

ID: 2015-12-24-A-5549

Оригинальная статья

Хуболов А.М., Толстокооров А.С., Коваленко Ю.В.

Результаты лапароскопической пластики гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы сетчатым эндопротезом

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Khubolov A.M., Tolstokorov A.C., Kovalenko Yu.V.

Results of laparoscopic repair of giant hiatic hernias with mesh

Резюме

Введение. Вопрос выбора наиболее оптимального и эффективного метода оперативного лечения гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы остается дискуссионным. **Цель работы.** Провести ретроспективный анализ среднесрочных и отдаленных результатов антирефлюксных вмешательств при гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, выявить частоту послеоперационных осложнений. **Методы исследования.** Изучены результаты исследования 38 больных с гигантскими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы в различные сроки после операции. Отдаленные результаты хирургического лечения изучены в сроки от 1 до 24 месяцев. **Результаты.** Всем больным были выполнены лапароскопические антирефлюксные операции. Выявлено, что использование синтетических эндопротезов при лапароскопической коррекции гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы, уменьшает вероятность рецидива патологии, улучшая показатели качества жизни. **Заключение.** Анализ отдаленных результатов оперативного вмешательства, с использованием синтетической сетчатых эксплантов, при гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы не выявил истинных анатомических рецидивов и осложнений со стороны пищевода.

Ключевые слова: лапароскопическая фундопликация, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Abstract

The problem of choosing the most optimal and effective surgical method for treating giant hiatic hernias still remains a point of discussion. **Purpose of study.** Post-hoc analysis of mid-term and late results of various types of antireflux surgery performed to treat giant hiatic hernias. Studied data and **methods of study:** we have studied results of post-surgery examination of 38 patients diagnosed with giant hiatic hernias, the said examination being performed at various time intervals after surgeries. The long-term results of surgical treatment were studied within 1-24 months after the operation. **Results.** All the patients underwent laparoscopic antireflux surgery. We found that the use of synthetic reinforcing materials in laparoscopic surgery for giant hiatic hernias does not have a significant impact on quality of life after surgery, but reduces the risk of relapse. **Conclusions.** In assessing the long-term results, this method is characterized by the absence of true anatomic recurrence and esophageal complications, at use of synthetic reinforcing materials and can be compared to standard techniques.

Key words: laparoscopic fundoplication, hiatus hernia, gastroesophageal reflux disease

Актуальность

Данные литературных источников указывают на увеличением числа больных, страдающих рефлюкс-эзофагитом и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) по всему миру [1-4]. Особый интерес представляет вопрос хирургического лечения гигантских ГПОД, встечающихся у 5-7% больных [3]. В хирургической практике, в качестве метода лечения данной патологии, используют различные виды фундопликаций [3-5]. По данным ряда авторов, частота послеоперационных рецидивов после лапароскопической коррекции гигантских ГПОД (грыжи с площадью поверхности пищеводного отверстия диафрагмы более 20 см²) составляет 25-40% [6]. Характерной особенностью этих операций, является то, что при вмешательстве наложение швов производится на уже разволокненные и подвергшиеся дегенерации диафрагмальные ножки. В результате чего ткани диафрагмы прорезываются и создаются условия для миграции ранее наложенной фундопликационной манжеты в заднее средостение, с формированием паразофагеальной грыжи или происходит рецидив патологии. Попытка же наложить швы на неизменные ткани, захватывая при этом как можно большие порции диафрагмальных ножек, может привести к стойкой послеоперационной дисфагии, в связи с чрезмерным сужением пищеводного отверстия диафрагмы [6]. В последнее время, широкое распространение в качестве альтернативы натяжным методам хирургического лечения гигантских ГПОД, получила пластика с использованием синтетических эндопротезов. По данным литературных источников, применение полимерных эксплантов, привело к выраженному снижению частоты послеоперационных рецидивов, и колеблется в пределах 5-15%. Анализ публикаций указывает на то, что вопрос выбора метода антирефлюксного вмешательства при лечении гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы и их осложнений, еще окончательно не решен [6]. Исследованию этого вопроса и посвящена данная работа.

Цель: провести ретроспективный анализ ранних и отдаленных результатов антирефлюксных коррекций, с использованием полимерных эндопротезов, при пластике гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 38 больных с гигантскими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, в период с 2007-2015годы. Среди исследуемых больных – женщин было 29 (76,3%), мужчин - 9 (23,7%). Возраст исследуемых колебался от 27 до 69лет.

По виду проведенного хирургического вмешательства, все пациенты были разделены на две группы – больные, после выполненной лапароскопической фундопликации по методике Тупе (1-я группа) – 21 пациент; и больные после выполненной лапароскопической фундопликации по Тупе в сочетании с пластикой пищевода отверстия диафрагмы синтетическим протезом (2-я группа) – 17 пациентов. Обе исследуемые группы пациентов были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания и сопутствующей соматической патологии.

Всем пациентам в стационаре выполнены – общеклинические анализы крови, круглосуточная рН-метрия, эзофагогастродуоденоскопия, полипозиционное рентгенологическое исследование пищевода с пассажем бария, УЗИ - исследование органов брюшной полости. Степень выраженности рефлюкс-эзофагита (РЭ) определялась при эндоскопическом исследовании по классификации Savary-Miller (1978г).

В качестве синтетического экспланта нами использовался монофиламентный композиционный (50% полипропилен, 50% монокрил) эндопротез «Ультрапро», фирмы «Ethicon». Для профилактики послеоперационной дисфагии в связи с чрезмерным сужением пищевода отверстия диафрагмы, наложение всех фундопликационных манжеток с криворрафией выполнялись после предварительного проведения назогастрального зонда. Всем больным оперативные вмешательства выполнены малоинвазивным способом. У большинства пациентов отмечено выраженное истончение ножек диафрагмы или практически полная их атрофия из-за дегенеративно-дистрофических нарушений тканей. Суть оперативного вмешательства заключалась в мобилизации, извлечении желудка из заднего средостения, с последующей пластикой пищевода отверстия диафрагмы сетчатым эндопротезом. Наложение фундопликационной манжетки, пациентам обеих исследуемых групп, производилось по методике Тупе. Наряду с этим, пациентам второй исследуемой группы, вмешательство дополнялось пластикой пищевода отверстия диафрагмы синтетическим эндопротезом, который фиксировался к ножкам диафрагмы 4-6 узловыми швами. С целью восстановления физиологических показателей угла Гиса и недопущения контакта экспланта с пищеводом, фундопликационная манжетка фиксировалась к диафрагме.

Для оценки динамики клинической симптоматики заболевания, влияния операции на образ жизни и самооценку результатов вмешательства, проведено анкетирование всех пациентов по шкале «Visick» (1948 г).

Статистическая обработка достоверности отличия непрерывных величин выполнена при помощи критерия Уилкоксона. Категориальные величины сопоставлены при помощи критерия Мак-Немара, программы StatSoft Statistica 6.0.

Результаты

По классификации Savary-Miller, рефлюкс-эзофагит I степени выявлен у 27 больных (71,0%), II ст.- у 9 больных (23,7%), III ст.- у 2 больных (5,3%). При рН-метрическом исследовании гиперацидное состояние – у 9 пациентов (23,7% больных), анацидное состояние зафиксировано у 3 человек (7,9% больных), гипоацидное – у 22 пациентов (57,9% больных), нормацидное – у 4 пациентов (10,5% больных). Признаки гастроэзофагеального рефлюкса отмечены у 32 исследуемых пациента (84,2%).

Летальных исходов после операций не было. Среднее время фиксации эндопротеза составило 30 минут (20-45). В послеоперационном периоде, у большей части больных в первые сутки после вмешательства диагностировано явление серозного плеврита, купированное самостоятельно на 2-5 сутки во обеих исследуемых группах пациентов. На вторые сутки после операции у 2 пациентов первой исследуемой группы (9,5%) и 1 пациента второй исследуемой группы (5,9%) выявлено повышение диастазы мочи и сывороточной амилазы в крови, диагностирован реактивный панкреатит. На фоне проводимой комплексной инфузионно-спазмолитической терапии отмечена нормализация показателей биохимии крови. При употреблении холодной и твердой пищи, на 3-5-е сутки после операции, у 2 пациентов первой исследуемой группы (9,5%), отмечено явление дисфагии. Купирована самостоятельно к концу первой недели после операции. У 1 пациента (4,8%) 1-й исследуемой группы сохраняющаяся дисфагия, потребовала назначения пероральных прокинетики (церукал, метоклопрамид, мотилиум) (таб.1).

Таблица 1. Сравнительный анализ течения раннего послеоперационного периода

Показатель	ЛФ по Тупе	ЛФ по Тупе + аллопластика
Длительность пребывания в стационаре, дни (M ± σ)	7,8 ± 1,4	8,2 ± 1,2
Длительность оперативного вмешательства, мин (M ± σ)	68 ± 12,9	105 ± 15,5
Панкреатит, n / %	2 / 9,5	1 / 5,9
Дисфагия, n / %	6 / 28,5	4 / 23,5
Дыхательные осложнения, n / %	16 / 76	12 / 70,5
Гастростаз, n / %	1 / 4,8	-
Острая кишечная непроходимость, n / %	-	-

Примечание: ЛФ - лапароскопическая фундопликация, M - среднее значение, σ - среднее квадратическое отклонение, n - абсолютное число

Таблица 2. Оценка результатов хирургического лечения больных по шкале Visick

	Шкала Visick (n / %)							
	Отлично		Хорошо		Удовл.		Неудовл.	
Операция	1-й год	2-й год	1-й год	2-й год	1-й год	2-й год	1-й год	2-й год
Фундопликация по Тупе	8 / 38	3 / 14,3	12 / 57,1	16 / 76,2	1 / 4,7	1 / 4,7	-	1 / 4,7
Фундопликация по Тупе, аллопластика	5 / 29,4	3 / 17,6	11 / 64,7	13 / 76,5	1 / 5,9	1 / 5,9	-	-

Примечание: n – абс. число пациентов

Через два года после антирефлюксных операций, нами выявлены клинические и инструментальные признаки рецидива ГПОД у 1 пациента первой исследуемой группы (4,8% больных). Данный факт подтвержден наличием специфической симптоматики, а также результатами инструментальных исследований (полипозиционное рентгенологическое исследование пищевода с пассажем бария, эзофагогастродуоденоскопия). Через 2 года, диспептические нарушения, в виде частой отрыжки воздухом и икоты, отмечены у 2 пациентов первой группы – 9,5% больных, что потребовало назначения ветрогонных препаратов и прокинетиков.

Оценка результатов хирургического вмешательства проводилась на основании анкетирования по шкале «Visick» (1948г.) (табл. 2).

Обсуждение

Проблема рефлюкс-эзофагита и гигантских ГПОД приобрела в последние годы особо острый характер в связи с высокой частотой встречаемости заболевания и негативным влиянием на показатели качества жизни человека [3,7,8]. По данным ряда авторов, при гигантских ГПОД обеспечить небольшой процент рецидивов, возможно только при использовании сетчатого экспланта [6].

К сожалению, в настоящее время четких рекомендаций по выбору метода лечения гигантских ГПОД не существует, а сама методика коррекции патологии, чаще всего зависит или состояния материально-технического обеспечения стационара или от личных предпочтений врача [3,8]. Однако, по нашему мнению, выбор метода хирургической коррекции гигантских ГПОД и рефлюкс-эзофагита, должен основываться на ряде критериев, суть которых сводится, с одной стороны, к возможности минимизировать количество послеоперационных осложнений, а с другой, гарантирует возможность полного устранения грыжи и рефлюкс-эзофагита. В этой связи, выбор адекватного метода хирургической коррекции гигантских ГПОД, является актуальным вопросом хирургии пищевода [3,6,7]. Нами прослежены результаты операции, пациентов с гигантскими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, на протяжении 24 месяцев. Судя по полученным результатам, частота функциональных рецидивов, в обеих исследуемых группах, сопоставима с результатами описанными в литературе [2,3,6].

Внедрение в клиническую практику ненапряжных методик пластики при хирургической коррекции гигантских ГПОД, привело к отсутствию анатомических рецидивов заболевания и пищеводных осложнений – рубцовой стриктуры пищевода или стойкой функциональной дисфагии. В этой связи, использование полимерных сетчатых эксплантов для коррекции гигантских грыж ПОД и рефлюкс-эзофагита, можно считать оправданным видом оперативного вмешательства.

Заключение

1. В соответствии с современными тенденциями развития медицины, использование видеоассистированных методов оперативного лечения ГПОД, является перспективным направлением в хирургии пищевода.
2. Внедрение синтетических сетчатых эндопротезов, при хирургической коррекции гигантских ГПОД и рефлюкс-эзофагите, характеризуется снижением частоты послеоперационных функциональных осложнений и отсутствием рецидива патологии, что позволяет считать аллопластику в сочетании с лапароскопической фундопликацией по Тупе, адекватным и эффективным методом лечения при гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.

Литература

1. Стародубцев В.А., Баулин В.А., Куприянов М.П. и др. Ближайшие и отдаленные эндоскопические результаты хирургического лечения ГЭРБ и ГПОД / Стародубцев В.А., Баулин В.А., Куприянов М.П., Лотникова Н.С., Белоусова И.В., Петрухин А.И. // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. -2012. - Т.7.- №1. – с. 125-126.
2. Сигал Е.И., Бурмистров М.В. Результаты лапароскопических операций грыжах пищеводного отверстия диафрагмы// *Анналы хирургия*. – 2004. - № 2. – с. 62-65.
3. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. – М.: Медпрактика, 2003. – с. 172.
4. Галимов О.В., Ханов В.О., Гаптракипов Э.Х. Новые технологии в хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *Хирургия*. – 2007. -№ 2. – с. 29-33.
5. Жерлов Г.К., Понтер В.Э., Кошель А.П. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита. // *Хирургия*. – 2004. - № 7. – с. 9-14.
6. Кубышкин В.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / В.А. Кубышкин, Б.С. Корняк. – М. 1999.- 189 с.
7. Вуколов А.В., Кубышкин В.А. Рефлюкс-эзофагит: терапия или хирургия / Вуколов А.В., Кубышкин В.А.// *Эндоскопическая хирургия*. – 1996. - №1. – с. 25-29.
8. Аллахвердян А.С. Анализ неудач и ошибок антирефлюксных операций / Аллахвердян А.С. // *Анналы хирургии*. – 2005. - №2. – с. 8-14.

References

1. V.A. Starodubtsev, V.A. Baulin, M.P. Kupriyanov, and others. Immediate and Long-Term Endoscopic Results of Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease and Gastroesophageal Hernias / V.A. Starodubtsev, V.A. Baulin, M.P. Kupriyanov, N.S. Lotnikova, I.V. Belousova, A.I. Petrukhin // *Anthology of A.V. Vishnevsky Surgery Institute*. -2012. - Т.7.- №1. – S. 125-126.
2. E.I. Sigal, M.V. Burmistrov. Results of Laparoscopic Surgeries of Gastroesophageal Hernia // *Surgery Annals*. – 2004. - № 2. – S. 62-65.
3. K.V. Puchkov, V.B. Filimonov. Gastroesophageal Hernias. – М.: Medpractica, 2003. – S. 172.
4. O.V. Galimov, V.O. Khanov, E.Kh. Gaptrakipov. New technologies in Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. // *Surgery*. – 2007. -№ 2. – S. 29-33.
5. G.K. Zherlov, V.E. Ponter, A.P. Koshel, and others. Surgical Treatment of Reflux Esophagitis. // *Surgery*. – 2004. - № 7. – S. 9-14.
6. V.A. Kubyshkin. Gastroesophageal Reflux Disease. /V.A. Kubyshkin, B.S. Korniak. – М. 1999.- 189s
7. A.V. Vukolov, V.A. Kubyshkin. Reflux Esophagitis: Therapy or Surgery. / A.V. Vukolov, V.A. Kubyshkin. // *Endoscopic Surgery*. – 1996. - №1. – S. 25-29.
8. A.S. Allakhverdian. Analysis of Failures and Errors during Antireflux Surgeries. / A.S. Allakhverdian. // *Surgery Annals*. – 2005. - №2. – P. 8-14.