

© О.Ю. УСЕНКО, О.С. ТИВОНЧУК, А.С. ЛАВРИК, А.Ю. ЗГОННИК, О.Д. ДМИТРЕНКО

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України

Відеоендоскопічні технології в хірургії стравохідно-шлункового переходу

O.YU. USENKO, O.S. TYVONCHUK, A.S. LAVRYK, A.YU. ZHONNYK, O.D. DMYTRENKO

National Institute of Surgery and Transplantology by O.O. Shalimov NAMS of Ukraine

VIDEOENDOSCOPIC TECHNOLOGIES IN THE SURGERY OF GASTROESOPHAGEAL TRANSIT

Лапароскопічні технології збагатили класичну абдомінальну хірургію новими способами хірургічної техніки, внесли зміни в хірургічне мислення, викликали неймовірний спалах техніко-хірургічних рішень, що в кінцевому результаті дозволило підняти рівень хірургічного методу в загальному блоці медичної допомоги. У наступному році виповниться 20 років із моменту виконання вперше лапароскопічних фундоплекцій (B. Dallemange) та езофагокардіоміотомії (S. Shimi, A. Cuschieri).

У відділі хірургії стравоходу та реконструктивної гастроентерології НІХтаТ НАМН України ім. О.О. Шалімова з 2001 до 2010 р. лапароскопічні технології при виконанні операцій на кардіоезофагеальній ділянці використовувались у 151 хворого. Серед них: лапароскопічна езофагокардіоміотомія і фундоплекція (ЛЕКМТФ) виконана 86 хворим на ахалазію кардії (АК); лапароскопічна фундоплекція і крурорафія (ЛФ) – 58 хворим на грижу стравохідного отвору діафрагми (ГСОД); лапароскопічна енуклеація лейоміоми стравоходу або шлунка – 7 пацієнтам.

Серед 86 хворих на АК було 52 жінки і 34 чоловіки, середній вік пацієнтів $45,7 \pm 13,8$ (від 16 до 65 років). У 81 (94,1 %) хворого – I тип ахалазії кардії, у 5 (5,9 %) пацієнтів – II тип (S-подібний). У 23 % пацієнтів встановлено розширення стравоходу більше 4 см, у 58 % – понад 5 см і у 19 % – 8 см і більше. 56 % хворих мали в анамнезі по два і більше курсів пневмокардіодилатації. Симультанні операції виконані 14 хворим (16,3 %): холецистектомія – 7 пацієнтам; передня хіатопластика – 5; дивертикулектомія – 1 хворому; фенестрація кістки печінки – 1 пацієнту. Конверсія мала місце у 2 (2,3 %) хворих.

Серед 58 хворих на ГСОД було 27 жінок і 31 чоловік, середній вік становив $39,7 \pm 13,8$ (від 18 до 63 років). Аксиальна грижа СОД (type I) встанов-

лена у 46 пацієнтів, а саме: II стадія – у 27; III стадія – у 19 хворих. Параезофагеальна грижа СОД (type II) спостерігалась у 9 хворих, змішана грижа (type IV) – у 1 пацієнтки. 5 (8,6 %) хворим виконана симультанна холецистектомія. Конверсія мала місце в 2 (3,4 %) хворих. Лапароскопічна фундоплекція (ЛФ) за Nissen виконана у 34 пацієнтів, за Nissen-Rossetti – у 3, за Toupet – у 17; за Nissen-Donahue – у 5 хворих.

Відмінні і добрі результати після ЛЕКМТФ отримані у 96,5 % пацієнтів, у них встановлено зниження тиску в порожнині стравоходу, звуження його діаметра, нормалізацію евакуації через стравохідно-шлунковий перехід. Спостерігались такі інтраопераційні ускладнення: пневмомедіастинум – у 3 (3,4 %) хворих, лівосторонній пневмоторакс – в 1 (1,2 %), перфорація слизової оболонки – в 3 (3,4 %) пацієнтів. Віддалені: рецидив ахалазії – у 2 (2,3 %) хворих.

Відмінні і добрі результати після ЛФ отримані у 96,6 % пацієнтів, у них відмічена позитивна рентгенологічна, рН-метрична динаміка, відсутність або суттєве зниження клінічних проявів (загруднинний біль, печія, відрижка, регургітація). Ранні ускладнення: у 3 (5,1 %) хворих – нестійка дисфагія, у 2 (3,4 %) – пневмомедіастинум, в 1 (1,7 %) – пневмоторакс. Віддалені: в 1 (1,7 %) хворій виник рецидив грижі СОД через 1 рік, у 1 (1,7 %) хворій посилювались прояви стравоходу Барретта через 2 роки. Середнє післяопераційне перебування після обох операцій склало (3 ± 1) дня.

Висновок. Прецизійність лапароскопічного методу дозволяє покращити результати класичної відкритої хірургії стравохідно-шлункового переходу. ЛЕКМТФ, ЛФ можна розглядати як операції вибору в хірургічному лікуванні ахалазії кардії і грижі СОД.

Отримано 24.08.10