

Результати

До операції у 11 (48%) хворих діагностовано ендоскопічно негативна форма ГЕРХ. У хворих з ендоскопічно позитивною формою рефлюкс-езофагіт: LA-A був у 7 (30%) пацієнтів, LA-B у 4 (17,5%) пацієнтів, LA-C у 1 (4%) пацієнта. У 1 (4%) пацієнта діагностовано змішаний кисло-лужний рефлюкс, у решти пацієнтів — кислий. У 4 (17,5%) пацієнтів рефлюкс був найбільше виражений в нічний час, у 2 (8%) пацієнтів однаково протягом доби, у 10 (43%) пацієнтів в денний час. У 7 (30%) хворих в шлунку — базальна нормоацидність, у 9 (39%) пацієнтів гіперацидність. 16 (70%) виконана манометрія нижнього стравохідного сфінктеру. У всіх хворих тиск був значно знижений, і складав в середньому 7–10 мм рт.ст.

Всі хворі були прооперовані в плановому порядку. Летальних випадків після операції не було. У 2 (8%) хворих у ранні терміни спостерігалися явища нестійкої дисфагії, куповані самостійно.

В післяопераційному періоді: при рентгенологічному контролі у жодного хворого не було зареєстровано гастроєзофагеального рефлюксу та порушень пасажа. При ендоскопічному дослідженні відмічались позитивні зміни стану слизової оболонки стравоходу без застосування консервативної терапії. У хворого з рефлюкс-езофагітом LA-C через 3 місяці після операції діагностовано рефлюкс-езофагіт LA-B, а через 6 місяців ерозивних змін слизової оболонки не відмічалось. У 2 (8%) хворих з рефлюкс-езофагітом LA-B через 3 місяці діагностовано рефлюкс-езофагіт LA-A, а через 6 місяців — катаральні явища. У інших хворих в строки спостереження ерозивні зміни не діагностовано.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ЕЗОФАГОКАРДИОМОТІЯ В ЛІКУВАННІ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ

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

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ

Summary

The experience of application of laparoscopic esophagocardiomyotomy with anterior fundoplication in surgical management of achalasia is presented. Laparoscopic esophagocardiomyotomy with anterior fundoplication is method of choice in surgical treatment of achalasia.

Key words: achalasia of the esophagus, laparoscopic esophagocardiomyotomy.

Вступ

Ахалазія кардії (АК) є найбільш частим первинним порушенням моторики стравоходу і другим після гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби серед найбільш частих функціональних порушень стравоходу, що потребують оперативного лікування. Можливості сучасної лапароскопічної хірургії дозволили впровадити мініінвазивну езофагокардіомотію в лікування ахалазії кардії [1,2].

Матеріали та методи

У нашій клініці з 2001 по 2010 рр. лапароскопічна позаслизова езофагокардіомотія з передньою фундоплікацією (ЛЕКМТФ) виконана у 84 пацієнтів з АК. З них: 51 жінки, 33 чоловіки; середній вік — 44 роки. Розширення стравоходу до 4–6 см спостерігалось у 14 хворих, 6–8 см — у 45 пацієнтів, 8 см і більше — у 25 пацієнтів (у тому числі у 3 хворих S-подібна деформація стравоходу). 36% хворих до операції перенесли один або більше курсів пневмокардіоділяції (ПД). Симультанна виконана холецистектомія у 6 пацієнтів, передня хіатопластика — 9, лапароскопічна дивертикулектомія дивертикула Меккеля — 1.

Всім пацієнтам в периопераційному періоді проводилося рентгенологічне дослідження, ФЕГДС, манометрія, рН-метрія стравоходу. ЛЕКМТФ виконували доступом з 5 троакарів, протяжність міотомії становила 7–8 см вище і до 1,5–2 см нижче стравохідно-шлункового переходу. У всіх випадках доповнювали передньою фундоплікацією, у 51 — виконана модифікована передня фундоплікація. Основна відмінність такої фундоплікації полягала в тому, що по краях міотомії накладалися розтягуючі в протилежні сторони шви, завдяки яким краї міотомії додатково розширювалися [3].

При добовому рН-моніторингу у 4 (17,5%) хворих були зареєстровані тільки поодинокі фізіологічні рефлюкси після прийому їжі тривалістю не більше 10 хвилин. Нічних рефлюксів ми не спостерігали. Тиск нижнього стравохідного сфінктеру збільшився і був у межах 25–30 мм рт.ст.

Висновки

Застосування лапароскопічної фундоплікації при лікуванні резистентних формах чи ускладненому перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби є альтернативою консервативному лікуванню.

Література

1. Allgood P.C., Bachmann M. (2000) Medical or surgical treatment for chronic gastro-oesophageal reflux? A systematic review of published evidence of effectiveness. *Eur. J. Surg.* 166: 713-721
2. Dent J., Brun J., Fendric A.M. et al. (1999) An evidence-based appraisal of reflux disease management: the Genval Workshop Report. *Gut.* 44: 1-16
3. Donnellan C., Sharma N., Preston C., Moayedi P. (2004) Medical treatments for the maintenance therapy of reflux oesophagitis and endoscopic negative reflux disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* 4: CD003245
4. Lundell L., Miettinen P., Myrvold H.E. et al. (2001) Continued (5-year) follow-up of a randomized clinical study comparing antireflux surgery and omeprazole in gastroesophageal reflux disease. *J. Am. Coll. Surg.* 192: 172-181

Результати

Відмінні і хороші результати після ЛЕКМТФ отримані у 97,7% пацієнтів. У 2 хворих було інтраопераційно діагностовано пневмомедіастинум, у 1 — лівосторонній пневмоторакс. Ці ускладнення не мали клінічної значущості і ліквідовані завдяки консервативним заходам. На початку впровадження ЛЕКМТФ у 3 хворих була виконана конверсія. Інтраопераційно перфорація слизової оболонки стравоходу діагностована у 2 хворих, одного з них операція повністю закінчена лапароскопічно без переходу на конверсію.

При рентгенологічному дослідженні відзначено повне відновлення прохідності стравохідно-шлункового переходу після ЛЕКМТФ. Показники манометричного дослідження свідчили про зниження тиску після операції в стравоході і нижньому стравохідному сфінктері, та збільшенню амплітуди ковального комплексу. При 24-годинній рН-метрії і рентген-дослідженні в положенні Тренделенбурга відмічено гастроєзофагеальний рефлюкс через 6–12 міс після операції у 3 (3,5%) хворих. Рецидив АК виявлено у 2 хворих (2,3%).

Висновки

ЛЕКМТФ — метод вибору при хірургічному лікуванні АК, який за рахунок високої ефективності і мініінвазивності дозволяє отримати позитивні результати у 97,7% хворих.

Література

1. Shimi S., Nathanson L.K., Cuschieri A. (1991) Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia. *J. R. Coll. Surg. Edinb.* 36: 152-154
2. Zaninoto G., Costantini M., Portale G. et al. (2002) Etiology, diagnosis, treatment of failures after laparoscopic heller myotomy for achalasia. *Annals of Surgery.* 235; 2: 186-192
3. Саенко В.Ф., Тивончук А.С., Андреев С.А., Стеценко А.П., Кондратенко П.Н., Лаврик А.С. (2003) Первый опыт лапароскопической эзофагокардиомотомии при ахалазии кардии. *Клінічна хірургія.* 2: 13-16