

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ І ВІДКРИТИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ АХАЛАЗІЇ СТРАВОХОДУ

Курбанов А.К.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна
anton_kurbanov@ukr.net*

Рецензенти: проф. Іоффе О.Ю., проф. Білянський Л.С.

Актуальність. Сьогодні оцінка результатів лікування ахалазії стравоходу проводиться лише протягом перших місяців після лікування. Дослідження динаміки якості життя у більш віддаленому періоді може дати важливу інформацію для оцінки ефективності лікування.

Мета: провести комплексну оцінку хірургічного лікування осіб з ахалазією стравоходу у віддалений період (2 роки) після операції.

Матеріали та методи. У 92 пацієнтів віком 18-80 років з ахалазією стравоходу I-IV стадії виконана езофагокардіоміотомія: у основній групі (n=39) – лапароскопічним доступом, у групі порівняння (n=53) – лапаротомічним. Ефективність лікування оцінювали у віддаленому періоді (впродовж 4 років) за наявністю симптомів захворювання: дисфагія, регургітація, загродинний біль, печія. Якість життя оцінювали у 40 пацієнтів віком 21-78 років (20 – після лапароскопії, 20 – після лапаротомії) через 1-2 роки після операції, за опитувальником *36-Item Short-Form Health Survey*. За самооцінкою, розраховували інтегральні середні значення фізичного (РН) і психологічного (МН) компонентів здоров'я. Відмінності між групами оцінювали за t-критерієм.

Результати. Результат лікування зумовлений характером хірургічного втручання та стадією захворювання. Відмінні результати досягнуто у всіх хворих з I-II стадією ахалазії. Після лапароскопії у 1 хворого з III стадією і 1 хворого з IV стадією виявлено рецидив. Статистично значущої різниці між показниками симптомокомплексу після лапароскопії і лапаротомії не відзначено. Відмічається неспівпадіння самооцінки РН і МН із результатами операції. Відмінні та добрі результати досягнуто у 97,8 % пацієнтів, але при цьому РН лише $51,9 \pm 2,2$; МН лише $50,8 \pm 1,8$. На якість життя найбільш негативний вплив має вік пацієнтів, застійний езофагіт та рідкі прояви дисфагії і регургітації: РН $41,5 \pm 4,1$; МН $44,0 \pm 4,8$. Після 61 року самооцінка РН вперше стає нижче МН, що вказує на появу в літньому віці неспівпадіння психологічної активності та фізичних можливостей людини.

Висновки. Ефективність лікування та швидкість реабілітації визначається віком хворих, стадією захворювання, наявністю супутнього застійного езофагіту і ступенем дисфагії.

Ключові слова: ахалазія стравоходу, лапаротомія, лапароскопія, віддалений період, якість життя.

Актуальність. Ахалазія стравоходу – тяжке нервово-м'язове захворювання, що характеризується функціональною непрохідністю стравохідно-шлункового переходу і зниженням тону стравоходу, прогресуючою дисфагією і призводить до розвитку тяжких ускладнень [4]. Захворювання характеризується дискінезією стравоходу, що проявляється зниженням тону і порушенням його перистальтики, що обумовлює порушення проходження харчових мас, слини і слизу до шлунку і супроводжується значним розширенням просвіту нижньої третини стравоходу і застійним езофагітом [1, 2, 5]. Проте у 60-70 % випадків після вдалого виконання оперативного лікування ахалазії повного функціонального відновлення стравохідно-шлункового переходу досягти не вдається, що стає причиною рецидиву захворювання [3, 6, 7]. Крім цього, оцінка результатів лікування проводиться лише впродовж перших місяців після лікування.

В останні роки все частіше для оцінки результатів лікування звертають увагу на психологічний стан пацієнтів, як на чинник, що безпосередньо впливає на результат відновлення та соціальної адаптації. В цьому плані показники якості життя можуть бути дуже корисними при оцінці ефективності різних підходів до лікування, відпрацювання оптимальних варіантів консервативного та хірургічного лікування [9, 11, 12]. Вивчення показника якості життя в динаміці може дати значиму інформацію для оцінки ефективності диспансерних заходів у осіб з хронічними захворюваннями.

Мета: провести комплексну оцінку якості життя осіб із ахалазією стравоходу у віддалений період після хірургічного лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено аналіз віддалених результатів хірургічного лікування 92 пацієнтів із ахалазією страво-

ходу I-IV стадії (класифікація Б.В. Петровського і О.Д. Федорової, 1958). Вік хворих – від 18 до 80 років (в середньому $49,1 \pm 3,2$ роки). Пацієнти проходили комплексне обстеження та оперативне лікування в хірургічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 12 ($n=53$) і Одеської обласної клінічної лікарні ($n=39$) з 1983 року по 2012 рік. Всім хворим була виконана езофагокардіоміотомія. У 53 пацієнтів (57,6 %) операція виконана лапаротомним доступом (група порівняння), іншим 39 хворим (42,3 %) виконана лапароскопічна езофагокардіоміотомія (основна група). Хворих I стадією ахалазії було 18 (19,6 %), з II стадією – 15 (16,3 %), з III стадією – 43 (46,7 %), IV стадією – 16 (17,4 %). Хворим II, III, IV стадій ($n=73$) додатково проведена фундоплікація. Хворим з I стадією фундоплікацію не виконували. Диференціальний діагноз застійного езофагіту проводили згідно Лос-Анджелеської класифікації (1995 р). Середня тривалість захворювання склала $5,3 \pm 1,3$ років (від 0,5 до 20 років).

Повторні обстеження хворих проводили перед випискою зі стаціонару (на 5-20 добу) та впродовж наступних чотирьох років спостерігали за перебігом результатів лікування та станом здоров'я.

Дослідження якості життя здійснювали у віддалений період після лікування (через 1-2 роки). У дослідженні взяли участь 40 (43,4 %) осіб, з них 20 після лапароскопічного і 20 після лапаротомного способу виконання операції. Середній вік респондентів – $48,9 \pm 4,7$ років, мінімальний – 21, максимальний – 78. Для оцінки показника якості життя застосовували метод анкетування. Використали опитувальник загального типу *36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, розроблений Бостонським інститутом здоров'я. Опитувальник використовується для групових порівнянь, враховуючи загальні концепції здоров'я і благополуччя, тобто ті параметри, що не є специфічними для різних вікових чи нозологічних груп [10]. Розраховували середній інтегральний показник фізичного компонента здоров'я (РН – *physical health*) і психологічного компонента здоров'я (МН – *mental health*).

Статистична обробка отриманих даних проводилась із використанням стандартних методів обробки результатів в програмі *Statistica 6.0*. Відмінності між групами оцінювали за допомогою t-критерію Стюдента, достовірними вважались результати з рівнем значущості більше 95 % ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Віддалені результати лікування та ефективність відновлення оцінювали за скаргами хворих. Наявність дисфагії розглядали як основний критерій, який був визначальним в ефективності лікування у безрецидивних хворих. Віддалені результати ліку-

вання проаналізовано у всіх хворих, гастроскопію проведено лише у 25 хворих. Летальних випадків не було. Післяопераційний період протікав добре, хворі були виписані зі стаціонару на 5-7 добу після лапароскопічної езофагокардіоміотомії, на 7-32 добу – після лапаротомної операції. У двох хворих групи порівняння встановлено рецидив захворювання, що потребувало виконання двох етапів дилатації стравоходу (на 3 і 4 рік після хірургічного лікування). Ці хворі страждали на застійний езофагіт: до операції D ступеню, а на момент гідробалонної дилатації – В і С, відповідно. Для порівняння, у основній групі хворих, яким проведено хірургічне лікування лапаротомним доступом, подібних ускладнень не відзначено.

У групі порівняння і основній групі через 1-2 роки після операції і в більш віддалений післяопераційний період, максимальну тривалість якого склали 48 місяці, дисфагія спостерігалася у достовірно меншого числа пацієнтів, порівняно з показниками до операції ($p < 0,05$). Проте серед груп хворих відмічені деякі відмінності (рис. 1). Після езофагокардіоміотомії в період 6-24 місяців (а для групи порівняння і до 48 місяців) відмічене збільшення скарг на помірну дисфагію (II ступеню). Через 2 роки після лікування 2 хворих (5,1 %) звернулись за медичною допомогою з приводу загострення дисфагії, у них діагностовано виражену дисфагію (IV ступеню). Через 4 роки дисфагію II ступеню відмічено у 9 хворих

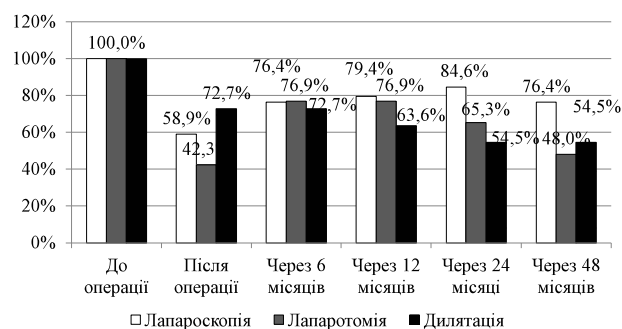


Рис. 1. Частота дисфагії у хворих після лікування.

(23,0 %) групи порівняння, а в основній групі лише у 1 хворого (1,9 %).

Регургітація була відсутня у значної кількості пацієнтів на протязі чотирирічного післяопераційного періоду спостереження (рис. 2). Після езофагокардіоміотомії спостерігалось суттєве зменшення скарг на регургітацію: у 35,8 % осіб групи порівняння і лише у 23,0 % основної, що достовірно менше в порівнянні з показниками до операції ($p < 0,05$). Проте починаючи з піврічного терміну спостереження, відмічена тенденція до зростання скарг хворих. Через 48 місяців після хірургічного лікування відмічене загострення регургітації до II ступеню у трьох осіб (7,6 %) групи порівняння і у двох осіб (3,8 %) основної.

У 48 хворих (47,0 %) біль і відчуття тяжкості за грудиною супроводжували весь чотирирічний післяопераційний період спостереження (рис. 3). Відмічена залежність частоти скарг на за грудинний біль і

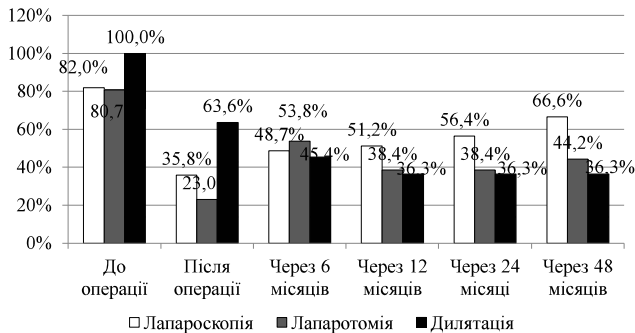


Рис. 2. Частота регургітації у хворих після лікування.

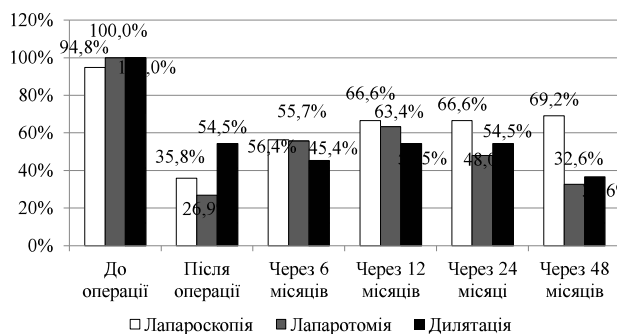


Рис. 3. Частота скарг на за грудинний біль у хворих після лікування.

дисфагію: суттєве зниження болю після езофагокардіоміотомії і поступове його загострення.

Істотного зменшення печії у хворих у перший рік після лікування не встановлено (рис. 4). Лише у віддалений період 2-4 років післяопераційного відновлення спостерігалось зменшення скарг хворих на печію та неприємні відчуття і біль за грудиною.

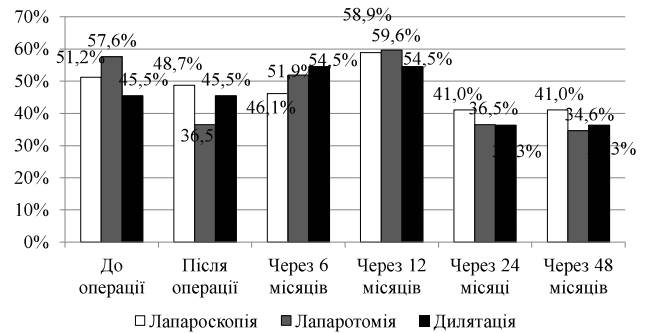


Рис. 4. Частота скарг на печію у хворих після лікування.

Аналіз цих скарг не показав достовірної різниці між групами.

У пацієнтів групи порівняння езофагіт виявлено лише у 5 (12,8 %) з 39 осіб. У двох хворих езофагіт В і С був асоційований із спастичністю нижньої третини стравоходу. В основній групі езофагіт А ступеню спостерігався лише у 5 (9,4 %) з 53 осіб.

Результати анкетування дали посередні значення якості життя хворих. В цілому по вибірці (всі вікові групи) РН склав $51,9 \pm 2,2$, МН склав $50,8 \pm 1,8$ (табл. 1).

Найвищий рівень РН (більше 50) спостерігається у пацієнтів трьох вікових груп – від 21 року і до 50 років, що відповідає значенню середньої фізичної зрілості людини (табл. 2). Подібні зміни і МН: найбільш виражене падіння значень відмічене між віковими групами 61-70 років і більше 71 років. Слід зазначити, що у цих вікових групах спостерігається максимально інтенсивне зниження РН (з $50,4 \pm 2,1$ до $41,5 \pm 4,1$). При цьому самооцінка РН ($41,5 \pm 4,1$) вперше стала нижче МН ($44,0 \pm 4,8$), що вказує на появу в літньому віці неспівпадіння психологічної активності та фізичних можливостей людини. Різке зниження фізичного та психічного стану хворих обумовлено наявністю супутнього застійного езофагіту та рідких проявів дисфагії і регургітації.

Таблиця 1

Самооцінка якості життя після хірургічного лікування ахалазії стравоходу

Показник шкали опитувальника SF-36	Значення показника	
	Група	
	Лапароскопія, n=39	Лапаротомія, n=53
Вік	49,7 $\pm$ 5,6	48,2 $\pm$ 6,4
Фізичне функціонування (PF)	90,0 $\pm$ 4,7	91,0 $\pm$ 4,6
Рольове функціонування, що обумовлено фізичним станом (RP)	83,5 $\pm$ 8,5	78,2 $\pm$ 11,9
Інтенсивність болю (BP)	74,2 $\pm$ 7,3	74,2 $\pm$ 7,7
Загальний стан здоров'я (GH)	84,4 $\pm$ 6,4	79,9 $\pm$ 6,5
Життєва активність (VT)	73,5 $\pm$ 3,8	67,5 $\pm$ 5,6
Соціальне функціонування (SF)	86,8 $\pm$ 6,9	78,1 $\pm$ 6,9
Рольове функціонування, що обумовлено емоційним станом (RE)	89,9 $\pm$ 7,0	81,6 $\pm$ 10,8
Психічне здоров'я (MH)	76,4 $\pm$ 2,2	72,8 $\pm$ 3,4
Інтегральний показник фізичного здоров'я (PH)	51,9 $\pm$ 2,7	52,0 $\pm$ 2,8
Інтегральний показник психічного здоров'я (MH)	52,7 $\pm$ 1,9	49,0 $\pm$ 2,5

Таблиця 2

Самооцінка якості життя пацієнтів у різних вікових групах

Вік	Показник якості життя	
	Фізичний компонент (РН)	Психічний компонент (МН)
21-30	57,7±1,6	54,5±0,3
31-40	57,3±1,0	54,2±1,4
41-50	55,0±2,7	53,0±1,7
51-60	48,7±3,3	52,6±2,9
61-70	50,4±2,1	46,0±2,7
більше 71	41,5±4,1	44,0±4,8

Таким чином, результат лікування ахалазії стравоходу головним чином зумовлений характером хірургічного втручання та стадією захворювання. Так, відмінні результати досягнуто у всіх хворих з І-ІІ стадією ахалазії, тоді як у одного хворого з ІІІ і одного – з ІV стадією виявлено рецидив. Незадовільний результат лікування відмічений лише у двох випадках (1,9 %) після лапароскопічної езофагокардіоміотомії. Проте, незважаючи на хороші і відмінні результати хірургічного лікування ахалазії стравоходу у хворих відмічається неспівпадіння самооцінки психоемоційного і фізичного відновлення із результатами операції.

ВИСНОВКИ

1. Через 2 роки після езофагокардіоміотомії середній інтегральний показник фізичного компонента здоров'я РН склав 51,9±2,2, психологічний компонент здоров'я МН склав 50,8±1,8. Достовірної різниці між показниками якості життя пацієнтів, що були оперовані малоінвазивним і відкритим доступом, не встановлено. Найбільш негативний вплив на якість життя пацієнтів впливають вік, супутній езофагіт та рідкі прояви дисфагії і регургітації.

2. Ефективність лікування та швидкість реабілітації визначається віком хворих, стадією захворювання, наявністю супутнього застійного езофагіту і ступенем дисфагії.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють, що не мають конфлікту інтересів, який може сприйматися таким, що може завдати шкоди неупередженості статті.

Джерела фінансування. Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організацій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н.Н. Выбор показаний к проведению эндолюминальной баллонной дилатации пищево-

да при хирургическом лечении ахалазии кардии [Текст] / Велигоцкий Н.Н., Горбулич А.В., Шептуха А.А. // Харьковская хирургическая школа. – 2008. – № 4. – С.51-54.

2. Ивашкин В.Т. Болезни пищевода и желудка / В.Е. Ивашкин, А.А. Шептулин. – М.: МЕДпрессинформ, 2002. – С. 39-41.

3. Лапароскопическая кардиоміотомія у дітей с ахалазією пищевода [Текст] / А.А. Павлов, А.Ю. Разумовский, В.Е. Рачков [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 5. – С. 58-63.

4. Фомин П.Д. Неопухольевые заболевания пищевода [Текст] / П. Д. Фомин [и др.]. – К.: ООО «Бизнес-Интеллект», 2008. – 304 с.

5. Функциональные результаты эзофагокардиоміотомии с передней эзофагофундопликацией при ахалазии пищевода [Текст] / В.И. Оскретков, А.А. Гурьянов, Г.И. Климов [и др.] // Эндокопическая хирургия. – 2009. – № 3. – С. 39-43.

6. Шептуха А.А. Обоснование метода ступенчатой эндоскопической биопсии стенки пищевода при ахалазии [Текст] / А.А. Шептуха // Харьковская хирургическая школа. – 2009. – № 4. – С. 138.

7. Daniel P. Achalasia: an overview of diagnosis and treatment [Text] / P. Daniel, T. Radu // JGLD. – 2007. – Vol. 16, No. 3. – P. 297-303.

8. Endoscopic closure of transmural esophageal perforation after balloon dilation for achalasia [Text] / S.J. Van Weyenberg, N.K. de Boer, B.M. Zonderhuis [et al.] // Endoscopy. – 2013. – Vol. 45, Suppl 2. – P. 88.

9. Ishaq S. Treatment of achalasia: the role of laparoscopic cardiomyotomy needs to be emphasized [Text] / S. Ishaq // Am J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 99, No. 11. – P. 2278-2279.

10. Jenkinson C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age [Text] / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // Br.

- Med. J. – 1993. – Vol. 306, No. 6890. – P. 1437-1440.
11. Partial anterior vs partial posterior fundoplication following transabdominal esophagocardiomyotomy for achalasia of the esophagus: meta-regression of objective postoperative gastroesophageal reflux and dysphagia [Text] / A.A. Kurian, N. Bhayani, A. Sharata [et al.] // JAMA Surg. – 2013. – Vol. 148, No. 1. – P. 85-90.
12. 2011 update on esophageal achalasia [Text] / S.K. Chuah, P.I. Hsu, K.L. Wu [et al.] // World J Gastroenterol. – 2012. – Vol. 18, No. 14. – P. 1573-1578.

Надійшла до редакції 05.12.15

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Курбанов А.К.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Актуальность. Сегодня оценка результатов лечения ахалазии пищевода проводится только в течение первых месяцев после лечения. Исследование динамики качества жизни в более отдалённом периоде может дать важную информацию для оценки эффективности лечения.

Цель: провести комплексную оценку хирургического лечения лиц с ахалазией пищевода в отдалённом периоде (2 года) после операции.

Материалы и методы. У 92 пациентов в возрасте 18-80 лет с ахалазией пищевода I-IV стадии выполнена эзофагокардиомиотомия: в основной группе (n=39) – лапароскопическим доступом, в группе сравнения (n=53) – лапаротомическим. Эффективность лечения оценивали в отдалённом периоде (в течение 4 лет) по наличию симптомов заболевания: дисфагия, регургитация, боль за грудиной, изжога. Качество жизни оценивали у 40 пациентов в возрасте 21-78 лет (20 – после лапароскопии, 20 – после лапаротомии) через 1-2 года после операции, по опроснику 36-Item Short-Form Health Survey. По самооценке, рассчитывали интегральные средние значения физического (РН) и психологического (МН) компонентов здоровья. Различия между группами оценивали по t-критерию.

Результаты. Результат лечения обусловлен характером хирургического вмешательства и стадией заболевания. Отличные результаты достигнуты у всех больных с I-II стадией ахалазии. После лапароскопии у 1 больного с III стадией и 1 больного с IV стадией выявлен рецидив. Статистически значимой разницы между показателями симптомокомплекса после лапароскопии и лапаротомии не отмечено. Отмечается несовпадение самооценки РН и МН с результатами операции. Отличные и хорошие результаты были достигнуты у 97,8 % пациентов, но при этом РН лишь $51,9 \pm 2,2$; МН только $50,8 \pm 1,8$. На качество жизни наиболее негативное влияние оказывает возраст пациентов, застойный эзофагит и редкие проявления дисфагии и регургитации: РН $41,5 \pm 4,1$; МН $44,0 \pm 4,8$. После 61 года самооценка РН впервые становится ниже МН, что указывает на появление в пожилом возрасте несовпадения психологической активности и физических возможностей человека.

Выводы. Эффективность лечения и скорость реабилитации определяется возрастом больных, стадией заболевания, наличием сопутствующего застойного эзофагита и степенью дисфагии.

Ключевые слова: ахалазия пищевода, лапаротомия, лапароскопия, отдалённый период, качество жизни.

QUALITY OF PATIENTS' LIFE AFTER LAPAROSCOPIC AND OPEN SURGERY OF ESOPHAGEAL ACHALASIA

Kurbanov A.K.

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Actuality. Nowadays estimation of the esophageal achalasia treatment effectiveness is performed during the first postoperative months. The study of the patients' life quality in a more remote time period may provide for important data of the treatment effectiveness.

Aim. To conduct the complex evaluation of esophageal achalasia surgical treatment quality in a remote time period (2 years) after the operation.

Material and methods. Esophagocardiomyotomy was performed in 92 patients, aged 18-80 years, with the 1st-4th stages of esophageal achalasia: in the main group (n=9) by laparoscopy, in the comparative group (n=53) – by laparotomy. The treatment effectiveness in a remote time period (during 4 years) was estimated by such symptoms: dysphagia, regurgitation, substernal pain, heartburn. Life quality was estimated in 40 patients aged 21-78 years (20 of them – after laparoscopy, 20 – after laparotomy) in the period of 1-2 years after the operation, by 36 Item Short-Form Health Survey. Due to self-estimation data, the integral mean average of the physical (PH) and mental (MH) health components were evaluated. The group difference was estimated using the t-criterion.

Results. The treatment effectiveness is predetermined by the surgical invasion character and disease stage. Excellent results are characteristic for all patients with the 2nd and 3rd stages of achalasia. Recurrence after laparoscopy was detected in 1 patient with stage III and 1 patient with stage IV. There hasn't been established statistically significant difference between the laparoscopy and laparotomy symptom complex data. There is unmatched self-estimation of the Ph and MH to the operation effectiveness results. 97,8% of the patients are characterized by good and excellent results, with PH equal to $51,9 \pm 2,2$, MH $44,0 \pm 4,8$. The most negatively affecting factors established were the patients' age, congestive esophagitis and rare manifestations of dysphagia and regurgitation: $41,5 \pm 4,1$; MH $44,0 \pm 4,8$. In patients after 61 years self-estimation of MH at first exceeds the PH, which is indicative of disparity of mental activity and physical abilities of a person at the elderly age.

Conclusions. The treatment effectiveness and rates of postoperative rehabilitation are determined for the patients' age, stage of the disease, accompanying congestive esophagitis and the dysphagia degree.

Key words: esophageal achalasia, laparotomy, laparoscopy, remote period, life quality.