

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

О. П. Дмитренко

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

SURGICAL TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

O. P. Dmytrenko

З а останні роки структура непухлинних захворювань органів травного каналу значно змінилася. ГЕРХ посідає лідируючу позицію, змістивши на друге місце виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки. За даними численних епідеміологічних досліджень, поширення ГЕРХ стабільно високе протягом останніх десятиліть з тенденцією до збільшення. Частота виявлення ГЕРХ максимальна у США, становить 53,6%, найменша в країнах Азії — від 2,5 до 18,3%, мінімальна в Китаї — 2,5% [1 — 3]. Прогресування захворювання у 2—7% пацієнтів спричиняє формування виразки стравоходу, у 4 — 20% — пептичної стриктури стравоходу, у 7% — стравоходу Барретта, що є облігатним передраковим станом і підвищує щороку ризик утворення аденокарциноми стравоходу в 0,12 разу [4, 5].

Надії на використання інгібіторів протонної помпи (ІПП) у лікуванні пацієнтів з приводу ГЕРХ не справдилися, у 42 — 48% хворих консервативна терапія з застосуванням ІПП виявилася неефективною, тільки у 5% хворих вдалося усунути естраезофагеальні прояви. Поряд з тим, за постійного використання ІПП підвищується ризик виникнення захворювань серцево-судинної системи, серцевої смертності, переломів кісток, пневмонії, кишкових інфекцій, гострого інтерстиціального нефриту [6 — 8].

З впровадженням лапароскопічних технологій стало можливим виконання оперативних втручань на стравохідно-шлунковому переході. Лапароскопічні антирефлюксні оперативні втручання менш травма-

Реферат

Наведені результати оперативного лікування 136 пацієнтів з приводу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) в клініці за період з 2005 по 2015 р. На підставі поглибленого порівняльного аналізу особливостей перебігу раннього післяопераційного періоду доведена ефективність та менша травматичність мініінвазивного втручання, про що свідчили менша тривалість подовженої штучної вентиляції легень (ШВЛ), менші дози препаратів для наркозу, нормалізація систолічного артеріального тиску (САТ), частоти дихання (ЧД) у строки до 12 год після втручання, менша інтенсивність болю (за візуальною аналоговою шкалою — ВАШ), менші дози та кратність застосування наркотичних анагетиків, раннє відновлення перистальтики кишечника та активізації пацієнтів.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба; грижа стравохідного отвору діафрагми; лапароскопічні антирефлюксні оперативні втручання; фундоплікація; круорографія.

Abstract

Results of operative treatment of 136 patients in 2005—2015 yrs, suffering gastroesophageal reflux disease, are presented. Basing on the deepened comparative analysis of the early postoperative period course peculiarities, the efficacy and lesser traumaticity of miniinvasive intervention was proved, concerning lesser duration of pulmonary artificial ventilation, lesser doses of preparations for narcosis, a systolic arterial pressure normalization, as well as the respiration rate up to 12 h postoperatively, lesser intensity of pain (in accordance to the visual analogue scale), lesser doses and quantity of application of narcotic analgetics, early restoration of intestinal peristalsis and the patients activity.

Key words: gastroesophageal reflux disease; hiatal hernia; laparoscopic antireflux surgery; fundoplication; crurography.

тичні, забезпечують досягнення хороших результатів у 88,5— 94% хворих у строки спостереження, понад 10 років [9, 10].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати обстеження й хірургічного лікування 136 пацієнтів, госпіталізованих з приводу ГЕРХ в клініку в період з 2005 по 2015 р. Проведений порівняльний аналіз результатів антирефлюксних оперативних втручань, виконаних з використанням лапароскопічного та відкритого способів. Лапароскопічні втручання здійснені у 93 хворих (основана група), лапаротомні — у 43 (контрольна

група). Тривалість захворювання становила у середньому $(50,9 \pm 13,5)$ міс. У 81 (70%) пацієнта тривалість захворювання 2 — 10 років, у 55 (40,4%) — скарги турбували понад 5 років.

Жінок — 81 (59,6%), чоловіків — 55 (40,4%). Вік хворих від 20 до 73 років, у середньому $(47,3 \pm 7,6)$ року. Найбільша захворюваність відзначена у пацієнтів віком від 31 до 60 років.

Індекс маси тіла хворих від 16 до 35 кг/м², у середньому $(28,9 \pm 2,95)$ кг/м² — в основній та $(29,2 \pm 4,7)$ кг/м² — у контрольній групі.

Найбільш частою скаргою була печія, яку відзначали 75 (55,1%) пацієнтів, біль у надчеревній ділянці

— 39 (28,7%) та за грудниною — 34 (25%). Дисфагія виявлена у 32 (23,5%) хворих, регургітація — у 29 (21,3%), відрижка — у 25 (18,4%). У 39 (28,7%) хворих спостерігали позастраховідні ознаки, у 13 (12,9%) з них основною скаргою були задишка та кашель.

Ендоскопічно неідентифікована форма ГЕРХ відзначена у 73 (53,7%) пацієнтів. У 10 (7,4%) хворих виявлені такі ускладнення, як виразка та стриктура стравоходу, стравохід Барретта. У структурі рефлюкс—езофагіту найбільш часто виявляли рефлюкс—езофагіт LA—C (за Лос—Анджелеською класифікацією) — у 26 (19,1%) хворих.

У 130 (95,5%) пацієнтів ГЕРХ відзначали на тлі грижи стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), у 6 (4,4%) — вона була асоційована з первинною недостатністю нижнього стравохідного сфінктера (НСС).

Добовий рН—моніторинг проведений у 87 (64,0%) пацієнтів. В усіх діагностований патологічний шлунково—стравохідний рефлюкс, індекс DeMeester становив від 42,25 до 138,51, у середньому $79,69 \pm 7,36$.

Манометрія стравоходу проведена у 95 (69,9%) пацієнтів. У 9 (6,6%) з них тиск у НСС був у межах норми (15 — 20 мм рт. ст.), у решти — був значно знижений — у середньому ($8,44 \pm 0,97$) мм рт. ст. Довжина НСС становила у середньому ($1,2 \pm 0,6$) см.

Всі пацієнти оперовані в клініці з приводу ГЕРХ, до операції їм проводили консервативне лікування з застосуванням ІПП тривалістю не менше 3 міс.

Всі хворі оперовані у плановому порядку. Під час оперативного втручання здійснювали фундоплікацію, яку при необхідності доповнювали хіатопластиком з застосуванням місцевих тканин або синтетичних матеріалів.

З використанням лапароскопічного способу передня крурорафія виконана у 3 (3,2%) хворих, задня — у 88 (94,6%), з них у 7 (7,5%) — з застосуванням тефлонових прокладок. У 2 (2,2%) пацієнтів при неможливості здійснення крурорафії під час хіатопластики імплантований

синтетичний протез (поліпропіленова сітка). Повна лапароскопічна фундоплікація виконана у 83 (89,2%) хворих. При порушенні моторики стравоходу за гіпомоторним типом за даними манометрії і рН—метрії часткова задня фундоплікація за Тупе виконана у 10 (10,8%) хворих.

Під час відкритих оперативних антирефлюксних втручань ніжки діафрагми не зшивали у 2 (4,6%) пацієнтів. Передня крурорафія виконана у 3 (7,0%) пацієнтів, задня — у 38 (88,3%). Повна фундоплікація здійснена у 35 (81,4%) пацієнтів, часткова задня фундоплікація за Тупе — у 8 (18,6%).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість оперативного втручання в обох групах достовірно не різнилась ($p > 0,05$) і становила ($256,9 \pm 80,3$) хв — в основній групі, ($242,2 \pm 45,6$) хв — у контрольній. Крововтрата під час лапароскопічних оперативних втручань була менше — ($147,8 \pm 44,9$) мл, при відкритому доступі — ($241,9 \pm 66,2$) мл ($p < 0,05$).

Тривалість продовженої ШВЛ в основній групі була меншою — ($45,4 \pm 61,7$) хв, ніж у контрольній — ($256,9 \pm 80,3$) хв ($p < 0,05$).

У хворих основної групи ЧД була достовірно меншою — 20 — 26 за 1 хв, ніж у хворих контрольної групи — 25 — 30 за 1 хв ($p = 0,001$). ЧД зменшувалася протягом 6 год у пацієнтів основної групи, в контрольній групі протягом 12 год після операції ЧД залишалася високою.

Систолічний (САТ) і діастолічний (ДАТ) артеріальний тиск у хворих був підвищений у перші 3 год після операції. У подальшому відзначали тенденцію до його зниження у хворих основної групи, через 9 год ці показники нормалізувалися. У пацієнтів контрольної групи САТ і ДАТ були вище норми протягом 12 год після операції, їх нормалізація була більш тривалою.

Протягом 6 год ці показники в обох групах достовірно не різнилися, при подальшому моніторингу відзначена їх достовірна різниця ($p = 0,01$).

У пацієнтів контрольної групи інтенсивність і тривалість больового синдрому були значно більші, ніж у пацієнтів основної групи. У хворих, оперованих з використанням лапароскопічного методу, показник ВАШ становив 42 — 47 мм у положенні лежачи без достовірної тенденції до збільшення під час рухової активності. На 2—гу і 3—тю добу цей показник зменшувався до 24 — 36 мм і істотно не різнився при зміні положення тіла. У хворих контрольної групи протягом 2 діб показник ВАШ значно перевищував такий у пацієнтів основної групи і становив 57 — 68 мм, тенденцію до його зменшення відзначали з 3—ї доби після операції. Під час рухової активності він збільшувався до 79 мм.

Більш ніж 50% пацієнтів, оперованих з використанням відкритого доступу, було потрібне призначення наркотичних анагетиків протягом 3 діб, в основній групі тільки 3 (3,2%) хворим призначали ці препарати протягом 1—ї доби. Хворим основної групи знеболювальні наркотичні препарати призначали не більше одного разу на добу; хворим контрольної групи — сильнодіючі анагетики у 1—шу добу у середньому ($2,67 \pm 0,30$) разу, на 2—гу і 3—тю добу — відповідно ($2,00 \pm 0,25$) і ($1,53 \pm 0,28$) разу.

Після операції пацієнтів основної групи активізували вдвічі швидше, ніж хворих контрольної групи, у середньому відповідно через ($1,1 \pm 0,3$) та ($2,2 \pm 0,7$) доби. Нормалізацію перистальтики кишечника спостерігали у середньому через ($2,0 \pm 0,6$) і ($2,7 \pm 0,7$) доби. У 24 (61,54%) хворих контрольної групи перистальтика нормалізувалася через 3 — 4 доби після операції, у 26 (63,41%) пацієнтів основної групи — на 2—гу добу.

У 1—шу добу та впродовж раннього післяопераційного періоду хворі обох груп відзначали відсутність типових симптомів гастроезофагального рефлюксу, печії, регургітації, відрижки. Приступів задишки не було, кашель періодично виникав у 3 хворих, проте, був менш інтенсивним. В одного хворого збереглися ознаки порушення діяльності

серця, у решти хворих протягом періоду спостереження їх не було.

Дисфагію в ранньому післяопераційному періоді спостерігали у 9 (9,7%) пацієнтів основної групи та у 6 (14,0%) — контрольної, по даних рентгенологічного контролю порушення пасажу вмісту по стравоходу відзначали лише у 2 (4,7%) пацієнтів контрольної групи (затримка контрастної речовини на рівні фундоплікаційної манжети тривалістю понад 5 хв). До моменту виписування ці симптоми зникли самостійно, крім порушення прохідності вмісту по стравоходу в одного хворого контрольної групи, що зберігалися протягом усього післяопераційного періоду.

Пошкодження стравоходу та гнійно-септичних ускладнень у пацієнтів обох груп не спостерігали, всі пацієнти живі. Для лапароскопічних втручань більш характерні інтраопераційні ускладнення, зокрема, кровотеча з коротких судин шлунка — в 1 (1,1%) хворого, травматичне пошкодження печінки — в 1 (1,1%), лівобічний пневмоторакс — у 3 (3,2%), що стало причиною конверсії у 2 з них. Слід наголосити, що інтраопераційні ускладнення в основному спостерігали в період освоєння методики лапароскопічних втручань. Після відкритих втручань пневмонія виникла у 3 (7%) хворих, емпіричний плеврит — у 6 (14%), порушення коронарного кровообігу — у 2 (4,7%).

Віддалені результати оперативного лікування пацієнтів з приводу ГЕРХ вивчені у строки спостереження 5 років і більше.

Рецидив захворювання виник у 4 (4,3%) пацієнтів основної групи та у 3 (7%) — контрольної через 2 роки після оперативного втручання. Пацієнти знов почали застосовувати ІПП, проте, у менших дозах і кратності, ніж до операції. Незважаючи на виникнення рецидиву ГЕРХ, якість життя пацієнтів була кращою, ніж до операції, в цілому пацієнти задоволені результатами лікування.

Дані за опитувальником GERD—HRQL у строки спостереження понад 5 років практично не відрізнялися від таких через 3 і 4 роки: в основній групі — $(15,3 \pm 0,8)$ бала, у контрольній — $(16,3 \pm 0,7)$ бала ($p < 0,05$).

Індекс DeMeester становив $10,53 \pm 0,92$ — у хворих основної групи, $9,94 \pm 1,06$ — контрольної. У середньому тиск над НСС у хворих контрольної групи становив $(28,84 \pm 4,10)$ мм рт.ст., основної — $(29,80 \pm 6,80)$ мм рт.ст. ($p < 0,05$); довжина НСС — відповідно $(4,7 \pm 1,2)$ і $(4,5 \pm 1,6)$ см ($p < 0,05$). Специфічні постфундоплікаційні скарги (дисфагія, здуття живота) відзначали у пацієнтів обох груп у строки спостереження до 6 міс після повної фундоплікації, проте, вони не впливали на якість життя пацієнтів. Аналізуючи причини виникнення рецидиву ГЕРХ, слід відзначити, що у 2

пацієнтів це пов'язане з наявністю ГСОД з коротким стравоходом, в однієї пацієнтки — з порушенням режиму харчування. Незважаючи на незадовільні результати (рецидив ГЕРХ), якість життя цих пацієнтів краща, ніж до операції.

ВИСНОВКИ

1. Лапароскопічна фундоплікація є ефективним методом лікування пацієнтів з приводу ГЕРХ, що дозволило нормалізувати індекс DeMeester, підвищити тиск над НСС, нормалізувати стан слизової оболонки стравохідно—шлункового переходу, досягти хороших і задовільних результатів у 97% хворих у строки спостереження 4 роки і більше.

2. Лапароскопічні оперативні втручання на стравохідно—шлунковому переході менш травматичні, про що свідчить менша інтраопераційна крововтрата, кількість використаних препаратів для наркозу, тривалість продовженої ШВЛ, відновлення вітальних функцій організму.

3. Аналіз тривалості захворювання в основній і контрольній групах свідчив, що пацієнти швидше погоджувалися на лапароскопічне оперативне втручання, ніж на відкриті.

ЛІТЕРАТУРА

- Hye—Kyung Jung. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Asia: A systematic review / Hye—Kyung Jung // J. Neurogastroenterol. Motil. — 2011. — Vol. 17, N 1. — P. 14 — 27.
- Prevalence of uninvestigated dyspepsia and gastroesophageal reflux disease in Korea: a population—based study using the Rome III criteria / B. H. Min, K. C. Huh, H. K. Jung [et al.] // Dig. Dis. Sci. — 2014. — Vol. 59, N 1. — P. 2721 — 2729.
- Overdiagnosis of gastro—esophageal reflux disease and underdiagnosis of functional dyspepsia in a USA community / C. Pleyer, H. Bittner, G. R. Locke [et al.] // J. Neurogastroenterol. Motil. — 2014. — Vol. 26, N 8. — P. 1163 — 1171.
- Long—term complications to reflux disease in community practice. A 17—year cohort study of 4706 patients / F. Hvid—Jensen, L. Pedersen, E. M. Munk [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. — 2011. — Vol. 46, N 10. — P. 1179 — 1186.
- Prevalence of complicated gastroesophageal reflux disease and Barrett's esophagus among racial groups in a multi—center consortium / A. Wang, N. C. Mattek, J. L. Holub [et al.] // Dig. Dis. Sci. — 2009. — Vol. 54. — P. 964 — 971.
- Moraes—Filho J. P. Refractory gastroesophageal reflux disease / J. P. Moraes—Filho // Arq. Gastroenterol. — 2012. — Vol. 49, N 4. — P. 296 — 301.
- Proton pump inhibitor usage and the risk of myocardial infarction in the general population / N. H. Shah, P. LePendou, A. Bauer—Mehren [et al.] // PLoS One. — 2015. — Vol. 10, N 6. — P. 1 — 16.
- Madanick R. D. Proton pump inhibitor side effects and drug interactions: much ado about nothing? / R. D. Madanick // Cleve. Clin. J. Med. — 2011. — Vol. 78, N 1. — P. 39 — 49.
- 20 years later: laparoscopic fundoplication durability / B. Robinson, C. M. Dunst, M. A. Cassera [et al.] // Surg. Endosc. — 2015. — Vol. 29, N 9. — P. 2520 — 2524.
- Meta—analysis of laparoscopic Nissen and Toupet fundoplication for gastro—oesophageal reflux disease / H. X. Du, G. W. Tan, Z. L. Yang, Z. G. Wang // Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. — 2012. — Vol. 15, N 8. — P. 814 — 818.