

Дані, наведені в табл. 1, показують, що виконання крурорафії та фіксація манжети до нижки діафрагми в обох методиках дозволяли підсилити діафрагмальну частину замикального апарату кардії і таким чином надійно контролювати рефлюкс, при цьому зберігалася достатня здатність кардії до релаксації.

Висновки

1. Найефективнішими для корекції замикальної функції кардії є фундоплікаційні процедури.

2. Обов'язковим елементом при корекції замикального апарату кардії вважаємо крурорафію, яка дозволяє використовувати нижки діафрагми для відтворення функціонально активного замикального апарату кардії, що забезпечує добрі функціональні результати операцій, сприяючи відновленню антирефлюксної функції кардії і збереженню її здатності до релаксації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н. Н. Рефлюксная болезнь / Н. Н. Велигоцкий, А. В. Горбулич. – Харків : Прапор, 2009. – 240 с.
2. Systematic review and meta-analysis of laparoscopic Nissen (posterior total) versus Toupet (posterior partial) fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease / J. A. Broeders, F. A. Mauritz, U. Ahmed Ali [et al.] // Br. J. Surg. – 2010. – Vol. 97, N 9. – P. 1318–1330.
3. Comparison of results from a randomized trial 1 year after laparoscopic Nissen and Toupet fundoplications / O. O.

Koch, A. Kaindlstorfer, S. A. Antoniou [et al.] // Surg Endosc. – 2013. – Vol. 27, N 7. – P. 2383–2390.

4. Laparoscopic Dor versus Toupet fundoplication following Heller myotomy for achalasia: results of a multicenter, prospective, randomized-controlled trial. / A. Rawlings, N. J. Soper, B. Oelschlager [et al.] // Surg. Endosc. – 2012. – Vol. 26, N 1. – P. 18–26.

5. Laparoscopic floppy Nissen fundoplication: 11-year follow-up / M. Schietroma, F. De Vita, F. Carlei [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2013. – Vol. 23, N 3. – P. 281–285.

REFERENCES

1. Veligotsky N.N., Gorbulich A.V. *Refluxnaya bolezn* [Reflux disease]. Kharkov, Prapor, 2009. 240 p.
2. Broeders J.A., Mauritz F.A., Ahmed Ali U. et al. Systematic review and meta-analysis of laparoscopic Nissen (posterior total) versus Toupet (posterior partial) fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease. *Br J Surg* 2010; 97 (9): 1318-1330.
3. Koch O.O., Kaindlstorfer A., Antoniou S.A. et al. Comparison of results from a randomized trial 1 year after laparoscopic Nissen and Toupet fundoplications. *Surg. Endosc.* 2013; 27 (7): 2383-2390.
4. Rawlings A., Soper N.J., Oelschlager B., et al. Laparoscopic Dor versus Toupet fundoplication following Heller myotomy for achalasia: results of a multicenter, prospective, randomized-controlled trial. *Surg Endosc* 2012; 26 (1): 18-26.
5. Schietroma M., De Vita F., Carlei F., et al. Laparoscopic floppy Nissen fundoplication: 11-year follow-up. *Laparosc Endosc Percutan Tech* 2013; 23 (3): 281-285.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616.329-072.1-089.168

О. Ю. Усенко, О. С. Тивончук, А. С. Лаврик,
О. П. Дмитренко, А. Ю. Згонник, Б. Б. Мовчан

РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СТРАВОХОДУ

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України», Київ, Україна

УДК 616.329-072.1-089.168

А. Ю. Усенко, А. С. Тивончук, А. С. Лаврик, Е. П. Дмитренко, А. Ю. Згонник, Б. Б. Мовчан
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА

ГУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені А. А. Шалімова НАМН України», Київ, Україна

В статье приведен опыт выполнения лапароскопических оперативных вмешательств на пищеводно-желудочном переходе у 254 пациентов с доброкачественными заболеваниями пищевода. Лапароскопические эзофагокардиомиотомия и фундопликация выполнены 148 пациентам; лапароскопические фундопликация и крурорафия — 89 больным, 9 больным проведены различные виды рефундопликации, 7 — лапароскопические энуклеации миомы пищевода или желудка, торакоскопическая дивертикулектомия эпифренального дивертикула пищевода выполнена 1 пациенту. Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности лапароскопического доступа в хирургическом лечении пациентов с патологией кардиоэзофагеальной зоны.

Ключевые слова: ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, лейомиома пищевода, лапароскопическая эзофагокардиомиотомия, лапароскопическая фундопликация.



RESULTS OF ENDOVIDIOSURGERY INTERVENTIONS WITH BENIGN DISEASES OF THE ESOPHAGUS

State Institute "National Shalimov Institute of Surgery and Transplantation NAMS of Ukraine", Kiev, Ukraine

Background. The most common benign diseases of the esophagus are achalasia cardia and hiatal hernia. Benign tumors of the esophagus are rare. The choice of surgical approach and a number of technical points when performing operations on the esophagus is important today.

The aim is studying results of surgical treatment of patients with benign diseases of the esophagus.

Methods. Laparoscopic myotomy and fundoplication was performed in 148 patients; laparoscopic fundoplication and crural closure — 89 patients, various types of refundoplication — 9 patients, laparoscopic enucleation of leiomyoma of the esophagus or stomach — 7 patients, thoracoscopic resection of esophageal diverticulum — 1 patient.

Results. Term follow-up was 1–13 years. Excellent and good results after laparoscopic myotomy were obtained in 144 (97.3 %) patients, intraoperative complications were observed in 8 patients, relapsed achalasia — 3 patients, developed reflux esophagitis — 1 patient. Excellent and good results after laparoscopic fundoplication were obtained in 84 (94.4 %) patients. Intraoperative complications were observed in 10 (7 %) patients. Poor treatment results were obtained in 4 patients; 3 (3.4 %) patients had relapsed hiatal hernia. Intensified expression of Barrett's esophagus was observed in 2 (2.2 %) patients after 1 and 2 years after antireflux surgery; 2 patients were performed Nissen refundoplication, 1 of them also was made stem vagotomy; 3 patients performed laparoscopic refundoplication; 4 patients with partial fundoplication were performed complete fundoplication.

Conclusions. Laparoscopic method allows to get excellent and good results in 93–96 % of patients in the remote period. Laparoscopic fundoplication and myotomy is the operation of choice in the surgical treatment of achalasia cardia and hiatal hernia.

Key words: esophageal achalasia, hiatal hernia, esophageal leiomyoma, laparoscopic myotomy, laparoscopic fundoplication.

Вступ

Найбільш розповсюджені доброякісні захворювання стравоходу — ахалазія кардії (АК) і грижа стравохідного отвору діафрагми (ГСОД). Доброякісні пухлини стравоходу трапляються рідко. Найчастіше у стравоході розвиваються лейоміоми. Невеликі пухлини стравоходу звичайно перебігають безсимптомно і виявляються випадково при рентгенологічному дослідженні шлунково-кишкового тракту [1; 2]. Ахалазія є найбільш частим первинним порушенням моторики стравоходу, що потребує оперативного лікування і реєструється у одної людини на 100 тис. населення у рік, характеризується порушенням перистальтики стравоходу та неповним розслабленням нижнього стравохідного сфінктера під час ковтання [3]. Таке захворювання, як ГСОД, характеризується зміщенням органів черевної порожнини, крім стравоходу, у грудну порожнину через стравохідний отвір діафрагми [4].

Питання вибору хірургічного доступу та низка технічних моментів при виконанні опера-

цій на стравоході актуальні й нині. Упроваджені 23 роки тому відеоендохірургічні технології при лікуванні доброякісних захворювань стравоходу сьогодні розглядаються як метод вибору при хірургічному лікуванні хворих на ГСОД і АК. Проте незважаючи на досить великий досвід виконання лапароскопічних оперативних втручань на кардіоезофагеальній ділянці, питання профілактики виникнення ускладнень та розвитку рецидиву захворювання так остаточно й не вирішено.

Мета роботи — вивчення результатів хірургічного лікування хворих на доброякісні захворювання стравоходу.

Матеріали та методи дослідження

У відділенні хірургії стравоходу та реконструктивної гастроентерології НІХІТ імені О. О. Шалімова НАМН України з 2001 по 2014 рр. лапароскопічні технології при виконанні операцій на кардіоезофагеальній ділянці були застосовані у 258 хворих. Серед них виконані лапароскопічні езофагокардіоміотомія та фундоплікація (ЛЕКМТФ) — 148 пацієнтам на

АК; лапароскопічні фундоплікація та круорофія (ЛФ) — 89 хворим на ГСОД; лапароскопічна енуклеція лейоміоми стравоходу або шлунка — 7 хворим; торакокопічна дивертикулектомія епіфренального дивертикула стравоходу — 1 пацієнту. Крім того, 13 хворим із рецидивами ГСОД виконані різні способи лапароскопічної рефундоплікації, серед них 8 пацієнтів, прооперованих раніше в інших лікувальних закладах країни.

Серед 148 хворих на АК було 88 жінок і 60 чоловіків, середній вік — $43,2 \pm 12,6$ (від 19 до 73 років). Так, II тип АК (S-подібний стравохід) спостерігали у 7 (4,7 %) хворих. Ще 68 % пацієнтів мали в анамнезі по два і більше курсів пневмокардіодилатації або введення ботулотоксину. Симультанні операції виконані у 23 % хворих. Конверсія — у 2 (1,4 %) пацієнтів.

Серед хворих на ГСОД жінок було 53, чоловіків — 45 осіб, середній вік становив $49,9 \pm 11,6$ (від 18 до 73 років). Показаннями до оперативного втручання були: дисфагія — у 3 хворих, рецидив гастроєзофагеальної рефлюксної хворо-



би — у 4, за грудинний біль — у 2. Серед пацієнтів, оперованих уперше, діагноз аксіальна ГСОД (type I) встановлений 38 (42,7 %) пацієнтам; параезофагеальна ГСОД (type II) — 28 (31,5 %) хворим; змішана грижа з укороченням стравоходу (type III) — 20 (22,5 %) пацієнтам; type IV — 3 (3,4 %) пацієнтам. Симультанні операції виконані у 11 (12,4 %) хворих; конверсія — у 2 (2,2 %) хворих; ЛФ за Nissen — у 55; за Nissen — Rossetti — у 5; за Toupet — у 23; за Nissen — Donahue (позавагусна) — у 6 пацієнтів. Крурорафія була виконана 92 %, у 5 (4,45 %) хворих було застосовано сітчастий протез Proceed.

Результати дослідження та їх обговорення

Термін спостереження становив від 1 до 13 років. Летальних випадків не зафіксовано. Відмінні та добрі результати після ЛЕКМТФ отримані у 144 (97,3 %) пацієнтів, відзначено зниження тиску в порожнині стравоходу, звуження його діаметра, нормалізація евакуації через стравохідно-шлунковий перехід. Спостерігалися такі інтраопераційні ускладнення, як пневмомедіастинум — у 3 (2,0 %) пацієнтів, лівобічний пневмоторакс — у 1 (0,7 %) хворого, перфорація слизової оболонки у 4 (2,7 %) пацієнтів. Віддалені ускладнення: рецидив ахалазії — у 3 (2,0 %) хворих, рефлюкс-езофагіт — 1 (0,7 %) пацієнта. Рецидив АК виник при спостереженні від 3 до 5 років. Повторно виконано лапароскопічне оперативне втручання 2 (1,4 %) хворим — через 4 та 5 років після первинної операції. Через 3 роки після повторної операції у жодного з них не було рецидиву. Крім того, 1 (0,7 %) пацієнт відмовився від оперативного втручання, йому було проведено курс ендоскопічної пневмокардіодилатації через 4 роки після оперативного втручання. При спостереженні протягом 2 років цей хворий почував себе добре, даних щодо рециди-

ву захворювання не реєстрували.

Відмінні та добрі результати після ЛФ отримані у 84 (94,4 %) пацієнтів, відзначена позитивна рентгенологічна, рН-метрична динаміка, відсутність або істотне зниження клінічних проявів (печія, відрижка, регургітація).

Інтраопераційні ускладнення мали місце у 10 (7 %) хворих: у 5 (6 %) — пневмомедіастинум, у 3 (3,4 %) — пневмоторакс, у 1 (0,7 %) — кровотеча з короткої судини шлунка, у 1 (0,7 %) хворого — травматичне ушкодження печінки. Кровотеча з короткої судини шлунка та печінки була зупинена лапароскопічно під час операції.

У 5 (5,6 %) хворих протягом перших 6 міс. спостереження періодично з'являлася дисфагія I ступеня, але це істотно не впливало на якість життя хворих і не потребувало додаткової медичної корекції.

Незадовільні результати лікування зафіксовані у 4 хворих у термін спостереження від 1,5 до 2 років. У 3 (3,4 %) пацієнтів виник рецидив ГСОД, у 2 з них у стравоході діагностували рефлюкс-езофагіт LA-B. У 2 (2,2 %) хворих через 1 та 2 роки після антирефлюксного оперативного лікування посилилися прояви стравоходу Барретта. Через 1 рік у одної хворої була виконана селективна проксимальна ваготомія та парціальна рефундоп्लीкація. Через 2 роки їй провели 3 курси ендоскопічної абляції слизової оболонки стравоходу Барретта з призначенням інгібіторів протонної помпи (ІПП). Ще одному пацієнту було проведено 2 курси абляції стравоходу Барретта та призначено ІПП.

При рецидивах ГСОД 4 хворим, яким раніше виконали парціальну фундоп्लीкацію, проведено лапароскопічну повну рефундоп्लीкацію, решті (9 хворим) — лапароскопічні крурорафія та рефундоп्लीкація за Nissen, серед них: 1 — передня стовбурава ваготомія, 3 — крурорафія з тефлоновими прокладками, 4 — фундоп्लीка-

ція з тефлоновими прокладками.

У 2 пацієнтів із 7 під час енуклеації лейоміоми стравоходу була перфорована слизова оболонка. Дефект слизової оболонки було ушито під час оперативного втручання без переходу на конверсію. У віддалені терміни спостереження за цими хворими даних щодо рецидивів лейоміоми не виявлено.

Висновки

Прецизійність лапароскопічного доступу дозволяє отримати відмінні та добрі результати більш ніж у 93 % пацієнтів у віддаленому періоді. Лапароскопічні міотомія і фундоп्लीкація є операціями вибору у хірургічному лікуванні ахалазії кардії та грижі стравохідного отвору діафрагми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Pohl D. Achalasia: an Overview of Diagnosis and Treatment / D. Pohl, R. Tutuian // *Journal of Gastrointestinal and liver diseases*. – 2007. – Vol. 16, N 3. – P. 297–303.
2. Spechler S. Classification of oesophageal motility abnormalities / S. Spechler, D. Castell // *Gut*. – 2001. – Vol. 49, N 1. – P. 145–151.
3. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis / G. M. Campos, E. Vittinghoff, C. Rabl [et al.] // *Annals of Surgery*. – 2009. – Vol 249, N 1. – P. 45–57.
4. Hiatal hernias / C. Dean, D. Etienne, B. Carpentier [et al.] // *Surgical and Radiologic Anatomy*. – 2012. – Vol. 34, N 4. – P. 291–300.

REFERENCES

1. Pohl D., Tutuian R. Achalasia: an Overview of Diagnosis and Treatment. *Journal of Gastrointestinal and liver diseases*. 2007; 3 (16): 297-303.
2. Spechler S., Castell D. Classification of oesophageal motility abnormalities. *Gut* 2001; 1 (49): 145-151.
3. Campos G.M., Vittinghoff E., Rabl C., Takata M., Gadenstatter M., Lin F., Ciovisca R. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Surgery* 2009; 1 (249): P 45-57.
4. Dean C., Etienne D., Carpentier B., Gielecki J., Tubbs R.S., Loukas M. Hiatal hernias. *Surgical and Radiologic Anatomy* 2012; 4 (34): 291-300.

Надійшла 17.02.2015

