

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ
Р.А. Оморов¹, Б.К. Осмоналиев¹, Б.А. Авасов¹, Н.А. Маманов², Д.К. Кушубеков¹**

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра факультетской хирургии,
г. Бишкек, Кыргызстан.

(зав. кафедрой – д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР Оморов Р.А.).

² Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic, г. Бишкек, Кыргызстан.
(Заведующий ЭВХЦ ЮРФА-Clinic – к.м.н. Маманов Н.А.).

Резюме: Представлены результаты эзофагокардиомиотомии по Геллеру-De Brune Groeneveldt у 16 больных ахалазией кардии (АК) в возрасте от 18 до 66 лет. Мужчин было 6, женщин – 10. Длительность заболевания от 1 года до 6 лет. 3 стадия заболевания установлена у 12 больных и 2 стадия – у 4, что было подтверждено рентгеноскопией пищевода и ЭГДС. 13 пациентам выполнена эзофагокардиомиотомия в модификации нашей клиники лапаротомным доступом. Трём больным выполнена эзофагокардиомиотомия с передней гемизофагофундопликацией по Дору с применением эндовидеохирургических технологий. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде специфических осложнений, связанных с операцией, не отмечено. Летальных случаев не было. Отдаленные результаты изучены у 10 больных (от 6 месяцев до 5 лет). Все они чувствовали себя удовлетворительно, дисфагии и изжоги не выявлено, отмечено восстановление веса, улучшение общего самочувствия.

Ключевые слова: ахалазия кардии, эзофагокардиомиотомия, антирефлюксные вмешательства.

**АХАЛАЗИЯ КАРДИИ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ
Р.А. Оморов¹, Б.К. Осмоналиев¹, Б.А. Авасов¹, Н.А. Маманов², Д.К. Кушубеков¹**

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
Факультеттик хирургия кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргызстан

(кафедра башчысы – м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корр. Оморов Р.А.).

² Эндовидеохирургиялык борбор ЮРФА-Clinic, Бишкек ш., Кыргызстан.
(ЭВХБ ЮРФА-Clinic башчысы – м.и.к. Маманов Н.А.).

Корутунду: Геллер-De Brune Groeneveldt боюнча 18 жаштан 66 жашка чейинки курактагы кардинин жетишсиздиги (КЖ) менен ооругандардын эзофагокардиомиотомиясынын натыйжалары берилди. Эркектери – 6, аялдары – 10, ооруунун узактыгы 1 жылдан 6 жылга чейин. Ооруунун 3-стадиясы 12 оорукчанда, 2-стадиясы 4 оорукчанда аныкталган. Бул рентгеноскопиядан жана ЭГДСден тастыкталган. 13 пациентке биздин клиникада лапаротомдук жол менен жетүү аркылуу модификацияланган эзофагокардиомиотомияда аткарылган. Үч оорукчанга эндовидеохирургиялык технологияларды колдонуу аркылуу Дор боюнча алдыңкы гемизофагофундопликациялар менен эзофагокардиомиотомия аткарылган. Операция учурунда жана операциядан кийинки мезгилде операцияга байланыштуу өзгөчө өтүшүп кетүү болгон эмес. Өлүмгө алып барган учурлар болгон эмес. Айрым натыйжалар 10 оорукчандан (6 айдан 5 жылга чейин) иликтенген. Баары өздөрүн канаатандырарлык сезишкен, дисфагия жана зарына болушкан эмес, салмагы калыбына келип, жалпы абалынын жакшырганы байкалган.

Негизги сөздөр: кардиянын ахалазиясы, эзофагокардиомиотомия, антирефлюкстик кийлигишүү.

**THE SURGERY TREATMENT RESULTS OF ACHALASIA CARDIA
R.A. Omorov¹, B.K. Osmonaliev¹, B.A. Avasov¹, N.A. Mamanov², D.K. Kushubekov¹**

¹ The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaev,
Chair of faculty surgery, Bishkek

(Head of the department – MD, professor, cor. member, Omorov R.A. National Academy of Sciences).

² Endovideosurgical centre URFA-Clinic, Bishkek, Kyrgyzstan
(Head of the EVSC URFA-Clinic – ph. D. Mamanov N.A.)

Resume: There were presented the results of the oesophagocardiomyotomy on Geller-De Brune Groeneveldt in 16 patients at the age of 18-66 with the achalasia cardia (AC). Male – 6, Female – 10. The disease duration from 1 year to 6 years. The 3rd stage of the disease was confirmed in 12 of the patients, 2nd stage – 4 patients. The confirmation was made by fluoroscopy of the esophagus and gastroscopy. Oesophagocardiomyotomy was

made in our clinic to 13 of the patients by laparotomy access. 3 patients were performed the oesophagocardiomyotomy with anterior gemioesophagofundoplication by Dor techniques using of endo-video surgical technologies. During the surgery and in early post-surgery periods a specific complications related to the surgery were not detected. Lethal cases are absent. Long-term results were studied among 10 patients (from 6 months to 5 years). All of the patients felt satisfactorily, dysphagia and pyrosis were not detected, recovery of weight and improvement of general health condition were observed.

Key words: achalasia cardia, oesophagocardiomyotomy, antireflux interventions.

Введение. Ахалазия кардии (АК) – это тяжелое прогрессирующее нейро-мышечное заболевание, характеризующееся нераскрытием нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и приводящее к вторичному нарушению перистальтики и прогрессирующему снижению тонуса грудного отдела [1,2,4]. При АК происходит воспаление мышечной оболочки с повреждением и последующей дегенерацией ганглионарных клеток и фиброзом нервных сплетений [5]. Дальнейшие патологические изменения приводят к снижению синтеза оксида азота и вазоактивного кишечного пептида [7,8]. Возможной этиологической причиной АК является аутоиммунно-опосредованное разрушение тормозящих нейронов в ответ на неизвестный фактор у генетически предрасположенных лиц, однако конкретная причина неизвестна [9]. Распространенность АК составляет 10 случаев на 100000 населения, а заболеваемость – 1 на 100000. В качестве причины дисфагии она занимает третье место после рака пищевода и ожоговых стриктур. Встречается на всех континентах, с одинаковой частотой у мужчин и женщин, чаще всего в возрасте от 25 до 60 лет. АК является предраковым заболеванием, при котором риск возникновения рака увеличивается в 33 раза [1,2,4].

Для лечения АК на сегодняшний день в мире применяется операция эзофагокардиомиотомии по Геллеру (1913 г.) лапаротомным и лапароскопическим способами. Операция заключается в том, что абдоминальным доступом мобилизуется суженный участок пищевода, после чего мышечная оболочка в пораженном сегменте продольно

рассекается по передней и задней стенке до слизистой оболочки. В 1918 г. операция Геллера была несколько видоизменена голландским хирургом De Brune Groeneveldt, который предложил рассекать только переднюю стенку пищевода и кардии.

Существенным недостатком эзофагокардиомиотомии является частое возникновение рецидива заболевания до 36-50% случаев, что чаще всего связано с образованием рубца между краями пересеченных мышц с восстановлением их тонуса [2,4]. В то же время возможно развитие в послеоперационном периоде недостаточности кардии с последующим развитием рефлюкс-эзофагита, который многие авторы считают частым и тяжелым осложнением операции Е. Heller и находят его у 14-37% пациентов, несмотря на выполненную фундопликацию [8,9].

Таким образом, неоднозначность мнений относительно выбора хирургических методов коррекции нарушения проходимости в области кардии и отсутствие надежной профилактики послеоперационного рефлюкс-эзофагита являются основной проблемой хирургического лечения АК.

Материалы и методы

Представлены результаты хирургического лечения АК у 16 пациентов в возрасте от 18 до 66 лет. Мужчин было 6, женщин – 10. Длительность заболевания составила от 1 года до 6 лет. В соответствии с классификацией Б.В. Петровского (1962 г.) преобладали пациенты с 3 стадией заболевания – 12 (75%) человек, со 2 стадией было 4 (25%) случаев (табл. 1).

Таблица 1

Стадии ахалазии кардии 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.	4 (25%)
III	рубцовые изменения мышечных слоев НПС с выраженным расширением пищевода и нарушениями тонуса и перистальтики.	12 (75%)
IV	резко выраженный стеноз кардии со значительной дилатацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода, эзофагитом и периэзофагитом.	-

Наиболее распространенным симптомом АК у больных была дисфагия твердой и жидкой пищи по пищеводу (93,7%). Следующими по распространенности симптомами АК были: отрыжка непереваренной пищей (75%), боли за грудиной (50%), снижение веса (87,5%), ночной кашель (31,2%), связанный с аспирацией застойного содержимого пищевода во время сна, и изжога (25%). Изжога объяснялась задержкой остатков пищи и продукцией лактатов в результате ферментативной активности бактерий.

У всех пациентов клиническая картина АК была подтверждена рентгеноскопией пищевода и желудка, показывающей равномерное сужение нижней части пищевода, переходящей в закрытый НПС и напоминающее «писчее перо» или «птичий клюв». Пациентам также проведена ЭГДС для подтверждения диагноза АК и исключения так называемой псевдоахалазии, возникающей при опухолях кардио-эзофагеальной зоны. У 4 (25%) пациентов имелась сопутствующая патология: КБС (2), общий атеросклероз (1), гипертоническая болезнь (1), которые до госпитализации были консультированы специалистами для коррекции сопутствующей патологии.

Предоперационное обследование включало в себя: общий анализ крови и мочи, печеночные и

почечные тесты, свертываемость крови, глюкозу крови, группу крови и резус фактор, маркеры вирусного гепатита В и С, ИФА на ВИЧ и RW, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ) до и после операции.

В период с 2013 по 2018 года в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек – клинической базе кафедры факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева 13 пациентам выполнена внеслизистая эзофагокардиомиотомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt в модификации нашей клиники (планируется получения рац. предложения). Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом. После верхнее-срединной лапаротомии мобилизовали и низводили в брюшную полость через диафрагмальное отверстие суженный участок пищевода. Рассекали мышечную оболочку пищевода до слизистой в суженной его части по передней стенке не менее 8-10 см (рис. 1). При этом края рассеченных мышц расходились и слизистая свободно пролабировала через дефект в мышечной оболочке. Затем производили пластику кардии стенкой желудка непрерывным швом в модификации нашей клиники (рис. 2).

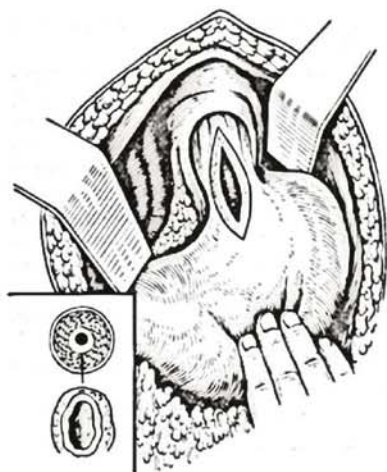


Рис. 1. Эзофагокардиомиотомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt.



Рис. 2. Эзофагокардиоластика стенкой желудка в модификации нашей клиники.

В ЭВХЦ ЮРФА-Clinic трем пациентам выполнена эзофагокардиомиотомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt с передней гемиезофагофундопликацией по Дору в период с 2014 по 2018 г. Для проведения операций использован видеондоскопический комплекс фирмы «Эфа-Медика» (РФ, г. Санкт-Петербург) с необходимым набором лапароскопических инструментов. Операция проводилась следующим образом: положение больного на спине с подкладыванием валика на уровне

мечевидного отростка с наклоном на 20 градусов с поднятием головного конца с разведенными нижними конечностями. Оператор располагался между ног пациента, камердинер слева, ассистент справа от больного. Под тотальной внутривенной анестезией с использованием миорелаксантов устанавливали троакары (рис. 3). После панорамной ревизии органов брюшной полости производилась мобилизация кардиальной части пищевода с выделением суженного участка, рассечение этой

зоны и кардиальной части желудка с помощью лапароскопического L-образного электрода-крючка

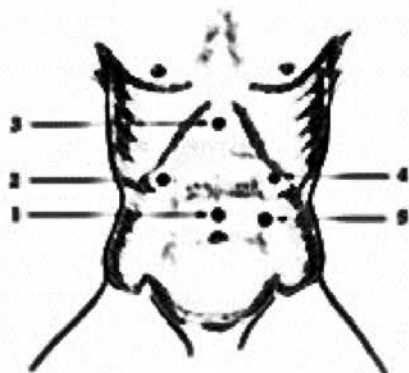


Рис. 3. Места введения 5-троакаров.

с последующим проведением гемиззофагофундопликации по Дору (рис. 4).



Рис. 4. Гемиззофагофундопликация по Дору.

Приводим пример: Пациентка Б.А., 1966 г.р., поступила в ЭВХЦ ЮРФА-Clinic в плановом порядке 03.07.2015 года, № истории болезни 364-Х-96. При поступлении предъявляла жалобы на затруднение прохождения твердой и жидкой пищи, рвоту съеденной пищей и слизью, похудание, общую слабость. Из анамнеза болезни: считает себя больной в течение 3 лет. Постоянно болезнь прогрессировала. За эти 3 года больная похудела на 45 кг. С 2013 года ежегодно проходила ЭГДС в РДЦ, где подозревали рубцовую стриктуру пищевода, назначено было консервативное лечение. В амбулаторных условиях получала инфузионную терапию. В 16.01.2015 г. больная прошла Р-скопию пищевода и установлена ахалазия кардии. Больная 17.06.15г. прошла ЭГДС в ЮРФА-Clinic, после чего было предложено оперативное лечение и больная госпитализирована. Из анамнеза жизни: популяция «А». Наследственность неотягощена. Перенесенные

заболевания: простудные болезни. В 2000 году холецистэктомия, кистэктомия из левого яичника. В 2009 году ампутация матки, кистэктомия из правого яичника. При осмотре: общее состояние больной относительно удовлетворительное. Вес 45 кг. Рост 160 см. Положение активное. Телосложение – астеническое. Общий кожный покров обычной окраски, дряблые, тургор кожи снижен. Дыхание ровное, проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/50 мм. рт. ст. Пульс 66 уд в мин. Локальный статус: язык суховат, обложен налетом. Живот втянут, участвует в дыхании, в правом подреберье, по срединной линии ниже пупка и надлобковой области имеются п/о рубцы. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Газы отходят. Стул не регулярный, запоры. Мочевыделение свободное. Данные лабораторных и инструментальных исследований:

• **Общий анализ крови от 06.07.15 г.**

эрит.	гем.	Ht	Лейк	лимф	моноц	нейтр.	тромб.	СОЭ
3,30x10 ¹² /л	90 г/л	26,67%	6,14x10 ⁹ /л	13,76%	3,96%	82,28%	124x10 ⁹ /л	6 мм/ч

• **Общий анализ мочи от 06.07.15 г.**

цвет	уд.вес	белок	глюк	кетоны	лейк	эпит.	эрит.	цил	соли	бакт.
жел	1010	-	-	-	7-8	5-6	0-1 в п/зр	-	-	отр

• **Биохимический анализ крови и свертывающая система от 06.07.15 г.**

ПТИ	95,2%	калий	4,73 ммоль/л
фибриноген	1,843 г/л	магний	1,03 ммоль/л
МНО	1,06	кальций	2,43 ммоль/л
креатинин	88,4 мкмоль/л	натрий	134,7 ммоль/л
ост.азот	19,6 ммоль/л	хлориды	101,5 мкмоль/л
глюкоза крови	4,4 ммоль/л	гепатит В anti HBc IgM	отр.
мочевина	6,0 ммоль/л	общий билирубин	16,2 мкмоль/л
общий белок	63,2 г/л	сифилис сумм.а/тела	отр.
ИФА ВИЧ	отр.	тимоловая проба	5.1 Ед

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 56 уд в мин., полувертикальное положение ЭОС, нарушение процессов реполяризации. Р-скопия: ахалазия кардии,

идиопатическое расширение пищевода (рис. 5). ЭГДС: ахалазия кардии, престенотическая дилатация пищевода, хронический эзофагит (рис. 6).

ФЛГ: Без изменений. Клинический диагноз: Ахалазия кардии III стадии.

08.07.2015 г. произведена операция лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt с передней гемиезофагофундопликацией по Дору. В послеоперационном периоде проводились антибактериальная терапия, инфузии, витаминотерапия, обезболивающие, симптоматическая терапия, перевязки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Раны зажили первичным натяжением. НГ зонд

удален на 2 сутки после операции. Пройодимость пицци восстановилась без затруднений. Дренажи из брюшной полости удалены на 3-4 сутки после операции. При проведении динамического ультразвукового наблюдения ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости не выявлено. Была выписана в удовлетворительном состоянии 14.07.2015 года (рис. 7).



Рис. 5. Рентгенограмма больной Б.А., 1966 г.р. Ахалазия кардии III стадии.

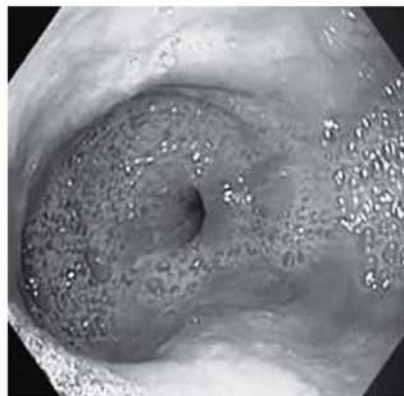


Рис. 6. Эндофото больной Б.А., 1966 г.р. Расширение пищевода в грудном отделе, в просвете большое количество пенистой слизи. Ахалазия кардии III стадии.



Рис. 7. Пациентка Б.А., 1966 г.р. через 10 дней после операции.

Результаты и обсуждение

Во время операции и в раннем послеоперационном периоде у пациентов специфических осложнений, связанных с эзофагокардиомиотомией, не было, болевой синдром был минимальный при лапароскопическом способе. Осложнений со стороны других органов не отмечено. Летальности не было. Ведение послеоперационного периода

больных проводилось по общепринятым правилам, инфузионная терапия в объеме 1000-2000 мл в течение первых двух суток, ранняя активизация, что способствовало профилактике тромбообразования и спаечному процессу. НГ меняли на более тонкий зонд в конце операции и удаляли на 2-3 сутки после операции при восстановлении

моторики кишечника, с переводом на энтеральное питание. 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 сутки после ультразвукового контроля, а на 6-10 сутки после операции были выписаны из клиники с улучшением.

Отдаленные результаты прослежены у 10 (62,5%) пациентов в сроке от 6 месяцев до 5 лет. 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 веса и улучшение общего самочувствия.

Эзофакардиомиотомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt позволяет устранить основную причину АК, уменьшает риск развития рецидива заболевания. Модификации по Дору и нашей клиники и способствуют сохранить антирефлюксные свойства в кардиоэзофагеальной зоне, что имеет немаловажное значение в отдаленном послеоперационном периоде.

Заключение

Таким образом, полученные хорошие результаты в клинических наблюдениях, улучшение качества жизни пациентов оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения АК. И хотя было предложено множество оперативных мето-

дик, поиски новых методов хирургического лечения является актуальным и подлежит дальнейшему изучению.

Литература

1. Гаджиев, А.Н. Клиника, диагностика, лечение кардиоспазма, ахалазии кардии и диффузного эзофагоспазма: Дис. ... д-ра мед. наук / А.Н. Гаджиев. - М., 2001.
2. Черноусов, А.Ф. Хирургия пищевода: Руководство для врачей / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. - М.: Медицина, 2000. - 350 с.
3. Муравьев, В.Ю. Эндоскопическое лечение ахалазии кардии / В.Ю. Муравьев, М.В. Бурмистров, А.И. Иванов // Эндоскопия. - 2013. - №2. - С. 2-6.
4. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis / G.M. Campos [et al.] // Ann. Surg. - 2009. - Vol. 249. - P. 45-57.
5. Goldblum, J.R. Histopathologic features in esophageomyotomy specimens from patients with achalasia / J.R. Goldblum, T.W. Rice, J.E. Richter // Gastroenterology. - 1996. - Vol. 111. - P. 648-654.
6. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia / [H. Inoue, H. Minami, Y. Kobayashi et al.] // Endoscopy. - 2010. - Vol. 42. - P. 265-71.
7. Woltman, T.A. Achalasia / T.A. Woltman, C.A. Pellegrini, B.K. Oelschlager // Surg. Clin. North Am. - 2005. - Vol. 85. - P. 483-493.
8. Vaezi, M.F. Diagnosis and management of achalasia. American College of Gastroenterology Practice Parameter Committee / M.F. Vaezi, J.E. Richter // Am. J. Gastroenterol. - 1999. - Vol. 94. - P. 3406-3412.
9. Eckardt, A.J. Current clinical approach to achalasia / A.J. Eckardt, V.F. Eckardt // World J. Gastroenterol. - 2009. - Vol. 15. - P. 3969-3975.