

УДК 616.329/.33-006.03-072-089.85

А.Ю. Усенко, А.С. Лаврик, А.С. Тывончук, А.Ю. Згонник, Е.П. Дмитренко

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА

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

Представлен опыт лечения 152 больных, 92 из которых по поводу ахалазии кардии выполнена лапароскопическая эзофагокардиомиотомия и фундопликация (Heller-Dor), и 60 больным с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы – лапароскопическая фундопликация и круорофия.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, лапароскопическая фундопликация и круорофия, ахалазия кардии, лапароскопическая эзофагокардиомиотомия и фундопликация (Heller-Dor).

В первую очередь к доброкачественным заболеваниям пищеводно-желудочного перехода следует отнести грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и ахалазию кардии (АК).

Ахалазия кардии является наиболее частым первичным нарушением моторики пищевода и вторым после гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) среди наиболее частых функциональных нарушений пищевода, требующих оперативного лечения. Ахалазия кардии это сложное нарушение моторики тела пищевода и нижнего пищеводного сфинктера (НСС), частота возникновения которого – 1 случай на 100 000 населения в год, и не имеет тенденции к снижению.

Впервые описанная Morgagni в 1769 году грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, считалась довольно редким заболеванием до тех пор, пока не стали широко применять рентгенологический метод обследования.

В настоящее время хиатальная грыжа считается одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта и по своей частоте среди прочей гастроэнтерологической патологии занимает 2-3 место. Заболевание обнаруживают у 15-20% лиц страдающих желудочно-кишечными расстройствами и у 10-15% больных, подвергшихся рентгенологическому обследованию по поводу заболеваний пищеварительного тракта [4, 5]. В пожилом возрасте частота заболевания достигает 50% [3].

Внедрение в хирургическую практику и совершенствование техники видеоэндоскопических операций позволило более широ-

ко выполнять вмешательства на пищеводно-желудочном переходе. Не смотря на то, что попытки выполнения лапароскопии были выполнены более века тому назад, первые публикации о технике принадлежат шведскому ученому Jakobens (1901) и немецкому ученому Kelling (1902). Первые лапароскопические антирефлюксная операция в модификации Nissen и внеслизистая эзофагокардиомиотомия по Heller выполнены в 1991 году [7].

Впервые за вековую историю хирургического лечения АК изменена тактика лечения согласно которой преимущество отдается новому хирургическому методу – лапароскопической эзофагокардиомиотомии (ЛЭКМТ). ЛЭКМТ стала методом выбора в лечении этого заболевания. Таким образом, если раньше, в эру «открытой» хирургии, оперативное лечение, как правило, применяли при неэффективности пневматической кардиодилатации (ПКД) или при поздних стадиях АК, в настоящее время, ЛЭКМТ признана методикой выбора, а пневматическая кардиодилатация – как метод лечения рецидивов после миотомии [10]. Учитывая то, что дискуссия о необходимости дополнения фундопликация при ЛЭКМТ, имеет место и в лапароскопической хирургии, можно отметить, что полная фундопликация дает худшие результаты, чем парциальная при выполнении эзофагокардиомиотомии, а среди парциальных фундопликаций наиболее широкое применение получила методика предложена в нашей клинике [2].

На сегодняшний день при ГПОД наиболее распространенной и признанной во всем мире является операция – фундопликация [1]. На-

копленный опыт лапароскопических операций в лечении ГПОД эффективен и позволяет сочетать полноценную реконструкцию и малоинвазивную технику [8, 9].

Лапароскопическая фундопликация и эзофагокардиомиотомия являются новыми миниинвазивными методами лечения, по клиническому эффекту не уступающие открытым оперативным вмешательствам [6].

Материал и методы

С 2005 по 2011 в Национальном институте хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы выполнено 60 лапароскопических оперативных вмешательств. Среди пациентов мужчин было 28, женщин – 32. Возраст больных колебался от 18 до 70 лет, средний возраст составил 48 (от 18 до 63 лет). Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы type I диагностирована у 47 (78,3%) пациентов, type II – у 9 (15%) больных, type III – у 3 (5%) больных, type IV – у 1 (1,7%) пациентки.

С 2001 года по март 2011 года – 92 больным с ахалазией кардии выполнена лапароскопическая эзофагокардиомиотомия с фундопликацией (ЛЭКМТФ). Среди 92 больных было 55 женщин и 37 мужчин, средний возраст 44,3 (от 19 до 73 лет). У 87 (94,5%) больных – I тип ахалазии кардии, у 5 (5,5%) – II тип (S-образный). У 23% пациентов установлено расширение пищевода более 4 см, у 58% – более 5 см и в 19% – 8 см и более.

Основными жалобами больных, у кого была диагностирована грыжа пищеводного отверстия диафрагмы были: отрыжка, изжога, боли в эпигастрии и загрудиной, регургитация желудочного содержимого. Вышеперечисленные жалобы беспокоили на протяжении от 1 до 20 лет. При постановке диагноза учитывались жалобы, анамнез, данные эндоскопического, рентгенологического исследований, данные 24-часового рН-мониторинга и манометрии.

Диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) был установлен 55 пациентам (91,6%). У 48% больных диагностирована эндоскопически отрицательная форма ГЭРБ. У больных с эндоскопически позитивной формой рефлюкс-эзофагит: LA-A мы наблюдали у 30% пациентов, LA-B у 17,5% пациентов, LA-C 4% пациента. У 2 (3,3%) паци-

ентов был диагностирован пищевод Барретта. У 17,5% пациентов рефлюкс был наиболее выражен в ночное время, у 8% пациентов одинаково в течение суток, у 43% пациентов в дневное время. 16 пациентам была выполнена манометрия нижнего пищеводного сфинктера. У всех больных давление было снижено, и составлял в среднем 7-10 мм рт.ст.

Все больные получали консервативную терапию. Эффект терапии был кратковременным, пациенты нуждались в постоянной смене ингибиторов секреции, а после отмены медикаментозного лечения отмечалось возобновление клинической картины ГЭРБ.

У 52% больных с ахалазией кардии наблюдали респираторную симптоматику: ночная регургитация, хронический бронхит, аспирационная пневмония. У всех больных изучали динамику клинической, рентгенологической, манометрической и эндоскопической симптоматики в различные сроки после операции. Предыдущие курсы пневматической кардиодилатации в анамнезе (от одного до девяти) были отмечены у 56% пациентов.

Все больные были прооперированы в плановом порядке. При оперативном вмешательстве по поводу ГПОД выполнялась круроррафия и коррекция функции эзофагогастрального перехода – фундопликация. Из них, операция по Nissen выполнена у 35 (58,3%) пациентам, по Nissen-Rossetti 3 (5%), по Toupet – 17 (28,3%), по Nissen-Donahue у 5 (8,4%) пациентов. У 1 (1,6%) пациентов при формировании фундопликационной манжеты по Nissen использованы тефлоновые прокладки. При хиатопластике в 4 случаях (6,7%) была выполнена передняя круроррафия, у 55 (91,6%) задней. У 1 (1,7%) пациента имплантирован синтетический протез («proceed», фирмы Ethicon). У 1 (1,7%) пациента при задней круроррафии были использованы тефлоновые прокладки. При сочетании ГПОД и ЖКБ у 5 (8,3%) больных одномоментно выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

У всех пациентов ЛЭКМТ дополнена передней парциальной фундопликацией, у 51 (68,9%) больных – была выполнена модифицированная расширяющая фундопликация, основным отличием которой было наложения дополнительных швов, растягивающих в противоположные стороны краев миотомии, что давало лучший антирефлюксный эффект.

Симультантные операции выполнены 23 больным (25%): холецистэктомия – у 8; передняя хиатопластика – 13; дивертикулектомия – 1; фенестрация кисты печени – в 1 пациента. Конверсия у 3 (3,2%) больных.

При выполнении оперативного вмешательства на пищеводно-желудочном переходе при АК и ГПОД пациент находится в модифицированной позиции Lloyd-Davies или “French”-позиции, когда хирург находится между ног пациента. Использовали доступ из 5 троакаров, 30°-скошенную оптику для лучшего обзора стенок пищевода. Всем пациентам вводили желудочный зонд.

Основными техническими особенностями полной 360° фундопликации, обеспечивающие хорошие результаты мы считаем: низведение пищевода не менее 3 см ниже хиатального отверстия диафрагмы, мобилизация дна желудка с пересечением коротких сосудов, формирование безнатяжной ультракороткой фундопликационной манжетки (2 см) без перегибов, фиксация манжеты к пищеводу, выполнение крурорафии, использование нерассасывающегося шовного материала.

К основным техническим этапам ЛЭКТ относим: взятие пищевода на держалку, что значительно облегчает его мобилизацию и выполнения миотомии; идентификация переднего блуждающего нерва; длина миотомии на пищеводе составляла 7-8 см с переходом на расширенную часть, а на кардии 1,5-2 см; миотомию выполняли монополярными ножницами, электрокоагуляционным крючком или 5-мм насадкой-ножницами для гармоничного скальпеля UltraCision; в сложных случаях контроль длины миотомии выполняли с помощью интраоперационной эндоскопии; контроль герметичности слизистой оболочки пищевода для выявления микроперфораций проводили с помощью теста с красителем метиленовым синим после окончания миотомии

Результаты и обсуждение

У всех пациентов после ЛФ были получены отличные и хорошие результаты, отмечался регресс клинических симптомов. У 1 (1,6%) пациента была выполнена конверсия из-за развившегося пневмомедиастинума. В 3 (5%) больных в ранние сроки наблюдались явления неустойчивой дисфагии, купируемые самостоятельно. У 2 (3,3%) развился левосторонний

экссудативный плеврит, не требующий дополнительных вмешательств. Летальных исходов после операции не было. При оценке отдаленных результатов у 1 (1,6%) пациента мы наблюдали рецидив ГПОД через 1 год.

В послеоперационном периоде: при рентгенологическом контроле у 58 (96,6%) пациентов фундопликационная манжета находилась в брюшной полости, а у 2 (3,3%) располагалась в грудной полости. Ширина гастроэзофагеального перехода была от 0,6 до 1,0 см, в среднем 0,8 см. Ни у одного больного не было диагностировано нарушений пассажа по пищеводу. У 1 (1,6%) пациентки через 2 года мы наблюдали прогрессирование эндоскопических признаков пищевода Барретта, что потребовало проведения курса эндоскопической термоабляции в сочетании с консервативной антисекреторной терапией. У остальных – 59 (98%) пациентов при эндоскопическом исследовании отмечалась положительная динамика состояния слизистой оболочки пищевода. У больного с рефлюкс-эзофагитом LA-C через 3 месяца после операции диагностирован рефлюкс-эзофагит LA-B, а через 6 месяцев эрозивных изменений слизистой оболочки не отмечалось. В 2 больных с рефлюкс-эзофагитом LA-B через 3 месяца диагностировано рефлюкс-эзофагит LA-A, а через 6 месяцев – катаральные явления. У других больных в сроки наблюдения эрозивные изменения не диагностированы.

Давление нижнего пищеводного сфинктера увеличилось и было в пределах 25-30 мм рт.ст.

Течение послеоперационного периода после операции лапароскопическая фундопликация было более благоприятным, что позволило сократить сроки пребывания в стационаре после операции до 4 суток, уменьшить количество используемых медикаментозных средств.

Отличные и хорошие результаты после ЛЭКМТФ полученные в 90 (97,8%) пациентов, у них установлено снижение давления в полости пищевода, сужение его диаметра, нормализацию эвакуации через пищеводно-желудочный переход. Послеоперационной летальности не было. Наблюдались следующие интраоперационные осложнения: пневмомедиастинум – у 3 (3,3%), левостороннее пневмоторакс – у 1 (1,1%), перфорация слизи-

стой оболочки у 4 (4,3%) пацієнтів, у 3 из них операція повністю закончена лапароскопічно без переходу на конверсію.

Больным разрешали прием жидкости с первых суток после операции. У всех пациентов отмечено исчезновение дисфагии. При рентгенографическом исследовании в послеоперационном периоде подтверждено восстановление проходимости пищевода-кардиального перехода, отсутствовал уровень жидкости в пищеводе, восстановлен газовый пузырь желудка, уменьшался диаметр пищевода. Все больные отмечали уменьшение или исчезновение респираторной симптоматики. Показатели манометрического исследования свидетельствовали о снижении давления после операции в пищеводе и НСС, и увеличению амплитуды глотательного комплекса. При 24-часовой рН-метрии и рентген-исследовании в положении Тренделенбурга отмечен гастроэзофагеальный рефлюкс через 6-12 мес после операции у 3 (4,2%) больных. Рецидив АК выявлен у 2 (2,2%) больных.

З а к л ю ч е н и е

Лапароскопическая фундопликация и лапароскопическая эзофагокардиомитомия – это безопасные и эффективные методы лечения ГПОД и АК. Результаты лапароскопической фундопликации и эзофагокардиомитомии сопоставимы с результатами таких открытых операций. Использование лапароскопических технологий в хирургическом лечении доброкачественных заболеваний пищевода-желудочного перехода (ГПОД и АК) позволяет уменьшить пребывание больных в клинике и снизить частоту послеоперационных осложнений. ЛЭКМТФ, ЛФ – являются операциями выбора в хирургическом лечении ахалазии кардии и грыжи ПОД.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРО ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

*А.Ю. Усенко, А.С. Лаврик, А.С. Тивончук,
А.Ю. Згонник, Е.П. Дмитренко*

Представлено досвід лікування 152 хворих, у 92 з яких з приводу ахалазії кардії виконана лапароскопічна езофагокардіоміотомія і фундоплікація (Heller-

Dor), і 60 хворим з грижею стравохідного отвору діафрагми - лапароскопічна фундоплікація і крурорафія.

Ключові слова: грижа стравохідного отвору діафрагми, лапароскопічна фундоплікація і крурорафія, ахалазія кардії, лапароскопічна езофагокардіоміотомія і фундоплікація (Heller-Dor)

LAPAROSCOPIC SURGERY IN BENIGN DISEASES OF ESOPHAGEAL-GASTRIC JUNCTION

*A.Yu. Usenko, A.S. Lavryk, A.S. Tyvonchuk,
A.Yu. Zhonnyk, Ye.P. Dmytrenko*

The experience of application laparoscopic esophagocardiomyotomy and fundoplication (Heller-Dor) and laparoscopic fundoplication and crurorraphy in surgical treatment of 152 patients, 92 with achalasia of esophagus and 60 patients with hiatal hernia is performed.

Key words: hiatal hernia, laparoscopic fundoplication and crurorraphy, achalasia of esophagus, laparoscopic esophagocardiomyotomy and fundoplication (Heller-Dor)

ЛИТЕРАТУРА

1. Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Чурбанов – М., «Медицина», 2000. – 350 с.
2. Первый опыт лапароскопической эзофагокардиомитомии при ахалазии кардии / В.Ф. Саенко, А.С. Тивончук, С.А. Андреещев и др. // Клінічна хірургія – 2003. – № 2. – С. 13-16.
3. Anvari M. Laparoscopic Nissen fundoplication is a satisfactory alternative to long-term omeprazole therapy / M. Anvari, C. Alien, A. Borm // Br. J. Surg. – 1995. – Vol. 82. – P. 938-942.
4. Early experience and learning curve associated with laparoscopic Nissen fundoplication / C. Deschamps, M.S. Allen, V.F. Trastek et al. // J.Thorac. Cardiovasc. Surg. discussion. – 1998. – Vol. 115. – P. 281-284.
5. Laparoscopic paraesophageal hernia repair, a challenging operation: medium-term outcome of 11 patients / S. Diaz, M. Brunt, M.E. Klingensmith et al. // J. Gastroint. Surg. – 2003. – Vol. 7. – P. 59-67.
6. Current status and trends in laparoscopic antireflux surgery: results of a consensus meeting. / K.H. Fuchs, H. Feussner, L. Bonavina et al. // The European Study Group for Antireflux Surgery (ESGARS). Endoscopy. – 1997. – Vol. 29. – P. 298-308
7. Shimi S. Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia / S. Shimi, L.K. Natahanson, A. Cuschieri // J R Coll Surg Edinb – 1991. – Vol. 36. – P. 152-154.
8. Long-term Outcome of Medical and Surgical Therapies for Gastroesophageal Reflux Disease Follow-up of a Randomized Controlled Trial. / J.S. Stuart, E. Lee, D. Ahnen et al. // JAMA. – 2001. – Vol. 285. – P. 2331-2338.
9. The preoperative evaluation of patients considered for laparoscopic antireflux surgery / J.P. Varing, J.G. Hunter et al. // Am. J. Gastroenterol. – 1995. – Vol. 90. – P. 35-38.
10. Etiology, Diagnosis, Treatment of Failures after Laparoscopic Heller Myotomy for Achalasia / G. Zaninoto, M. Costantini, G. Portale et al. // Annals of Surgery. – 2002. – Vol. 235. – № 2. – P. 186-92.

Стаття надійшла 17.03.2011