



УДК 616.329-009.12-089-06

П. Д. Фомін, А. К. Курбанов

ІНТРАОПЕРАЦІЙНІ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЧНИХ І ВІДКРИТИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ АХАЛАЗІЇ СТРАВОХОДУ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

УДК 616.329-009.12-089-06

П. Д. Фомін, А. К. Курбанов

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Національний медичний університет імені А. А. Богомольця, Київ, Україна

Проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения 92 больных ахалазией пищевода разных стадий: 53 больным эзофагокардиомиотомия была выполнена лапаротомным доступом, 39 больным — лапароскопическим. Лапароскопическая эзофагокардиомиотомия характеризуется меньшей частотой интраоперационных осложнений, чем лапаротомная (2,5 и 11,3 % соответственно), в 4,2 раза меньшей потерей крови, послеоперационных осложнений и длительности пребывания в стационаре ((5,5±0,1) и (11,1±1,0) дня соответственно). Использование в хирургии высокочастотной сварочной техники обеспечивает бескровное и малотравматичное выполнение операции, что позволяет сократить частоту интра- и послеоперационных осложнений и достигнуть хорошего непосредственного результата лечения.

Ключевые слова: ахалазия пищевода, эзофагокардиомиотомия, лапароскопия, лапаротомия, фундопликация.

UDC 616.329-009.12-089-06

P. D. Fomin, A. K. Kurbanov

INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC AND OPEN SURGERY FOR ESOPHAGEAL ACHALASIA

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Methods. We analyzed immediate results of surgery in 92 patients with different stages of esophageal achalasia: 53 patients with laparotomic cardiomyotomy, 39 patients — Heller laparoscopic cardiomyotomy.

Results. Laparoscopic esophagocardiomyotomy is characterized by a lower incidence of intraoperative complications than laparotomy (2.5 and 11.3%, respectively), 4.2 times less blood loss, postoperative complications and length of hospital stay ((5.5±0.1) and (11.1±1.0) days, respectively). Recovery of food passage achieved in all patients, even with stage IV disease, pathological gastroesophageal reflux not observed. Average passage in the control group was 6.7±0.9, and in the main group — 8.1±0.8, is not significantly different. All patients in both groups achieved excellent and good immediate results. We registered reduction symptoms of retrosternal pain, regurgitation and dysphagia. Clinical symptoms of esophagitis disappeared in all patients; almost all patients had I (A) the degree of heartburn.

Conclusions. Improved methods of operation using high-frequency welding technology ensures rapid, bloodless and low-impact performance extramucosal esophagocardiomyotomy followed fundoplication, which makes it possible to perform an operation without imposing a significant number of stitches and reduce operation time, thereby reducing intra- and postoperative complications. Esophagocardiomyotomy with fundoplication allows restoring patency of the esophagus in all patients, regardless of disease stage and method of operation (laparoscopic and laparotomic). All patients achieved good results of surgical treatment.

Key words: esophageal achalasia, esophagocardiomyotomy, laparoscopy, laparotomy, fundoplication.

Вступ

Ахалазія стравоходу (АС) — хронічне доброякісне тяжке нервово-м'язове захворювання, яке характеризується функ-

ціональною непрохідністю стравохідно-шлункового переходу і зниженням тону стравоходу, що призводить до прогресуючої дисфагії та розвитку низки ускладнень (езофагіт, аспіра-

ційна пневмонія, рак стравоходу, кахексія). Ахалазію стравоходу вважають відносно рідкісною патологією — зазвичай трапляються 1–2 випадки на 100 000 населення [1; 3; 4].



Незважаючи на вираженість класичної тріади симптомів АС (дисфагія, регургітація і загруднинний біль), загальні та викликані непрохідністю стравохідно-шлункового переходу симптоми діагностують у пізніх стадіях захворювання, що потребує, як правило, хірургічного лікування [2; 7].

Сьогодні операцією вибору є езофагокардіоміотомія за Геллером, яка може виконуватися різними доступами: лапаротомним, трансторакальним, лапароскопічним, абсолютним показанням до яких є пізні стадії захворювання (III і IV стадії) [5; 6]. Однак висока травматичність доступу до стравоходу (лапаротомія або торакотомія) і пов'язаний з цим певний відсоток летальності, а також значна кількість ускладнень призвели до зниження або навіть, у деяких випадках, до відмови від цих підходів із наданням переваги малоінвазивному лапароскопічному доступу при виконанні езофагокардіоміотомії [8]. Разом із тим остаточної відповіді на питання переваг і недоліків між лапаротомним і лапароскопічним методами проведення езофагокардіоміотомії при лікуванні АС не дано, що визначило актуальність даного дослідження.

Мета роботи — вивчити інтра- та післяопераційні ускладнення при лапароскопічному і відкритому оперативному лікуванні АС.

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 92 пацієнтів із приводу АС, що проходили комплексне обстеження та лікування у хірургічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 12 (n=53) та Одеської обласної клінічної лікарні (n=39) з 1983 по 2013 р. Усім хворим виконано езофагокардіоміотомію, а 73 (82,0 %) пацієнтам додатково проведено фундоплікацію. У 53 (62,1 %) осіб здійснено лапаротомний

доступ, 39 (37,9 %) хворим виконано лапароскопічну езофагокардіоміотомію. Вік пацієнтів — від 18 до 80 років. У 1-й групі вік хворих становив у середньому (46,1±4,0) року, у 2-й — (51,8±3,9) року. Відповідно до класифікації Б. В. Петровського і О. Д. Федорової (1958), переважали хворі з II стадією ахалазії (n=42; 47,1 %), з II і IV стадіями кількість пацієнтів була 15 і 16 (16,8 і 17,9 %) відповідно. Хворим із I стадією фундоплікацію не виконували. При лапаротомному доступі 5 пацієнтам виконано екстрамукозну езофагокардіоміотомію за допомогою високочастотної зварювальної техніки (ПАТОНМЕД™ ЕКВ3-300). Середня тривалість захворювання становила (5,3±1,3) року (від 0,5 до 20 років). При оцінці результатів лікування враховували об'єм втрати крові при виконанні операції, наявність післяопераційних клінічних симптомів дисфагії, регургітації, печії та загруднинного болю.

Результати дослідження та їх обговорення

Хворі досить легко перенесли лапароскопічне втручання, вставали і ходили на наступну добу після операції, рідку їжу вживали з третьої доби. Безпосередні результати лікування 23 пацієнтів лапароскопічним методом оцінювали як відмінні, дані обстеження переконливо свідчили про поліпшення стану хворих після операції. Симптоми загруднинного болю зникли у 59 % осіб, регургітації — у 52 %, дисфагії — у 26 %. У групі хворих, прооперованих лапаротомним доступом (53 пацієнти), безпосередні результати достовірно не відрізнялися, відповідні симптоми зникли у 54, 51 і 30 %.

Інтраопераційні ускладнення лапароскопічної езофагокардіоміотомії відзначені лише в 1 (2,5 %) випадку, при лапаротомній — у 6 (11,3 %) хворих. Інтраопераційним ускладнен-

ням езофагокардіоміотомії при лапаротомії була перфорація слизової оболонки стравоходу у 6 (11,3 %) осіб, а при лапароскопії — в 1 (2,5 %) хворого. Перфоративний отвір ушивали і прикривали фундоплікаційною манжеткою. Втрати крові в момент операції істотно зростали при відкритому методі: із (36,9±3,0) мл при лапароскопічному втручанні ((38,7±3,1) мл у хворих без фундоплікації та (35,6±4,0) мл у осіб із фундоплікацією) до (158,6±28,0) мл при лапаротомному.

3 ранніх післяопераційних ускладнень у 2-й групі у 2 пацієнтів відмічені пневмонії, у 1-й групі — 1 випадок плевропневмонії, у 1 хворого — лівобічний спонтанний пневмоторакс із ателектазом лівої легені та в 1 випадку — подапоневротична флегмона передньої черевної стінки і лігатурна норичця. Для лікування післяопераційних пневмоній використовувалися антибіотики широкого спектра дії, бронхолітики, десенсибілізуючі препарати. Гнійно-септичних ускладнень не виявлено.

Відновлення пасажу їжі по стравоходу досягнуто у всіх пацієнтів, навіть при IV стадії захворювання, патологічного шлунково-стравохідного рефлюксу не спостерігали. Середній пасаж контрастної речовини у контрольній групі становив 6,7±0,9, а в основної — 8,1±0,8, тобто дані достовірно не відрізнялися.

Післяопераційний період перебігав рівно, тривалість лікування хворих у стаціонарі в 1-й групі становила в середньому (11,1±1,0) дня, а в 2-й групі — (5,5±0,1) дня. У всіх пацієнтів обох груп досягнуті відмінні та добрі безпосередні результати. Безпосередні результати лікування оцінювали як відмінні при зниженні симптомів загруднинного болю, регургітації та дисфагії. Клінічні симптоми езофагіту зникли в усіх хворих. Майже всі пацієнти мали I (А) ступінь печії.



Таким чином, безпосередні результати хірургічного лікування хворих з АС показали деякі переваги лапароскопічного способу виконання езофагокардіоміотомії. Лапароскопічна езофагокардіоміотомія, доповнена фундоплікацією, є досить ефективним методом лікування, запобігає розвитку гастроєзофагеального рефлюксу, проте, за даними деяких авторів, може сприяти рецидивові. Лапароскопічна кардіоміотомія без фундоплікації характеризується меншою частотою скарг пацієнтів, меншою тривалістю операції та більшою технічною простотою, ніж лапароскопічна кардіоміотомія, доповнена фундоплікацією. Лапаротомна езофагокардіоміотомія також досить ефективний метод лікування, проте характеризується більшою тривалістю операції, частотою скарг хворих на дисфагію і печію, має більшу частоту інтраопераційної перфорації слизової оболонки стравоходу, що потребує подальшого удосконалення методу. Застосування сучасних способів лікування дозволяє розширити хірургічну тактику шляхом диференційного вибору методу хірургічного втручання.

Висновки

Езофагокардіоміотомія, виконана лапаротомним і лапароскопічним доступами, дозволяє однаково досягти добрих безпосередніх результатів лікування, які суттєво не відрізняються, проте остання має меншу частоту ускладнень, що знижує тривалість перебування хворого в стаціонарі. Удосконалена методика операції з використанням високочастотної зварювальної техніки забезпечує швидке, безкровне та малотравматичне виконання екстрамукозної езофагокардіоміотомії з наступною езофагофундоплікацією, що дає можливість виконати операцію без накладання значної кількості швів і скоротити час опера-

ції, тим самим зменшує інтра- та післяопераційні ускладнення. Езофагокардіоміотомія з фундоплікацією при АС дозволяє відновити прохідність стравоходу в усіх хворих, незалежно від стадії захворювання і методу операції (лапароскопічного і лапаротомного).

ЛІТЕРАТУРА

1. *Esophageal cancer in esophageal diverticula associated with achalasia* / A. R. Choi, N. R. Chon, Y. H. Youn [et al.] // *Clin Endosc.* – 2015. – Vol. 48 (1). – P. 70–73.

2. *Friedel D. Peroral endoscopic myotomy: Major advance in achalasia treatment and in endoscopic surgery* / D. Friedel, R. Modayil, S. N. Stavropoulos // *World J. Gastroenterol.* – 2014. – Vol. 20 (47). – P. 17746–17755.

3. *A rare manifestation of achalasia: huge esophagus causing tracheal compression and progressive dyspnea* / B. Genc, A. Solak, I. Solak [et al.] // *Eurasian J. Med.* – 2014. – Vol. 46 (1). – P. 57–60.

4. *Evaluation of Proton Pump Inhibitor-Resistant Nonerosive Reflux Disease by Esophageal Manometry and 24-Hour Esophageal Impedance and pH Monitoring* / O. Kawamura, H. Hosaka, Y. Shimoyama [et al.] // *Digestion.* – 2015. – Vol. 91 (1). – P. 19–25.

5. *Acute respiratory failure secondary to esophageal dilation from undiagnosed achalasia* / J. Layton, P. W. Ward, D. W. Miller [et al.] // *A. A. Case Rep.* – 2014. – Vol. 3 (5). – P. 65–67.

6. *Peroral endoscopic myotomy for treatment of achalasia in children and adolescents* / C. Li, Y. Tan, X. Wang [et al.] // *J. Pediatr. Surg.* – 2015. – Vol. 50 (1). – P. 201–205.

7. *Richter J. E. High-resolution manometry in diagnosis and treatment of achalasia: help or hype* / J. E. Richter // *Curr. Gastroenterol Rep.* – 2014. – Vol. 16 (12). – P. 420.

8. *Self-expandable metal stents for achalasia: Thinking out of the box!* / A. D. Sioulas, C. Malli, G. D. Dimitriadis [et al.] // *World J Gastrointest Endosc.* – 2015. – Vol. 7 (1). – P. 45–52.

REFERENCES

1. Choi A.R., Chon N.R., Youn Y.H., Paik H.C., Kim Y.H., Park H. Esophageal cancer in esophageal diverticula associated with achalasia. *Clin. Endosc.* 2015; 48 (1): 70-73.

2. Friedel D., Modayil R., Stavropoulos S.N. Peroral endoscopic myo-

tomy: Major advance in achalasia treatment and in endoscopic surgery. *World J. Gastroenterol* 2014; 20 (47): 17746-17755.

3. Genc B., Solak A., Solak I., Serkan Gur M. A rare manifestation of achalasia: huge esophagus causing tracheal compression and progressive dyspnea. *Eurasian J Med* 2014; 46 (1): 57-60.

4. Kawamura O., Hosaka H., Shimoyama Y., Kawada A., Kuribayashi S., Kusano M., Yamada M. Evaluation of Proton Pump Inhibitor-Resistant Nonerosive Reflux Disease by Esophageal Manometry and 24-Hour Esophageal Impedance and pH Monitoring. *Digestion* 2015; 91 (1): 19-25.

5. Layton J., Ward P.W., Miller D.W., Roan R.M. Acute respiratory failure secondary to esophageal dilation from undiagnosed achalasia. *A. A. Case Rep.* 2014; 3 (5): 65-67.

6. Li C., Tan Y., Wang X., Liu D. Peroral endoscopic myotomy for treatment of achalasia in children and adolescents. *J Pediatr Surg.* 2015; 50 (1): 201-205.

7. Richter J.E. High-resolution manometry in diagnosis and treatment of achalasia: help or hype. *Curr Gastroenterol Rep* 2014; 16 (12): 420.

8. Sioulas A.D., Malli C., Dimitriadis G.D., Triantafyllou K. Self-expandable metal stents for achalasia: Thinking out of the box! *World J Gastrointest Endosc* 2015; 7 (1): 45-52.

Надійшла 17.02.2015

