

А. А. Войтеховская, А. П. Капура

ОСЛОЖНЕНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОЭЗОФАГОКРУРОРАФИИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н. Я. Бовтюк

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Работа посвящена положительному опыту хирургического лечения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы оригинальным методом. Анализ результатов показал, что предложенная операция, выполняемая изолированно и в составе симультанных вмешательств, безопасна и эффективна.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, антирефлюксные операции.

Resume. The work is dedicated to positive experience of surgical treatment of patients with gastroesophageal reflux disease and hiatal hernia by original technic. An analysis of results has shown effectiveness and safety of proposed operation performed alone and simultaneously with other interventions.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, hiatal hernia, antireflux surgery.

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) имеет тенденцию к увеличению заболеваемости в развитых странах. Так, распространенность в США и странах Западной Европы достигает 30% [1]. Наблюдается утяжеление течения болезни: за последние десять лет в 2-3 раза чаще стали наблюдаться тяжелые рефлюкс-эзофагиты, у 10-20% пациентов развивается пищевод Барретта [2]. ГЭРБ

имеет разнообразные клинические проявления, что затрудняет диагностику. Медикаментозное лечение носит симптоматический характер и обрекает пациентов на пожизненный прием дорогостоящих препаратов. Ежегодные затраты при лечении ГЭРБ только на антисекреторную терапию в мире оцениваются в 3 миллиарда долларов [3]. С этим связан все больший интерес к радикальному лечению ГЭРБ, «золотым стандартом» которого являются лапароскопические антирефлюксные операции (ЛАО).

На сегодняшний день существует более 120 методов хирургической коррекции ГЭРБ, однако единая тактика лечения данной патологии не выработана. Актуальны проблемы различных осложнений, из которых можно выделить интраоперационные осложнения, ранние послеоперационные и поздние послеоперационные. В 30% случаев операция оказывается неэффективной и до 10% пациентов нуждается в проведении повторной операции [4]. ГЭРБ часто сочетается с другими заболеваниями брюшной полости, что предполагает выполнение симультанных вмешательств. Однако вопрос безопасности их выполнения недостаточно изучен.

Цель: изучить безопасность и эффективность оригинального метода хирургического лечения ГЭРБ – лапароскопической фундоэзофагокрурорафии.

Задачи:

1. Провести анализ осложнений, возникающих при выполнении ФЭКР, и сравнить их с осложнениями традиционных лапароскопических операций.
2. Оценить отдаленные результаты выполненных ФЭКР, как изолированных, так и в составе симультанных вмешательств.
3. Оценить целесообразность выполнения симультанных вмешательств с точки зрения эффективности и возникающих осложнений по сравнению с изолированными операциями.

Материал и методы. На базе УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова г. Минска» в период с 2007 по 2016 г. лапароскопическая фундоэзофагокрурорафия (патент № 10285 от 01.11.2007 г.) была выполнена 80 пациентам.

Первую группу в нашем исследовании составили 26 пациентов с выполненной изолированной ФЭКР, вторую – 54 пациента с симультанными операциями. Возраст пациентов, включенных в исследование, - от 30 лет до 81 года. Средний возраст пациентов в 1 группе составил $52,0 \pm 11,9$ лет, во 2 группе – $56,4 \pm 12,9$ лет. В обеих группах преобладали пациенты трудоспособного возраста, что также указывает на социальную значимость изучаемой проблемы. И в первой, и во второй группе большую часть исследованных пациентов составили женщины – 58 и 74 % соответственно.

В обеих группах преимущественно выполнялся 2 вариант ФЭКР (таблица 1).

Таблица 1. Структура выполненных операций

Группа	ФЭКР 1 вариант	ФЭКР 2 вариант	ФЭКР 3 вариант
1	1 (3,8%)	22 (84,6%)	3 (11,6%)
2	23 (42,6%)	27 (50,0%)	4 (7,4%)

В составе симультанных вмешательств наиболее часто выполнялись ФЭКР в сочетании с холецистэктомией (78%), с грыжесечением (7%) и холецистэктомией с грыжесечением (5%). Средняя длительность операции изолированной ФЭКР – $220 \pm 61,6$ мин, симультанных операций – $226 \pm 85,8$ мин.

Сведения сравнивались с данными об осложнениях наиболее распространенных ЛАО (по Nissen, Nissen-Rossetti, Toupet, Dor), полученных в ходе анализа англо- и русскоязычных научных работ.

Для изучения отдаленных результатов было проведено телефонное анкетирование с использованием опросника GerdQ. Оценка полученных данных осуществлялась по шкале Visick. В качестве критериев неудовлетворительного результата нами учитывались: набор более 8 баллов по опроснику GerdQ, инструментально подтвержденный рецидив ГПОД, инструментально подтвержденный рефлюкс-эзофагит, неудовлетворенность пациента итогами операции, сохранение или появление после операции дисфагии.

Результаты и их обсуждение.

При выполнении изолированной ФЭКР отмечены 3 интраоперационных осложнения (ИО), в том числе: 1 подкожная эмфизема на шее, 2 повреждения капсулы печени с кровотечением. При симультанных вмешательствах было выявлено 6 ИО: 1 подкожная эмфизема на шее, 2 повреждения капсулы печени с кровотечением, 1 повреждение капсулы селезенки с кровотечением (спленэктомия), 2 повреждения плевры с развитием пневмоторакса. По данным изученных статей частота встречаемости ИО традиционных ЛАО для изолированных вмешательств составляет 2,8-13,8% [5], для симультанных совместно с холецистэктомией – 3,3-13,5% [6;7]. При сравнительном анализе осложнений по сравнению с таковыми у традиционных методов не было выявлено существенной разницы в частоте их встречаемости.

При выполнении изолированной ФЭКР отмечены 6 ранних послеоперационных осложнений (РПО), из них 5 транзиторных дисфагий, 1 реактивный плеврит. При симультанных вмешательствах в раннем послеоперационном периоде выявлено 5 транзиторных дисфагий. У наших пациентов дисфагия встречалась в 2 раза реже, чем указано в работах других исследователей, где частота встречаемости РПО для изолированных операций – 7,9-28,8 [8], для симультанных совместно с холецистэктомией – 15-20% [9].

Средний балл по опроснику GerdQ в группе изолированной ФЭКР – $6,9 \pm 1,9$, в группе симультанных операций – $6,88 \pm 2,1$. Хорошие и отличные результаты по шкале Visick получены в 84,3% в первой группе и в 89,4% – во второй (рисунок 1).

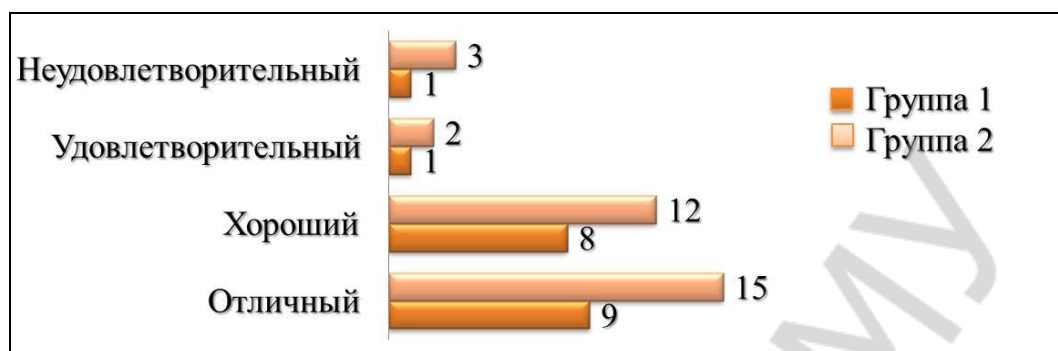


Рисунок 1 – Результаты операций по шкале Visick

Отдаленные результаты мы исследовали в трех временных интервалах: до 3 лет, 3-5 лет, более 5 лет. 1 неудовлетворительный результат в первой группе наблюдался в периоде более 5 лет после операции. Во 2 группе 3 неудовлетворительных результата обнаружены в интервале 3-5 лет после операции.

Выводы:

1. Меньшее количество осложнений по сравнению с традиционными методами антирефлюксной хирургии свидетельствует о безопасности ФЭКР.
2. ФЭКР демонстрирует отличные результаты в отдаленном периоде и сохраняет свою эффективность как минимум 5 лет после операции.
3. Выполнение симультанных вмешательств не увеличивает риск возникновения осложнений, не снижает эффективность операций и экономически более целесообразно.

A. A. Voytekhovskaya, A. P. Kapuro

COMPLICATIONS AND LONG-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC FUNDOESOPHAGOCRURORAHIA FOR GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Tutor: Associate professor N.Y. Bovtyuk

Department of General Surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review / H. B. El-Serag, S. Sweet, C. C. Winchester et al. // Gut. – 2014. – Vol. 63, iss. 6. – P. 871–880.
2. Калинин, А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как кислотозависимое заболевание, место антисекреторных препаратов в ее лечении / А. В. Калинин // Фарматека. – 2013. – № 10. – С. 1–7.
3. Васнев, О. С. Симультанные операции у больных желчнокаменной и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / О. С. Васнев, О. Б. Янова // Эксперимент. и клин. гастроэнтерология. – 2010. – № 4. – С. 73–77.
4. Long-term results after laparoscopic reoperation for failed antireflux procedures / B. Dallemagne, M. Arenas-Sanchez, D. Francart et al. // Br. J. Surg. – 2011. – Vol. 98, iss 11. – P. 1581–1587.
5. Does BMI predict recurrence or complications after reoperative reflux surgery? Review of a

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

single center's experience and a comparison of outcomes / E. Wakeam, J. Wee, A. Lebenthal et al. // J. Gastrointest. Surg. – 2014. – Vol. 18, iss. 11. – P. 1965–1973.

6. Стрижелецкий, В. В. Эндовидеохирургические антирефлюксные операции в сочетании с холецистэктомией / В. В. Стрижелецкий, Д. Ф. Черепанов, Е. В. Шмидт // Вестн. хирургии. – 2006. – Т. 165, № 5. – С. 28–31.

7. Кащеев, В. И. Симультанные операции на основе лапароскопической холецистэктомии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / В. И. Кащеев ; Рос. ун-т дружбы народов. – М., 2007. – 15 с.

8. Современный способ профилактики осложнений в лапароскопической антирефлюксной хирургии / Е. И. Сигал, Т. Л. Шарапов, М. В. Бурмистров и др. // Казан. мед. журн. – 2012. – № 6. – С. 875–879.

9. Toydemir, T. Is concomitant cholecystectomy safe during laparoscopic anti-reflux surgery / T. Toydemir, M. A. Yerdel // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. – 2010. – Vol. 20, iss. 10. – P. 831–837.