

showed clinical changes characteristic of excessive laser radiation in standard mode power - dense painful cord over the course of coagulated veins longer pain, paresthesia and ecchymosis. Additional examination diagnosed in those patients manifestations of undifferentiated connective tissue dysplasia that cause a pathological effect of laser irradiation upon the wall of the vein and surrounding tissues. Further treatment of patients with signs of connective tissue dysplasia in 22 (23,16 %) performed with reduced laser power. According to the clinical and morphological studies it was confirmed optimally selected power level that provides effective treatment and a minimum number of complications.

Key words: varicose disease, undifferentiated connective tissue dysplasia, endovenous laser coagulation.

Рецензент - д.мед.н., проф. Гоцинський В.Б.

Стаття надійшла до редакції 02.11.2016р.

Дзюбановський Ігор Якович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії ННІ ПО ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України"

Продан Андрій Михайлович - клін. ординатор кафедри хірургії ННІ ПО ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України"; +38(067)7120199; prodan7@yandex.ru

Дацко Тамара Вікторівна - канд.мед.н., доц. кафедри патологічної анатомії з секційним курсом та судовою медициною ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України"

© Велигоцький М.М., Комарчук В.В., Трушин О.С., Комарчук Є.В., Горбуліч О.В., Арутюнов С.Е., Тесленко І.В., Шептуха А.О.
УДК: 616.342-002-089-06:[616.33+616.329]:616.34-008.1

Велигоцький М.М., Комарчук В.В., Трушин О.С., Комарчук Є.В., Горбуліч О.В., Арутюнов С.Е., Тесленко І.В., Шептуха А.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра торакоабдомінальної хірургії (вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176)

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ПОЄДНАННІ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИМ І ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСАМИ

Резюме. У роботі наведено результати клінічного дослідження 368 хворих з ускладненими формами виразкової хвороби і супутнім рефлюксом, яким виконані різні види оперативних втручань з використанням органозберігаючих і резекційних методик. Вивчення основних етіопатогенетичних факторів виразкової та рефлюксної хвороби (секреторної функції шлунка, хелікобактерного обсіменіння, недиференційованої дисплазії сполучної тканини), основних характеристик гастроєзофагального та дуоденогастрального рефлюксів, дозволило розробити хірургічну тактику лікування ускладнених форм виразкової хвороби, симультанну корекцію супутнього та профілактику післяопераційного рефлюксу. Розроблені антирефлюксні методики органозберігаючих операцій для лікування ускладнених форм виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, антирефлюксні методики для профілактики та корекції неспроможності стравохідно-шлункового переходу. Їх застосування дозволило знизити частоту післяопераційного рефлюксу у 3,7 рази ($p < 0,01$). На підставі вивчення віддалених результатів лікування хворих основної групи було встановлено ефективність розробленої тактики лікування ускладненої виразкової хвороби, поєднаної з патологічним рефлюксом, що підтверджено зниженням частоти післяопераційного рефлюксу з 62,9% до 16,8% ($p < 0,01$) і зменшенням кількості хворих з низькими показниками якості життя після операції з 26,1% до 6,4% ($p < 0,05$).

Ключові слова: виразкова хвороба, рефлюкс, органозберігаючі операції, антирефлюксні операції.

Вступ

Гастроєзофагальний рефлюкс (ГЕР) з рефлюкс-езофагітом зустрічається у 27,4-71,9% пацієнтів з виразковою хворобою (ВХ) [1, 8, 10]. Нерідко клінічна картина рефлюкс-езофагіту маскується симптомами ВХ і після резекції шлунка в 11,6-54% стає домінуючою [6, 7, 12]. Поєднання ВХ і ГЕР значно погіршує клінічний перебіг та ефективність консервативного лікування кожного з цих захворювань, а також знижує якість життя пацієнтів [11].

У 25-50% випадків у хворих з ВХ зустрічається дуоденогастральний рефлюкс (ДГР) [3, 12]. Частота виникнення ДГР після органозберігаючих операцій становить 0,4-53,1% [9]. Після виконання пілорозберігаючих операцій частота виникнення ДГР є мінімальною, після пілороруйнуючих операцій та після резекції шлунка за

Більрот-І - збільшується у 8-15 разів [2].

Актуальним питанням залишається розробка індивідуального підходу до вибору корегуючої операції з урахуванням причин виникнення ДГР і ГЕР, а також розробка нових методик на підставі більш глибоких досліджень факторів етіопатогенезу [5, 7, 12].

Мета - поліпшити результати хірургічного лікування ускладненої виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, що поєднується з гастроєзофагальним і дуоденогастральним рефлюксами.

Матеріали та методи

У роботі наведено результати лікування 368 хворих з ускладненими формами ВХ, оперованих у хірургічних відділеннях Харківської міської клінічної лікарні

швидкої та невідкладної медичної допомоги імені проф. О.І. Мещанінова з 1997 по 2014 рік. В основну групу було включено 172 хворих, яким оперативне лікування ВХ доповнено корекцією супутнього патологічного рефлюксу і профілактикою післяопераційного рефлюксу. До групи порівняння були включені 196 хворих, у яких оперативне лікування ВХ виконано без урахування супутньої рефлюксної хвороби.

Основні принципи хірургічної тактики при плануванні антирефлюксних операцій залежали від характеру рефлюксу - функціональний, або органічний. ГЕР і ДГР вважали за функціональні при відсутності органічних причин, а наявність рефлюксу пов'язували з тяжкістю перебігу ВХ. При наявності грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) або хронічних порушень дуоденальної прохідності (ХПДП) механічного характеру супутній рефлюкс вважали за органічний.

За результатами доопераційної та інтраопераційної діагностики із 172 хворих основної групи 75 (43,6%) мали супутній органічний ГЕР або ДГР, а 97 (56,4%) - функціональний. Середній вік хворих в основній групі склав $46,0 \pm 13,3$, а в групі порівняння - $51,5 \pm 12,5$ років. Співвідношення жінок і чоловіків в основній групі - 1:2,8, а в групі порівняння - 1:2,6. У групі порівняння співвідношення виразкових ускладнень виявилось близьким до показників в основній групі: 62 (31,6%) - по одному ускладненню; 99 (50,5%) - по два; 35 (17,9%) - по три і більше.

У роботі використовували інструментальні та променеві методи дослідження: фіброезофагогастродуоденоскопію, ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію, рентгеноскопію, експрес-рН-метрію, рН-моніторинг та рН-імпедансмоніторинг. Лабораторні біохімічні дослідження використовували для діагностики цитотоксичних штамів *H. Pylori* і вивчення рівня синтезу і деградації колагену I типу в сироватці крові. Ступінь недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) визначали на підставі морфологічних досліджень ніжок діафрагми і бальної оцінки значущості фенотипових ознак, а якість життя - за опитувальником SF-36.

Результати. Обговорення

Для визначення супутнього рефлюксу у групі порівняння було проведено ретроспективний аналіз первинної документації 196 хворих. При оцінці супутнього ГЕР і ДГР враховували скарги на печію, гіркоту у роті, біль за грудиною, відрижку, одінофагію; з опису ендоскопії - наявність жовчі у шлунку та ерозивного гастриту, ерозій і атрофії слизової стравоходу, пролабірування слизової оболонки шлунка у стравохід, зняття кардії і пілоруса, наявність шлункового вмісту в стравоході; з протоколу операції - розширення дванадцятипалої кишки, періпроцеси в зоні дуоденоюнального переходу, хронічний панкреатит та інші причини ХПДП в цій зоні, загальний спайковий процес, патологію тонкого і тов-

стого кишечника, що сприяє порушенню моторно-евакуаторної функції, ознаки ГСОД. До операції 83 (42,3%) хворих мали ознаки супутнього рефлюксу: 42 (21,4%) - мали ознаки ГЕР, 31 (15,8%) - ДГР, а 10 (5,1%) - ознаки дуоденогастроезофагеального рефлюксу. Для вивчення частоти післяопераційного рефлюксу у групі порівняння було обстежено 165 хворих у термін від 1 до 5 років після органозберігаючих і резекційних методик у поєднанні з ваготомією. Патологічний рефлюкс було встановлено у 110 (66,7%) хворих (52 - ГЕР, 58 - ДГР). Поява і посилення патологічного рефлюксу після операції частіше виникало після ваготомії (СВ, СтВ, КВ) і пілороруйнуючих операцій.

Для розробки алгоритму лікування хворих з ускладненими формами ВХ і супутнім рефлюксом в основній групі було проведено комплексне вивчення основних чинників етіопатогенезу виразкової та рефлюксної хвороби.

Застосування різних методів експрес-рН-метрії з урахуванням тяжкості стану хворих (рН-метрії з атропіновим тестом, ендоскопічної, інтраопераційної) дозволило оцінити рівень базальної секреції і визначити тип кислотоутворення - рефлекторний або гуморальний, що враховувалось при індивідуальному виборі органозберігаючої операції або резекції. У 133 (77,4%) випадках було встановлено гіперацидність, у 16 (9,3%) - нормацидність, в 11 (6,4%) - гіпоацидність. У 12 (6,9%) хворих встановлено гіпоацидність інтраопераційно після ваготомії. Достовірно частіше ($p < 0,001$) виражену гіперацидність відзначено у хворих із патологічним рефлюксом, що дозволяє вважати підвищення рівня інтрагастральної кислотності одним із чинників виникнення ГЕР. У зв'язку з цим адекватну хірургічну корекцію гіперацидності проводили не тільки для загоєння виразок, але й для зниження агресивних властивостей рефлюктата при ГЕР.

При імуноферментному аналізі цитотоксичні штами *H. Pylori* було виявлено у 135 (78,5%) хворих основної групи, з яких у 116 (67,4%) - титр антитіл був високим. Негативні результати (37 - 21,5%) були присутні рівномірно у хворих з функціональним і органічним рефлюксами. При порівнянні отриманих результатів в основній групі між хворими з наявністю і без патологічного рефлюксу встановлено, що частота виявлення цитотоксичних штамів *H. Pylori* і титр антитіл не мали достовірних відмінностей ($p > 0,05$). Кореляції між титром антитіл до цитотоксичних штамів *H. Pylori* і ступенем ГЕР або ДГР, віком хворих, статтю, кількістю виразкових ускладнень також не виявлено ($p > 0,05$), що не дозволяє вважати цитотоксичні штами *H. Pylori* ключовим фактором етіопатогенезу супутнього ГЕР і ДГР у хворих з ускладненими формами ВХ. Встановлено кореляційний взаємозв'язок тільки між рівнем кислотності та титром антитіл до *CagA*-позитивних штамів *H. Pylori*. У хворих з гіперацидністю тест на *CagA*-позитивні штами *H. pylori* виявився позитивним у 60,9% випадків, а у

хворих з гіпоацидністю - у 100% випадків ($p < 0,05$), що підтверджує вплив цитотоксичних штамів на рівень кислотності шлункового соку та агресивні властивості рефлюктата за рахунок атрофії шлункових залоз, що призводить до вираженої кислотної супресії. На підставі встановленої залежності проведення ерадикації розглядали як міру профілактики подальшого розвитку хронічного хелікобактерного гастриту і раку шлунка.

Для вивчення ролі змін сполучної тканини у розвитку ускладнень ВХ і патологічних GER і ДГР було проведено клінічні, біохімічні та морфологічні дослідження.

На підставі бальної оцінки фенотипових ознак у хворих основної групи було визначено ступені НДСТ (75 - легка, 91 - помірна, 6 - виражена). Помірна і виражена ступені НДСТ достовірно частіше зустрічалась у хворих із супутнім патологічним органічним рефлюксом ($p < 0,05$). Встановлена тенденція дозволяє припустити, що НДСТ, створюючи передумови у вигляді функціональних і структурних порушень, надає посилюючого впливу на формування та перебіг запальних захворювань стравоходу, шлунка та ДПК, сприяє розвитку ускладнень ВХ і розвитку GER та ДГР.

У хворих з ускладненими формами ВХ у поєднанні із функціональним і органічним рефлюксом встановлено дисбаланс між синтезом і деградацією колагену I типу, більше за рахунок підвищеного рівня деградації. Після операції рівень розпаду колагену I типу був вищим у II підгрупі на 26,35%, ніж у хворих I підгрупи ($p < 0,05$). Непропорційна зміна показників синтезу і розпаду колагену може свідчити про залучення до патологічного процесу фізіологічної системи сполучної тканини та/або про порушення її реактивності у хворих на ВХ у поєднанні із органічним GER. Рівень дисбалансу між синтезом і деградацією колагену I типу корелює зі ступенем НДСТ.

Для вивчення структурної організації м'язової і сухожильної частин ніжок діафрагми використовували операційний матеріал пацієнтів з ускладненими формами ВХ у поєднанні з ГСОД. Структурні зміни було виявлено як у м'язовій, так і в сухожильній тканинах ніжок діафрагми, які полягають у гіалінізації сухожильної тканини, неупорядкованому розташуванні пучків колагенових волокон, дегенерації м'язової тканини, наявності лімфогістіоцитарних інфільтратів, венозному застої. Зіставлення змін у сполучній тканині ніжок діафрагми з результатами фенотипового обстеження дозволило встановити кореляційний зв'язок у групі з вираженими морфологічними порушеннями та вираженим ступенем НДСТ. Встановлені зміни з боку сполучної тканини дозволили визначити показання до алопластики для зміцнення зони крурорафії у хворих основної групи із супутньою ГСОД і вираженою формою НДСТ, а також показання до проведення тривалої метаболічної терапії після операції.

За результатами доопераційної інструментальної діагностики із 172 хворих основної групи 108 (62,9%)

мали різні форми патологічного рефлюксу. Серед чинників, що сприяли розвитку патологічного рефлюксу у хворих основної групи, було встановлено як функціональні причини, так і органічні. У 33 (19,2%) хворих були функціональні форми: 15 (8,7%) - GER, 17 (9,9%) - ДГР, 1 (0,6%) - ДGER, обумовлені моторно-евакуаторними порушеннями шлунка і ДПК на тлі ускладненого перебігу ВХ. Важливого значення для розвитку GER мав стеноз вихідного відділу шлунка. У 62 (36,0%) хворих було встановлено ГСОД I-III ступенів, а у 2 (1,2%) хворих мали поєднання ГСОД I ступеня і ХПДП I ступеня.

Рентгенологічно було підтверджено розлади моторно-евакуаторної функції дванадцятипалої кишки, з якої у порожнину шлунка визначався ретроградний закид рідкого контрасту - ДГР тривалістю $3,9 \pm 1,3$ хв. При ультразвуковому дослідженні цей закид дуоденального вмісту також фіксувався. З 24 (13,9%) хворих з ДГР і 10 (5,9%) хворих із ДGER у 16 випадках було встановлено органічні форми ХПДП. У 2 випадках причиною ХПДП виявився синдром артеріомезентеріальної компресії. У 14 (8,1%) хворих з органічним ДГР причиною ХПДП виявився рубцево-спайковий і запальний процес у зоні дуоденоюнального переходу.

Основні характеристики GER і ДГР було вивчено за даними рН-моніторингу та рН-імпедансмоніторингу [11]. Найбільш виражені зміни характеристик GER встановлено у II підгрупі основної групи. Показники GER значно перевищували межі фізіологічної норми. Найчастіше реєструвалися кислі і слабо-кислі GER. Залежно від фізичного стану частіше зустрічалися змішані (рідина/газ) і газові GER. Показники хімічного і об'ємного кліренсу перевищували показники норми, що свідчить про моторні порушення і зменшення пропульсивної здатності стравоходу. У 16 хворих було встановлено рефлюкс-асоційовані симптоми, характерні для позастравохідних проявів GER (аритмія - 2; некардіальний біль у грудній клітці - 4; хронічний кашель - 6; бронхообструктивний синдром - 3; дисфонія - 1).

Результати проведених досліджень дозволили розробити тактику лікування хворих з ускладненими формами ВХ у поєднанні з різними формами супутнього рефлюксу. Для корекції ВХ проводився вибір між органозберігаючою операцією та резекцією залежно від показників шлункової секреції, атропінового тесту, характеристик виразкового субстрату, ускладнень і тяжкості стану хворого. Резекційні методики застосовували за умов неефективності ваготомії, значного збільшення шлунку з порушенням тону при декомпенсованому стенозі, при гігантських виразках з великою зоною пенетрації та обширним деформуючим перипроцесом, подвійній локалізації виразок. Характер симультанної антирефлюксної операції залежав від обсягу основної операції і характеристик супутнього рефлюксу. Хворим із функціональним рефлюксом проводили профілактику післяопераційного рефлюксу за рахунок збереження природних антирефлюксних

бар'єрів, застосування антирефлюксних методик. У роботі використані органозберігаючі операції, розроблені проф. М.М. Велигоцьким, та доповнені розробленими та удосконаленими антирефлюксними втручаннями [4].

Більшій частини хворих (93 (54,1%) основної групи було виконано органозберігаючі операції за розробленими методиками. Резекційні методики виконано 56 (32,6%) хворим за Більрот-I та 23 (13,4%) за Більрот-II.

При виконанні органозберігаючих операцій 52 хворим для профілактики ДГР було збережено пілоричний жом. Для створення антирефлюксного бар'єру 33 хворим пілородуоденопластику було доповнено антирефлюксною складкою. Після циркулярного висічення виразки 9 хворим було сформовано переміщений гастродуоденоанастомоз. Після резекцій за Більрот-I 52 хворим також було сформовано переміщений гастродуоденоанастомоз, а у 4 - збережено пілорус. Резекції за Більрот-II 19 хворим доповнено антирефлюксною шпорою та ентероентероанастомозом, а 3 - виконано за Ру.

11 хворим другої підгрупи з органічним рефлюксом додатково було проведено корекцію ХПДП. Вибір корегуючої операції проводили з урахуванням причин і ступеня ХПДП. Для ліквідації дистального перидуоденіту, проксимального переїюніту, високого дуоденоєюнального переходу, 4 хворим виконано розсічення спайок, операцію Стронга. Хворим зі II-III ступенями ХПДП, спричиненої артеріомезентеріальною компресією, було накладено ізоперистальтичний дуоденоєюноанастомоз за розробленою методикою (3), виконано операцію Robinson (2), Міяки-Смирнова (1).

Після виконання СВ, СтВ, КВ хворим з функціональним рефлюксом для профілактики післяопераційного ГЕР було виконано фундокурофренопексію (9), фундоплікацію (ФП) на 180° за Dor і за розробленою методикою (13). Після СПВ формували ФП на 270° за Тупе (1) або на 360° за Nissen (17) і за розробленою методикою (6).

У хворих з органічним рефлюксом при виборі антирефлюксної операції враховували ступінь ГСОД, положення ПКК, ступінь НДСТ, порушення кліренсу стравоходу, ступінь укорочення стравоходу. Хворим з ГСОД I ступеня, коли ПКК розташована вище за діафрагму, було виконано крурорафію з фундоплікацією на 180° за розробленою методикою (16) і за методикою Dor (6). Хворим з ГСОД II-III ступенів і нормальним кліренсом стравоходу було виконано крурорафію з фундоплікацією на 360° за Nissen (16). Хворим з ГСОД II-III ступенів, порушеним кліренсом стравоходу і зниженою пропульсивною здатністю стравоходу було виконано крурорафію з фундоплікацією на 270° за Toupet (1) і 360° за розробленою методикою (12), і floppy-Nissen (6). Хворим з вираженим ступенем НДСТ крурорафію було доповнено алопластиком (3). В одному випадку при вкороченні стравоходу II ступеня виконано гастропластику за Collis.

Застосування розробленої тактики профілактики та лікування супутньої рефлюксної хвороби в основній групі сприяло значному зниженню патологічного рефлюксу після операції з 62,9% до 16,8% ($p < 0,01$). У I підгрупі основної групи у віддалені терміни після операції ГЕР розвинувся у 7, а ДГР - у 6 хворих без додаткових антирефлюксних процедур. У II підгрупі основної групи недостатньо ефективними виявились фундоплікація за Dor у 3 випадках, фундокурофренопексія - у 9 випадках і антирефлюксна складка після розширюючої пілородуоденопластики - у 4 випадках.

При оцінці якості життя пацієнтів у віддалені терміни після оперативного лікування шкали опитувальника SF-36 було згруповано у два показники: фізичний компонент здоров'я і психологічний. Фізичний компонент здоров'я включав фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я. Психологічний компонент здоров'я включав психічне здоров'я, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, соціальне функціонування, життєву активність.

З 29 хворих основної групи з післяопераційним рефлюксом тільки 11 (6,4%) оцінили свій фізичний та психічний стан як поганий. Більше зниження ЯЖ відзначено у хворих з ГЕР ($p < 0,05$).

У групі порівняння за опитувальником SF-36 із 110 хворих з післяопераційним рефлюксом 43 (26,1%) оцінили свій фізичний та психічний стан як поганий. Більше зниження якості життя також відзначено у хворих з ГЕР ($p < 0,05$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Супутній патологічний рефлюкс до операції спостерігається у 62,9% хворих з ускладненими формами виразкової хвороби (ГЕР - 43,1%; ДГР - 13,9%; ДГЕР - 5,9%). Після оперативного лікування без використання антирефлюксних методик патологічний рефлюкс зберігається у 66,7% хворих, який у 26,1% з них знижує якість життя ($p < 0,05$).

2. Для діагностики виразкової та супутньої рефлюксної хвороби традиційний комплекс інструментальних, лабораторних і клінічних методів дослідження необхідно доповнити експрес рН-метрією, рН-моніторингом або рН-імпедансмоніторингом, бальною оцінкою ступеня НДСТ. Це дозволить здійснити патогенетичний підхід при виборі противиразкової та антирефлюксної операції, зменшити кількість рецидивів виразкової хвороби і знизити частоту післяопераційного рефлюксу в 3,7 разів.

3. Запропонована тактика вибору методу оперативного лікування у хворих з ускладненими формами виразкової хвороби у поєднанні із ГЕР або ДГР на підставі даних щодо характеру виразкового процесу, рівня шлункової секреції (гіперацидність, позитивний чи негативний атропіновий тест), НДСТ (легка, помірна, тяж-

ка), ступеня рефлюксу (легкий і середній ступінь із збереженим кліренсом або тяжкий із порушеним кліренсом стравоходу), ХПДП (I-II ступенів на тлі періпроцесу навколо дванадцятипалої кишки або II-III ступенів на тлі артеріомезентеріальної компресії) і ГСОД (I-III ступенів) дозволяє зменшити частоту післяопераційного рефлюксу з 62,9% до 16,8% ($p < 0,01$) і зменшити кількість хво-

рих із низькими показниками якості життя після операції з 26,1% до 6,4% ($p < 0,01$).

Результати проведених досліджень відкривають перспективу для подальшого вивчення факторів етіопатогенезу виразкової та рефлюксної хвороби, включаючи захисний бар'єр стравоходу і шлунка, і вдосконалення лікувальної тактики.

Список літератури

- Бойко В. В. Профилактика рефлюксоэзофагита при хирургическом лечении язвенного пилородуоденального стеноза / В. В. Бойко, И. А. Тарабан, С. В. Ткач // Харківська хірургічна школа. - 2010. - № 2. - С. 19-24.
- Бондарев В. И. Непосредственные и отдаленные результаты применения пилоросохраняющих и пилоростанавливающих операций в комплексе хирургического лечения перфоративной пилородуоденальной язвы / В.И. Бондарев, Д.Е. Клокол, Р.В. Бондарев // Клінічна хірургія. - 2004. - № 2. - С. 39-41.
- Велигоцкий Н. Н. Симультаные органосохраняющие операции при осложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с рефлюксом / Н.Н. Велигоцкий, А.Н. Велигоцкий, В.В. Комарчук [и др.] // Харківська хірургічна школа. - 2009. - № 4. 1 (36). - С. 163-166.
- Велигоцкий Н. Н. Современные органосохраняющие методы в хирургии кровотокающих и перфоративных язв (тенденция XXI века): учебное пособие / Велигоцкий Н.Н. - Харьков: С.А.М., 2015. - 108 с.
- Грубник В. В. Новая классификация грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, основанная на анализе отдаленных результатов лапароскопической пластики / В. В. Грубник, А. В. Малиновский // Клінічна хірургія. - 2013. - № 7. - С. 5-8.
- Жукова Т. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: внепищеводные проявления, методы диагностики и коррекции / Т.В. Жукова // Медицинские новости. - 2013. - № 11. - С. 4-8.
- Ивашкин В. Т. Пищевод Баррета. Т. 1 / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А. С. Трухманов. - М.: Изд-во "Шико", 2011. - 608 с.
- Комарчук В. В. Хирургическое лечение осложнённой язвенной болезни в сочетании с гастроэзофагеальным и дуоденогастральным рефлюксами: дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Комарчук. - Харьков, 2016. - 355 с.
- Лупальцов В. И. Постваготомные осложнения как причина неудовлетворительных результатов органосохраняющих операций / В.И. Лупальцов, Ю.В. Артемов // Кліні. хірургія. - 2006. - № 8. - С. 49-51.
- Маев И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от патогенеза к терапевтическим аспектам / И.В. Маев, Д.Н. Андреев, Д.Т. Дичева // Consilium medicum. - 2013. - Т. 15, № 8. - С. 30-34.
- Трухманов А. С. Внутрипищеводная рН-импедансометрия в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.С. Трухманов, В.О. Кайбышева, О.А. Сторонова // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2014. - № 1. - С. 3-12.
- Циммерман Я. С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения / Я.С. Циммерман // Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - С. 85-107.

Велигоцкий М.М., Комарчук В.В., Трушин А.С., Комарчук Е.В., Горбулич А.В., Арутюнов С.Э., Тесленко И.В., Шептуха А.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ И ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Резюме. В работе приведены результаты клинического исследования 368 больных с осложненными формами язвенной болезни и сопутствующим рефлюксом, которым выполнены различные виды оперативных вмешательств с использованием органосохраняющих и резекционных методик. Изучение основных этиопатогенетических факторов язвенной и рефлюксной болезни (секреторной функции желудка, хеликобактерного обсеменения, недифференцированной дисплазии соединительной ткани), основных характеристик гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов, позволило разработать хирургическую тактику лечения осложненных форм язвенной болезни, симультанную коррекцию сопутствующего и профилактику послеоперационного рефлюкса. Разработанные антирефлюксные методики органосохраняющих операций для лечения осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, антирефлюксные методики для профилактики и коррекции несостоятельности пищеводно-желудочного перехода. Их применение позволило снизить частоту послеоперационного рефлюкса в 3,7 раза ($p < 0,01$). На основании изучения отдаленных результатов лечения основной группы была установлена эффективность разработанной тактики лечения осложненной язвенной болезни, сочетающейся с патологическим рефлюксом, что подтверждено снижением частоты послеоперационного рефлюкса с 62,9% до 16,8% ($p < 0,01$) и уменьшением количества больных с низкими показателями качества жизни после операции с 26,1% до 6,4% ($p < 0,05$).

Ключевые слова: язвенная болезнь, рефлюкс, органосохраняющие операции, антирефлюксные операции.

Velygotskiy M.M., Komarchuk V.V., Trushin O.S., Komarchuk I.V., Gorbulich O.V., Arutunov S.E., Teslenko I.V., Sheptuha A.O.

SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED PEPTIC ULCER COMBINED WITH BOTH OF GASTROESOPHAGEAL AND DUODENOGASTRAL REFLUXES

Summary. This scientific work presents the results of a clinical study of 368 patients with complicated forms of peptic ulcer disease associated with reflux which made different types of surgical interventions by using of organ preserving and resection techniques. Learning basic etiopathogenetic factors of peptic ulcer and reflux disease (gastric secretory function, helicobacter contamination, undifferentiated connective tissue dysplasia), the main characteristics of gastro and duodenogastric reflux, the role of postprandial acid pocket allowed to develop surgical treatment of complicated forms of peptic ulcer disease, simultaneous correction of accompanying

reflux and prevention of postoperative reflux. Developed of an antireflux techniques organ preserving surgery for the treatment of complicated forms of gastric and duodenal ulcer, antireflux techniques for prevention and correction of failure of gastroesophageal junction. Using of developed techniques allowed to reduce the incidence of postoperative reflux in 3.7 times ($p < 0,01$). Efficiency of the developed treatment strategy of complicated peptic ulcer disease combined with pathological reflux established based on the study of remote results of treatment, that confirmed the reduction in the incidence of postoperative reflux from 62.9% to 16.8% ($p < 0,01$) and a decrease in the number of patients with low quality of life after surgery from 26,1% to 6.4% ($p < 0,05$).

Key words: peptic ulcer disease, reflux, organ preserving surgery, antireflux surgery.

Рецензент - д.м.н., проф. Макаров В.В.

Стаття надійшла до редакції 01.11.2016 р.

Велигоцький Микола Миколайович - д.м.н., проф., зав. кафедрою торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)3642040; Velligotsky@mail.ru

Комарчук Віктор Васильович - д.м.н., доц. кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)3026218; komarchuk-victor@i.ua

Трушин Олександр Сергійович - к.м.н., доц. кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(066)7001566; office@med.edu.ua

Комарчук Єгор Вікторович - асистент кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)3026939; kevin1961@mail.ru

Горбуліч Олександр Вікторович - к.мед.н., доц. кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)7819169; adnor@rambler.ru

Арутюнов Сергій Едуардович - к.мед.н., доц. кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)7819169; adnor@rambler.ru

Тесленко Ігор Віталійович - к.м.н., асистент кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)6308819; office@med.edu.ua

Шептуха Артем Олексійович - к.м.н., асистент кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(066)1730873; office@med.edu.ua

© Кутувий О.Б., Дейнеко І.В., Жмуренко Е.В.

УДК: 616.45 - 006 - 089

Кутувий О.Б.¹, Дейнеко І.В.², Жмуренко Е.В.¹

¹ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України", кафедра хірургії № 2 (вул. Дзержинського, б. 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49000), ²КЗ "Обласная клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова" (пл. Жовтнева, б. 14, м. Дніпропетровськ, Україна, 49000)

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НОВОУТВОРЕНЬ НАДНИРНИКІВ

Резюме. Проведена оцінка результатів хірургічного лікування 83 хворих з новоутвореннями наднирників, з них 13 адреналектомій, виконаних через традиційний лапаротомний доступ, 17 лапароскопічних адреналектомій і 53 мануально-асистовані адреналектомії. У даному дослідженні підтверджено, що хірургічне лікування пухлин надниркових залоз є ефективним. Пріоритетними залишаються малоінвазивні втручання. Вони мають перевагу щодо доступу до органу та безпеки операції. На базі отриманих даних показано, що мануально-асистована та лапароскопічна адреналектомія є співвідносними за основними критеріями ефективності лікування.

Ключові слова: пухлини наднирників, мануально-асистована адреналектомія.

Вступ

Частота виявлення новоутворень надниркових залоз неухильно зростає, що пов'язано, в тому числі і з широким впровадженням в практику інформативних методів діагностики [10].

Адреналектомія у пацієнтів з новоутвореннями наднирників залишається провідним методом радикального лікування [1, 2]. При цьому використовують широкий арсенал хірургічних втручань, що пов'язано перш за все з особливостями топографічної анатомії наднирників, а також стрімким розвитком нових технологій [3, 7]. Поряд з традиційними лапаротомією і люмботомією, в даний час частіше застосовують пряму і бічну лапароскопію, бічну люмбоскопію, задню люмбоскопію, відкриту і ендовідеохірургічну торакофренотомію [4, 5, 6].

Провідними вітчизняними та зарубіжними клініками представлені результати адреналектомій, виконаних в

різних модифікаціях. При порівняльній оцінці їх ефективності переконливо показані переваги ендовідеохірургічних технологій перед традиційними відкритими операціями [8, 9].

Мета - оцінка результатів використання різних технологій і методів хірургічного лікування пухлин і кіст надниркових залоз.

Матеріали та методи

З 2011 по 2016 р.р. в умовах відділення ендокринної хірургії КЗ "Обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова" було обстежено та прооперовано 83 пацієнта з новоутвореннями наднирників. Вік пацієнтів знаходився у межах від 42 до 76 років, з них жінок було 61 (73,49%), чоловіків - 22 (26,50%). Пацієнтам у передопераційному періоді виконані ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ) з контрастуван-