

УДК 616.833.191.9-089-072.1-72

© В.В. ГРУБНИК, М.А. КІЛАДЗЕ, А.В. МАЛИНОВСЬКИЙ, Ш.Т. ГІУАШВІЛІ

Одеський державний медичний університет, Тбіліський державний університет ім. Ів. Джавахішвілі

Роль селективної проксимальної ваготомії при лапароскопічній фундоплікації за Тупе

V.V. HRUBNYK, M.A. KILADZE, A.V. MALYNOSKYI, SH.T. HIUASHVILI

Odessa State Medical University, Tbilisi State University by Iv. Dzhavahyshvili

THE ROLE OF PROXIMAL VAGOTOMY AT LAPAROSCOPIC FUNDOPLICATION ACCORDING TO TOUPET

Залишається актуальним питання про спосіб фундоплікації при лапароскопічних антирефлюксних операціях. Метою даного дослідження є порівняння віддалених результатів фундоплікації за Тупе в чистому вигляді і доповненої селективною проксимальною ваготомією (СПВ). Із 1994 до 2010 року 203 пацієнтам були виконані лапароскопічні фундоплікації за Тупе. Хворих поділили на 3 зставних групи залежно від клінічних характеристик пацієнтів. У пацієнтів, які мали явища шлункової гіперсекреції та індекс DeMeester >80, фундоплікація за Тупе доповнювалася СПВ (основна група). Віддалені результати, вивчені в середньому через 6 років після операції, показали, що частота симптомів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) була достовірно меншою в основній групі, якість життя за шкалою GERD-HRQL достовірно поліпшилась в основній групі більшою мірою, ніж у групах порівняння. Індекс DeMeester після операції також був достовірно меншим в основній групі, ніж у групах порівняння. При тяжкому перебігу ГЕРХ і поєднанні її зі шлунковою гіперсекрецією, якщо виконується фундоплікація за Тупе (при ризику розвитку дисфагії на тлі дискінезії стравоходу і при анатомічних особливостях дна шлунка та шлунково-селезінкової зв'язки, коли неможлива широка мобілізація дна шлунка для накладення циркулярної манжети), її доцільно доповнювати СПВ.

The choice of method of fundoplication in laparoscopic antireflux surgery is still controversial. The aim of this prospective randomized study was to compare long-term results of laparoscopic classical Toupet fundoplication and Toupet fundoplication with highly selective vagotomy. From 1994 till 2010, 203 patients were operated using Toupet technique of fundoplication; 3 groups were compared. Basic group contained 71 patients which were operated using Toupet technique with HSV. Long-term results were studied with a mean follow-up period of 6 years. The Toupet fundoplication with HSV were superior in terms of incidence of symptoms of GERD, quality of life by GERD-HRQL score, degree of esophagitis and DeMeester score. Combination of Toupet fundoplication with HSV is recommended for GERD patients with hypersecretion of stomach and heavy gastroesophageal reflux.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Лапароскопічна фундоплікація є операцією вибору в лікуванні гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), асоційованої з грижами стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) I–II ступенів і ГЕРХ, що не асоціюється з ГСОД при безуспішному консервативному лікуванні [5].

У ряді випадків замість традиційної фундоплікації за Ніссеном виконується фундоплікація за Тупе: при ризику розвитку дисфагії на тлі дискінезії стравоходу і при анатомічних особливостях дна шлунка та шлунково-селезінкової зв'язки, коли неможлива широка мобілізація дна шлунка для накладення циркулярної манжети (наприклад, при ожирінні, збільшеній селезінці та ін.) [3, 4, 8].

Проте в літературі існують дані про недостатній антирефлюксний ефект фундоплікації за Тупе [5, 6, 8]. Було відмічено, що гірші результати відмічаються у хворих із вираженою шлунковою гіперсекрецією, яка, у свою чергу, викликає підвищену експозицію соляної кислоти в стравоході, що виражається в

істотному підвищенні індексу DeMeester і тяжкому перебігу рефлюкс-езофагіту [5, 8]. Нами запропоновано для поліпшення функціональних результатів у таких хворих доповнювати фундоплікацію за Тупе селективною проксимальною ваготомією (СПВ).

Мета роботи: порівняння віддалених результатів фундоплікації за Тупе в чистому вигляді і доповненої СПВ.

Матеріали і методи. Із 1994 до 2010 року 203 пацієнтам були виконані лапароскопічні фундоплікації за Тупе. Чоловіків було 52, жінок – 151. Середній вік хворих склав 46 років (20–71). Розподіл за шкалою ASA був: ASA I – 123 пацієнти, ASA II – 69 пацієнтів, ASA III – 11 пацієнтів. Із 203 пацієнтів у 68 хворих була ГЕРХ без ГСОД, у 135 – ГЕРХ, що асоціюється з аксіальними ГСОД I–II ступенів, в обох випадках консервативна терапія була неефективною. Модель даної роботи – порівняльне когортне дослідження.

Залежно від симптоматики і методики операції, ці хворі були поділені на 3 групи. До I групи увійшли 68

пацієнтів, у яких не було явищ хронічного гіперацидного гастриту (базальний рН в антральному відділі $>1,3$), при добовому внутрішньостравохідному рН-моніторингу індекс DeMeester складав <80 ; цим хворим була виконана фундоплікація за Тупе без СПВ. II групу склали 64 пацієнти, в яких були явища хронічного гіперацидного гастриту (базальний рН в антральному відділі $<1,3$), індекс DeMeester був >80 ; цим хворим також виконана фундоплікація за Тупе без СПВ. III групу склав 71 пацієнт, у яких мали місце явища хронічного гіперацидного гастриту (рН в антральному відділі $<1,3$), індекс DeMeester був >80 , і цим хворим виконана фундоплікація за Тупе з доповненням задньою стовбуровою і передньою селективною проксимальною ваготомією (операції Тейлора та Хілла-Бейкера).

Суб'єктивні критерії порівняння включали вивчення числа пацієнтів, які відчують найбільш часті симптоми ГЕРХ і ГСОД за шкалою GERD-HRQL (Gastroesophageal reflux disease – health related quality of life, або якість життя у пацієнтів з ГЕРХ) [5]. Шкала-опитувальник GERD-HRQL включає 9 питань, що стосуються якості життя, вираженої в балах від 0 до 5 залежно від частоти того або іншого явища (0 – немає симптомів, 1 – рідкісні симптоми (щомісячно), 2 – часті симптоми (щонеділі), 3 – щоденні симптоми, 4 – щоденні симптоми, що знижують активність, 5 – постійні симптоми, що повністю порушують активність); загальний бал складається з суми 9 показників. Об'єктивні методи включали рентгенологічне, ендоскопічне дослідження, добовий внутрішньостравохідний рН-моніторинг із розрахунком індексу DeMeester і рН-метрію антрального відділу шлунка.

До операції у більшості пацієнтів кожної з груп були типові симптоми (табл. 1), а середній бал за шкалою GERD-HRQL в I групі склав 35 (24–43) хворих, в II групі – 38 (23–40), в III групі – 39 (22–48). При рентгенологічному дослідженні, виконаному до операції кожному пацієнтові, у всіх хворих кожної з

груп були виявлені ознаки ГЕРХ і ГСОД. При ендоскопічному дослідженні, виконаному всім пацієнтам кожної з груп, у більшості був виявлений рефлюкс-езофагіт (табл. 2). Добовий внутрішньостравохідний рН-моніторинг у I групі був виконаний у 93 пацієнтів (70,4%), в II групі – у 47 пацієнтів (69,1%), в III групі – у 49 пацієнтів (69%). У I групі середнє значення індексу DeMeester до операції склало $32,8 \pm 16,8$, в II групі – $67,1 \pm 12,4$, в III групі – $65,2 \pm 14,3$.

Результати досліджень та їх обговорення.

Дана робота не ставить перед собою мети опису техніки операції і найближчих результатів, оскільки ці дані детально описані і проаналізовані в наших попередніх публікаціях [1, 2, 5]; дослідження стосується порівняння віддалених результатів фундоплікації за Тупе в чистому вигляді та фундоплікації за Тупе з доповненням СПВ.

Інтраопераційних ускладнень не було. Післяопераційні ускладнення: 1 випадок післяопераційної пневмонії (1,8%) в I групі; 1 випадок медіастинальної емфіземи (1,9%), що не потребувала дренивання, в II групі; в III групі ускладнень не було. У III групі гастростаз мав місце у 2 хворих (2,8%) (з призначенням прокінетиків був елімінований впродовж 2–3 тижнів) і у 3 хворих (4,2%) мала місце поставаготомна діарея, елімінована завдяки медикаментозній терапії в терміни до 3-х місяців.

Віддалені результати вивчені у 166 пацієнтів (81,7%) в середньому через 6 років після операції (від 1 до 8 років). У I групі віддалені результати прослідкували у 55 пацієнтів (80%), в II групі – у 52 пацієнтів (81,2%), в III групі – у 59 пацієнтів (83%). У більшості пацієнтів у всіх групах достовірно зменшилася частота симптомів ГЕРХ і ГСОД (табл. 1), покращилась якість життя (тобто зменшився середній бал за шкалою GERD-HRQL), явища рефлюкс-езофагіту повністю зникли або значно зменшились (табл. 2), середні зна-

Таблиця 1. Клінічні прояви ГЕРХ і ГСОД у групах порівняння

Клінічні прояви	Групи хворих											
	I група (без гіперсекреції DeMeester <80 ; Тупе в чистому вигляді)				II група (гіперсекреція DeMeester >80 ; Тупе в чистому вигляді)				III група (гіперсекреція DeMeester >80 ; Тупе з СПВ)			
	до операції n=68		після операції n=55		до операції n=64		після операції n=52		до операції n=71		після операції n=59	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Печія	55	80,8	4	7,3	56	87,8	4	7,6	61	85,9	1	1,6
Загруднинний біль	58	85,6	7	12,8	54	84,7	5	9,6	63	88,7	3	5,0
Відрижка	60	88,6	5	9,0	48	75	4	7,6	53	74,6	2	3,3
Дисфагія	39	57,5	5	9,0	40	62,3	5	9,6	42	59,1	1	1,6

Таблиця 2. Ступінь рефлюкс-езофагіту за даними ендоскопічного дослідження (за Лос-Анджелеською класифікацією) в групах порівняння

Ступінь рефлюкс-езофагіту	Групи хворих											
	I група (без гіперсекреції DeMeester <80; Тупе в чистому вигляді)				II група (гіперсекреція DeMeester >80; Тупе в чистому вигляді)				III група (гіперсекреція DeMeester >80; Тупе з СПВ)			
	до операції n=68		після операції n=55		до операції n=64		після операції n=52		до операції n=71		після операції n=59	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ступінь 0	5	7,3	41	74,5	3	4,2	39	75,0	3	4,2	52	88,1
Ступінь А	20	34,2	7	12,7	14	22,8	8	15,3	16	22,5	4	6,7
Ступінь В	20	29,5	3	5,4	30	46,3	3	5,7	32	45,0	2	3,3
Ступінь С	14	21,2	3	5,4	13	20,7	1	1,9	13	18,3	1	1,6
Ступінь D	9	8,3	1	1	4	6,0	1	1,9	7	9,8	0	0

чення індексу DeMeester нормалізувалися. Проте частота симптомів ГЕРХ була достовірно меншою в III групі (табл. 1). Якість життя за шкалою GERD-HRQL достовірно покращилась в III групі більшою мірою, ніж в I і II групах. Так, середній бал у III групі склав 9 (0–17), тоді як в I групі – 14 (2–22) і в II групі – 16 (3–24) ($p < 0,05$). Індекс DeMeester після операції також був достовірно меншим у III групі ($9,4 \pm 7,3$) порівняно з I групою ($12,4 \pm 8,7$) і з II групою ($13,1 \pm 9,2$) ($p < 0,05$).

Відомо, що у ряді випадків фундоплікація за Тупе надає недостатній антирефлюксний ефект [4, 8]. Результати даної роботи демонструють перевагу лапароскопічної фундоплікації за Тупе з доповненням СПВ порівняно з фундоплікацією за Тупе в чистому вигляді. Так, при оцінці віддалених результатів виявлено, що при використанні СПВ істотно зменшується частота симптомів ГЕРХ, пов'язаних із гастроєзофагальним рефлюксом, поліпшується якість життя пацієнтів, а також об'єктивні показники – ступінь рефлюкс-езофагіту та індекс DeMeester, порівняно з фундоплікацією за Тупе в чистому вигляді. При аналізі світової літератури виявлено, що це питання вивчено недостатньо [4, 5, 7]. На підставі результатів даної

роботи і досвіду виконання таких операцій можна зробити висновок, що фундоплікація за Тупе з доповненням задньою стовбуровою і передньою селективною проксимальною ваготомією і є оптимальним способом при тяжкому перебігу ГЕРХ на фоні шлункової гіперсекреції в тих випадках, коли виконання традиційної фундоплікації за Ніссеном неможливе.

Висновки. 1. Лапароскопічні антирефлюксні операції високоефективні в лікуванні ГЕРХ, що асоціюється з ГСОД, добре переносяться пацієнтами і характеризуються невеликим відсотком ускладнень, що дозволяє визнавати їх операціями вибору в лікуванні даної патології.

2. У ряду хворих в зв'язку з анатомічними особливостями і супутньою гіпермоторною дискінезією стравоходу може бути виконана фундоплікація за Тупе, яка є адекватною антирефлюксною процедурою.

3. При поєднанні ГЕРХ із шлунковою гіперсекрецією і тяжкому перебігу ГЕРХ фундоплікацію за Тупе рекомендовано доповнювати СПВ.

4. Остаточний висновок про роль такого підходу може бути зроблений після проведення проспективних рандомізованих досліджень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Методы лапароскопической фундоплекции в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / [Грубник В.В., Ильясенко В.В., Грубник А.В., Малиновский А.В.] // Клінічна хірургія. – 2007. – № 5-6. – С. 24.
2. Грубник В.В. Технические особенности лапароскопических антирефлюксных операций / В.В. Грубник, А.В. Малиновский // Пластична та реконструктивна хірургія. – 2007. – № 2. – С. 54–58.
3. Видеоэндоскопическая хирургия пищевода / [Оскретков В.И., Ганков В.А., Климов А.Г. и др.]. – Барнаул : “Аз Бука”, 2004. – 159 с.
4. Пучков К.В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы : монография / К.В. Пучков, В.В. Филимонов. – М. : Медпрактика, 2003. – 171 с.
5. Неопухольевые заболевания пищевода / [Фомин П.Д., Грубник В.В., Никишаев В.И., Малиновский А.В.]. – К. : Бизнес-интеллект. – 304 с.
6. Evidence-based appraisal of antireflux fundoplication / [Catarci M., Gentileschi P., Papi C. et al.] // Ann. Surg. – Vol. 239 (3). – P. 325–337.
7. Nissen versus Toupet laparoscopic fundoplication. A prospective randomized study of 200 patients with and without preoperative esophageal motility disorders / [Zornig C., Strate U., Fibbe C., et al.] // Surg. Endosc. – Vol. 16. – P. 758–766.
8. Outcomes of laparoscopic Toupet compared to laparoscopic Nissen fundoplication / [Fernando H.C., Luketich J.D., Christie N.A. et al.] // Surg. Endosc. – Vol. 16. – P. 905–908.

Отримано 30.08.10