

Література. 1. Романенко А.Е. Закрытые повреждения живота - К.: Здоров'я, 1985.- 208 с. 2. Королев М.П., Кутушев Ф.Х., Уракчев Ш.Х. Хирургическое лечение повреждений печени // Вестник хирургии.- 1996.- №5.- С. 53-55. 3. Мариев А.И. Хирургическое лечение закрытых повреждений и ренений печени.- Петрозаводск, 1983.- 69 с. 4. Урман М.Г. Лечебная тактика при травме печени / Критические состояния в хирургии. - Пермь, 1985.- С. 51-59.

SURGICAL MANAGEMENT OF COMBINED HEPATIC INJURIES

A.V. Alekseenko, V.U. Sokolov, A.O. Luste, O.V. Biluk

Abstract: The experience of the surgical treatment of hepatic injuries over a period from 1983 through 1999 has been generalised. The results of the treatment of 126 patients are presented. Out of the overall number 87 were with open injuries and 37 were with close blunt injury of the abdomen. All the patients were operated, reinfusion of autologous blood having been performed in 69 cases, the blood loss being 2:1 l on the average, the volume of reinfused blood being 1:2 on the average. In the main we performed suturing of the hepatic wounds, in some cases using the suture material DEXON type on atraumatic needles. The authors refused from hepatic wound tamponade by means of a flap of large omentum and considered it necessary to carry out alternative drainage of deep hepatic wounds using latex drains. The use of hyperbaric oxygenation is considered to be expedient at an early stage of the postoperative period with intraportal administration of antibiotics and hepatoprotectors.

Key words: damages of a liver, surgical treatment.

Bukovonian State Medical Academy (Chernivtsi)

УДК: 616.26:616.329]-007.43-089

О.В. Алексеєнко, В.Ю. Соколов, В.Б. Рева, О.О. Алексеєнко

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ШЛУНКОВО-СТРАВОХІДНОГО РЕФЛЮКСА ПРИ ПОЄДНАНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Кафедра госпітальної хірургії (зав. – проф. О.В. Алексеєнко)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. У статті наведені результати хірургічного лікування 101 хворого з різними поєднаннями захворювань (виразкова хвороба шлунка та ДПК, хронічний калькульозний холецистит, грижі черевної стінки) органів черевної порожнини, яким проводилась паралельно корекція шлунково-стравохідного рефлюкса (ШСР). У більшості випадків ШСР (84%) був обумовлений наявністю грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), у решті випадків – ускладненнями виразкової хвороби шлунка та стенозом вихідного відділу. У всіх випадках виконана корекція ШСР. При наявності ГСОД виконували авторську методику операції, яка включала задню крурорафію і антирефлюксну фундопексію. Віддалені результати вивчені протягом 7 років. У 99% випадків відзначений добрий результат при використанні поєднаних операцій. Ризик поєднаних операцій та післяопераційні ускладнення не мали суттєвих відмінностей.

Ключові слова: пептична виразка, хронічний калькульозний холецистит, хірургічна корекція шлунково-стравохідного рефлюкса.

Вступ. Проблема поєднаної патології органів черевної порожнини обумовлена складністю діагностики захворювань внутрішніх органів, коли симптоматика та перебіг хвороби набувають атипичних клінічних проявів, необхідністю виконання повторних операцій, що в значній мірі впливає на якість надання медичної допомоги та результати хірургічного лікування. За даними літератури, поєднання хірургічної патології зустрічається в 4,5 – 17% від загальної кількості оперованих хворих, при цьому слід зауважити, що в 35-50% випадків та чи інша патологія діагностується під час виконання оперативного втручання з іншого приводу [2,3,4]. Все це диктує необхідність ретельного субопераційного обстеження черевної порожнини і в разі несподіваної знахідки, потребує адекватної хірургічної корекції, що у свою чергу, вимагає відповідної кваліфікації хірурга.

Мета дослідження. Покращити лікування та узагальнити досвід хірургічної корекції шлунково-стравохідного рефлюкса при поєднаній патології органів черевної порожнини.

Матеріал та методи. В основу роботи покладений досвід лікування 101 хворого у віці 22-69 років із патологією органів черевної порожнини, яким виконані одномоментно декілька оперативних втручань з корекцією ШСР. В основній масі хворих ШСР був обумовлений ГСОД – 84%. У 12% випадків ШСР був спричинений виразковою хворобою 12-палої кишки з грубою деформацією вихідного відділу шлунка, та наявністю суб-, або декомпенсованого стенозу, 4% складали хворі з ШСР після холецистектомії, в яких мав місце злуковий процес підпечінкового простору, у тому числі, після лапароскопічних операцій. Всім хворим виконувався комплекс діагностичних обстежень, до якого входили: рентгеноскопія шлунка та стравоходу, фіброгастроскопія, рН-метрія, ультразвукова діагностика органів черевної порожнини, зондові проби Bernstein з метиленовим синім, та загальноклінічні лабораторно-біохімічні обстеження крові і сечі. Аналіз клінічного матеріалу показав, що рішення про виконання симультанних операцій у 22% випадків було прийняте під час лапаротомії з приводу основного захворювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами виявлена наступна супутня патологія: жовчокам'яна хвороба – у 32%, виразкова хвороба – у 22%, грижі передньої черевної стінки – у 8%, дивертикули нижньої третини стравоходу – у 2%, дивертикули ДПК – у 2%, лейоміома стравоходу – в 1%, апоплексія яєчника – в 1%, позаматкова вагітність – в 1%. По 1% були виконані операції мезосигмоплекції при доліхосигмі та резекції легені з приводу раку в поєднанні з ГСОД та ШСР. Слід наголосити, що в 17% хворих ми спостерігали запальні захворювання бронхо-легеневої системи, як наслідок довготривалого рефлюкса. 27% хворих були оперовані раніше в різних лікувальних установах області, України та країн СНД з приводу ЖКХ, виразкової хвороби, патології статевих сфер в жінок, в яких не був своєчасно діагностований ШСР та ГСОД. Шість відсотків хворих оперовані з рецидивними ГСОД та ШСР.

Безперечно, що наявність поєднаної патології органів черевної порожнини в значній мірі вимагає збільшення об'єму оперативного втручання для повного радикалізму та підвищує ризик і можливість виникнення ускладнень післяопераційного періоду.

Хірургічну корекцію ШСР ми виконували в залежності від етіологічного фактора. У тих випадках, коли причиною ШСР була аксіальна ГСОД, ми користувались методом, спрямованим на ліквідацію грижі та антирефлюксною фундопексією [1]. У випадках, коли ШСР обумовлювався виразковим стенозом у пілоричній ділянці шлунка або злуковим процесом підпечінкового простору з порушенням прохідності на рівні дуодено-суюнального переходу, ми виконували резекцію шлунка за Більрот-І, або висічення виразки з пілоропластиком та СПВ, з корекцією ШСР пластиком по Дог. Для ліквідації дуоденостазу виконували операцію Стронга. У випадках резекції шлунка за Більрот ІІ, корекцію ШСР не проводили, у зв'язку з повною декомпресією кукси шлунка анастомозом за Гофмейстером-Фінстерером. Виконання антирефлюксних оперативних втручань при виразковій хворобі шлунка та ДПК суттєво покращує результати лікування при тому, що час для їх виконання складає 10-15 хв.

При наявності ЖКХ та ГСОД застосування традиційної холецистектомії суттєвим чином не впливає на перебіг основного оперативного втручання, значно покращує результати лікування, що особливо важливо при необхідності повторної лапаротомії у разі неповноцінного об'єму першої операції. Ускладнень, пов'язаних з виконанням симультанних операцій при ШСР не спостерігали, а якщо виникали традиційні ускладнення післяопераційного періоду, то вони не відрізнялись достовірно від аналогічних груп оперованих хворих.

Віддалені результати після оперативних втручань з приводу поєднаної патології вивчено у 82 хворих у строки від 6 міс до 7 років. У двох випадках при виконанні СПВ та задньої крурорафії при ГСОД без фундопексії спостерігали рецидив ШСР, який погіршував стан хворих. В абсолютній більшості хворих, оперованих з приводу ЖКХ, виразкової хвороби шлунка та ДПК, ГСОД з ШСР результати свідчили про повний клінічний ефект і оцінені як добрі.

Висновки.

1. Поєднана патологія при ГСОД із ШСР зустрічається в половині оперованих хворих, частіше спостерігається ЖКХ, виразкова хвороба.

2. Виконання симультанних операцій у цих хворих є необхідною умовою клінічного одужання.

3. При відповідній кваліфікації хірурга ризик виконання радикальних операцій при поєднаній патології органів черевної порожнини не перевищує ризик при аналогічних за об'ємом втручаннях, значно покращуючи результати хірургічного лікування.

Література. 1. *Алексеєнко А.В., Столяр В.Ф., Сєнютович Р.В. и др.* Наша модификация пластики при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы // *Вестн. хирургии.* - 1991. - № 7/8. - С. 108-112. 2. *Уткин В.В., Анишис Б.К.* Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. - Рига: Зинатне. - 1976. - 176 с. 3. *Шалимов А.А., Шалимов С.А., Кондратенко П.Н. и др.* Хирургическое лечение больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // *Клин. хирургия.* - 1982. - № 9. - С. 65-66. 4. *Allison P.R.* Reflux oesophagitis sliding hiatal hernia and anatomy of repair // *Surg. Gyn. Obst.* - 1951. - Vol. 92. - P. 419-431.

SURGICAL CORRECTION OF GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX IN PATIENTS WITH COMBINED PATHOLOGY

A.V. Alekseienko, V.U. Sokolov, V.B. Reva, A.A. Alekseienko

Abstract. The results of surgical treatment of 101 patients with different combinations of diseases (ulcer of the stomach and DP, chronic calculous cholecystitis, hernias of the abdominal wall) of the organs of the abdominal cavity are adduced in the paper. At the same time the said patient underwent a correction of the gastro-esophageal reflux (GER). In the majority of cases GER (84%) was done to the presence of hernia of the esophageal diaphragm opening (HEDO), in the result of the cases to complications of peptic ulcer of the stomach with the presence of stenosis of the pyloric portion correction of the gastro-esophageal reflux was performed in all the cases. In the presence of HEDO the author's own technique was performed which included posterior crurographia and antireflux fundopexy. Remote results were studied over a period of 7 years. A positive result was achieved in 99% of the patients in case of simultaneous operations. The risk of combined operations and postoperative complications did not differ considerably.

Key words: peptic ulcer, chronic calculous cholecystitis, surgical correction of a gastro-esophageal reflux.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
