

УДК: 616.329–089.

ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА С ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАПУЩЕННЫХ СТАДИЙ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Бабажанов К.Б., Абдукаримов А.Д.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент

КАРДИЯ АХАЛАЗИЯСИНИНГ ОХИРГИ БОСҚИЧЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА ЭЗОФАГОПЛАСТИКА БИЛАН ҚИЗИЛЎНГАЧ ЭКСТИРПАЦИЯСИ

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Бабажанов К.Б., Абдукаримов А.Д.

Давлат муассасаси “Академик В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий - амалий тиббиёт маркази”, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

EXTIRPATION OF THE ESOPHAGUS WITH ESOPHAGOPLASTY IN THE SURGICAL TREATMENT OF ADVANCED STAGES OF ACHALASIA OF THE CARDIA

Nizamkhodzhaev Z.M., Ligay R.E., Khadzhibaev Zh.A., Tsoi A.O., Omonov R.R., Nigmatullin E.I., Fayzullaev O.A., Babazhanov K.B., Abdukarimov A.D.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V.Vakhidov, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: rasadykov@mail.ru

Резюме. Мақолада кардия ахалазияси билан 947 нафар беморнинг даволаш тажрибаси келтирилган. Даволашнинг кам инвазив усулларининг натижалари тасвирланган. Кардия ахалазиясининг III-IV даражаси билан 32 нафар беморда гастроззофагопластика билан бир вақтда қизилўнғач экстирпацияси амалга оширилган. Мақолада ўтказилган тадқиқотлар натижалари тасвирланган, хирургик амалиётга кўрсатмалар, операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратларнинг хусусиятлари, қизилўнғач экстирпациясининг бевосита ва узоқ муддатли натижалари келтирилган. Кардия ахалазияси билан беморларни даволашнинг асосий усулларидан бири кардиодилатация бўлиб қолмоқда, ammo кардия ахалазиясининг охири босқичларида бу усулнинг самарадорлиги сезиларли даражада кам. Кардия ахалазиясининг охири босқичлари билан беморларда юқори даражадаги эзофагоэктазия ва қизилўнғач ва кардия соҳасининг S шимон деформацияси ҳолатлари кузатилган ҳолларда асосий патогенетик хирургик даволаш усули қизилўнғач экстирпация бўлиб қолмоқда.

Калит сўзлар: кардия ахалазияси, қизилўнғач нерв-мушак касалликпраи, қизилўнғач экстирпацияси, гастропластика, операциядан кейинги асоратлар.

Abstract. The article presents the experience of treating 947 patients with achalasia of the cardia. The results of minimally invasive methods of treatment are described. Extirpation of the esophagus with simultaneous gastroesophagoplasty for stage III-IV stage achalasia was performed in 32 patients. The article describes the results of the conducted studies, identifies indications for surgical intervention, features of intra- and postoperative complications, immediate and long-term results of extirpation of the esophagus. The main method of treatment of patients with achalasia of the cardia remains cardiodylatation, however, in patients with advanced stages, its effectiveness is significantly reduced. Extirpation of the esophagus in patients with advanced stages of achalasia of the cardia, when there is severe esophagoectasia and S-shaped deformity of the esophagus and cardioesophageal junction, is a pathogenetically justified surgical intervention.

Key words: achalasia of the cardia, neuromuscular diseases of the esophagus, extirpation of the esophagus, gastroplasty, post-operative complications.

Актуальность: По данным отечественной и зарубежной литературы, частота ахалазии кардии в популяции составляет 0,5-2 на 100 000 населения [1,7,8,9,10,11]. Выбор оптимального способа хирургического лечения ахалазии кардии III-IV стадии всё ещё остаётся актуальной проблемой. Несмотря на большое число (более 80) методов оперативного лечения при ахалазии кардии, ни один из них полностью не удовлетворяет требованиям современной хирургии, а некоторые признаны порочными [5,6,12,13]. Наиболее популярным и эффективным методом оперативного лечения при ахалазии пищевода считаются различные модификации предложенной E. Heller в 1913 г. эзофагокардиомиотомии. Операция Геллера, баллонная дилатация или другие малоинвазивные методики не позволяют добиться желаемого эффекта по нивелированию дисфагии. Однако, несмотря на довольно высокую их эффективность в устранении стойкой дисфагии при ахалазии, по данным некоторых авторов, этот симптом сохраняется после операции у 27% больных вследствие неадекватно выполненной миотомии [2,3]. С другой стороны, ряд хирургов при IV стадии отдают предпочтение экстирпации пищевода [5]. Экстирпация пищевода остается одной из сложнейших операций в торако-абдоминальной хирургии, которую отличают травматичность, длительность, высокий риск интраоперационных и послеоперационных осложнений. В подавляющем большинстве случаев она выполняется при раковом поражении пищевода. Главным преимуществом экстирпации пищевода является полное удаление патологически измененного органа – пищевода. В мировой литературе встречаются единичные сообщения об опыте применения экстирпации пищевода у больных с ахалазией кардии, которую можно считать единственным радикальным методом хирургического лечения данной категории пациентов [1,3,4,5,6,7].

Таким образом, на сегодняшний день остается дискуссионной тактика лечения ранних и запущенных стадий ахалазии кардии.

Цель исследования: Изучить результаты экстирпации пищевода в хирургическом лечении запущенных стадий ахалазии кардии.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» располагает опытом лечения 947 больных с ахалазией кардии в возрасте от 12 до 84 лет, мужчин было 455(48%) и женщин 492(52%). Большинство составили пациенты молодого (19-44 года) – 563(59,5%) и зрелого возраста (45-59 лет) – 207(21,8%).

На основании клинико-рентгенологической классификации Петровского Б.В. больные по стадиям заболевания распределились следующим образом: I стадия – 57(6%), II стадия – 336(35,5%), III стадия – 444(46,9%) и IV стадия диагностирована у 110(11,6%) пациентов. Таким образом, количество больных с запущенными III и IV стадиями составило 554(58,5%).

Различные варианты кардиодилатации (пневматическая, гидробаллонная, металлическим аппаратом Штарка) остаются наиболее распространенным методом лечения больных с ахалазией кардии, суть которого заключается в насильственном расширении кардии для облегчения проходимости пищи в желудок. Дилатация аппаратом Штарка выполнена в 36(3,8%) случаях в 70-80 годах прошлого столетия, однако в настоящее время не применяется из-за своей травматичности. Предпочтение отдается пневматической – 829(87,5%) и гидробаллонной – 61(6,4%) дилатации.

Бужирование пищевода полыми бужами выполнено 7(0,7%) больным, однако оно не является методом лечения данной категории пациентов и использовалось только при стенозирующем рефлюкс-эзофагите, который развился после ранее проведенных эзофагокардиомиотомий.

Общее число хороших результатов миниинвазивных методов лечения составило 606 (64%), удовлетворительные – у 280(29,5%) и неудовлетворительные – у 61 (6,4%). Однако наиболее объективным показателем является определение эффективности миниинвазивных методов в зависимости от стадии заболевания.

Так у больных с I стадией хорошие результаты получены у 93% ($\chi^2=17.03$; $p=0.00004$), удовлетворительные у 7%. У больных со II стадией число хороших результатов достоверно уменьшилось до 79,8% ($\chi^2=32.34$; $p<0.05$), удовлетворительные результаты получены у 20,2%. Неудовлетворительных результатов у пациентов с I и II стадиями не наблюдали.

У пациентов с III стадией число хороших результатов достоверно уменьшилось до 58,3% ($\chi^2=11.61$; $p=0.0007$), удовлетворительные составили 36% ($\chi^2=16.8$; $p=0.00004$) и у 5,6% ($\chi^2=0.91$; $p=0.34$) – неудовлетворительные результаты.

Наибольшее число неудовлетворительных результатов ожидаемо получено у 32,7% ($\chi^2=142.7$; $p<0.0000001$) пациентов с IV стадией, при этом число хороших результатов достоверно уменьшилось до 23,6% ($\chi^2=87.96$; $p<0.0000001$), а удовлетворительные получены у 43,6% ($\chi^2=11.83$; $p=0.00058$).

В отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» по поводу запущенных стадий ахалазии кардии было выполнено 32 экстирпации пищевода. Мужчин было 18(56,2%) и женщин 10(43,7%). Возраст больных колебался от 11 до 62 лет. Ахалазия кардии III стадии была у 4(12,5%) и IV стадии у 28(87,5%) больных.

При сборе анамнестических данных установлено, что 2(6,25%) больных ранее перенесли эзофагокардиомиотомию по Суворовой, 1(3,1%) больной – эзофагокардиомиотомию по Петровскому. Остальным пациентам проводились неоднократные курсы кардиодилатации. Длительность заболевания у всех больных составила больше 5 лет.

Всем пациентам проведено комплексное обследование, включавшее эндоскопическое, рентгенконтрастное исследование, а также МСКТ. Характерными признаками, наряду с клинической картиной, является выраженная эзофагоэктазия, отсутствие перистальтической активности мышечной стенки пищевода S образная деформация пищевода и кардии. Рентгенологическая картина больных с запущенными стадиями ахалазии кардии IV стадии представлена на рисунке 1.

Современные методы лучевой диагностики, в которых несомненно относится МСКТ (рис. 2), позволяют не только установить диагноз, но и определить особенности топографо-анатомического соотношения пищевода к остальным структурам средостения и плевральных полостей, что имеет важное значение при мобилизации пищевода из средостения через ограниченный для визуализации абдомино-цервикальный доступ.

Результаты и обсуждения: Основным методом лечения больных с ахалазией кардии являются различные варианты кардиодилатации (пневматическая, гидробаллонная), однако у больных с запущенными III-IV стадиями, когда имеется S образная деформация, как пищевода, так и самого КЭП, возможности дилатации резко ограничены, а восстановление проходимости пищи кратковременно. В связи с этим таким пациентам приходится выполнять хирургическое лечение.

Показаниями к экстирпации пищевода у наших больных были:

- неэффективность дилатации, т.е. непосредственно неудовлетворительный результат, когда после неоднократных (5-7) сеансов клинического эффекта пациенты не отмечают – у 12(37,5%);
- невозможность проведения дилататора в желудок, которая оценивается на основании комплексного обследования и подтверждается при попытках проведения дилататора, когда риск повреждения пищевода превышает ожидаемый клинический эффект – у 17(53,1%);
- стенозирующий рефлюкс-эзофагит нижней трети грудного отдела пищевода на фоне ранее перенесенной эзофагокардиомиотомии – 3(9,3%).

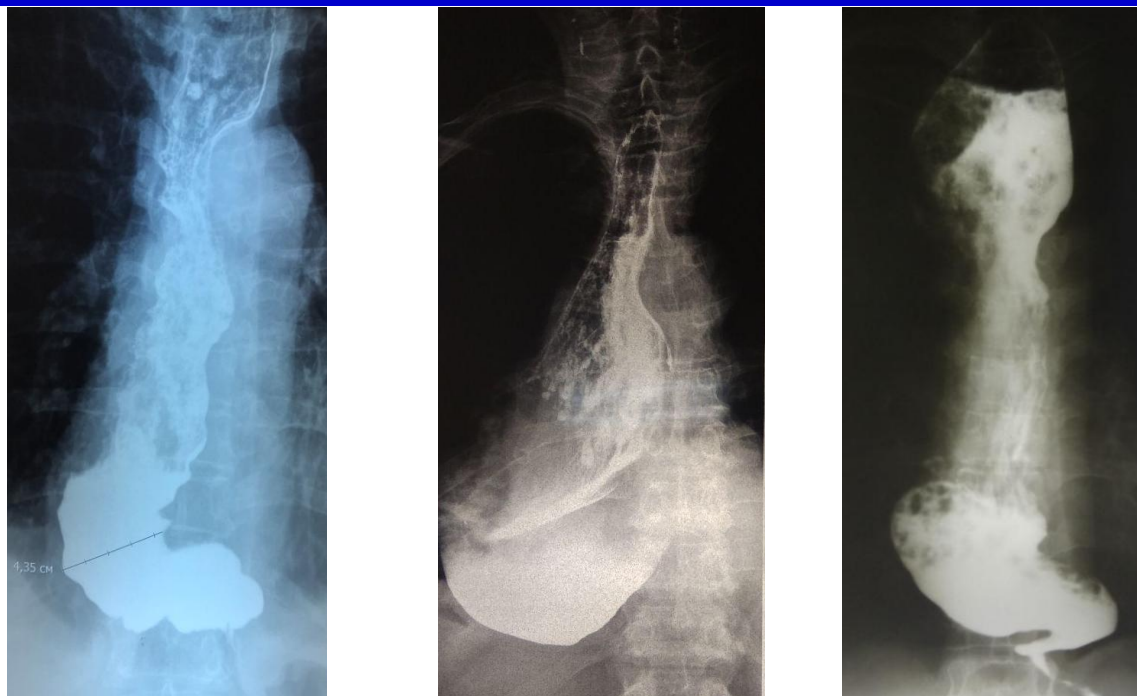


Рис. 1. Рентгенологическая картина пищевода при ахалазии IV стадии

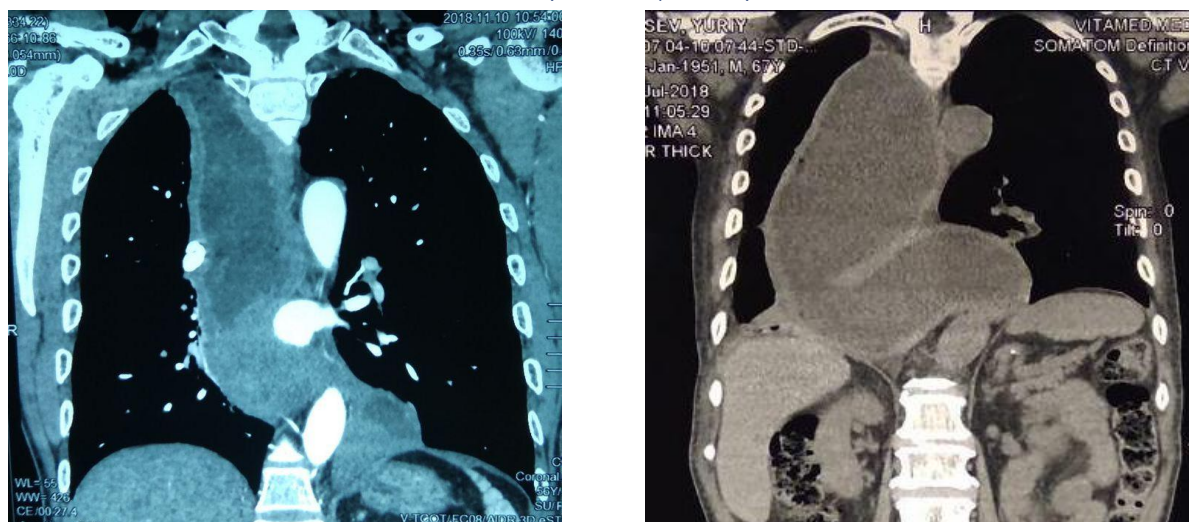


Рис. 2. МСКТ картина пищевода при ахалазии IV стадии

При решении вопроса применения экстирпации пищевода у больных с запущенными стадиями ахалазии кардии основными являются 5 факторов:

1. Одновременность выполнения пластики пищевода. Во всех 32 случаях резекционный и восстановительный этап (пластика пищевода) выполнялись в один этап.

2. Выбор хирургического доступа. У 31(96,9%) больных использовался абдомино-цервикальный доступ, а у 1(3,1%) – торако-абдомино-цервикальный из-за наличия сопутствующей патологии – эхинококкоз средней доли правого легкого – выполнена симультанно эхинококкэктомия из легкого. Выбор характера хирургического доступа основывался на том, что ахалазия кардии – доброкачественное заболевание и не требует расширенной лимфодиссекции, как при раке пищевода, в связи с чем применять травматичный торакальный доступ нецелесообразно.

3. Объем резекции пищевода (экстирпация или резекция). У больных с запущенными стадиями ахалазии кардии отмечается эзофагоэктазия всех отделов пищевода за счет дистрофии ауэрбаховского межмышечного нервного сплетения. При наличии показаний к радикальной операции необходимо удалить практически весь пищевод, в связи с чем во всех случаях нами выполнена экстирпация пищевода, при этом оставлялась только часть (3-4см) шейного отдела пищевода, что достаточно для формирования анастомоза на шее.

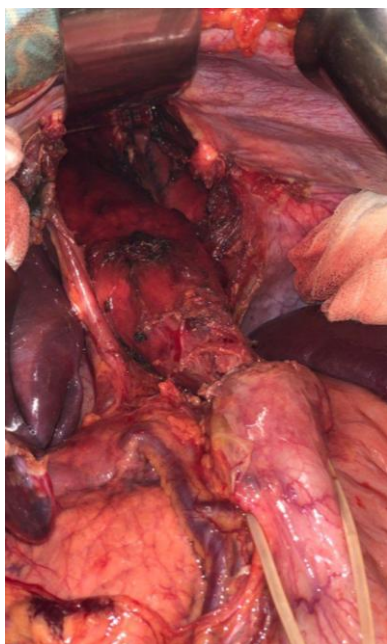
4. Способ эзофагопластики. При выборе способа эзофагопластики отдаем предпочтение использованию изоперистальтической желудочной трубки из большой кривизны желудка, которая использована у 28 больных. Только у 4 пациентов для создания трансплантата использована левая половина толстой кишки в связи с невозможностью гастропластики.

5. Уровень наложения пищеводного анастомоза (внутриплевральный или внеполостной шейный). Решение данного вопроса дискуссионно только у больных раком пищевода. Во всех случаях у пациентов с ахалазией кардии формировался шейный внеполостной пищеводный анастомоз.

Этапы экстирпации пищевода с гастропластикой представлены на рисунке 3.

Осложнения экстирпации пищевода у больных с запущенными стадиями ахалазии кардии разделяем на интраоперационные, ближайшие и отдаленные послеоперационные осложнения.

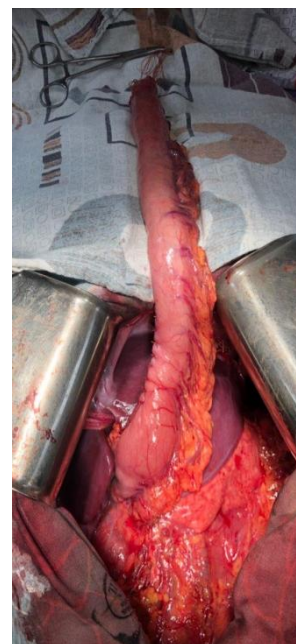
Сложность экстирпации пищевода у больных с запущенными стадиями ахалазии кардии заключается в трудности и опасности мобилизации пищевода через абдомино-цервикальный доступ, которые обусловлены выраженной эзофагоэктазией и перизофагитом. В связи с этим нами наблюдались следующие интраоперационные осложнения: кровотечение из средостения у 5(15,6%), которое остановлено интраоперационно тампонированием средостения; повреждение медиастинальной плевры у 14(43,7%), что потребовало дополнительного дренирования плевральных полостей; повреждение левого возвратного нерва у 4(12,5%), что обуславливало временную потерю голоса и нарушение акта глотания, которые нормализовались в течении первых 6 месяцев после операции на фоне проводимой терапии у ЛОР специалистов.



Мобилизация пищевода после диафрагмотомии



Удаленный пищевод с мобилизованным желудком



Сформированный гастротрансплантат

Рис. 3. Этапы экстирпации пищевода с гастропластикой



Выделенный пищевод



Удаленный макропрепарат



Рис. 4. Удаленный макропрепарат

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения:

- бронхолегочные осложнения – у 5(15,6%) больных: пневмония у 2, экссудативный плеврит – у 3
 - специфические осложнения – у 1(3,1%) больного наступила недостаточность эзофагогастроанастомоза,
- Все осложнения купированы консервативными мероприятиями. Летальных исходов не наблюдали.

В отдаленном периоде в сроках от 6 месяцев до 20 лет обследованы все 32 пациентов. Только в 2(6,2%) случаях диагностировано рубцовое сужение эзофагогастроанастомоза, что потребовало неоднократных курсов бужирования и дилатации с хорошим клиническим эффектом.

Заключение:

1. Основным методом лечения больных с ахалазией кардии остается кардиодилатация, которая относится к миниинвазивным методам, позволяющая обеспечить адекватное восстановление проходимости пищи. Однако у больных с запущенными стадиями ее эффективность значительно снижается, а частота рецидива дисфагии увеличивается.

2. У больных с запущенными стадиями ахалазии кардии, когда полностью теряется перистальтическая активность пищевода, развивается выраженная эзофагоэктазия, а также S образная деформация пищевода и самой кардии, операцией выбора должна быть экстирпация пищевода с одномоментной гастрозофагопластикой с формированием внеполостного эзофагогастроанастомоза на шее.

Соблюдение всех принципов гастрозофагопластики позволят свести к минимуму риск опасных интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Литература:

1. Аллахвердян А.С. и др. Эзофагокардио-миотомия с частичной переднезадней фундопликацией при лечении ахалазии кардии: Учебное пособие. — М., 2011. — 24 с.
2. Евсютина Ю.В. и др. Ахалазия кардии: современные представления об этиологии, патогенезе, клинической картине и диагностике // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. №6. С. 4-12.
3. Федотов Е.Д., Иное Х., Селезнев Д.Е., Иванова Е.В., Юдин О.И. Пероральная эндоскопическая миотомия при ахалазии кардии // Медицинский совет. — 2015. — № 13. — С. 130-135.
4. Хрусталева М.В., Гаджелло Э.А., Галлингер Ю.И., Булганина Н.А. Результаты 25-летнего опыта эндоскопического лечения кардиоспазма методом баллонных дилатаций // Эндоскопия. — 2013. — № 1. — С. 12-16.
5. Черноусов А.Ф., Хробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Мелентьев А.А., Осминин С.В. Ахалазия кардии и кардиоспазм — современные принципы лечения // Анналы хирургии. — 2012. — № 3. — С. 5-10.
6. Andersson M., Lundell L., Kostic S., Ruth M., Lonroth H., Kjellin A. et al. Evaluation of the response to treatment in patients with idiopathic achalasia by the timed barium esophagogram: results from a randomized clinical trial. Dis Esophagus 2009; 22:264-73.
7. Campos G.M., Vittinghoff E., Rabl C. et al. Endoscopic and surgical treatments for achalasia. A systematic review and meta-analysis // Ann. Surg. — 2009. — V. 249. — P. 45-57.
8. De León A.R., de la Serna J.P., Santiago J.L., Sevilla C., Fernández-Arquero M., de la Concha E.G., Nuñez C., Urcelay E., Vigo A.G. Association between idiopathic achalasia and IL23R gene // Neurogastroenterol. Motil. — 2010 — V. 22 (7). — P. 734-738.
9. Eleftheriadis N., Inoue H., Ikeda H. et al. Training in peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia // Their Clin. Risk Manag. — 2012. — V. 8. — P. 329-424; doi: 10.2147/TCRM.S32666. Epub 2012 Jul 23.
10. Gockel I., Müller M., Schumacher J. Achalasia — a disease of unknown cause that is often diagnosed too late // Dtsch. Arztebl. Int. — 2012. — V. 109 (12). — P. 209-214.
11. Gutschow C.A., Holscher A.H. Peroral endoscopic myotomy for esophageal achalasia — laparoscopic versus peroral endoscopic approach // Endoscopy. — 2010. — V. 42. — P. 318-319.
12. Hungness E.S., Tietelbaum E.N., Santos B.F. et al. Comparison of perioperative outcomes between peroralesophageal myotomy and laparoscopic heller myotomy // J. Gastrointest. Surg. — 2013. — V. 5. — P. 228-235
13. Stavropoulos S., Friedel D., Modayil R., Iqbal S., Grendell J. Endoscopic approaches to treatment of achalasia // Ther. Adv. Gastroenterol. — 2013. — V. 6 (2). — P. 115-135.

ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА С ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАПУЩЕННЫХ СТАДИЙ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Бабажанов К.Б., Абдукаримов А.Д.

Резюме. В статье представлен опыт лечения 947 больных с ахалазией кардии. Описаны результаты миниинвазивных методов лечения. Экстирпация пищевода с одномоментной гастрозофагопластикой по поводу ахалазии кардии III-IV стадии, была произведена у 32 больных. В статье описаны результаты проведенных исследований, определены показания к оперативному вмешательству, особенности интра- и послеоперационных осложнений, непосредственные и отдаленные результаты экстирпации пищевода. Основным методом лечения больных с ахалазией кардии остается кардиодилатация, однако у больных с запущенными стадиями ее эффективность значительно снижается. Экстирпация пищевода у больных с запущенными стадиями ахалазии кардии, когда имеется выраженная эзофагоэктазия и S образная деформация пищевода и кардиоэзофагеального перехода, является патогенетически обоснованным хирургическим вмешательством.

Ключевые слова: ахалазия кардии, нейромышечные заболевания пищевода, экстирпация пищевода, гастропластика, послеоперационные осложнения.