

РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ МІОТОМІЇ ТА ПЕРЕДНЬОЇ ПАРЦІАЛЬНОЇ ФУНДОПЛІКАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ

Усенко О. Ю., Тивончук О. С., Лаврик А. С., Згонщик А. Ю.

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

Проаналізований 10-річний досвід лапароскопічної міотомії у 100 хворих на ахалазію кардії. Встановлено, що езофагокардіоміотомія в поєднанні з парціальною розширюючою фундоплікацією дозволяє отримати хороші віддалені результати у 97% хворих. Застосування лапароскопічного методу дозволяє зберегти всі переваги мініінвазивного доступу і є співставимим по ефективності з відкритим доступом.

Ключові слова: ахалазія кардії, хірургічне лікування, лапароскопічна езофагокардіоміотомія, лапароскопічна передня фундоплікація, віддалені результати.

Впровадження лапароскопічного методу в клінічну практику здійснило переворот в лікуванні ахалазії кардії (АК). З 1991 року, після першого успішного виконання, розпочався етап широкого застосування лапароскопічної міотомії та фундоплікації для лікування АК (А. Cuschieri) [1].

Ендохірургічна езофагокардіоміотомія значно скоротила післяопераційний період, споживання наркотичних анальгетиків і період відновлення працездатності. Ефективність лапароскопічного втручання виявилася зіставимою із відкритою операцією: відмінні результати були отримані у більше 95% хворих. У доступній сучасній літературі не описано випадків летального результату в інтраопераційному і післяопераційному періоді, що говорить про хорошу переносимість процедури [7, 8]. На даний час більшість авторів вважають необхідним виконання фундоплікації після проведення міотомії, при цьому повна фундоплікація призводить до гірших результатів ніж парціальна і найбільш широке застосування дістала передня фундоплікація [4–6]. В Національному інституті хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМНУ лапароскопічна міотомія та фундоплікація впроваджена з 2001 року [2, 3].

Матеріали і методи дослідження

З 2001 по 2011 роки на оперативному лікуванні в НІХтаТ імені О. О. Шалімова НАМНУ знаходилось 100 хворих з діагнозом первинна ахалазія кардії, віком від 16 до 77 років, жінок було 59 (59%), чоловіків – 41 (41%). У 96 (96%) хворого – I тип ахалазії кардії, у 4 (4%) пацієнтів – II тип (S-подібний). У 17% пацієнтів встановлено розширення стравоходу більше 4 см, у 55% – більше 5 см і у 28% – 8 см і більше. 62% пацієнтів мали в

анамнезі по два і більше курсів пневмокардіодилатації чи введення ботулотоксина. Симультанні операції виконані 25 хворим (25%): холецистектомія – у 8; передня хіатопластика – 13; дивертикулектомія – 1; фенестрація кістки печінки – в 1 пацієнта. Конверсія в 3 (3%) хворих.

Лапароскопічну позаслизову езофагокардіоміотомію (ЛЕКМТФ), обов'язково доповнювали парціальною фундоплікацією (табл. 1). Лапароскопічна модифікована фундоплікація передбачувала техніку виконання, що максимально наближена до відкритої «розширюючої» фундоплікації. Міотомію виконували по передній стінці стравоходу, довжиною 8–10 см (8–6 см вище і на 2–1,5 см нижче стравохідно-шлункового з'єднання). При виконанні лапароскопічної операції застосовували французьку позицію розміщення хворого на операційному столі із введенням в черевну порожнину 4–5 троакарів.

На даний час дотримуємось таких показів до оперативного лікування: ширина стравоходу при АК I типу більше 4 см; відсутність ефекту або швидкий рецидив протягом одного року після 2 курсів ПД чи введення ботулотоксина; пацієнти на АК, що молодші 40 років.

В периопераційному періоді проводили аналіз клінічної симптоматики, рентгенологічне, ендоскопічне, езофагоманометричне (метод відкритого катетера) та рН-метричне дослідження. Оцінку динаміки клінічних проявів дігестивних симптомів проводили за модифікованою оціночною системою DeMeester (0–3).

Результати та їх обговорення

Ранні післяопераційні ускладнення спостерігались у 10% хворих (табл. 2). У зв'язку з ними виконано 3 (3%) конверсії. Інтраопераційно перфорація слизової оболонки стравоходу діагностована у 2 хворих, у одного з них операція повніс-

тю закінчена лапароскопічно без переходу на конверсію. Пневмомедіастинум і супроводжуюча його емфізема підшкірної клітковини верхнього плечового поясу не були клінічно значимими і зникали в перші дві післяопераційні доби.

Середній термін післяопераційного перебування у відділенні пацієнтів був 4,1+1,8 доби. Після проведеного лапароскопічного оперативного втручання лише протягом першої доби виникла необхідність в знеболюванні наркотичними анальгетиками, а 72(72%) хворих не потребували їх застосування. Середня потреба в наркотичних анальгетиках склала при лапароскопічному доступі (0,8+0,4) доби. Операційна крововтрата при лапароскопічному доступі склала 75,5±22,3 мл. Середня тривалість оперативного втручання склала 185,4+41,2 хвилин.

Основні дані клінічних та інструментальних досліджень у хворих представлені в таблиці 3. Віддаленні результати вивченні в строки більше 18 місяців після ЛЕКМТФ. Серед хворих на АК I типу у віддаленому післяопераційному періоді спостерігалось: достовірне зниження рівня клінічних проявів дисфагії при ЛЕКМТФ – в 4,2 рази; регургітації – відповідно в 4,6 разів; зменшення тиску НСС – в 2,4 рази ($p < 0,05$). Разом з цим відмічена позитивна рентгенологічна динаміка, що включала суттєве звуження діаметру стравоходу (в 1,7 разів). Результати хірургічного лікування пацієнтів з II типом АК (S-подібне викривлення) виявились менш показовими: зниження рівня клінічних проявів дисфагії – в 1,5 рази; регургітації – в 3,1 рази; зменшення тиску НСС в 1,8 рази.

Після лапароскопічного втручання рецидив ахалазії встановлено в 2(2%), рефлюкс-езофагіт – в 1 (1%) хворого (табл. 4). Завдяки лапароскопічному доступу відбувається більш прецизійна мобілізація стравоходу, що супроводжується суттєво меншим руйнуванням зв'язкового апа-

рату стравоходно-шлункового з'єднання, тому прояви післяопераційного рефлюкс-езофагіту виникають рідше і перебігають з меншою клінічною значимістю. Необхідно окремо зазначити, що з 4 пацієнтів з II типом АК рецидив наступив у 1(1%) хворого та у 1(1%) діагностовано рефлюкс-езофагіт. Хворим з рецидивом АК не виконувались повторні операції, прохідність була відновлена за допомогою ін'єкцій ботулотоксину чи пневмокардіодилатації. Пацієнти з рефлюкс-езофагітом отримували блокатори протонної помпи з позитивною терапевтичною динамікою.

В цілому, хороші віддалені результати після ЛЕКМТФ отримані у – у 97(97%) пацієнтів (табл. 4). Аналіз отриманих результатів та нові сучасні способи лікування дозволили певною мірою розширити хірургічну тактику шляхом більш диференційованого вибору способу хірургічного лікування, що впершу чергу залежить від типу АК, ступеню рентгенологічно-клінічних проявів (в тому числі діаметру стравоходу). На даний час не існує єдиного універсального способу хірургічного лікування хворих з різним ступенем проявів АК, тому застосування індивідуалізованого вибору способу та уніфікація техніки самих способів дозволить покращити результати лікування цього захворювання.

Висновки

1. Лапароскопічна езофагокардіоміотомія в поєднанні з фундоплікацією – високоефективний і безпечний спосіб хірургічного лікування АК, що дозволяє отримати хороші віддалені результати у 97% хворих.

2. Застосування лапароскопічної ЕКМТ та передньої розширюючої фундоплікації дозволяє зберегти всі переваги мініінвазивного доступу і не призводить до зменшення ефективності операції.

Література

1. Shimi S. Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia / Shimi S, Natahanson L.K, Cuschieri A//J R Coll Surg Edinb – 1991. – Vol. 36. – P. 152–154.
2. Первый опыт лапароскопической эзофагокардиомиотомии при ахалазии кардии/ Саенко В. Ф., Тывончук А. С., Андреев С. А., Стеценко А. П., Кондратенко П. Н., Лаврик А. С. // Клінічна хірургія – 2003. – № 2, С. 13–16.
3. Tyvonchuk A. Innovational minimally invasive technologies in surgery car-dioesophageal of area/ Tyvonchuk A., Lavryk A., Sayenko V.// EAES Abstract 13-th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery. – 1–4 June 2005, Venice, Italy. – P 381, P. 264.
4. Мясоедов С. Д. Хирургическое и консервативное лечение первичной ахалазии кардии/ Мясоедов С. Д., Андреев С. А., Кондратенко П. Н.// Харківська хірургічна школа – 2010. – № 6.1. – С. 88–90.
5. Zaninoto G, Costantini M, Portale G, et al. Etiology, Diagnosis, Treatment of Failures after Laparoscopic Heller Myotomy for Achalasia// Annals of Surgery – 2002 – Vol. 235. – No. 2. – P. 186–92.
6. Richards W.O., Torquati A., Holzman M.D. et al. Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia. A prospective randomized double-blind clinical trial. Annals of Surgery – 2004 – Vol. 240. – No. 3. – P. 405–415.
7. Шулуток А. М., Моисеев А. Ю., Казарян А. М. Эндоскопическая хирургия в лечении ахалазии пищевода // эндоскопическая хирургия. 2001. № 5. С. 16–21
8. William O., Torquati A., Holzman D. Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia. A prospective randomized double-blind clinical trial // Ann. Surg. 2004. Vol. 240. P. 405–415.

Таблиця 1

Характер оперативних втручань, виконаних хворим на ахалазію кардії

Назва операції	Кількість хворих
Лапароскопічна ЕКМТ з передньою фундоплікацією	19
Лапароскопічна ЕКМТ з передньою розширюючою фундоплікацією	81
Всього	100

Таблиця 2

Ранні післяопераційні ускладнення, n = 100

Ранні ускладнення	ЛЕКМТФ, n=100	
	абс.	%
Перфорація слизової	3	3
Кровотеча	1	1
Пневмонія	–	–
Пневмомедіастinum	3	3
Пневмоторакс	1	1
Серома п/оп. рани	2	2
Разом ...	10	10

Таблиця 3

Порівняльний аналіз окремих клінічних та інструментальних даних в периопераційному періоді, n = 72

Показники	Хворі, що перенесли ЛЕКМТФ, n=72			
	АК I тип, n=68		АК II тип, n=4	
	До операції	12 міс. після операції	До операції	12 міс. після операції
Дисфагія, бали (0–3)	2,5+0,4	0,6+0,3	2,7+0,5	1,8+0,4
Регургітація, бали (0–3)	2,3+0,3	0,5+0,2	2,5+0,5	0,8+0,3
Середній діаметр стравоходу, мм	59+15	35+11	60+17	39+10
Середній тиск НСС, мм Нг	43,2+11,7	16,3+2,8	40,1+10,6	22,4+6,7

Таблиця 4

Віддалені результати хірургічного лікування хворих, n=100

Назва операції	Хороші та задовільні результати		Рецидив		Рефлюкс-Езофагіт	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Лапароскопічна ЕКМТ з передньою розширюючою фундоплікацією, n=100	97	97	2	2	1	1

РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ И ПЕРЕДНЕЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Усенко А. Ю., Тивончук А. С., Лаврик А. С., Згонник А. Ю.

Национальный институт хирургии и трансплантологии НАМН Украины имени А. А. Шалимова, г. Киев

Проанализирован 10-летний опыт лапароскопической миотомии у 100 больных ахалазией кардии. Установлено, что эзофагокардиомиотомия в сочетании с неполной расширяющей фундопликацией позволяет получить хорошие отдаленные результаты у 97% больных. Применение лапароскопического метода позволяет сохранить все преимущества миминвазивного доступа и сопоставимо по эффективности с открытым доступом.

Ключевые слова: ахалазия кардии, хирургическое лечение, лапароскопическая эзофагокардиомиотомия, лапароскопическая передняя фундопликация, отдаленные результаты.

RESULTS OF LAPAROSCOPIC MYOTOMY AND PARTIAL FUNDOPLI-CATION IN TREATMENT OF ESOPHAGEAL ACHALASIA

Usenko O. Y., Tyvonchuk O. S., Lavryk A. S., Zgonnyk A. Y.

O. O. Shalimov's National institute of surgery and transplantology NAMS of Ukraine

We analyze the 10-year experience of laparoscopic treatment of 100 patients with achalasia of esophagus. The application of laparoscopic myotomy with anterior ex-tending fundoplication allows to save all the benefits of mimiinvasive approach and its effect is comparable to open approach.

Keywords: esophageal achalasia, achalasia cardiae, surgical treatment, laparoscopic esophagocardio-myotomy, laparoscopic anterior fundoplication, longterm re-sults, laparoscopic Heller-Dor.