

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І. ПИРОГОВА**



СЕРГІЙЧУК ОЛЕГ ЛЕОНІДОВИЧ

УДК:616-071-089:616.33-009.12

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ

14.01.03 — хірургія

**АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Вінниця – 2009

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова МОЗ України.

Науковий керівник: лауреат Державної премії України, заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор **Багіров Мамед Мансурович** Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, професор кафедри торакальної хірургії та пульмонології.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Мясоедов Станіслав Дмитрович** Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, завідувач кафедри онкології;
- доктор медичних наук, професор **Іфтодій Андріян Георгійович** Буковинський державний медичний університет МОЗ України, проректор з лікувальної роботи, завідувач кафедри хірургії та урології

Захист відбудеться “___” _____ 2009 р. о ___ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д. 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова МОЗ України за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

Автореферат розісланий “___” _____ 2009 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
д.мед.н., професор



С.Д.Хіміч

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність роботи. Діагностика та лікування ахалазії кардії (АК), яка належить до нервово - м'язових захворювань стравоходу є актуальною та не до кінця вирішеною проблемою в хірургії на сьогоднішній день (Черноусов А.Ф., 2001, Іфтодій А.Г., 2005; Андреещев С.А, Мясоєдов С.Д., 2007; Велигоцький Н.Н., 2009).

Актуальність дослідження зумовлена частотою нервово–м'язових захворювань, яка коливається від 3 до 21% від всієї патології стравоходу та поступається тільки онкологічним ураженням і стриктурам (Зубарев П.Н., 2005). Водночас, ця група захворювань продовжує привертати увагу вчених через невизначеність етіології та патогенезу, важкість перебігу. Разом з тим, залишається складною проблема повторних хірургічних втручань при рецидиві захворювання (Черноусов А.Ф., 2001). Також слід зазначити, що поглиблене вивчення вказаної патології необхідне не тільки в медичному плані, але й містить в собі важливий соціальний аспект, адже АК в найбільшому ступені розповсюджена серед осіб молодого та середнього віку з частотою 0.8-1 на 100000 населення (Зубарев П.Н., 2005).

Проблемам АК вже присвячено немало наукових робіт: Суворової Т.А., 1966; Шалімова О.О., 1987; Черноусова А.Ф., 2001; Грубника В.В., 2007 та ін. Разом з тим, багато діагностичних і лікувально-тактичних питань до сьогодні залишаються дискусійними та потребують подальшого вивчення. До того ж, частота незадовільних результатів лікування функціональної непрохідності кардії досягає за даними різних авторів від 4–15% до 30-40% (Гаджиев А.Н., 2000; Васильєв Ю.В., 2002; Бурмистров М.В., 2004; Gisbert J.P., 2000; Eckardt V.F, 2001; Mainieri H., 2003).

Для діагностики захворювань стравохідно–шлункового переходу (СШП) використовуються різноманітні методи: рентгенологічний, ендоскопічний, моніторинг рН, езофагоманометричний та ін. (Ивашкин В.Т., 2000). Більшість з них не дають змогу оцінити структуру стінки абдомінального відділу стравоходу. Широке впровадження в клінічну практику сонографії та розробка спеціальних методик створюють можливості для соно–діагностики патологічних станів СШП (Бураков С.Г., 1997).

Одним з основних методів лікування АК є кардіоділятація (Eckardt V., 2004). Саме тому важливо забезпечити максимальну безпечність та ефективність даної маніпуляції. Разом з тим, у частини пацієнтів виконання кардіоділятації пов'язане із значними труднощами, в тому числі через S–подібне відхилення осі стравоходу в наддіафрагмальному сегменті. При цьому різко зростає імовірність не лише невдач, але й ятрогенних ускладнень; зокрема, пошкоджень стравоходу (Жерлов Г.К., 2005).

На сьогоднішній день операцією вибору при хірургічному лікуванні АК є органозберігаюча кардіоміопластика, основою якої є екстрамукозна езофагокардіоміотомія за Геллером (Саенко В.Ф., 2003). Однак, стійка гіпертрофія м'язового шару СШП, рубцеві та спайкові зміни кардії внаслідок езофагіту, а також у разі попередніх кардіодилатацій, бужувань та кардіопластик різко ускладнюють орієнтацію хірурга в порушених анатомічних співвідношеннях шарів стінки стравоходу та кардії, що може стати причиною або травмування слизової, або неповної корекції захворювання. Водночас, одною з головних причин післяопераційних рецидивів АК є неповна за глибиною та довжиною екстрамукозна міотомія (Черноусов А.Ф., 2001).

Таким чином, невирішені питання оцінки структури абдомінальної частини стравоходу, проблеми проведення кардіодилатації при відхиленні вісі стравоходу та інтраопераційні ускладнення при езофагокардіоміотомії за Геллером потребують подальшого вивчення та пошуків шляхів оптимізації діагностики та методик лікування АК. Що, в свою чергу, визначає наукове та практичне значення дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом комплексної НДР Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова МОЗ України «Лікування непрохідності шлунково-кишкового тракту» (№ державної реєстрації 0103U007992).

Мета дослідження: вдосконалення діагностики та покращення результатів лікування пацієнтів з АК шляхом розробки та впровадження комплексу нових діагностичних і лікувальних заходів.

Задачі дослідження:

1. На основі ретроспективного вивчення результатів лікування хворих з АК дослідити фактори досягнення стійкої позитивної ремісії та причини негативних наслідків та ускладнень.

2. Оптимізувати діагностичну програму АК шляхом розробки вдосконаленої схеми оцінки структури та функціонального стану стравоходу з соно–скануванням стравохідно–шлункового переходу.

3. Розробити більш ефективну та безпечну методику виконання кардіодилатації, в тому числі для випадків S–подібного відхилення стравоходу та у разі післяопераційного рецидиву захворювання.

4. Оптимізувати виконання операції езофагокардіоміотомії за Геллером шляхом розробки способу інтраопераційної візуалізації гіпертрофованого м'язового шару і слизової стравоходу та кардії на основі методу внутрішньопорожнинної трансілюмінації.

Об'єкт дослідження - ахалазія кардії.

Предмет дослідження – прохідність стравохідно–шлункового переходу

при АК, методи лікування ахалазії кардії та їх наслідки.

Методи дослідження: загальноклінічні та спеціальні методи дослідження: клініко–лабораторне обстеження хворих; рН–метрія та добовий моніторинг рН просвіту стравоходу, кардії, шлунку; езофагоманометрія; променева діагностика (рентгеноезофагоскопія, рентгеноезофагографія, цифрова езофагокінематографія, ультрасонографія); ендоскопічні методики (фіброезофагогастроуденоскопія, біопсія). Для вивчення віддалених наслідків лікування пацієнтів з АК крім зазначених використовувався метод анкетування та телефонного опитування.

Наукова новизна одержаних результатів. Встановлена доцільність обстеження хворого на дисфагію за запропонованою схемою, яка включає:

- вперше впроваджений спосіб сонографічної діагностики АК.

Показана ефективність вперше застосованих та клінічно випробуваних лікувальних методик, а саме:

- способу інтраопераційної внутрішньопорожнинної транслюмінації при хірургічному лікуванні ахалазії кардії,
- способу кардіоділятації у пацієнтів з ахалазією при патологічному відхиленні осі стравоходу.

На вказані методики отримано в співавторстві 1 деклараційний патент України на винахід та 3 патенти України на корисні моделі.

Практичне значення одержаних результатів. Запропонована схема обстеження пацієнта на дисфагічний синдром стала основою для ранньої діагностики АК. Соно–сканування абдомінальної частини стравоходу покращило можливості диференціювання захворювання з неопластичними враженнями стравохідно–шлункового переходу. Обґрунтовано, що лікування АК саме на ранніх стадіях зумовлює позитивні як безпосередні, так і віддалені результати.

Проведення кардіоділятації за розробленою модифікацією значно підвищило ефективність та зменшило травматичність цієї маніпуляції, а також дозволило розширити покази до застосування даної методики та значно скоротити термін стаціонарного перебування хворого.

Розроблений метод внутрішньопорожнинної транслюмінації під час виконання езофагокардіоміотомії за Геллером дозволив запобігти інтраопераційних труднощів, що сприяло уникненню ускладнень та покращенню результатів оперативного лікування ахалазії, особливо при реконструктивних втручаннях.

Вказані методики впроваджені в лікувально–діагностичний процес торакального, ендоскопічного та відділення променевої діагностики обласної клінічної лікарні м. Вінниці, а також торакального відділення міської клінічної лікарні №17 м. Києва.

Результати дослідження внесені в навчальний процес студентам та

інтернам-хірургам на кафедрах хірургії №1 та 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом обрано тему, проведено патентно-інформаційний пошук, аналітичний огляд літератури за предметом дослідження, визначено мету та задачі дослідження. Особисто проведено збір та аналіз фактичного матеріалу, його статистична обробка. У співавторстві запропоновані, запатентовані та клінічно впроваджені діагностичні та лікувальні методики. Здобувач особисто брав участь у хірургічних втручаннях та кардіодилатаціях, ним сформульовані висновки та практичні рекомендації, а також розроблена схема обстеження хворого на дисфагічний синдром.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційної роботи були повідомлені та обговорені на: конгресі з міжнародною участю «Реконструктивна торакальна хірургія» (Київ, 2007); науково – практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми клінічної хірургії» (Київ, 2007); конференції присвяченій 90-річному ювілею Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І.Пирогова (Вінниця, 2007); VI міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених (Вінниця, 2009); науково-практичній конференції «Актуальні питання торакоабдомінальної хірургії» (Харків, 2009); засіданнях Вінницької обласної асоціації хірургів (2007, 2008).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 13 наукових робіт. Серед них: 8 статей (з них 4 одноосібно), які надруковані у виданнях, затверджених ВАК України, 1 - в матеріалах конференції, 1 деклараційний патент України на винахід, 3 деклараційні патенти України на корисну модель.

Структура роботи та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, огляду літератури, 4 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, двох додатків. Матеріал викладений на 134 сторінках, ілюстрований 24 рисунками та містить 22 таблиці. Список літератури включає 178 найменувань використаних джерел, з яких 81 кирилицею та 97 – латинкою.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Основу дослідження складають результати клінічного обстеження та лікування різними методами 122 пацієнтів з АК з 1996 по 2009 роки. З 1996 по 2006 рр. – проводився ретроспективний аналіз, з 2006 по 2009 – проспективний.

У роботі представлені матеріали комплексного обстеження та лікування пацієнтів у віці від 10 до 76 років. Серед пацієнтів жінок було 68 (55,5%), а чоловіків 54 (44,3%). Більшістю були мешканці міст (59,8%) в молодому та зрілому віці (79,5%), що свідчить про враження найбільш працездатного контингенту.

Всі пацієнти були розподілені за стадією захворювання (табл. 1).

З 122 пацієнтів 34 раніше лікувались з приводу АК та 4 перенесли кардіопластичні операції.

В структурі супутньої патології перше місце зайняли хронічні неспецифічні захворювання легень (28,5%), які в більшості випадків носили вторинний характер. Також відмітили наявність у хворих на АК захворювань інших відділів шлунково-кишкового тракту, особливо таких, які супроводжуються спастичними порушеннями моторики (ЖКХ, хронічний панкреатит, хронічний спастичний коліт та ін.).

Таблиця 1

Розподіл хворих за стадіями АК

Стадія захворювання	Кількість хворих	
	абс.	% ±
I	9	7,4 ±2,37
II	31	25,4 ±3,94
III	66	54,1 ±4,51
IV	16	13,1 ±3,06
Всього	122	100

Всім хворим виконувались загальноклінічні аналізи крові та сечі, до комплексу спеціальних методів дослідження входили рентгенологічні та ендоскопічні дослідження стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки, езофагоманометрія, рН–метрія стравоходу, кардії та шлунку, дослідження функції зовнішнього дихання, електрокардіографія. Для вивчення віддалених результатів лікування пацієнтів з АК крім зазначених використовувався метод анкетування та телефонного опитування.

До діагностичної програми при дисфагічному синдромі впроваджено ультразвукове сканування абдомінального відділу стравоходу (деклараційний патент на корисну модель № 25435), яка проводилась нами 41 хворому.

Рентгенологічне дослідження стравоходу з контрастуванням виконувалось всім пацієнтам на апаратах “Serigraf” фірми “Siemens”, а також “Prestige SI” фірми “Generel Electric” з моніторами, електронооптичними посилювачами, записуючими пристроями. Як базовий метод вивчення функції стравоходу проводили рентгенконтрастне дослідження після лікування АК та при оцінці віддалених результатів.

Ендоскопічні дослідження за допомогою фіброендоскопів GIF XQ – 20 та GIF XQ –30 фірми «Olimpus» (Японія) проведено всім 122 хворим. При обстеженні в першу чергу звертали увагу на ступінь дилатації та девіації стравоходу, на стан слизової, її товщину, колір, наявність перистальтики.

Ретроградно досліджували кардію, відмічали її форму, наявність запальних чи рубцевих змін в цій ділянці, виконували біопсію.

Для кардіодилатації використовували пневмобалон на зонду діаметрами 3, 4 см, а також балони «Wilson Cook» діаметрами 1.5 – 2 см. Пневматична дилатація під ендоскопічним контролем проведена 20 пацієнтам з АК в ендоскопічних кабінетах. Процедура проходила під седацією пацієнта та під місцевим знеболюванням. Механічна кардіодилатація проводилась 56 пацієнтам в умовах рентгеноопераційних під рентгенологічним контролем та загальним наркозом з штучною вентиляцією легень. Контрольне рентгенконтрастне дослідження стравоходу після кардіодилатацій проводилось обов'язково після процедури та перед випискою пацієнта.

Оперативні втручання при АК виконано 44 пацієнтам з АК в умовах торакальних відділень після відповідної передопераційної підготовки під багатокомпонентним загальним наркозом із штучною вентиляцією легень. Основу майже всіх операцій складала езофагокардіоміотомія за Геллером. Відмінності методик проведених операцій стосувались саме кардіопластичного етапу втручання та хірургічного доступу. За своїми модифікаціями кардіопластики основні оперативні втручання розділились наступним чином: френокардіопластика Петровського, закриття міотомного отвору шлунком з неповною передньою фундоплікацією та кардіооментопластика за Колесовим.

Комітетом з біоетики ВНМУ ім. М.І. Пирогова встановлено, що дисертаційне дослідження відповідає основним біоетичним нормам (Протокол №5 від 18.03.2009 р.)

Результати досліджень та їх обговорення. В дослідженні вивчили безпосередні результати лікування 122 пацієнтів та у 89 пацієнтів (73%) отримано інформацію про віддалені (до 11 років) наслідки лікування.

Дисфагічні розлади спостерігались у всіх пацієнтів (100%). Зригування, відрижки турбували 87,7% хворих. В 45,9% випадків регургітація прогресувала до блювоти. Схуднення та загальну слабкість відмічали 89,3% пацієнтів, серед них 18,9% склали групу з інтенсивним схудненням понад 10 кг за 3 місяці.

Широке призначення медикаментозного монолікування разом із запізнім зверненням хворих в спеціалізовані заклади зумовили виявлення АК на першій стадії розвитку патології лише в 7,4%, коли III та IV стадії зустрічались в 67,2%.

Рентгенологічні зміни стравоходу при АК ми розглядали в динаміці та залежно від стадії захворювання. Визначали рентгенологічні ознаки враження всього стравоходу. Ступінь рентгенологічних змін СШП залежала від стадії захворювання та попереднього лікування.

При ендоскопічному дослідженні специфічних ознак враження стравоходу при I стадії АК не виявлено. В 14 (45,2%±8,94) випадках з 31 хворого з II стадією

відмітили незначне розширення стравоходу, а гіперемію та помірний набряк слизової абдомінального сегменту, переважно задньої стінки у 11 (35,5% \pm 8,59) випадках. У всіх 66 хворих з III ст. АК були виявлені наступні зміни: розширення стравоходу – 66 (100% \pm 0,48) випадків; гіперемія, набряк та розширення складок слизової в нижній третині стравоходу у 27 (40,9% \pm 6,05) хворих; явища езофагіту та поверхневі ерозії, крововиливи – у 34 (51,5% \pm 6,15); подовження та зміна форми стравоходу з вираженим термінальним звуженням – 60 (90,9% \pm 3,54) хворих; виражені порушення перистальтики – у 48 (72,7% \pm 5,48). З 16 хворих з АК IV стадії крім вищевказаних змін спостерігались виражені органічні стриктури абдомінальної частини стравоходу в 11 (68,7% \pm 4,59) випадках. Крім того для підтвердження діагнозу проводилась біопсія, яка виявила хронічні, атрофічні та гострі езофагіти.

Застосування ендоскопічного дослідження в комплексі обстеження хворого з АК є необхідним та дозволяє виявити зміни стравоходу, шлунку, дванадцятипалої кишки.

Для візуалізації структури абдомінальної частини стравоходу та з метою диференційної діагностики АК з неопластичними враженнями нами розроблено та впроваджено спосіб соно-діагностики АК (деклараційний патент на корисну модель № 25435).

Обстеження проводили зранку натще в горизонтальному або вертикальному положенні хворого на апараті „HDI-5000 Sono CT” з використанням конвексного датчика з частотою 2–5 МГц. Спочатку виконували традиційне обстеження органів черевної порожнини. Потім датчиком в епігастральній ділянці в проекції абдомінального відділу стравоходу проводили сканування в сагітальній і (або) косій площині відносно вісі стравоходу. При цьому візуалізувалось стравохідно-шлункове сполучення та абдомінальна частина стравоходу. Шляхом вимірювання діаметру та товщини м'язового шару стінки абдомінального відділу стравоходу, довжини рівня рідини в просвіті ми уточнювали стадійність захворювання. Метод нешкідливий, неінвазивний та легко повторюється для динамічного спостереження.

Соно-сканування абдомінального відділу стравоходу проводилось нами 41 пацієнту з АК. В жодному випадку структурних змін, які б відповідали злоякісному враженню СШП, не виявило.

Враховуючи існуючі та запропоновані методи діагностики, була розроблена наступна схема обстеження пацієнтів на дисфагічний синдром.

Схема обстеження хворого на дисфагічний синдром

Збір анамнестичних даних

- Деталізація дисфагічного синдрому:

- пов'язання виникнення дисфагії із стресовою ситуацією
- тривалість скарг

- зв'язок дисфагії з характером їжі
- посилення скарг під час прийому їжі
- посилення скарг під час хвилювання та стресу,
- локалізація відчуття перешкоди при ковтанні
- явища супутні дисфагії: нудота, блювота, задишка
- заходи, які використовують при дисфагії: гідро- або аерофагія
 - Характеристика больового синдрому
 - Аспекти регургітації та блювоти
 - Загальні прояви: схуднення, загальна слабкість
 - Респіраторні прояви
 - Попереднє лікування
 - Супутні захворювання

Клінічне обстеження пацієнта

- Загальноклінічне обстеження
- Рентгенологічне поліпозиційне дослідження з контрастуванням стравоходу
- Ендоскопія стравоходу та шлунку з ретроградним обстеженням кардії та біопсією з підозрілих ділянок
- рН – моніторинг стравоходу та шлунку
- Езофагоманометрія
- Соно – сканування кардії

Дотримання представленої нами схеми обстеження хворого з дисфагічним синдромом дозволяє вчасно діагностувати АК з визначенням стадійності захворювання.

Наявність дисфагії була основним клінічним критерієм в оцінці результатів лікування. Результати лікування АК ми розділили на добрі, задовільні та незадовільні.

До добрих результатів відносили практично повну клінічну та трудову реабілітацію пацієнта, відсутність дисфагії. Рентгенологічно доброму результату лікування відповідали відсутність або мінімальна кількість рідини та слизу в стравоході натще, зменшення розмірів стравоходу в порівнянні з попередніми дослідженнями, адекватна прохідність кардії.

Під задовільним результатом мали на увазі періодичні виникнення дисфагії та регургітації. Вважали за можливий й больовий симптом, але значно меншої інтенсивності, ніж до проведеного лікування. Рентгенологічне дослідження встановлювало зменшення розмірів стравоходу при прохідності контрастом кардії.

У випадках, коли лікування не давало ефекту, тобто зберігались або посилювались симптоми дисфагії та регургітації, а больовий синдром не мав тенденції до зменшення – результат розцінювали як незадовільний. При цьому,

як правило, була відсутня позитивна динаміка рентгенологічного, езофагоманометричного, ендоскопічного досліджень. До незадовільних результатів також відносили наявність шлунково–стравохідного рефлюксу.

Проведено медикаментозну терапію 67 пацієнтам з АК в комплексному лікуванні, визначили її короткочасний ефект (від 1 до 7 місяців). Враховуючи 16 рецидивів дисфагії у 16 терапевтично пролікованих пацієнтів, наслідки медикаментозного монолікування ми вважаємо незадовільними.

Бужування, як метод лікування АК вивчався ретроспективно. Наші висновки з недоцільності використання бужування в лікуванні АК базувались на аналізі 9 повторно госпіталізованих пацієнтів з різними за ступенями проявами дисфагії, які потребували хірургічної корекції.

Кардіодилатацію в різних її варіантах ми розглядали, як один з основних методів лікування ахалазії кардії та використали даний метод для лікування 76 хворих з АК (табл. 2).

Таблиця 2

Результати кардіодилатації

Стадія АК	Результати лікування при виписці			Віддалені результати лікування		
	добрі	задовільні	незадовільні	добрі	задовільні	незадовільні
I	9	–	–	7	–	–
II	24	2	–	18	3	–
III	23	9	3	14	4	7
IV	2	3	2	2	1	3
Всього	58	13	5	41	8	10
	76			59		

З 76 пролікованих даним методом пацієнтів нами вивчені 59 віддалених результатів. Пацієнти при рецидиві дисфагії у випадках III та IV стадії АК в подальшому були прооперовані.

Для забезпечення безперешкодного проходження і встановлення дилатора в звуженій ділянці автором в співавторстві розроблено «Спосіб кардіодилатації у пацієнтів з ахалазією при патологічному відхиленні осі стравоходу» (деклараційний патент на корисну модель № 23509), який полягає в тому, що для безперешкодного проходження і встановлення дилатора в звуженій ділянці виконують півповорот тіла хворого вліво на 45°, поворот голови вправо з комбінацією глибокого примусового вдиху та видиху апаратом ШВЛ та поступально – ротаційним просуванням дилатора.

Дотримання розробленої та впровадженої нами методики дало можливість провести кардіодилатацію з максимальною безпекою та запобіганням ускладнень у всіх випадках АК, включаючи III та IV ст., де

головною небезпекою є відхилення осі стравоходу в наддіафрагмальному сегменті, про що свідчили загальні дані позитивних безпосередніх (80%) та позитивних віддалених (70%) результатів лікування.

В 6 випадках кардіодилатація за вказаним методом використовувалась в комплексній передопераційній підготовці пацієнтів з IV ст. АК для тимчасового відновлення пасажу їжі. Також цей метод симптоматично застосований при рецидиві дисфагій у 7 пацієнтів після попереднього бужування та в 4 випадках післяопераційного стенозу кардії.

Ми використали статистичне опрацювання результатів кардіодилатації для порівняння ефективності даного методу при лікуванні початкових стадій АК (I–II) та при III–IV стадіях захворювання (табл. 3). Результати достовірні ($p < 0,05$).

Таблиця 3

Порівняння ефективності кардіодилатацій на різних стадіях АК

Результати лікування	Результати для I–II стадії АК $p \pm m$	Результати для III – IV стадія АК $p \pm m$	t
добрі	94,29 \pm 3,92	60,98 \pm 7,62	3,89
задовільні	5,71 \pm 3,92	26,83 \pm 6,92	2,65
незадовільні	0 \pm 0,90	12,20 \pm 5,11	2,30

Як видно з приведених даних результатів, лікування АК I та II ст. кардіодилатацією, цей метод безперечно ефективний. Пацієнтам з задовільними результатами та періодичною симптомною дисфагією були рекомендовані повторні курси кардіодилатацій або хірургічні втручання. Хворим з незадовільними результатами в різні періоди було виконано оперативне лікування.

При дослідженні результатів оперативних методів лікування АК виявлено, що в 45,95% оперативних ситуацій хірург мав справу з технічними труднощами у вигляді різної інтенсивності щільних зрощень СШП, особливо це стосувалось повторних оперативних втручань. Це врешті призводило до травмування слизової стравоходу в 76,47% випадків з подальшим її ушиванням. В одному випадку перфорація слизової не була діагностована під час операції.

Для оптимізації проведення езофагокардіоміотомії автором у співавторстві розроблений «Спосіб інтраопераційної внутрішньопорожнинної трансілюмінації при хірургічному лікуванні ахалазії стравоходу» (деклараційний патент на корисну модель № 21612).

Під час оперативного втручання в стравохід вводять універсальний зонд – дренаж (деклараційний патент на винахід № 38118) та проводять

трансілюмінацію зони стенозування як під час розтину м'язової оболонки, так і одразу після її закінчення. Застосування просвічування у такий спосіб дозволяє адекватно візуалізувати ділянку гіпертрофованих м'язів, що підлягають міотомії, чітко диференціювати слизову серед змінених шарів стінки стравоходу і кардії та провести контроль її герметичності. Розроблений спосіб шляхом покращення візуалізації в анатомічних співвідношеннях в ділянці кардії сприяв адекватній езофагокардіоміотомії як за довжиною, так і за глибиною. Особливої актуальності методика набула при повторних операціях.

Характер та методики виконаних та проаналізованих оперативних втручань в лікуванні АК разом із стадійністю захворювання головним чином і визначали наслідки лікування (табл. 4).

Таблиця 4

Безпосередні результати оперативного лікування АК

Методика операції	Стадія АК	Результати лікування			Всього
		Добрі	Задовільні	Незадовільні	
Геллера – передня неповна фундоплікація	II	1	–	–	18
	III	11	3	–	
	IV	2	1	–	
Геллера – Колесова	II	2	–	–	10
	III	6	–	–	
	IV	2	–	–	
Геллера – Петровського	III	5	3	–	10
	IV	–	1	1	
Езофагофундоанастомоз	IV		2		2
Геллера – Суворової	III	1	–	–	1
Геллера + операція Белсі	III	–	1	–	1
Геллера + операція Алліссона– Розетті	III	1	–	–	1
Гастростома	IV			1	1
Всього		31	11	2	44

Віддалені результати лікування з 44 прооперованих пацієнтів нам вдалось відстежити в 32 випадках (72,7%). Їх розподіл виконувався також в залежності від характеру оперативного втручання та стадії АК (табл. 5).

Аналізуючи результати операцій при АК, слід зазначити, що крім особливостей характеру втручання або модифікацій, вагоме значення має стадія захворювання. Наприклад, не відмічено жодного незадовільного результату при оперативному лікуванні II ст. АК. Разом з тим, спостерігалось 6 негативних наслідків з 9 хворих з IV ст. захворювання.

Віддалені результати оперативного лікування АК

Методика операції	Стадія АК	Віддалені результати лікування			Всього
		Добрі	Задовільні	Незадовільні	
Геллера – передня неповна фундоплікація	II	1	–	–	13
	III	6	2	–	
	IV	1	2	1	
Геллера – Колесова	II	2	–	–	9
	III	4	2	–	
	IV	–	1	–	
Геллера – Петровського	III	3	1	2	7
	IV	–	–	1	
Езофагофундоанастомоз	IV	–	–	2	2
Геллера + операція Белсі	III	–	1	–	1
Всього		17	9	6	32

Обидва незадовільні віддалені результати після виконання езофагофундоанастомозу за Гейровським зумовлені вираженим рефлюкс–езофагітом з пептичними стриктурами нижньої третини стравоходу. Виконання операції Геллера в поєднанні з фундопластиком за Белсі принесло пацієнці суб'єктивне полегшення.

У 6 з 9 пацієнтів після операції Геллера в модифікації Колесова загальний стан покращився, практично зникли дисфагічні розлади, а при контрольному рентгенологічному та ендоскопічному обстеженні виявлена стійка ремісія захворювання.

Езофагокардіоміотомія з неповною фундоплікацією лапаротомним доступом лише в одному випадку з 13 завершилась рубцевим звуженням кардії з стійким порушенням проходження їжі.

Добрі результати операції Геллера–Петровського торакотомним доступом відзначено суб'єктивно та клінічно тільки в 3 випадках з 7 простежених віддалених результатів.

При порівнянні основних методів хірургічної корекції АК, а саме: операції Геллера–Колесова, Геллера–Петровського та Геллера з передньою неповною фундоплікацією (НФП) за безпосередніми наслідками хірургічних втручань достовірна різниця ($p < 0.05$) спостерігалась в добрих та задовільних наслідках операцій в модифікації Геллера–Колесова та Геллера з НФП в порівнянні з результатами після френокардіопластики за Петровським.

Вивчені нами віддалені результати хірургічного лікування АК достовірну статистичну відмінність ($p < 0.05$) серед основних модифікацій операції езофагокардіоміотомії виявили лише в незадовільних наслідках операції

Геллера–Колесова та Геллера з НФП в порівнянні з модифікацією Геллера–Петровського трансторакальним доступом. За добрими результатами серед вивчених модифікацій оперативного лікування АК достовірної різниці не виявлено ($p>0.05$).

При лікуванні методом кардіодилатації пацієнтів з III стадією АК позитивні безпосередні результати отримано у $65,71\% \pm 8,02\%$, при оперативному – у $77,42 \pm 7,51\%$ ($t=1,06$). Також не виявлено достовірної різниці ($t=0,53$) за віддаленими позитивними результатами серед двох методів (у $54,17 \pm 10,17\%$ – при кардіодилатації, та – в $61,9 \pm 10,06\%$ в хірургічній групі відповідно).

Стосовно незадовільних результатів, які переважали при лікуванні кардіодилатацією ($t=1,8$) слід зазначити, що при рецидиві дисфагії в таких випадках показано планове хірургічне втручання, що не може порівнюватись із проблемою лікування післяопераційних рецидивів захворювання.

В той же час, використання кардіодилатації для лікування пацієнтів з АК чи симптоматичного покращення дисфагії при IV стадії захворювання, крім переваг через свою мініінвазивність, малотравматичність та широку доступність, має також чітке економічне підґрунтя в значному скороченні середнього ліжка дня з 23,07 до 10,21 днів ($p<0.05$).

ВИСНОВКИ

У роботі представлено обґрунтування та практичне вирішення актуального завдання, пов'язаного з поліпшенням діагностики та хірургічного лікування хворих на ахалазію кардії, шляхом розробки та застосування нових методів діагностики АК та вдосконалених методів хірургічного лікування.

1. Стійка ремісія АК та негативні наслідки лікування зумовлені, перш за все, строками діагностики та початком лікування. Це достовірно підтверджується наявністю у $94,29\% \pm 3,92$ пацієнтів стійкої позитивної ремісії, коли лікування розпочиналось в I-II стадіях, у той час, як лікування пацієнтів з III–IV стадією мало позитивні віддалені наслідки лише в $60,98\% \pm 7,62$ ($t=3,89$). Водночас, виявлено, що на віддалені наслідки лікування впливає вибір способу хірургічної корекції АК. Саме про це свідчить достовірне збільшення ($p<0,05$) негативних віддалених результатів після френокардіопластики Геллера–Петровського трансторакальним доступом в порівнянні з модифікаціями Геллера–Колесова та Геллера з передньою неповною фундоплікацією. В свою чергу, проведення медикаментозного монолікування, та бужування у пацієнтів з АК у 90-100% випадків було неефективним.

2. Включення в діагностичну програму АК пріоритетно розробленої соно-діагностики підвищило якість обстеження хворого на дисфагічний синдром. Разом з тим, проведення соно-сканування абдомінальної частини стравоходу

шляхом оцінки структури стінки абдомінальної частини стравоходу забезпечує діагностику неопластичного процесу.

3. Застосування запропонованого нами способу кардіодилатації дозволило отримати стійкий лікувальний ефект у 80,42% пацієнтів, включаючи III та IV стадії АК на момент виписки та в 71,31% у віддалений період. Водночас, розроблена модифікація дала можливість виконати паліативну кардіодилатацію у 4 пацієнтів з післяопераційними стриктурами кардії. Саме наявна ефективність та безпечність методики дозволила достовірно ($p < 0,05$) більш ніж вдвічі скоротити термін стаціонарного лікування (з 23,07 до 10,21 ліжко-днів).

4. Розроблений метод інтраопераційної внутрішньопорожнинної трансїлюмінації вирішує питання профілактики можливих пошкоджень слизової під час адекватної за глибиною та довжиною езофагокардіоміотомії за Геллером. Особливо актуальна вказана методика при виконанні повторних хірургічних втручань.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Усіх пацієнтів на дисфагічний синдром доцільно обстежувати за запропонованою схемою, яка базується на деталізації скарг, клінічному обстеженні та включає соно-діагностику АК.

2. За результатами дослідження віддалених результатів лікування АК вважаємо використання медикаментозного лікування та бужування стравоходу – не ефективними.

3. Враховуючи отриману високу ефективність кардіодилатації, розглядаємо цей метод як пріоритетний в лікуванні АК I–II ст. Під час виконання кардіодилатацій при АК III ст., у випадках передопераційної підготовки пацієнтів з IV ст. та в разі післяопераційного рецидиву захворювання рекомендується застосування способу кардіодилатації навіть при патологічному відхиленні осі стравоходу, який дає можливість провести кардіодилатацію ефективно з максимальною безпекою та запобіганням ускладнень.

4. Оперативну корекцію АК доцільно виконувати з застосуванням способу інтраопераційної внутрішньопорожнинної трансїлюмінації, який шляхом покращення візуалізації в анатомічних співвідношеннях ділянки кардії сприяє проведенню адекватної езофагокардіоміотомії як за довжиною, так і за глибиною та профілактиці можливих ускладнень.

5. Для отримання позитивних віддалених результатів оперативного лікування АК, операціями вибору слід вважати модифікації Геллера – Колесова та Геллера з неповною передньою фундоплікацією абдомінальним шляхом.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Сергійчук О. Л. Ультразвукова діагностика ахалазії кардії / О. Л. Сергійчук // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. – 2007. – Т. 143, Ч. V. – С. 236–237.
2. Сергійчук О. Л. Сучасні аспекти лікування ахалазії кардії / О. Л. Сергійчук // Пластична та реконструктивна хірургія. – 2007. – № 2 (VIII). – С. 88–91.
3. Сергійчук О. Л. Місце ендоскопії у діагностиці та лікуванні ахалазії кардії / О. Л. Сергійчук // Пластична та реконструктивна хірургія. – 2007. – №2 (VIII). – С. 93–95.
4. Багіров М. Аналіз безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування ахалазії кардії / М. Багіров, О. Сергійчук // Український медичний часопис. – 2009. – № 2. – С. 111–115. (Дисертантом особисто проведено збір та обробка матеріалів дослідження, підготовлена стаття до друку).
5. Багіров М. Методи хірургічної корекції ахалазії кардії / М.Багіров, О.Сергійчук // Клінічна хірургія. – 2009. –№3. – С. 15–18. (Дисертантом особисто проводилось обстеження, лікування хворих, обробка матеріалів дослідження, підготовка статті до друку).
6. Сергійчук О. Л. Погляди на етіопатогенез ахалазії кардії, історія їх розвитку / О. Л. Сергійчук // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2009. – № 13 (1). – С. 191–193.
7. Застосування кардіодилатації в комплексному лікуванні ахалазії стравоходу / В. О. Шапринський, І. І. Мітюк, В. Ф. Кривецький, М.А. Полянчук, В. О. Озолін, О. Л. Сергійчук, М.І. Покидько // Клінічна хірургія. – 2007. – № 5–6. – С. 86–87.(Здобувачем особисто запроваджена модифікована методика в практику, проведено збір клінічного матеріалу).
8. Безпосередні та віддалені результати кардіодилатації, як основного методу лікування ахалазії кардії / В. О. Шапринський, І. І. Мітюк, О. Л. Сергійчук, В. Ф. Кривецький, М. А. Полянчук, С. Н. Божок, В. Т. Гончаренко, В. Ю. Домбровський, В. О. Озолін, В. І. Поліщук, О. І. Процик, А. Г. Скиба, Ю. А. Усатюк // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 4.1(36). – С. 136–138. (Дисертант особисто брав участь у обстеженні та лікуванні пацієнтів, оформленні матеріалів клінічного дослідження)
9. Кардіодилатація за методом Штарка в лікуванні ахалазії кардії : зб. наук. робіт лікарів та вчених провідних клінік Вінниччини / В. О. Шапринський, І. І. Мітюк, В. Ф. Кривецький, В. О. Озолін, М. А. Полянчук, О. Л. Сергійчук, О. І. Процик, В. Т. Гончаренко, С. Н. Божок, В. І. Поліщук, В. Ю. Домбровський. –2007. – Вип. 7. – С. 142–144. (Здобувачем особисто проведено збір клінічного матеріалу, підготовлені тези доповіді).

10. Пат. № 38118 А Україна. МПК А61М25/00. Універсальний зонд – дренаж / Мітюк І. І., Сергійчук О. Л., Кривецький В. Ф.; заявник та власник Вінницький національний медичний університет. – № 2000053091; заявл. 30.05.00; опубл. 15.05.01, Бюл. №4. (Дисертанту належить ідея винаходу та його клінічне впровадження в хірургічну практику).

11. Пат. № 25435 Україна. МПК А61В10/00. Спосіб соно-діагностики ахалазії стравоходу / Сергійчук О. Л., Откаленко О. С., Кривецький В. Ф., Церковнюк А. В., Дмитрієва К. Ю., Полянчук М. А.; заявник та власник Вінницький національний медичний університет. – № u 200703205; заявл. 26.03.07; опубл. 10.08.07, Бюл. №12. (Дисертанту належить ідея, розробка та клінічне впровадження способу)

12. Пат. № 23509 Україна. МПК А61В1/00. Спосіб кардіоділятації у пацієнтів з ахалазією при патологічному відхиленні осі стравоходу / Мітюк І. І., Кривецький В. Ф., Полянчук М. А., Озолін В. О., Покидько М. І., Сергійчук О. Л.; заявник та власник Вінницький національний медичний університет. – № u 200700670; заявл. 22.01.07; опубл. 25.05.07, Бюл. №7. (Дисертант особисто приймав участь в розробці, оформленні та в клінічному впровадженні способу).

13. Пат. № 21612 Україна. МПК А61М25/00 Спосіб інтраопераційної внутрішньопорожнинної трансїлюмінації при хірургічному лікуванні ахалазії стравоходу / Кривецький В. Ф., Сергійчук О. Л., Шапринський В. О., Кривецька Н. В., Сергійчук О. В.; заявник та власник Вінницький національний медичний університет. – № u 200611292; заявл. 26.10.06; опубл. 15.03.07, Бюл. №3. (Здобувачеві належить ідея, розробка та впровадження способу у хірургічну практику).

АНОТАЦІЯ

Сергійчук О.Л. Діагностика та лікування ахалазії кардії. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, 2009.

Дисертація присвячена проблемам діагностики та хірургічної корекції ахалазії кардії (АК). Узагальнені результати обстеження та лікування 122 пацієнтів з АК.

Показано, що діагностика патології саме на ранніх стадіях зумовлює позитивні як безпосередні, так і віддалені наслідки лікування. Розроблена схема обстеження хворого на дисфагічний синдром, що включає вперше впроваджену соно-діагностику, допомагає вчасно діагностувати АК та диференціювати її з злякисними враженнями стравохідно-шлункового переходу. Оцінені безпосередні та віддалені (до 11 років) наслідки лікування АК та проаналізовані причини ускладнень та рецидивів захворювання. Розроблена методика кардіодилатацій

дозволила ефективно та безпечно проводити хірургічну корекцію АК в I-III стадіях захворювання з позитивним ефектом на момент виписки в понад 80% випадках та в понад 70% - у віддалений час з чітким економічним підґрунтям. Також стало можливим відновлення пасажу їжі в комплексі передопераційної підготовки у хворих з IV стадією АК та в разі післяопераційних стриктур кардії. Аналіз результатів оперативного лікування АК засвідчив переваги абдомінального доступу операції Геллера з передньою неповною фундоплікацією. Використання розробленої методики інтраопераційної внутрішньопорожнинної трансілюмінації для виконання адекватної за глибиною та довжиною езофагокардіоміотомії сприяє уникненню інтраопераційних труднощів та ускладнень, особливо при повторних хірургічних втручаннях.

Ключові слова: ахалазія кардії, діагностика, хірургічне лікування, віддалені наслідки

АННОТАЦІЯ

Сергейчук О.Л. Диагностика и лечение ахалазии кардии. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Винница, 2009.

Диссертация посвящена проблемам диагностики и хирургической коррекции ахалазии кардии (АК). Обобщены результаты обследования и лечения 122 пациентов с АК с 1996 по 2009 гг. С 1996 по 2006гг. проводился ретроспективный анализ, с 2006 по 2009 – проспективный.

Оценены непосредственные и отдаленные (до 11 лет) результаты лечения АК, а также проанализированы причины осложнений и рецидивов болезни.

Возраст наблюдаемых пациентов – от 10 до 76 лет. Женщины составили 55,5% группы. Большинство было жителями городов (59,8%) молодого и зрелого возраста (79,5%). Группа пациентов была разделена по стадиям заболевания. С I стадией АК на лечении находилось лишь 7,4% пациентов, со II стадией – 25,4%. III стадия заболевания составила основную (54,1%) группу, с IV стадией среди исследованных – 13,1% случаев.

С 122 пациентов – 34 лечились по поводу АК раньше, у 4 – в анамнезе были кардиопластические операции.

Всем пациентам проводились: общее клиническое обследование, рентгенологическое, рН–метрия, фиброэндоскопическое, эзофагоманометрия, электрокардиография, сонно – сканирование абдоминального отдела пищевода. Для изучения отдаленных результатов лечения АК кроме указанных использовался метод анкетирования и телефонного опроса.

Разработанная схема обследования больного на дисфагический синдром, которая включает детализацию жалоб, полное клиническое обследование, а

также впервые внедренную сонно–диагностику АК, помогает своевременно диагностировать АК и дифференцировать ее со злокачественными поражениями пищеводно-желудочного перехода.

Наличие дисфагии рассматривался как основной клинический критерий в оценке результатов лечения. Результаты лечения АК разделялись на: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Статистически достоверно показано, что диагностика патологии именно на ранних стадиях обуславливает положительные как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения. Так, в $94,29\% \pm 3,92$ пациентов достигнута стойкая положительная ремиссия, когда лечение проводилось в I–II стадиях. И только в $60,98\% \pm 7,62$ ($t=3,89$) случаях лечения III–IV стадии АК имели место хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Внедренная модификация кардиодилатации позволила эффективно и безопасно проводить хирургическую коррекцию АК в I–III стадиях с положительным эффектом на момент выписки в более 80% случаев и в более 70% – в отдаленные сроки. Значительное сокращение среднего койко-дня стационарного лечения с 23,07 до 10,21 экономически обуславливает преимущество предложенной методики. Используя пневмокардиодилатацию, стало возможным возобновление пассажа еды в комплексе предоперационной подготовки у больных IV стадии АК и в случаях послеоперационных стриктур кардии.

При исследовании оперативных методик лечения АК выявлено, что в 45,95% оперативных ситуаций хирургу встречались технические трудности в виде спаечного процесса в области пищеводно-желудочного перехода, особенно при повторных хирургических вмешательствах. Это, в свою очередь, приводило к травматизации слизистой в 76,47% случаев. У одного пациента перфорация слизистой не была диагностирована интраоперационно. Неполная эзофагокардиомиотомия по длине и глубине явилась основной причиной послеоперационных рецидивов АК.

Использование разработанной методики интраоперационной внутривисцеральной трансилюминации во время проведения адекватной по глубине и длине эзофагокардиомиотомии способствует избеганию интраоперационных трудностей и осложнений, особенно при повторных операциях, что в значительной мере предопределяет результаты лечения.

Анализ положительных результатов кардиопластических модификаций хирургического лечения АК показал достоверное преимущество абдоминального доступа операции Геллера с передней неполной фундопликацией в сравнении с френопластикой Петровского торакотомным доступом.

Ключевые слова: ахалазия кардии, диагностика, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

SUMMARY

Serhiychuk O.L. Diagnosis and treatment of achalasia of the cardia. – The manuscript.

Thesis degree candidate medical of Science degree in 14. 01. 03. – surgery. – Vinnytsia National medical University, Vinnitsa, 2009.

Dissertation is devoted to diagnostic and surgical management of the achalasia of cardia (AC). The results of the survey and treatment of 122 patients with AC are summarized.

It is shown that the diagnosis of pathology at early stages hence the positive both immediate and delayed results of the treatment. The schema of the investigation of the patients with dysphagic syndrome is designed. It includes the first embedded sono-diagnosis, which is useful at the early diagnostic of the AC and differentiation of AC with the malignant tumors of the esophageal–gastric junction. The immediate and distant (up to 11years) results of treatment of AC are evaluated and also the causes of complications and recurrences of the disease are analyzed. The proposed variant of the cardiodilatation allows performing of the surgical management of AC in I-III stages with positive effect in more than 80% of the cases immediately and in more than 70% in the distant time with a clear economic effect. Also the restoring of the food passage in patients with IV stage of AC at there preoperative period as well as in the cases of postoperative narrowing of cardia was obtained. The analysis of the results of the surgical treatment showed the advantage of abdominal Heller procedure with front access incomplete fundoplication. The using of the proposed method of intraoperative intracavitary transillumination during adequate for the depth and length esophagocardiomyotomy helps to avoid the intraoperative difficulties and complications, especially at the recurrent operations.

Key words: achalasia of cardia, diagnostics, surgical treatment, remote results.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АК	– ахалазія кардії
ЖКХ	– жовчно–кам’яна хвороба
НФП	– передня неповна фундоплікація
ПКД	– пневмокардіодилатація
СШП	– стравохідно–шлунковий перехід

Підписано до друку 5.11.2009 р. Замовл. № 1347
Формат 60x90 1/16 ум. Друк. Арк. 0,8 друк офсетний.
Наклад 100 примірників.

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М.І.Пирогова, Пирогова, 56.

