутні ендоскопічні ознаки езофагіту в післяопераційному періоді, досягла рівня 85,71 %, після часткових фундоплекцій – 51,72 %, після запропонованого методу корекції GERX – 94,12 %.

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

Таблиця 5. Ефективність різних типів антирефлюксних втручань за часткою пацієнтів з езофагітом С-ступеня

Тип антирефлюксного втручання	Усього	До операції		Після операції		p
		абс.	M±m	абс.	M±m	
Фундоплекція за Nissen	49	18	36,73±6,89	0	1,96±1,92	<0,001
Часткові фундоплекції	29	8	27,57±8,30	0	3,22±3,12	<0,01
Езофагогастрорупексія	17	5	29,41±10,84	0	5,26±4,99	<0,10
Усього	95	31	32,63±4,81	0	1,03±1,02	<0,001

Таблиця 6. Ефективність різних типів антирефлюксних втручань за часткою пацієнтів з езофагітом D-ступеня

Тип антирефлюксного втручання	Усього	До операції		Після операції		p
		абс.	M±m	абс.	M±m	
Фундоплекція за Nissen	49	6	12,24±4,68	0	1,96±1,92	<0,05
Часткові фундоплекції	29	3	10,34±5,65	0	3,22±3,12	>0,05
Езофагогастрорупексія	17	2	11,76±7,38	0	5,26±4,99	>0,05
Усього	95	11	11,58±3,28	0	1,03±1,02	<0,01

Таблиця 7. Ефективність різних типів антирефлюксних втручань за часткою пацієнтів з відсутністю ознак езофагіту

Тип антирефлюксного втручання	Всього	Відсутні ознаки езофагіту після операції	
		абс.	M±m
Фундоплекція за Nissen	49	42	85,71±5,00
Часткові фундоплекції	29	15	51,72±9,28
Езофагогастрорупексія	17	16	94,12±5,71
Усього	95	73	76,84±4,33

ВИСНОВКИ 1. Застосування операційних методів корекції GERX супроводжується вираженим позитивним ефектом за динамікою езофагіту в пацієнтів, оперованих з приводу ВХ. Серед хворих у післяопераційному періоді істотно зменшується частка тих, які мають езофагіт різних ступенів тяжкості за рахунок збільшення тих, у яких ознаки езофагіту відсутні взагалі.

2. Повна фундоплекція за Nissen та езофагогастрорупексія переважають над частковими фундоплекціями та операцією Hill-2 загалом за ендоскопічною динамікою ступеня та відсутності езофагіту.

3. Методом вибору при виразках шлункової локалізації з GERX є органощадне операційне втручання, доповнене езофагогастрорупексією.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Черноусов А.Ф. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита и пептической стриктуры пищевода / А. Ф. Черноусов, А. Л. Шестаков // Хирургия. – 1998. – № 5. – С. 4–8.
2. Климова Г. И. Состояние замыкательной функции кардии у больных хронической язвой желудка и хронической язвой 12-перстной кишки до- и после резекции желудка : дисс. ... канд. мед. наук / Г. И. Климова. – Барнаул, 2000. – 100 с.
3. 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.
4. Курбонов Д. М. Рефлюкс-эзофагит при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.00.27, 14.00.47 / Д. М. Курбонов. – Душанбе, 2007 – 134 с.
5. 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.
6. 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.
7. Диагностика и хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В. И. Оскретков, В. А. Ганков, А. Г. Климов, А. А. Гурьянов // Проблемы клинической медицины. – 2007. – № 4 (12). – С. 26–32.
8. Рефлюкс-эзофагит при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом / Д. М. Кадыров, Д. М. Ишанкулова, Ф. Д. Кодиров, Д. М. Курбанов // Хирургия. – 2008. – № 7. – С. 27–32.
9. Касумов Н. А. Рефлюкс-эзофагит: современное состояние проблемы / Н. А. Касумов // Хирургия. – 2007, № 4. – С. 62–65.
10. Виноградов О. А. Возможность применения селективной проксимальной криовагоденервации желудка при хирургическом лечении больных с острыми язвами с синдромом Маллори-Вейсса, осложненными кровотечением : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.00.27 / О. А. Виноградов. – Екатеринбург, 2008. – 124 с.
11. Яковченко А. В. Выбор метода операции у больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в экстренной хирургии : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.00.27 / А. В. Яковченко. – Москва, 2009. – 255 с.
12. Состояние слизистой оболочки пищевода и желудка у пациентов с Н. рупоги до и после селективной проксимальной ваготомии / В. М. Эфендиев, Н. А. Касумов, В. А. Фаттах-Пур [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – № 1. – С. 62–65.
13. Эфендиев В. М. Хирургическое лечение осложнений язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и рефлюкс-эзофагита / В. М. Эфендиев, Н. А. Касумов, В. А. Фаттах-Пур // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – № 2. – С. 12–18.
14. Колосович И. В. Выбор метода лечения пациентов с язвенной болезнью желудка / И. В. Колосович // Український медичний часопис. – № 6 (14). – 1999.
15. Гаспарян К. Р. Выбор оптимальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.00.27 / К. Р. Гаспарян. – Ярославль, 2005. – 116 с.
16. Органосохраняющие подходы в хирургии язвенной болезни желудка в сочетании с желудочно-эзофагеальным рефлюксом / Н. Н. Велигоцкий, В. В. Комарчук, А. В. Горбулич [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2, 2(34). – С. 138–140.
17. 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 14.05.13