

В. В. Грубнік, В. В. Ільяшенко, А. В. Малиновський, О. В. Медведев

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Сьогодні провідна роль у лікуванні захворювань стравоходу належить малоінвазивним методам. Дана робота присвячена двом найбільш спірним технічним питанням лапароскопічної хірургії стравохідно-шлункового переходу: способам пластики стравохідного отвору діафрагми (СОД) при операціях із приводу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) і гриж стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), а також способам фундоплекції при операціях із приводу ахалазії стравоходу.

Як хронічне захворювання, зумовлене кислим або лужним гастроєзофагеальним рефлюксом, ГЕРХ у більшості випадків асоційоване з ГСОД [1; 2]. Операцією вибору при ГЕРХ, що асоціюється з ГСОД, визнана пластика СОД і фундоплекція за методикою floppy Nissen, ефективність якої, за даними літератури, сягає 86–95 % при порівняно невеликій частоті ускладнень — 2–8 % [1; 3–7]. Проте деякі автори доводять, що при великих ГСОД (діаметром більше 5 см) для профілактики рецидиву грижі та ГЕРХ необхідно використовувати різні способи пластики СОД сітчастим трансплантатом [2; 8; 9]. Тому в даній роботі було виконано порівняння віддалених результатів різних методик пластики СОД при антирефлюксних операціях.

Ахалазія стравоходу — нервово-м'язове захворювання, що супроводжується дисфункцією нижнього стравохідного

сфінктера (НСС) і призводить до прогресуючої дисфагії. Нині операцією вибору в лікуванні ахалазії стравоходу II–IV стадій є лапароскопічна кардіоміотомія (ЛКМТ) за Геллером [1; 10–12]. Вона полягає у розтині м'язового шару нижньої третини стравоходу та кардіального відділу шлунка впродовж 8–10 см до слизової оболонки. Ця стандартна методика щонайкраще усуває дисфагію і характеризується мінімальним відсотком ускладнень [10; 11; 13–17]. Проте досі не вирішено питання про необхідність подальшої фундоплекції [1; 17; 18]. З одного боку, фундоплекція знижує вірогідність гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) [18–21], з другого — вона збільшує тривалість операції і, за даними багатьох авторів [10; 13; 18; 19; 22], може підвищувати частоту рецидивів, особливо у пацієнтів із IV стадією ахалазії [1; 23]. Тому дуже важливо вирішити питання: у яких же випадках необхідна фундоплекція? Для цього нами було проведено порівняння і аналіз віддалених результатів ЛКМТ без фундоплекції та ЛКМТ, доповненої різними способами фундоплекції, з подальшою розробкою диференційованого підходу до використання антирефлюксної процедури.

Матеріали та методи дослідження

Лікування пацієнтів із ГЕРХ і ГСОД

З 1994 по 2006 рр. в Одеській обласній клінічній лікарні 525 пацієнтам були виконані ла-

пароскопічні антирефлюксні операції. Показаннями до оперативного лікування були:

1) ГЕРХ, не асоційована з ГСОД, рефрактерна до стандартної консервативної терапії;

2) ГЕРХ, асоційована з ковзними ГСОД II та III ступенів і параезофагеальними грижами.

Чоловіків було 210, жінок — 315. Вік пацієнтів коливався від 22 до 78 років. Аксиальні ГСОД II ступеня виявлені у 259 хворих, III ступеня — у 149 хворих, параезофагеальні грижі — у 52 хворих; ГЕРХ, що не асоціюється з ГСОД, діагностована у 65 хворих.

Залежно від методики пластики СОД, хворі були розділені на три групи: першу групу утворили 240 пацієнтів із ГЕРХ, не асоційованою з ГСОД й асоційованою з аксіальними ГСОД II ступеня з діаметром грижового дефекту менше 5 см, яким була виконана крурорафія. До другої групи увійшли 253 пацієнти з аксіальними ГСОД II і III ступенів і параезофагеальними грижами з діаметром грижового дефекту 5–8 см, яким була виконана пластика СОД у поєднанні з крурорафією. При цьому після крурорафії до ніжок діафрагми кількома вузловими швами підшивається сітчастий трансплантат трикутної або прямокутної форми. У 214 пацієнтів із цієї групи була використана оригінальна методика — фіксація сітчастого трансплантата позаду ніжок діафрагми разом із крурорафією, що, по-перше, дозволяє зменшити кількість швів, які накладаються, а по-друге — знижує ймовірність розвитку дисфагії,



оскільки при даному способі виключається контакт трансплантата із стравоходом. До третьої групи увійшли 32 пацієнти з фіксованими аксіальними ГСОД III ступеня і парезофагеальними грижами з діаметром грижового дефекту більше 8 см. Цим хворим була виконана нена тяжна пластика СОД сітчастим трансплантатом. При цьому крурорафію не виконували і краї трансплантата фіксували до ніжок діафрагми. Фундоплікація за Ніссеном виконана у 383 пацієнтів, за Розетті — у 76, за Тупе — у 66.

Хірургічна допомога хворим з ахалазією стравоходу

З 1995 по 2003 рр. в Одеській обласній клінічній лікарні прооперовано 39 пацієнтів з ахалазією стравоходу. Чоловіків було 22, жінок — 17. Вік пацієнтів коливався від 22 до 70 років. Залежно від наявності фундоплікації, пацієнти були розділені на дві групи. У першій групі, що складалася з 23 пацієнтів (8 хворих II стадії, 8 хворих III стадії і 7 хворих IV стадії), які мали супровідні ГСОД, після кардіоміотомії виконувалася фундоплікація. У 5 пацієнтів із IV стадією виконали фундоплікацію за Тупе, у решти 18 пацієнтів — фундоплікацію за Дором. У другій групі, що складалася з 16 хворих (4 хворих із II стадією, 7 хворих із III стадією і 5 хворих із IV стадією), які не мали ГСОД, фундоплікація не виконувалася.

У всіх пацієнтів із ГЕРХ і ахалазією стравоходу при обстеженні й оцінці результатів використовували оригінальну бальну шкалу симптомів, а також рентгенологічне дослідження, ендоскопію з біопсією, добовий внутрішньостравохідний рН-моніторинг із розрахунком індексу DeMeester і стравохідна манометрія.

Початкові дані обстеження пацієнтів із ГЕРХ і ГСОД

До операції у більшості пацієнтів із ГЕРХ була печія, відрижка, за грудинні болі та симптоми екстраезофагеальних ускладнень (табл. 1). При рентге-

нологічному дослідженні, виконаному кожному пацієнтові, у всіх хворих були виявлені ознаки ГЕРХ. При ендоскопічному дослідженні, виконаному всім пацієнтам, у переважній більшості хворих був виявлений рефлюкс-езофагіт (табл. 2). Добовий внутрішньостравохідний рН-моніторинг у першій групі був виконаний 129 (53,7 %) пацієнтам, у другій групі — 141 (55,7 %) пацієнтам, у третій групі — 18 (56,2 %) пацієнтам. У першій групі середнє значення індексу DeMeester до операції становило 32,8±18,8; у другій групі — 42,4±34,3; у третій групі — 45,2±37,9.

Початкові дані обстеження пацієнтів з ахалазією стравоходу

У першій групі до початку лікування хворі скаржилися на дисфагію (у середньому (4,4±0,7) бала), за грудинні болі, регургітацію, печію (у середньому (0,5±1,3) бала). Ендоскопіч-

но у всіх хворих був виявлений езофагіт стадії А–С ступенів за Лос-Анджелеською класифікацією. Базальний тиск НСС становив у середньому (29,2±8,9) мм рт. ст. Індекс DeMeester у середньому дорівнював 14,6±9,2 (табл. 3).

У другій групі до початку лікування хворі скаржилися на дисфагію (у середньому (4,3±0,6) бала), за грудинні болі, регургітацію. Скарг на печію хворі не висловлювали. У всіх пацієнтів був виявлений езофагіт стадії А–С. Базальний тиск НСС становив у середньому (28,8±8,7) мм рт. ст. Індекс DeMeester у середньому склав 11,7±2,9 (табл. 4).

Результати дослідження та їх обговорення

Результати лапароскопічних антирефлюксних операцій

Хворі добре переносили антирефлюксні операції, починали ходити на другу добу після-

Таблиця 1

Клінічні прояви ГЕРХ

Симптоми	До операції, n=525		Після операції, n=473	
	Кількість пацієнтів	%	Кількість пацієнтів	%
Печія	498	94,8	21	4,4
За грудинні болі	407	77,5	18	3,8
Відрижка	514	97,9	25	5,3
Дисфагія	220	41,9	10	2,1
Екстраезофагеальні симптоми				
респіраторний синдром	73	13,9	16	3,4
кардіальний синдром	52	9,9	13	2,7
Оториноларингофарингеальний синдром	42	8	9	1,9

Таблиця 2

Вираженість езофагіту за даними ендоскопічного дослідження (за Лос-Анджелеською класифікацією)

Ступінь езофагіту	До операції, n=525		Після операції, n=473	
	Кількість пацієнтів	%	Кількість пацієнтів	%
0	46	8,7	388	82
A	155	29,5	38	8
B	177	33,7	29	6,2
C	105	20	16	3,4
D	42	8,1	2	0,4



Динаміка симптомів і об'єктивних даних у хворих I групи

Показники	Початкові дані, n=23	Через 6 міс., n=21	Через 12 міс., n=21	Через 48 міс., n=21
Симптоми				
дисфагія, бали	4,4±0,7	0,7±0,7	0,9±0,9	1,0±0,9
болі, бали	3,8±0,8	0,2±0,4	0,3±0,5	0,3±0,5
регургітація, бали	3,9±0,7	0,2±0,4	0,3±0,5	0,4±0,7
печія, бали	0,5±1,3	0	0	0
Базальний тиск НСС, мм рт. ст.	29,2±8,9	13,2±4,8	12,7±4,5	12,9±4,9
Індекс DeMeester	14,6±9,2	11,5±2,7	12,8±2,3	11,9±2,5

Динаміка симптомів і об'єктивних даних у хворих II групи, n=16

Показники	Початкові дані	Через 6 міс.	Через 12 міс.	Через 48 міс.
Симптоми				
дисфагія, бали	4,3±0,6	0,6±0,7	0,9±0,9	1,0±0,9
болі, бали	3,7±0,7	0,2±0,4	0,2±0,5	0,3±0,5
регургітація, бали	3,8±0,6	0,2±0,4	0,2±0,5	0,3±0,6
печія, бали	0	0,2±0,7	0,1±0,5	0,2±0,7
Базальний тиск НСС, мм рт. ст.	28,8±8,7	13,8±4,5	11,1±3,0	11,9±2,9
Індекс DeMeester	11,7±2,9	13,1±4,7	12,3±2,9	13,0±4,8

операційного періоду, приймати рідку їжу на третю добу. Болювий синдром був помірним і не потребував призначення наркотичних аналгетиків. Конверсія проведена у 2 (0,4 %) пацієнтів першої та третьої групи. Середній ліжко-день у першій групі становив (4,2±1,5) доби, у другій групі — (4,1±1,7) доби, у третій групі — (5,7±1,4) доби. Середня тривалість операції у першій групі дорівнювала (70±15) хв, у другій групі — (87±23) хв, у третій групі — (95±34) хв. Інтраопераційні ускладнення відмічені у 5 (1 %) пацієнтів усіх трьох груп: 1 випадок ушкодження селезінки і 4 випадки медіастинальної емфіземи. Післяопераційні ускладнення зареєстровані у 5 (1 %) пацієнтів трьох груп: 1 випадок інфаркту міокарда, 1 випадок піддіафрагмального абсцесу і 5 випадків післяопераційної пневмонії.

Віддалені результати простежено у 473 (90 %) із 525 пацієнтів у середньому впродовж 5 років (від 1 до 12 років). У першій групі віддалені результати простежені у 211 (87,9 %) пацієнтів, у другій групі — у 233 (92 %) пацієнтів, у третій групі — у 29 (90,6 %) пацієнтів. У більшості осіб в обох групах вірогідно зменшилася частота симптомів ГЕРХ (див. табл. 1). Явища рефлюкс-езофагіту повністю зникли або значно зменшилися у більшості пацієнтів кожної з груп (див. табл. 2). Добовий внутрішньоштравохідний рН-моніторинг у першій групі був виконаний 115 (54,5 %) пацієнтам, у другій групі — 137 (54,1 %), у третій групі — 17 (53,1 %). У хворих першої групи середнє значення індексу DeMeester знизилася з 32,8±8,8 до 12,7±8,4 (P<0,05), у другій групі — з 42,4±34,3 до 9,5±7,2 (P<0,05), у третій групі

Таблиця 3

— з 45,2±37,9 до 10,4±6,3 (P<0,05).

У першій групі рецидив грижі відмічений у 11 (5,2 %) пацієнтів, що було встановлено рентгенологічно, ендоскопічно, а також інтраопераційно. У 7 з цих пацієнтів згодом була виконана лапароскопічна реконструктивна пластика стравохідного отвору діафрагми сітчастим трансплантатом із добрим результатом. Решта пацієнтів відзначила істотне зменшення скарг і явищ езофагіту після прийому інгібіторів протонної помпи.

У другій і третій групах отримані кращі результати. У кожній з цих груп рецидив відмічений у 1 (0,4 %) пацієнта, що було встановлено рентгенологічно, ендоскопічно, а також інтраопераційно. Цим пацієнтам згодом були виконані повторні реконструктивні лапароскопічні операції з добрим результатом.

Результати лапароскопічної кардіоміотомії

У першій групі серйозних ускладнень не спостерігалось. Випадків конверсії та перфорації слизової оболонки стравоходу не було. Тривалість операції у середньому становила 68±15 хв. Наступного дня після операції пацієнти починали ходити і приймати рідку їжу. Зі стаціонару хворих виписували на 3-тю–5-ту добу після операції. Обов'язково проводили рентгенологію стравоходу і манометрію. Середній ліжко-день становив (4,6±1,5) доби.

Віддалені результати вивчені у 21 (91,3 %) хворого у терміни 6, 12 і 48 міс. Віддалені результати у першій групі характеризувалися зниженням середніх показників частоти симптомів і базального тиску НСС; скарг на печію, відрижку пацієнти не висловлювали. У 1 (4,7 %) хворої (з IV стадією ахалазії), що перенесла фундоплекцію за Дором, через 48 міс. після операції трапився рецидив помірної дисфагії. Базальний тиск



НСС у цьому випадку становив 17,8 мм рт. ст. Індекс DeMeester у всіх хворих за весь період спостереження залишався в межах норми (див. табл. 3). Пацієнтці з рецидивом було виконано 2 сеанси балонної дилатації з добрим результатом.

У другій групі серйозних ускладнень також не спостерігалося. Випадків конверсії та перфорації слизової оболонки стравоходу не було. Інтраопераційна крововтрата становила 20–30 мл. Тривалість операції дорівнювала в середньому (35 ± 12) хв і була вірогідно нижчою за тривалість операції з фундоплікацією ($P < 0,05$). Наступного дня після операції хворі починали ходити і приймати рідку їжу. Середній ліжко-день становив ($4,5 \pm 1,7$) доби.

Віддалені результати досліджені в усіх 16 хворих у терміни 6, 12 і 48 міс. і також характеризувалися зниженням середніх величин частоти симптомів і базального тиску НСС. У 1 (6,25 %) хворої з III стадією через 28 міс. після операції з'явилися скарги на печію, відрижку й об'єктивні ознаки ГЕР: індекс DeMeester сягав 17,8; ендоскопічно був виявлений рефлюкс-езофагіт ступеня В. Пацієнтці було проведено 2 курси інгібіторів протонної помпи з добрим результатом. У решти хворих за весь період спостереження індекс DeMeester залишався в межах норми (див. табл. 4).

Обговорення результатів лапароскопічних антирефлюксних операцій

Причинами рецидиву ГЕРХ, що відмічається у 4–14 % випадків лапароскопічних антирефлюксних операцій, є: порушення цілісності фундоплікаційної манжети; широка манжета, що зісковзує на дно шлунка, і рецидив ГСОД [7; 8; 24–27]. Причому найбільш частим механізмом є рецидив ГСОД, що трапляється в основному при великих розмірах грижового дефекту [25–27]. Традиційним спо-

собом пластики СОД є круорографія. Проте низкою робіт було доведено, що при грижовому дефекті діаметром більше 5 см (найчастіше це аксіальні ГСОД III ступеня і параезофагеальні грижі) при використанні круорографії часто виникають рецидиви ГСОД [4; 7–9]; це підтверджується і нашими результатами. Тому була запропонована методика пластики СОД сітчастим трансплантатом, яка ефективніше запобігає можливості рецидиву ГСОД [4; 8; 9]. У нашій роботі кращі результати отримані при використанні пластики СОД сітчастим трансплантатом: у другій і третій групах частота рецидивів становила по 0,4 % порівняно з першою групою, в якій частота рецидивів дорівнювала 5,2 %. Існує два основних способи пластики СОД сітчастим трансплантатом:

1) фіксація трансплантата в комбінації із круорографією;

2) ненатяжна фіксація країв трансплантата до ніжок діафрагми без круорографії.

При діаметрі грижового дефекту більше 8 см кращими результатами характеризується ненатяжна пластика СОД [2; 28], що підтверджується і даними нашого дослідження. Проте ненатяжна пластика СОД технічно складніша, ніж фіксація трансплантата в комбінації з круорографією, тому використання її при діаметрі грижового дефекту від 5 до 8 см ми вважаємо недоцільним. Отримані нами результати підтверджують цей висновок.

Обговорення результатів лапароскопічної кардіоміотомії

Високою ефективністю характеризується ЛКМТ: відмінні та добрі віддалені результати отримані нами у 35 (94,6 %) із 37 хворих, а серед хворих із IV стадією — у 14 (93,3 %) із 15 хворих, що поступається результатам тільки деяких досліджень, описаних у літературі [11; 23; 29].

Результати ЛКМТ оцінюються за двома головними критеріями: рецидив дисфагії та ГЕР. Частота рецидивів, за даними літератури, коливається в межах 0–11 % [10; 11; 13; 17]. При цьому у разі використання фундоплікації рецидиви спостерігаються частіше на 1–5 % [10; 13; 18; 19; 22]. Частота ГЕР, за даними літератури, коливається в межах 2–17 % [4; 18–20]. При цьому застосування фундоплікації зменшує частоту ГЕР [4; 11; 18–20].

Проте, як свідчать дані S. Lyass, D. Thoman et al. [18], після ретроспективної оцінки більше 600 ЛКМТ, виконаних у різних клініках із 1990 по 2001 рр., різниця між частотою рефлюксу в групах із фундоплікацією і без неї не така вже й велика: відповідно 7,9 і 10 % (за даними рН-моніторингу). Таким чином, у значній кількості пацієнтів, незважаючи на відсутність фундоплікації, не виникає ГЕР [11; 17–20; 30], тому немає необхідності виконувати фундоплікацію всім хворим. Фундоплікація має виконуватися за строгими показаннями; до того ж вона може сприяти рецидивам і збільшує час операції. Ми дійшли висновку, що такими показаннями є ГСОД, з якими асоційована ахалазія стравоходу. За даними літературних джерел частота розвитку ахалазії стравоходу при ГСОД досягає 18 % [1]. Таким хворим показана антирефлюксна операція: у II–III стадіях — фундоплікація за Дором, у IV стадії — фундоплікація за Тупе, що забезпечує ефект розтягування країв розітнутої м'язової оболонки, або фундоплікація за Дором [16; 18; 29]. Хворим, що не мають ГСОД, фундоплікація не показана. Використовуючи цей підхід, ми дістали такі результати. У групі пацієнтів, яким була виконана фундоплікація, ГЕР не був виявлений у жодному випадку. Лише у 1 (4,7 %) хворої з IV стадією після фундоплікації за Дором спостерігався рецидив, що цілком закономірно і



відповідає даним літератури. У групі хворих, яким фундоплекція не виконувалася, рецидивів не спостерігалось, а час операції був значно меншим. Лише у 1 (6,25 %) хворій з III стадією був виявлений помірний ГЕР, що також відповідає даним літератури. Таким чином, за допомогою диференційованого підходу до використання фундоплекції нам вдалося знизити частоту рецидивів і ГЕР, отже, поліпшити результати лікування ахалазії стравоходу.

Висновки

За результатами лапароскопічних антирефлюксних операцій:

1. Лапароскопічні антирефлюксні операції високоефективні в лікуванні ГЕРХ, асоційованої з ГСОД, добре переносяться пацієнтами і характеризуються невеликим відсотком ускладнень, що дозволяє визнати їх операціями вибору в лікуванні даної патології.

2. При діаметрі грижового дефекту від 5 до 8 см найбільш оптимальним способом пластики СОД є фіксація трансплантата в комбінації з крурорафією.

3. При діаметрі грижового дефекту більше 8 см найбільш ефективним способом є нена тяжна пластика СОД з фіксацією країв трансплантата до ніжок діафрагми без крурорафії.

За результатами лапароскопічної кардіоміотомії:

1. Лапароскопічна кардіоміотомія високоефективна в лікуванні ахалазії стравоходу, зокрема в IV стадії, і характеризується невеликим відсотком ускладнень, що дозволяє визнати її операцією вибору в лікуванні цього захворювання.

2. У пацієнтів з ахалазією стравоходу, асоційованою з ГСОД, а також з іншими факторами, що сприяють розвитку ГЕР у післяопераційному періоді (виразкова хвороба, дуоденостаз, ожиріння та ін.) кардіоміотомію потрібно доповнювати фундоплекцією: у хворих із II стадією — за Дором, з III–IV стадією —

за Тупе або Дором. Це є надійним заходом профілактики ГЕР і не підвищує частоту рецидивів.

3. У пацієнтів без вказаних факторів фундоплекція повинна виконуватися тільки у разі ризику перфорації слизової оболонки стравоходу в післяопераційному періоді. Така тактика дозволяє уникнути виникнення рецидивів і скоротити тривалість операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Видеоэндоскопическая хирургия пищевода* / под ред. В. И. Оскреткова. — Барнаул: Аз Бука, 2004.

2. *Long-term results of laparoscopic antireflux surgery: surgical outcome and analysis of failure after 500 laparoscopic antireflux procedures* / Granderath F. A., Kamolz T., Schweiger U. M. et al. // *Surg. Endosc.* — 2002. — Vol. 16. — P. 753-757.

3. *Outcomes of laparoscopic Toupet compared to laparoscopic Nissen fundoplication* / Fernando H. C., Luketich J. D., Christie N. A. et al. // *Surg. Endosc.* — 2002. — Vol. 16. — P. 905-908.

4. *Effectiveness of esophageal manometry in predicting the outcome of children with primary GER after floppy Nissen-Rossetti wrap* / Mattioli G., Gentilino V., Caponcelli E. et al. // *Surg. Endosc.* — 2004. — Vol. 18. — P. 1504-1508.

5. *Long-term outcome of laparoscopic repair of paraesophageal hernia* / Mattar S. G., Bowers S. P., Galloway K. D. et al. // *Surg. Endosc.* — 2002. — Vol. 16. — P. 745-749.

6. *Laparoscopic Nissen fundoplication: cost, morbidity, and outcome compared with open surgery* / K. F. Richards, K. S. Fisher, J. H. Flores, B. J. Christensen // *Surg. Endosc.* — 1996. — Vol. 6. — P. 140-143.

7. *Laparoscopic fundoplication short- and long-term outcome* / Valiati W., Fuchs K. H., Freys S. M. et al. // *Arch. Surg.* — 2000. — Vol. 385. — P. 324-328.

8. *Методы лапароскопической фундопликации в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни* / В. В. Грубник, В. В. Ильяшенко, А. В. Грубник, А. В. Малиновский // *Клін. хірургія.* — 2007. — № 5–6. — С. 24.

9. *Huntington T. R. Laparoscopic mesh repair of the esophageal hiatus* / T. R. Huntington // *J. Am. Coll. Surg.* — 1997. — Vol. 184. — P. 399-400.

10. *Laparoscopic cardiomyotomy and anterior partial fundoplication for achalasia* / R. Ackroyd, D. I. Watson,

P. Devitt, G. Jameison // *Surgical Endoscopy.* — 2001. — Vol. 15. — N 7. — P. 683-686.

11. *The laparoscopic Heller-Dor operation remains an effective treatment for esophageal achalasia at a minimum 6-year follow-up* / Costandini M., Zaninotto G., Guirroli E. et al. // *Surgical Endoscopy.* — 2005. — Vol. 19. — P. 345-352.

12. *Выбор метода лечения больных ахалазией пищевода* / В. И. Оскретков, В. М. Казарян, В. А. Ганков, А. Г. Климов // *Вестник хирургии.* — 2003. — Т. 162. — С. 32-35.

13. *Six year of experience in laparoscopic surgery of esophageal achalasia* / Fernandez A. F., Martinez M. A., Ruiz J. et al. // *Surgical Endoscopy.* — 2003. — Vol. 17. — P. 153-156.

14. *Лапароскопические операции при ахалазии пищевода* / В. В. Грубник, О. Н. Загороднюк, П. П. Шипулин, А. В. Грубник // *Клін. хірургія.* — 2003. — № 7. — С. 42-46.

15. *Эндохірургічний аспект лікування ахалазії кардії* / Саєнко В. Ф., Тивончук О. С., Лаврик А. С. та ін. // *Харків. хірург. школа.* — 2005. — Т. 17. — С. 73-75.

16. *Шалимов А. А. Хирургия пищевода* / А. А. Шалимов, В. Ф. Саєнко, С. А. Шалимов. — М.: Медицина, 1975. — С. 67-91.

17. *Шулутко А. М. Эндоскопическая хирургия в лечении ахалазии пищевода* / А. М. Шулуто, А. Ю. Моисеев, А. М. Казарян // *Эндоскоп. хірургія.* — 2001. — № 5. — С. 16-20.

18. *Current status of an antireflux procedure in laparoscopic Heller myotomy* / S. Lyass, D. Thoman, J. P. Steiner, E. Phillips // *Surgical Endoscopy.* — 2003. — Vol. 17, N 4. — P. 554-558.

19. *Wound healing of laparoscopic esophageal myotomy with or without an added gastric patch* / Azevedo J. L. M. C., Koza F. O., Azevedo O. et al. // *Surgical Endoscopy.* — 2005. — Vol. 19, N 10. — P. 1320-1324.

20. *Objective analysis of gastroesophageal reflux after laparoscopic heller myotomy: An anti-reflux procedure is required* / Burpee S. E., Mamazza J., Schlachta C. M. et al. // *Surgical Endoscopy.* — 2005. — Vol. 19, N 1. — P. 9-14.

21. *Heller myotomy vs Heller myotomy plus Dor fundoplication. Cost-utility analysis of a randomized trial* / A. Torquati, R. Lutfi, L. Khaitan, K. W. Sharp // *Surgical Endoscopy.* — 2006. — Vol. 20, N 3. — P. 389-393.

22. *Long-term results of laparoscopic Heller myotomy with partial fundoplication for the treatment of achalasia* / Bonatti H., Hinder Ronald et al. // *American Journal of Surgery.* — 2005. — N 12. — P. 9-12.



23. *Laparoscopic Heller myotomy and Dor fundoplication for the treatment of achalasia : assessment in relation to morphologic type* / Omura N., Kashiwagi H., Ishibashi Y. et al. // *Surgical Endoscopy*. — 2006. — Vol. 20, N 2. — P. 210-213.

24. *Видеоендоскопические операции в хирургии и гинекологии* / В. Н. Запорожан, В. В. Грубник, В. Ф. Саенко, М. Е. Ничитайло. — К. : Здоров'я, 2000.

25. *Soper N. J. Anatomic fundoplication failure after laparoscopic anti-*

reflux surgery / N. J. Soper, D. Dunnegan // *Ann. Surg.* — 1999. — Vol. 229. — P. 669-677.

26. *A mesh in the hiatus : a controversial issue* / Targarona E. M., Benda-han G., Balague C. et al. // *Arch. Surg.* — 2004. — Vol. 17. — P. 372-374.

27. *Waring J. P. Postfundoplication complications: prevention and management* / J. P. Waring // *Gastroenterol. Clin.* — 1999. — Vol. 28. — P. 1007-1019.

28. *Comparison of laparoscopic versus open repair of paraesophageal her-*

nia / Schauer P. R., Ikramuddin S., McLaughlin R. H. et al. // *Am. J. Surg.* — 1998. — Vol. 176. — P. 659-665.

29. *Results of laparoscopic Heller-Toupet operation for achalasia* / J. M. Perrone, M. M. Frisella, K. M. Desai, N. J. Soper // *Surgical Endoscopy*. — 2004. — Vol. 18, N 10. — P. 1565-1571.

30. *Методи лапароскопічної фундоплекції в ліченні гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби* / В. В. Грубник, В. В. Ільяшенко, А. В. Грубник, А. В. Малиновський // *Клін. хірургія*. — 2007. — № 5-6. — С. 24.

УДК 616-005.3:616.12-008.300

О. О. Гунаєва-Кручина

ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ БЕЗ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ВІНЦЕВИХ АРТЕРІЯХ

Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна,
Центральна клінічна лікарня «Укрзалізниця», Харків

Вступ

Ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається однією з актуальних проблем загальної терапії та кардіології [1–6]. Інгібітори 3-гідрокси-3-метилглутарил коензим А-редуктази, більш відомі як статини, — видатне досягнення фармакотерапії атеросклерозу наприкінці ХХ ст. Сьогодні антиатеросклеротична терапія статинами розглядається як довготривала стратегія первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань і тяжких ішемічних подій (раптової коронарної смерті, інфаркту міокарда, інсульту) [1–4; 9]. Лікарські препарати даного класу ефективно впливають на зниження смертності від серцево-судинних ускладнень, добре переносяться хворими та дійсно безпечні. Ран-

домізоване плацебо контрольоване дослідження MIRACL показало, що агресивне раннє лікування аторвастатином у дозі 80 мг на добу після гострого коронарного синдрому сприяє зниженню ризику повторних гострих коронарних і некоронарних подій впродовж усього 16-тижневого періоду спостереження за пацієнтами [8].

Подібні результати відмічені у дослідженні AVERT, в якому порівнювали ефективність ангіопластики та терапії аторвастатином у дозі 80 мг на добу у пацієнтів із рекомендаціями щодо ангіопластики. У групі аторвастатину ішемічні події спостерігалися в 13 % осіб і в групі ангіопластики — у 21 % [9]. Активне зменшення рівня ліпідів внаслідок терапії аторвастатином знижує ризик ішемічних подій, робить значно пізнішою ймо-

вірність першої ішемічної події, позитивно впливає на показники життя та відкладає, або навіть запобігає необхідності реваскуляризації серця [7].

У дослідженні (RITA-II) доведено, що медикаментозна терапія аторвастатином у хворих на стенокардію I–II функціонального класів зменшувала ризик фатальних і нефатальних ІМ однаковою мірою з ангіопластиком коронарних артерій, проте остання приводила до кращого антиангінального ефекту.

Нами не знайдено робіт, автори яких описують динаміку клінічного стану пацієнтів на фоні терапії аторвастатином без інвазивних втручань на вінцевих артеріях. Наша робота виконана в рамках НДР «Дослідження нелінійних динамічних ефектів в автономній регуляції серцевої біомеханіки» № держ-

