УДК 616.329–007.43+616.26]–089.12–089.168

КЛЮЧОВІ ЧИННИКИ УСПІХУ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА ГРИЖІ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

А. Р. Стасишин

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

THE KEY CAUSES OF SUCCESS OF VIDEOLAPAROSCOPIC OPERATIONS FOR GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND HIATAL HERNIA

A. R. Stasyshyn

Lviv National Medical University named after Danylo Galytskyi

Реферат

Проаналізовані результати оперативного лікування 168 пацієнтів з приводу гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) в клініці хірургії та ендоскопії в період з 2007 по 2016 р. Ключовими чинниками успіху операцій з приводу ГЕРХ та ГСОД вважали: криву навчання хірургів, вибір методу фундоплікації та крурорафії, передопераційну комплаєнтність хворого до антисекреторних препаратів, частоту післяопераційних ускладнень, психічний стан пацієнта, атипові симптоми, функцію стравоходу, тип рефлюксу. Стандартизація втручання забезпечила хороші показники післяопераційного прогнозу, зокрема, частота конверсії становила 0,6%, післяопераційних ускладнень — 3%, тривалість лікування хворого у стаціонарі після операції — у середньому 3 дні.

Ключові слова: грижа стравохідного отвору діафрагми; гастроезофагеальна рефлюксна хвороба; відеолапароскопічні операції.

Abstract

Results of operative treatment of 168 patients, suffering hiatal hernia and gastroesophageal reflux disease, in Clinic of Surgery and Endoscopy in 2007 — 2016 yrs, were analyzed. The key causes for the operation success, performed for hiatal hernia; gastroesophageal reflux disease were considered: the surgeons' learning curve, choice of method of fundoplication and crurorafy, preoperative compliance of the patient to antisecretory preparations, rate of postoperative morbidity, psychological state of the patient, atypical symptoms, esophageal function and the reflux type present. Standardization of intervention maintenance the good intervention maintenance the good indexes of postonerative prognosis, including, the conversion rate — 0.6%, postoperative morbidity — 3%, duration of postoperative stationary treatment — 3 days at average.

Keywords: hiatal hernia; gastroesophageal reflux disease; videolaparoscopic operation.

Показаннями до хірургічного втручання з приводу ГЕРХ за умови підтвердження діагнозу об'єктивними методами є: неефективність консервативного лікування (неадекватний контроль симптомів, виражена регургітація, побічні реакції на препарати); необхідність довічної фармакотерапії, незважаючи на успішне консервативне лікування; ускладнення ГЕРХ (стравохід Барретта, пептична стриктура стравоходу, кровотеча); позастравохідні прояви захворювання (бронхіальна астма, кашель, біль у грудях); поєднання з ГСОД інших видів грижі (ковзної II, III ступеня, параезофагеальної, змішаних). Співіснування стравоходу Барретта і симптомів шлунково—стравохідного рефлюксу вважають показанням до виконання антирефлюксного хірургічного втручання. Роль цього рефлюксу за безсимптомного стравоходу Барретта суперечлива [1, 2].

Ефективність хірургічного лікування пацієнтів з приводу ГСОД та ГЕРХ становить 62 — 97%, у віддаленому періоді (спостереження понад 5 років) — 80 — 96%. Якість життя пацієнтів достовірно поліпшується після антирефлюксних лапароскопічних операцій за даними як коротко—, так довготермінових досліджень, включаючи загальні та специфічні огляди [3].

Частота ускладнень після антирефлюксного втручання залежить від досвіду хірурга, застосованого методу, адекватності ведення пацієнта після операції. Частота конверсії у відкритий доступ при лапароскопічному антирефлюксному втручанні становить 0,5 — 24%, проте, у більшості великих клінічних центрів цей показник не перевищує 2,4% [4].

Специфічні інтраопераційні ускладнення включають перфорацію шлунка та стравоходу, пневмоторакс, ушкодження блукаючого нерва (n. vagus). Частота перфорації шлунка, залежно від методу і досвіду хірурга, становить 1 — 4%, хоча деякі автори відзначали її відсутність у серіях з 50 пацієнтів. Найбільшу (4%) частоту перфорації шлунка спостерігали при повторній фундоплікації. Інші автори, які вивчали результати антирефлюксних лапароскопічних втручань, зокрема, торакоскопічних, повідомляли про

більшу частоту перфорації шлунка і стравоходу (6,7 — 9,1%). Тривалість операції залежить від застосованого методу і становить від 49 до 210 хв. Крива навчання асоціюється з поліпшенням показників тривалості операції за збільшення частоти її виконання. Тривалість лікування пацієнтів у стаціонарі після лапароскопічного антирефлюксного втручання 1 — 4 дні [5, 6].

Гнійно—септичні ускладнення включають ранову інфекцію (частота виникнення 0,2 — 3,1%) і післяопераційну грижу (0,17 — 9%). Частота виконання повторних хірургічних втручань залежить від методу, показань, тривалості спостереження і становить від 0 до 15% [7].

До ключових чинників успіху операцій з приводу ГЕРХ та ГСОД належать: крива навчання хірургів, вибір методу фундоплікації та крурорафії, передопераційна комплаєнтність хворого до антисекреторних препаратів, післяопераційні ускладнення, психічний стан пацієнта, атипові симптоми, функція стравоходу, тип рефлюксу [6].

Мета дослідження: проаналізувати ключові чинники успіху відеолапароскопічних операцій з приводу ГЕРХ та ГСОД.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати оперативного лікування 168 пацієнтів з приводу ГЕРХ та ГСОД у клініці хірургії та ендоскопії в період з 2007 по 2016 р. Чоловіків було 92, жінок — 76. Вік пацієнтів від 24 до 77 років, у середньому (49 ± 6,1) року. Аналізували фактори успіху операцій, інтра— та постопераційні ускладнення.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оскільки вибір методу антирефюксної операції оснований на аналізі анатомічних особливостей і досвіді хірурга, цей підхід зазнав критики у літературі через відсутність стандартизації, на підставі чого складно порівнювати прогностичні показники. Відповідно до рекомендацій консенсусу Товариства американських абдомінальних та ендоскопічних хірургів (SAGES) [8], ми застосовували такі етапи операції: а) розкриття діафрагмально—стравохідної зв'язки зліва направо; б) збереження печінкової гілки переднього блукаючого стовбура; в) виділення обох ніжок діафрагми; г) мобілізацію не менше 3 см черевної частини стравоходу через його отвір в діафрагмі; д) лігування коротких судин дна шлунка з метою створення манжети; е) задню крурорафію з використанням шовного матеріалу, що не розсмоктується; є) створення манжети розміром 1,5 — 2 см, причому, найбільш дистальний шов включав передню м'язову стінку стравоходу; ж) встановлення калібрувального зонда в момент формування манжети. Така стандартизація забезпечила хороші показники прогнозу після операції, зокрема, частота конверсії становила 0,6%, післяопераційних ускладнень — 3%, тривалість лікування хворих у стаціонарі після операції у середньому 3 дні.

Параметри кривої навчання: відеолапароскопічні антирефлюксні втручання виконували досвідчені хірурги у складі однієї операційної бригади. Встановлено, що частота операційних невдач, ускладнень, повторних операцій, тривалість лікування хворого в клініці були достовірно більші у менш досвідчених хірургів. З метою мінімізації ускладнень хірург виконував під зовнішнім наглядом перші 15 антирефлюксних лапароскопічних втручань. Разом з тим, хороших результатів молоді хірурги досягали після відповідного стажування з відеолапароскопічної хірургії за рубежем.

У 122 (72,6 %) хворих виконано відеолапароскопічну задню крурорафію і фундоплікацію за Ніссеном, в 11 (6,6%) — фундоплікацію за Тупе, у 35 (20,8%) — власну модифікацію операції (пат. України 59772). ГСОД діагностована у 155 (92,3%) хворих. За результатами наших досліджень, часткова фундоплікація пов'язана з меншою частотою виникнення дисфагії після операції, виконання повторних втручань, меншою ефективністю щодо контролю ГЕРХ у порівнянні з повною фундоплікацією через 5 років після операції. Достовірно більша частота дисфагії, здуття живота, метеоризму відзначена після повної фундоплікації, ніж після часткової.

У пацієнтів, які ретельно дотримували режиму фармакотерапії з використанням інгібіторів протонної помпи перед втручанням з приводу ГЕРХ, був достовірно вищий індекс якості життя у порівнянні з тими, які були некомплаєнтними до лікування перед операцією. У хворих віком старше 65 років результат лікування був відмінний у 90% спостережень у порівнянні з молодими. Вік достовірно не впливав на наслідки антирефлюксної операції, крім тенденції до більш тривалого лікування у стаціонарі після операції (у середньому 5 днів).

З інтраопераційних ускладнень ушкодження селезінки з кровотечею виявлене у 4 (2,38%) пацієнтів; після операції пневмоторакс виник у 5 (2,98%) хворих. Раптове підвищення внутрішньочеревного тиску в ранньому післяопераційному періоді може спричинити анатомічну недостатність при фундоплікації. Зригування, блювання в ранньому післяопераційному періоді також сприяють анатомічній недостатності і є підставою для хірургічної корекції [9]. ГСОД розміром понад 5 см під час першої операції є предиктором анатомічної недостатності. Міграцію антирефлюсної манжети, післяопераційних гнійно—септичних чи тромбоемболічних ускладнень не спостерігали.

Частота дисфагії і вираженого здуття живота після операції була достовірно більша у пацієнтів за наявності депресії у порівнянні з такою у контрольній групі. Помірна дисфагія виявлена у 6 (3,57%) хворих через 1 міс після операції, в 1 (0,59%) — через 12 міс. За часткової фундоплікації у хворих при депресії прогноз кращий, ніж за фундоплікації 360° внаслідок меншої частоти дисфагії і метеоризму після операції.

У пацієнтів за атипових симптомів ГЕРХ (біль у грудях, бронхіальна астма, хронічний кашель, хриплість голосу, середній отит, втрата

зубної емалі, рецидивуюча пневмонія, хронічний бронхіт) результати фундоплікації гірші, ніж за типових клінічних проявів.

У пацієнтів при рефлюксі у положенні тіла стоячи поведінка, асоційована з цим станом, включаючи аерофагію, регургітацію, диспепсію, була більш дезадаптованою, ніж у хворих за типового рефлюксу у положенні лежачи. Відеолапароскопічна фундоплікація за Ніссеном ефективна незалежно від типу рефлюксу.

ВИСНОВКИ

1. Здійснення повної фундоплікації забезпечує кращий контроль ГЕРХ, ніж часткової, через 5 років після операції. Достовірно меншу частоту дисфагії, здуття живота, метеоризму спостерігали за часткової фундоплікації, ніж за повної.

2. З метою мінімізації ускладнень хірург має виконувати під зовнішнім наглядом перші 15 антирефлюксних лапароскопічних втручань.

3. Слід уникати зригування, блювання в ранньому післяопераційному періоді, що спричиняє анатомічну недостатність і є підставою для хірургічної корекції.

4. Відеолапароскопічне антирефлюксне втручання ефективне у відновленні механічного бар'єру рефлюксу, воно безпечне, сприяє поліпшенню якості життя пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. The effect of antireflux surgery on esophageal carcinogenesis in patients with Barrett esophagus: a systematic review / E. Y. Chang, C. D. Morris, A. K. Seltman [et al.] // Ann. Surg. — 2007. — Vol. 246. — P. 11 — 21.
2. Laparoscopic Nissen fundoplication offers high patient satisfaction with relief of extraesophageal symptoms of gastroesophageal reflux disease / S. Rakita, D. Villadolid, A. Thomas [et al.] // Am. Surg. — 2006. — Vol. 72. — P. 207 — 212.
3. Laparoscopic antireflux surgery: long—term outcomes and quality of life / R. Rosenthal, R. Peterli, M. O. Guenin [et al.] // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. — 2006. — Vol. 16. — P. 557 — 561.
4. A randomized controlled trial of laparoscopic Nissen fundoplication versus proton pump inhibitors for treatment of patients with chronic gastroesophageal reflux disease: One—year follow—up / M. Anvari, C. Allen, J. Marshall [et al.] // Surg. Innov. — 2006. — Vol. 13. — P. 238 — 249.
5. Champion J. K. Thoracoscopic Belsey fundoplication with 5—year outcomes / J. K. Champion // Surg. Endosc. — 2003. — Vol. 17. — P. 1212 — 1215.
6. Guidelines for surgical treatment of gastroesophageal reflux disease / S. Dimitrios, W. W. Hope, G. P. Kohn [et al.] // Practice/Clinical Guidelines published by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). — 2010.
7. Laparoscopic fundoplication: a 10—year learning curve / D. Zacharoulis, C. J. O'Boyle, P. C. Sedman [et al.] // Surg. Endosc. — 2006. — Vol. 20. — P. 1662 — 1670.
8. Standardization of surgical technique in antireflux surgery: the LOTUS Trial experience / S. E. Attwood, L. Lundell, C. Ell [et al.] // World J. Surg. — 2008. — Vol. 32. — P. 995 — 998.
9. Assessment of diaphragmatic stressors as risk factors for symptomatic failure of laparoscopic Nissen fundoplication / A. Iqbal, G. V. Kakarlapudi, Z. T. Awad [et al.] // J. Gastrointest. Surg. — 2006. — Vol. 10. — P. 12 — 21.