

УДК 616.329-009.12-089-06

© А. К. КУРБАНОВ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення хірургічного лікування ахалазії стравоходу

A. K. KURBANOV

National Medical University by O. O. Bohomolets

INTRAOPERATIVE AND EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF SURGICAL TREATMENT OF ESOPHAGEAL ACHALASIA

Представлено результати хірургічного лікування 89 хворих на ахалазію стравоходу I–IV стадій, яким було виконано езофагокардіоміотомію. У 73 хворих на ахалазію стравоходу II–IV стадій після езофагокардіоміотомії було проведено фундоплікацію лапароскопічним (n=23) та лапаротомним (n=50) доступами. Оцінку функціонального стану стравоходу проведено до і безпосередньо після операції (5–30 днів). Після лапароскопічної езофагокардіоміотомії інтраопераційні ускладнення реєстрували лише в 4,3 % випадків, при лапаротомії – у 12 % пацієнтів. Втрати крові при виконанні операції лапаротомним доступом збільшуються в 3–4 рази. Обстеження пацієнтів показали відмінні та добрі результати лікування ахалазії стравоходу, відновлення пасажу їжі досягнуто в усіх пацієнтів, навіть при IV стадії захворювання.

The results of surgical treatment of 89 patients with esophageal achalasia of stages I-IV with esophagocardiomyotomy are represented in the article. In 73 patients with achalasia of the esophagus II-IV stage after esophagocardiomyotomy was performed laparoscopic fundoplication (n=23) and laparotomy (n=50) access. Before and after the operation (5-30 days) esophageal functional condition and symptoms of disease was evaluated. At laparoscopic esophagocardiomyotomy intraoperative complications were recorded only in 4.3 % of cases, at laparotomy – in 12 % of patients. Blood loss at laparotomy increases 3-4 times. Examination of patients showed excellent and good results of the treatment of patients with esophageal achalasia, restoration of passage of food in all patients, even with IV stage of the disease.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Ахалазія стравоходу – тяжке нервово-м'язове захворювання стравоходу, що характеризується порушенням прохідності стравохідно-шлункового переходу і зниженням тону стравоходу, що призводять до прогресуючої дисфагії і розвитку тяжких ускладнень. Частота захворюваності ахалазії стравоходу складає 1–2 випадки на 100 000 населення. Водночас ахалазія стравоходу становить 3,1–20 % від всіх захворювань цього органа [1, 6, 8].

Захворювання характеризується прогресуючим перебігом, зниженням якості життя і працездатності хворих. Несвоєчасна діагностика і помилково встановлений інший діагноз (наприклад, стенокардія, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, виразкова хвороба, диспепсія, міжреберна невралгія, невроз) стають причиною прогресування захворювання і розвитку тяжких ускладнень.

Незважаючи на значну кількість запропонованих методів лікування ахалазії стравоходу, жоден з них не виключає можливості виникнення ускладнень та

рецидиву дисфагії, що потребує додаткового обстеження і лікування пацієнта [2, 3, 5]. Найбільш визнаним методом хірургічного лікування цих хворих є езофагокардіоміотомія за Геллером із фундоплікацією, яка виконується як відкритим, так і міні-інвазивним лапароскопічним методом [4, 7, 8]. Обидва методи характеризуються високою ефективністю і низькою частотою ускладнень. Проте питання вибору раціонального способу лікування ахалазії стравоходу залишається остаточно не вирішеним.

Мета роботи: вивчення інтра- та післяопераційних ускладнень при езофагокардіоміотомії з фундоплікацією та їх безпосередні результати лікування у хворих на ахалазію стравоходу на різних стадіях захворювання.

Матеріали і методи. Пацієнти проходили комплексне обстеження та операційне лікування в хірургічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 12 (n=50) і Одеської обласної клінічної лікарні (n=39) із 1983 до 2012 року. Всім хворим було вико-

нано езофагокардіоміотомію, а 73 пацієнтам (82,0 %) додатково проведено фундоплекцію. У 50 пацієнтів (56,1 %) операцію виконано лапаротомним доступом, і вони склали основну (першу) групу, іншим 39 хворим (43,9 %) виконано лапароскопічну езофагокардіоміотомію (друга, контрольна група).

Вік хворих перебував у межах від 18 до 80 років, у першій групі хворих у середньому (46,1±4,0) року,

у другій – (51,8±3,9) року. Відповідно до класифікації Б. В. Петровського і О. Д. Федорової (1958) переважали хворі з III стадією ахалазії (n=42, 47,1 %), з II і IV стадіями кількість хворих була майже однаковою – 15 і 16 (16,8 і 17,9 %) відповідно. Хворим із I стадією фундоплекцію не виконували. Середня тривалість захворювання склала (5,3±1,3) року (від 0,5 до 20 років) (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл хворих за стадіями ахалазії стравоходу і тривалістю захворювання

Доступ	Стадія ахалазії стравоходу				Тривалість захворювання, рік
	I	II	III	IV	
Лапароскопія	5	11	15	8	4,5±0,8
Лапаротомія	–	7	34	9	5,4±1,7
Всього	5	18	49	17	5,0±1,2

Обстеження хворих до операції включало фіброезофагогастродуоденоскопію, рентгеноскопію і експрес-рН-метрію стравоходу і шлунка. Повторні дослідження проводили перед виписуванням хворого зі стаціонару (на 5–20 добу). При оцінці результатів лікування враховували обсяг втрати крові при виконанні операції, наявність після операції клінічних симптомів дисфагії, регургітації, печії та за груднинного болю.

Результати досліджень та їх обговорення. Хворі досить легко переносили лапароскопічне втручання, вставали і ходили на наступну добу після операції, рідку їжу вживали з третьої доби. Інтраопераційні ускладнення лапароскопічної езофагокардіоміотомії відзначені лише в 1 випадку (4,3 %), при лапаротомній – у 6 хворих (12 %).

Інтраопераційним ускладненням езофагокардіоміотомії при лапаротомії була перфорація слизової оболонки стравоходу в 6 хворих (12 %), а при лапароскопічній – в 1 хворого (4,3 %). Втрати крові в момент операції суттєво зростали при відкритому методі операції: з (35,6±4,0) мл при лапароскопічному втручанні до (140,1±30,5) мл при лапаротомному.

Із ранніх післяопераційних ускладнень: у I групі у 2 пацієнтів (4 %) відзначено пневмонії, в одного хворого додатково діагностовано лівобічний спонтанний пневмоторакс з ателектазом лівої легені (2 %), і в одному випадку підапневротичну флегмону передньої черевної стінки та лігатурну норицю (2 %); у II групі мав місце 1 випадок (4,3 %) плевропневмонії. У 1 хворого після операції без фундоплекції також відзначено розвиток пневмонії (6,2 %). Відновлення пасажу їжі досягнуто в усіх пацієнтів, навіть при IV стадії захворювання патологічного шлунково-стравохідного рефлюксу не відмічено.

Безпосередні результати лікування 23 хворих лапароскопічним методом оцінювали як відмінні, дані обстеження переконливо свідчили про поліпшення стану пацієнтів після операції. Симптоми за груднинного болю зникли у 59 % хворих, регургітації – у 52 % пацієнтів, дисфагії – у 26 % осіб. У групі хворих, оперованих лапаротомним доступом (50 пацієнтів), безпосередні результати достовірно не відрізнялися, відповідні симптоми зникли у 54, 51 і 30 % (табл. 2).

У всіх пацієнтів обох груп досягнуто відмінних та добрих безпосередніх результатів. Тривалість

Таблиця 2. Клінічні симптоми до і після операції в обох групах хворих

Група хворих/симптом	Лапаротомія (I група, n=50)		Лапароскопія (II група, n=23)	
	до операції	після операції	до операції	після операції
Печія	41 (82,0 %)	12 (29,2 %)	14 (60,8 %)	14 (60,8 %)
За груднинний біль	50 (100 %)	13 (26,0 %)	22 (95,6 %)	9 (39,1 %)
Регургітація	49 (98,0 %)	13 (26,5 %)	19 (82,6 %)	9 (39,1 %)
Дисфагія	50 (100 %)	35 (70,0 %)	23 (100 %)	17 (73,9 %)
Пасаж болосу	29,8±2,5	8,1±0,7	27,2±5,0	7,8±1,0

лікування хворих у стаціонарі в I групі склала в середньому (11,2±1,1) дня, а в II групі – (5,5±0,2) дня.

Висновки. 1. Езофагокардіоміотомія з фундоплекцією при ахалазії стравоходу дозволяє

відновити прохідність стравоходу в усіх хворих, незалежно від стадії захворювання і методу операції (лапароскопічного і лапаротомного).

2. Після лапароскопічної езофагокардіоміотомії інтраопераційні ускладнення реєстрували лише в 4,3 %

випадків, при лапаротомії – у 12 % пацієнтів. Втрати крові при виконанні операції лапаротомним доступом збільшуються в 3–4 рази. Післяопераційні ускладнення зустрічаються в одиничних випадках, головним чином, пневмонії.

3. Безпосередні результати езофагокардіоміотомії при лапароскопічному і лапаротомному доступах суттєво не відрізняються, проте в першому випадку операція має меншу частоту ускладнень, що знижує тривалість перебування хворого в стаціонарі.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гаджиев А. Н. Повторное выполнение операции по поводу рецидива дисфагии у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии / А. Н. Гаджиев // Клін. хірургія. – 2001. – № 5. – С. 15–17.
2. Ивашкин В. Т. Болезни пищевода и желудка / В. Е. Ивашкин, А. А. Шептулин. – М. : МЕДпрессинформ, 2002. – С. 39–41.
3. Трухманов А. С. Ахалазия кардии: последние достижения в изучении этиологии и патогенеза. Современная консервативная терапия / А. С. Трухманов // РМЖ. – 1996. – Т. 4, № 3. – С. 31–33.
4. Функциональные результаты эзофагокардиомии с передней эзофагофундопликацией при ахалазии пищевода / В. И. Оскретков, А. А. Гурьянов, Г. И. Климов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 3. – С. 39–43.
5. Фомин П. Д. Неопухольевые заболевания пищевода / П. Д. Фомин. – К. : ООО “Бизнес-Интеллект”, 2008. – 304 с.
6. Черноусов А. Ф. Лечение кардиоспазма и ахалазии кардии пневмокардиодилатацией / А. Ф. Черноусов, А. Н. Гаджиев, А. Л. Шестаков // Анналы хирургии. – 2000. – № 3. – С. 50–53.
7. Daniel P. Achalasia: an overview of diagnosis and treatment / P. Daniel, T. Radu // JGLD. – 2007. – Vol. 16. – P. 297–303.
8. Ishaq S. Treatment of achalasia: the role of laparoscopic cardiomyotomy needs to be emphasized // Am. J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 99. – P. 2278–2279.
9. Mayberry J. F. Epidemiology and demographics of achalasia // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. – 2001. – Vol. 11. – P. 235–248.

Отримано 27.11.13