

УДК 616.333-009.12-007.63
DOI 10.53473/16946324

Осмоналиев Б.К.

м.и.к., доценттин милдетин аткаруучусу,
И.К. Ахунбаев атындагы
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Факультеттик хирургия кафедранын ассистенти

Айтикеев А.У.

Атайын клиникалык дисциплина к
афедранын болум башчысы,
ОИӨК «Кыргызстан Эл аралык университети»

Алымкулов М.Ч.

м.и.к., доценттин милдетин аткаруучусу,
Хирургия кафедранын болум башчысы,
ОИӨК «Кыргызстан Эл аралык университети»

Авасов Б.А.

м. и. д., профессордун милдетин аткаруучусу,
И.К. Ахунбаев атындагы
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Факультеттик хирургия кафедранын ассистенти

Осмоналиев Б.К.

к.м.н., и.о. доцент,
ассистент кафедры «Факультетской хирургии»
КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Айтикеев А.У.

заведующий кафедрой «СКД»
МШМ УНПК «МУК»

Алымкулов М.Ч.

к.м.н., и.о. доцент,
заведующий кафедрой «Хирургия»
МШМ УНПК «МУК».

Авасов Б. А.

Д.м.н., и.о. профессора кафедры
факультетской хирургии
КГМА им. И.К. Ахунбаева

Osmonaliev B.K.

Ph.D. (Medicine), Acting Associate Professor,
assistant of the Department of "Faculty Surgery" of the
KSMA named after I.K. Akhunbaev.

Aitikeev A.U.

Head of the Department of "Special Clinical Disciplines"
ERPC "IUK".

Alymkulov M.Ch.

Ph.D. (Medicine), Acting Associate Professor,
Head of the Department of Surgery
ERPC "IUK".

Avasov B. A.

Dr.Sci. (Medicine), acting Professor of the Department,
assistant of the Department of "Faculty Surgery" of the
KSMA named after I.K. Akhunbaev.

КАРДИЯ АХАЛАЗИЯСЫН ДАРЫЛОО УЧУН КОЛДОНУЛГАН ЭЗОФАГО-КАРДИО-ГАСТРОПЛАСТИКА ЫКМАСЫ

СПОСОБ ЭЗОФАГО-КАРДИО-ГАСТРОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

METHOD OF ESOPHAGO-CARDIO-GASTROPLASTY IN THE TREATMENT OF ACHALASIA OF THE CARDIA

Аннотациясы: Макалада 18 жаштан 66 жашка чейинки 21 бейтаптын ахалазия кардиясын дарылоонун натыйжалары берилген. Биринчи этап Геллердин эзофагокардиомиотомиясы, экинчиси - эзофаго-кардио-гастропластикасы жасалган. Узак мөөнөттүү натыйжалар 15 бейтапта байкалган. Операциядан кийин бейтаптардын жашоо сапатын жакшыруусу, оорунун татаалданышынын жана кайталанышынын жоктугу дарылоонун сунушталган ыкмасын негиздейт.

Негизги сөздөр: кардия ахалазиясы, эзофагокардиомиотомия, эзофаго-кардио-гастропластика, антирефлюкстук кийлигишүү.

Аннотация: в работе представлены результаты лечения ахалазии кардии у 21 пациента, возрасте от 18 до 66 лет. Первым этапом проведена эзофагокардиомиотомия по Геллеру, вторым - эзофаго-кардио-гастропластика. Отдаленные результаты прослежены у 15 больных. Улучшение качества жизни пациентов после операции, отсутствие осложнений и рецидива заболевания оправдывает предложенный нами метод лечения.

Ключевые слова: ахалазия кардии, эзофагокардиомиотомия, эзофаго-кардио-гастропластика, антирефлюксные вмешательства.

Abstract: the paper presents the results of treatment of achalasia of the cardia in 21 patients aged 18 to 66 years. The first stage was performed by esophagocardiomyotomy according to Geller, the second - esophagocardiogastroplasty. Long-term results were observed in 15 patients. Improving the quality of life of patients after surgery, the absence of complications and relapse of the disease justifies our proposed method of treatment.

Key words: achalasia of the cardia, esophagocardiomyotomy, esophagocardiogastroplasty, anti-reflux interventions.

Введение. АК - это нервно-мышечное заболевание, проявляющееся функциональным нарушением проходимости кардии вследствие дискоординации между глотком, рефлексорным раскрытием ниже-пищеводного сфинктера (НПС) и двигательной и тонической активностью гладкой мускулатуры пищевода. Возможными причинами АК отмечают: инфекционный, психогенный факторы и генетическую предрасположенность [1, 2, 3].

В качестве причины дисфагии АК занимает третье место после рака пищевода и ожоговых стриктур, встречается одинаково среди мужчин и женщин, на всех континентах. Распространенность составляет 10 случаев на 100 000 населения. При длительном течении АК увеличивается риск развития аденокарциномы пищевода [3, 4].

Если диагностика АК на современном этапе не представляет особых трудностей, то лечение АК до настоящего времени продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем хирургии. Метод передней и задней эзофагокардиомиотомии предложенный Е. Heller (1913г.), в настоящее время применяющийся в виде его односторонней передней модификации, предложенный De Brune Groenveldt (1918г.) при лапаротомном и трансторакальном доступах является достаточно травматичным вмешательством. Осложнения при трансторакальном доступе составляют 4-15%, при лапаротомном - 1,5-10%, а летальность

составляет 3-4% и 0,5-1,4% соответственно. Это в первую очередь связано с микро-перфорацией слизистой оболочки пищевода в области рассечения мышечной оболочки кардиальной части пищевода, не замеченное во время операции, и с дальнейшим развитием таких грозных осложнений как медиастинит и перитонит. Другими трудными послеоперационными осложнениями являются: возникновение рецидива заболевания, которое достигает от 36 до 50% случаев и частое развитие рефлюкс-эзофагита в результате недостаточности кардии у 14-37% пациентов [3-7].

Это обусловило широкому использованию кардиодилатации в лечении АК. Вместе с тем, различные методики кардиодилатации (бужирование, пневмодилатация) эффективны только у 51-65% пациентов. Кардиодилатации присущи осложнения, такие как: перфорация и кровотечения в момент растяжения, повышение этих осложнений при последующей миотомии во время операции, а также рецидив АК и появление рефлюкс-эзофагита более 30% [4, 5].

Развитие пероральной эндоскопической миотомии (ПЭМ) выполненная впервые в 2011 году, претендует на право стать «золотым стандартом» в лечении АК. ПЭМ доказала свою безопасность, эффективность и хорошие функциональные результаты, но надо отметить, что при данном методе не предусмотрено выполнение антирефлюксной операции (фундопликации), а, следовательно, риск развития в послеоперационном периоде гастро-эзофагеального рефлюкса остается высоким, до 46% случаев [6-8].

Таким образом, неоднозначность мнений относительно выбора хирургических методов лечения АК, высокий процент осложнений и летальности, отсутствие надежной профилактики рефлюкс-эзофагита и рецидива в отдаленном послеоперационном периоде являются основной проблемой лечения АК.

Цель: изучить непосредственные и отдаленные результаты применения эзофагокардио-гастропластика у пациентов с АК.

Материалы и методы. Представлены результаты лечения АК у 21 пациентов в период с 2013 по 2021гг в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 г. Бишкек. Возраст пациентов составил от 18 до 66 лет. Мужчин было 10, женщин - 11, с длительностью заболевания составила от 1 года до 8 лет. В соответствии с классификацией Б.В. Петровского (1962г.) преобладали пациенты с III стадией заболевания - 16 (74%) человек, со II стадией было 5 (26%) случаев (табл. 1).

Таблица №1. Стадии АК по Петровскому Б.В. (1962 г.).

стадии АК	проявления АК	Количество пациентов
I	функциональный непостоянный спазм кардии без расширения пищевода.	-
II	стабильный спазм кардии с нерезко выраженным расширением пищевода и усиленной моторикой стенок.	5 (26%)
III	рубцовые изменения мышечных слоев НПС с выраженным расширением пищевода и нарушениями тонуса и перистальтики.	16 (74%)
IV	резко выраженный стеноз кардии со значительной дилатацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода, эзофагитом и периэзофагитом.	-

Диагноз АК был установлен при помощи инструментальных методов, таких как: рентгеноскопия с сульфатом бария и ЭГДС. У пациентов с III стадией (16 пациентов) при рентгеноскопии отмечалось выраженное супрастенотическое расширение пищевода. ЭГДС

помогла подтвердить диагноз АК и исключить другие, доброкачественные и злокачественные заболевания пищевода. При оценке индекса массы тела (ИМТ) было отмечено снижение ИМТ ниже $18,5 \text{ кг/м}^2$ у 80% больных.

Предоперационное обследование проводилось по общепринятым правилам и включало в себя: общеклинические и биохимические анализы, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ до и после операции. В раннем послеоперационном периоде всем пациентам была проведена рентгеноскопия пищевода, для контроля проходимости в кардиоэзофагеальной зоне и оценки рефлюкс-эзофагита. ЭГДС проводили через 3, 6 и 12 мес. после операции.

Операции проведены под общей анестезией. После лапаротомии, ревизии органов брюшной полости и мобилизации в кардиоэзофагеальной зоне, низводили в брюшную полость через диафрагмальное отверстие суженный участок пищевода. Первым этапом производилась передняя эзофагокардиомиотомия по Геллеру, где рассекали мышечную оболочку на протяжении всей суженной части пищевода, не менее чем на 2 см выше и ниже ее с переходом на стенку желудка (рис. 1). Рассеченные края мышечного слоя с помощью тупфера отделяли от слизисто-подслизистого слоя на $\frac{1}{2}$ окружности пищевода, после чего отмечали пролабирование слизистой пищевода в виде «паруса». Анестезиологом под контролем оператора устанавливался назогастральный зонд в область пролабирующей слизистой и ведением стерильного физиологического раствора для исключения микро-перфорации слизистой, при перфорации рана на слизистой оболочке ушивалась (викрил 3.0), зонд проводился в желудок для энтерального питания в послеоперационном периоде. Закрытие дефекта мышечного слоя пищевода, эзофаго-кардио-гастропластику, производили передней стенкой желудка в виде треугольной складки непрерывным швом в (рацпредложение №1/19-20 от 27.09.2019г. рис. 2). Далее производилось дренирование кардиоэзофагеальной зоны через контрапертуру и послойное ушивание операционной раны.

Результаты и обсуждение

У двух пациентов во время операций произошла микро-перфорация слизистой оболочки пищевода, которые были диагностированы и устранены ушиванием слизистой интраоперационно. Данные осложнения были вызваны вследствие выраженного спаечного процесса в результате ранее произведенных эндоскопических кардиодилатаций. Осложнений со стороны других органов не отмечено. Летальных случаев не было.



Рис. 1. Схема операции передней эзофагокардиомиотомии по Геллеру.

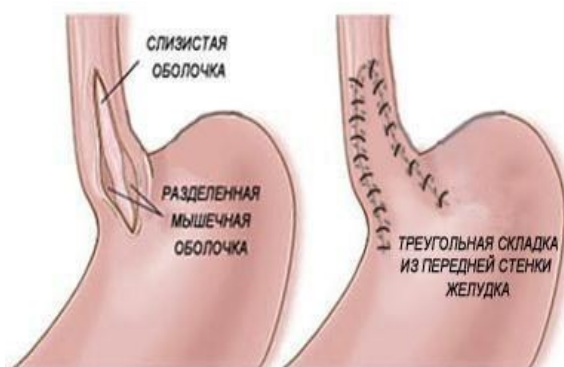


Рис. 2. Схема операции эзофаго-кардио-гастропластики.

Ведение послеоперационного периода проводилось по общепринятым правилам: ин-фузионная терапия в объеме 1000-2000 мл в течение первых двух суток, ранняя активизация, что способствовало профилактике тромбообразования и спаечному процессу. НГ зонд удаляли на 2-3 сутки после операции при восстановлении моторики кишечника, с переводом на энтеральное питание (вода без газа, супы, бульоны). Проводился контроль проходимости кардиоэзофагеальной зоны с помощью рентгеноскопии и во всех случаях отмечена положительная динамика. Пациенты на 1-3 сутки активизировались, дренажи удаляли на 2-3 сутки после УЗИ, а на 6-10 сутки после операции были выписаны из клиники с улучшением.

Отдаленные результаты прослежены у 15 пациентов в сроке от 6 месяцев до 5 лет. Всем пациентам проведена ЭГДС и рентгеноскопия пищевода и желудка (сульфатом бария), при котором отмечена свободное прохождение эндоскопа через кардиальный жом в желудок, отсутствие эндоскопических признаков рефлюкс-эзофагита. Отсутствие застоя контрастного вещества в пищеводе, значительное сужение ранее расширенного супрастенотического расширения пищевода и обратного рефлюкса в пищевод. Результаты расценены нами как хорошие, все они на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали дисфагию твердой и жидкой пищей, исчезли боли за грудиной, отрыжка, горечь во рту и изжога, отмечали восстановление массы тела и улучшение общего самочувствия.

Передняя эзофагокардиомиотомия по Геллеру позволяет устранить основную причину АК, эзофаго-кардио-гастропластика способствует герметичности, при перфорациях слизистой оболочки пищевода предотвращая, такие как грозные осложнения как медиастинит и перитонит; препятствует образованию рубца между краями пересеченных мышц, уменьшая риск развития рецидива АК; сохраняет антирефлюксные свойства, препятствуя развитию рефлюкс-эзофагита в отдаленном послеоперационном периоде.

Заключение

Полученные хорошие результаты хирургического лечения АК, улучшение качества жизни пациентов, отсутствие осложнений и рецидива заболевания оправдывает предложенный нами метод лечения.

Список использованной литературы:

1. Диагностика и хирургическое лечение неопухолевой патологии кардиоэзофагеальной зоны. Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Конурбаева Ж.Т., Кубатбеков Р.К., Пак А.Г. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2019. № 4. С. 33-38.
2. Муравьев В.Ю., Бурмистров М.В., Иванов А.И. Эндоскопическое лечение ахалазии кардии // Эндоскопия. - 2013. - №2. - С. 2-6.
3. Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., и др. Результаты хирургического лечения ахалазии кардии // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2018. № 3. С. 100-105.
4. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000. 350 с.
5. Awaiz A., Yunus R. M., Khan S., Memon B., Memon M. A. Systematic review and meta-analysis of perioperative outcomes of peroral endoscopic myotomy (POEM) and laparoscopic Heller myotomy (LHM) for achalasia. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2017; 27: 123–31.
6. Oude Nijhuis R. A.B., Zaninotto G., Roman S. et al. European Guideline on

Achalasia – UEG and ESNM recommendations. United European Gastro-enterology Journal 2020, Vol.8(1): 13–34.

7. Inoue H., Minami H., Kobayashi Y. et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. Endoscopy 2010;42:265-71.

Krill J.T., Naik R. D., Vaezi M. F. Clinical management of achalasia: current state of the art Clin Exp Gastroenterol. 2016; 9: 71–82.