

УДК 616.333-009.12:616.329-089

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ IV СТАДИИ В НАШЕЙ МОДИФИКАЦИИ

Р.А.Сулиманов, С.В.Бондаренко, В.Д.Новиков, Р.Р.Сулиманов

*Институт медицинского образования НовГУ, sulimanov@mail.ru*

Представлен анализ результатов хирургического лечения 42 больных ахалазией кардии IV стадии в отделении торакальной хирургии Новгородской областной клинической больницы за 1982 — 2011 гг. Рассмотрены три периода поиска адекватного органосохраняющего хирургического вмешательства в зависимости от технического решения. Показано, что модифицированные авторами операции Геллера — Готтштейна являются альтернативой расширенным операциям в виде резекции или экстирпации пищевода, а непосредственные и отдаленные результаты подтверждают их адекватность при рассматриваемой патологии.

**Ключевые слова:** ахалазия кардии, лечение, гофрирующие швы, эзофагокардиомиопластика

The article presents the analysis of results of the surgical treatment of 42 patients with esophageal achalasia of the 4th stage. The study was carried out on the basis of the Novgorod region clinical hospital and included the period of 1982 — 2011. Depending on the technical decision the 3 types of organ-preserving operations are presented. It is shown that the modified Geller- Gottstein operation becomes the alternative to expanded operations of esophageal resection and extirpation. The early and late results confirm the adequacy of the pathology treatment.

**Keywords:** esophageal achalasia, treatment, corrugating sutures, esophagocardiomyoplasty

### Введение

Ахалазия кардии (*a* — отрицание + *chalsis* — расслабление) — хроническое нейромышечное заболевание пищевода, характеризующееся отсутствием или недостаточным рефлекторным расслаблением нижнего пищеводного сфинктера, вследствие чего происходит нарушение проходимости пищевода, вызванное сужением его кардиального отдела и его супрастенотическим расширением со вторичными воспалительно-дистрофическими изменениями его стенки.

Впервые случай ахалазии кардии описан Т.Уиллисом в 1674 г. Клиническое распознавание заболевания стало возможным только в начале прошлого столетия после внедрения в медицинскую практику рентгенконтрастного метода исследования [1].

Ахалазия кардии составляет от 3 до 20% всех заболеваний пищевода и встречается во всех возрастных группах, но преобладающий возраст больных — трудоспособный, от 20 до 50 лет, в связи с чем это заболевание представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему [2-6].

Хотя и принято считать, что при кардиоспазме тонус нижнего пищеводного сфинктера в несколько

раз может превысить нормальные показатели (в норме 7-13 мм рт. ст.), а при ахалазии данный показатель может оставаться в пределах нормы, тем не менее эти два понятия звучат как синонимы. Возможно, правильно было бы говорить о «функциональной непроходимости кардии». Для практической деятельности важно то, что лечебная тактика как при ахалазии, так и при кардиоспазме одинакова. В дальнейшем мы будем пользоваться понятием ахалазия.

Ахалазия кардии характеризуется медленным течением с постепенным длительным переходом из одной стадии в другую. Как правило, первыми симптомами заболевания являются преходящие признаки дисфагии, а также боли за грудиной или в эпигастриальной области после акта глотания. Дисфагия у больных становится постоянной. Симптомы дисфагии изменяются в зависимости от эмоционального состояния. При прогрессировании заболевания появляется регургитация, носящая вначале рефлекторный характер. Появляясь на высоте затруднения глотания, в дальнейшем она вызывается самим больным [7].

По мере прогрессирования заболевания происходят также и морфологические изменения пищевода. Наличие препятствия в зоне кардии ведет к его расширению и удлинению. И если в начальных стадиях заболевания емкость пищевода составляет 150-

200 мл, то к IV стадии (по Б.В.Петровскому) она увеличивается до 2-3 л. Отмечается резкое сужение кардиального канала, выше пищевод значительно расширен (более 4-5 см). Стенка пищевода истончена, атонична, перистальтика еле заметна или отсутствует. На этой стадии происходит удлинение и S-образное искривление пищевода [8]. Пища задерживается на сутки и более, разлагается в просвете пищевода, вызывая образование трещин и язв, часто развивается перизофагит и медиастинит. Наступает регургитация при наклоне туловища.

На ранних стадиях ахалазии (I-II) показана консервативная тактика, и по этому поводу нет явных противоречий у специалистов [9-15]. Что касается III-IV стадий, по ним имеются разногласия как в тактике лечения, так и в технических приемах [9,16-21]. Так или иначе сейчас предпочтение отдается операции типа эзофагокардиомиотомии с различной пластикой из торакального доступа, хотя в последние годы при ахалазии пищевода III-IV стадии или при осложнениях кардиодилатации применяется резекция грудного отдела пищевода и кардиального отдела желудка с одномоментной пластикой желудка.

Следует отметить, что современная хирургия ахалазии кардии базируется на предложении Геллера, который в 1913 г. впервые выполнил двухстороннюю кардиомиотомию. Она состоит из продольного рассечения мышечных слоев дистального отдела пищевода, чресплевральным доступом. В последние годы в хирургическом лечении ахалазии кардии IV стадии существует тенденция к радикальным, высокотравматичным операциям в виде экстирпации пищевода или его субтотальной резекции с одномоментной пластикой. В объяснение этому факту приводится довод о функциональной непригодности пищевода, о его декомпенсации. В то же время при наличии противопоказаний для экстирпации предлагается органосохраняющая операция. Как нам кажется, в подобном подходе к решению проблемы есть глубокое противоречие, а суть его лежит в самом понятии «декомпенсация».

Еще один повод к оспариванию позиции «радикализма» заключается в том, что стадии ахалазии, предшествующие четвертой, лечатся методами, устраняющими препятствие в области нижнего пищевого отверстия (различные виды кардиодилататоров, эзофагокардиомиотомия и т.д.). Но тогда устранение препятствия на пути проглоченной пищи и у пациентов с ахалазией пищевода IV стадии должно привести к восстановлению функции последнего. Уже существует более 50 разновидностей хирургической коррекции зоны кардии для восстановления ее проходимости, а поиски новых технических приемов, способствующих решению этой проблемы, продолжают.

Целью нашего исследования стало улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения ахалазии кардии IV стадии.

### Материалы и методы

В основу данного исследования положен анализ результатов хирургического лечения 42 больных

с ахалазией кардии IV стадии, проходивших лечение в отделении торакальной хирургии Новгородской областной клинической больницы (кафедра госпитальной хирургии ИМО НовГУ) за последние 30 лет — с 1982 по 2011 г.: 18 мужчин (42,8%) и 24 женщины (57,2%). Средний возраст пациентов составил  $48,5 \pm 3,5$  года (от 20 до 77 лет). Обращаемость за медицинской помощью была поздней и в среднем составила  $3,5 \pm 1,4$  года от начала заболевания. Всем больным проводилось эндоскопическое и рентгенконтрастное исследование пищевода.

У всех исследуемых была аналогичная как рентгенологическая, так и эндоскопическая картина: пищевод резко расширен и удлинён, стенки утолщены за счет резкой гипертрофии мышечного слоя пищевода. В слизистой и подслизистой оболочках наблюдались воспалительные изменения. Отмечалось резкое супрастенотическое расширение пищевода с наличием большого количества жидкости и S-образная деформация. В 8 наблюдениях тень средостения за счет расширенного пищевода превышала тень сердца. Кардия была резко сужена, с признаками дистрофических изменений слизистой оболочки пищевода. Контрастное вещество задерживалось до двух суток и более. Всем пациентам после обследования проводилась коррекция нарушенного алиментарного статуса и лишь затем выполнялись различные оперативные вмешательства.

За эти годы в поисках адекватного органосохраняющего хирургического вмешательства мы поэтапно прошли три периода, и в зависимости от технического решения — вида пластики — пациенты были разделены на три группы.

В первый период наших исследований (1982—1991) мы отдавали предпочтение операции Геллера в модификации Готтштейна (внеслизистой эзофагокардиомиотомии с пластикой пищевода передней стенкой желудка). Пациенты, перенесшие данную операцию, составили первую группу наших наблюдений. Их было 12 человек (28,5%) — 5 мужчин и 7 женщин.

Во втором периоде (1992—2007) мы несколько модифицировали операцию Геллера — Готтштейна. Суть нашей модификации заключается в том, что, во-первых, разрез стенки пищевода с продолжением на желудок производится как можно ближе к левой стенке, а во-вторых, длина рассеченного участка пищевода составляет около 10 см, а кардиального отдела желудка — до 3 см. Таким образом, адекватно расширяется суженный участок пищевода, а кроме того при поперечном сшивании рассеченных слоев угол Гисса становится острее, что препятствует рефлюксу в последующем. Вторую группу составили 23 человека (54,7%) — 10 мужчин и 13 женщин.

Третий период наших исследований — с января 2008 г. по декабрь 2011 г., когда мы начали пользоваться еще более усовершенствованной модификацией операции Геллера — Готтштейна. Выполняется продленный до 13 см разрез левой стенки пищевода с переходом на желудок. На правую стенку S-образно искривленного пищевода (только на мышечную оболочку) накладывается три ряда параллельных гофрирующих швов (викрил 3/0) на расстоянии 0,5-0,7 см

друг от друга, длина стежков 0,4-0,5см. При постепенном затягивании и завязывании наложенных швов стенка пищевода гофрируется, что приводит к выпрямлению вертикальной оси пищевода, тем самым способствуя устранению S-образного изгиба пищевода в нижней его трети и восстановлению функциональной проходимости (заявка на изобретение № 2011121135 от 25.05.2011). Наложение гофрирующих швов выполняется после завершения внеслизистой эзофагокардиомиопластики. Пациенты, которым операция была выполнена в этой модификации, составили третью группу. В нее вошли 7 человек (16,6%) — 3 мужчины и 4 женщины.

### Результаты и их обсуждение

В связи с тем, что в нашем регионе подобные операции выполняются только в отделении торакальной хирургии НОКБ, все прооперированные пациенты наблюдались у специалистов данного профиля. Длительность наблюдения за пациентами всех групп составила от 1 года до 29 лет. Для оценки отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с ахалазией кардии IV стадии проводилось анкетирование по специально составленному вопроснику с последующим приглашением пациентов для рентгеноконтрастного исследования пищевода.

В первой группе у шести прооперированных пациентов непосредственные результаты оценивались как хорошие, у шести других — как удовлетворительные. В отдаленном периоде у шести пациентов (50%) исчезли жалобы на дисфагию, а двое (16,6%) так и не избавились от ранее предъявляемых жалоб. Еще у 4 больных (33,3%) были выявлены клинические, рентгенологические и эндоскопические проявления рефлюкс-эзофагита. Анализ работы данного периода привел нас к видоизменению техники ранее выполняемой операции: разрез мышечных слоев пищевода с переходом на желудок было решено увеличить и максимально сместить на левую стенку.

Во второй группе в раннем послеоперационном периоде проявлений рефлюкс-эзофагита не было, но у 16 больных (69,5%) с выраженным S-образным искривлением пищевода при рентгенологическом исследовании наблюдалось «провисание» пищевода с задержкой контраста, кроме того восстановление функции пищевода у этих больных происходило медленнее. Послеоперационная летальность в этой группе составила 4,3%: умер один больной на третьи сутки после операции — на аутопсии была выявлена массивная тромбоэмболия легочной артерии. У двух больных (8,6%) в отдаленном периоде были признаки рефлюкс-эзофагита, но комплексное консервативное лечение, изменение образа жизни обоих пациентов в конце концов дали положительный результат.

В третьей группе у всех пациентов наступило быстрое опорожнение ранее расширенного пищевода, и непосредственные результаты у пяти (71,4%) были оценены на «отлично», еще у двоих (28,5%) — на «хорошо». В отдаленном периоде проявлений рефлюкс-эзофагита не наблюдалось. У всех больных в этой группе мы наблюдали уменьшение поперечных размеров ранее дилатированного, искривленного пищевода

с хорошим пассажем взвеси сульфата бария. Клинические проявления ахалазии кардии отсутствовали.

Качество жизни больных во всех группах исследования было выше, чем до операции. Полное восстановление массы тела отмечалось в третьей группе.

Таким образом, модифицированные нами операции Геллера — Готтштейна при ахалазии кардии IV стадии являются альтернативой расширенным операциям в виде резекции или экстирпации пищевода, а непосредственные и отдаленные результаты подтверждают их адекватность при данной патологии.

### Выводы

1. Разрез мышечных слоев левой стенки пищевода делает угол Гисса более острым, что препятствует развитию рефлюкс-эзофагита.

2. Наложение гофрирующих швов на правую стенку пищевода приводит к выпрямлению аксиальной оси пищевода и более быстрому восстановлению функциональной проходимости органа.

3. Мы считаем, что операция Геллера — Готтштейна в нашей модификации является альтернативным органосохраняющим оперативным способом при хирургическом лечении пациентов с ахалазией кардии IV стадии.

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. М.: Медицина, 2000. С.64.
2. Петровский Б.В., Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф., Чиссов В.И. Кардиоспазм и его лечение // Хирургия. 1972. №11. С.11-17.
3. Василенко В.Х., Суворова Т.А., Гребнев А.Л. Ахалазия кардии. М.: Медицина, 1976. С.26-28.
4. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Гаджиев Д.В. Хирургическое лечение нервно-мышечных заболеваний пищевода // Анналы хирургии. 2001. №1. С.35-38.
5. Рябов С.И., Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Внутренние болезни. СПб.: Спец. лит., 2001. С.323-325.
6. Трухманов А.С. Ахалазия кардии. Последние достижения в изучении этиологии и патогенеза. Современная консервативная терапия (лекция) // Рус. мед. журн. 1996. Т.4. №3. С.142-143.
7. Эльдарханов В.Ю. Особенности клинических проявлений кардиоспазма в различных стадиях // Терапевтический архив. 1997. №2. С.22-25.
8. Петровский Б.В. Хирургическое лечение кардиоспазма // Хирургия. 1957. №2. С.3-9.
9. Хирургические болезни пищевода, кардии / Под ред. П.Н.Зубарева, В.М.Трофимова. СПб.: Фолиант, 2005. 208 с.
10. Lenglinger J., Cosentini E.P., Riegler M. Mechanical dilatation of the lower esophageal sphincter and a novel surgical concept for treatment of achalasia // Dig. Surg. 2005. V.22(3). P.23.
11. Thomas V., Harish K., Sunilkumar K. Pneumatic dilatation of achalasia cardia under direct endoscopy: the debate continues // Gastrointest. Endosc. 2006. V.63(4). P.734.
12. Harish K., Harikumar R., Kumar S. et al. Efficacy and safety of Rigidflex pneumatic dilatation of achalasia under direct endoscopy // Indian J. Gastroenterol. 2007. V.26(2). P.96-97.
13. Kotic S., Kjellin A., Ruth M. et al. Pneumatic dilatation or laparoscopic cardiomyotomy in the management of newly diagnosed idiopathic achalasia. Results of a randomized controlled trial // World J. Surg. 2007. V.31(3). P.470-478.
14. Boztas G., Mungan Z., Ozdil S. et al. Pneumatic balloon dilatation in primary achalasia: the long — term follow — up results // Hepatogastroenterology. 2005. V.52(62). P.475-480.
15. Eckard V.F., Aignherr C., Bernhard G. Predictors of outcome in patient with achalasia treated by pneumatic dilatation // Gastroenterology. 1992. V.103. P.1732-1738.

16. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Орунов С.Р. Повторные операции при рецидиве дисфагии у больных с нейромускулярными заболеваниями пищевода // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1995. №1. С.60-63.
17. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Гаджиев Д.В. Хирургическое лечение нервно-мышечных заболеваний пищевода // Анналы хирургии. 2001. №1. С.35-38.
18. Оноприев В.И., Дурлештер В.М., Рябчук В.В., Клитинская И.С. Современные хирургические технологии создания антирефлюксной кардии при различных формах ахалазии пищевода // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2005. №1. С.25-31.
19. Dughera L., Cassolino P., Cisar F., Chiaverina M. Achalasia // Minerva Gastroenterol. Dietol. 2008. V.54(3). P.277-285.
20. Glatz S.M., Richardson J.D. Esophagectomy for end stage achalasia // J. Gastrointest. Surg. 2007. V.11(9). P.1134 - 1137.
21. Sander A.A. Esophagectomy with gastric reconstruction for achalasia // J.Thorac. Cardiovasc. Surg. 1998. V.227(1). P.33-39.
9. Khirurgicheskie bolezni pishhevoda, kardii / Pod red. P.N.Zubareva, V.M.Trofimova. SPb.: Foliant, 2005. 208 s.
10. Lenglinger J., Cosentini E.P., Riegler M. Mechanical dilatation of the lower esophageal sphincter and a novel surgical concept for treatment of achalasia // Dig. Surg. 2005. V.22(3). P.23.
11. Thomas V., Harish K., Sunilkumar K. Pneumatic dilatation of achalasia cardia under direct endoscopy: the debate continues // Gastrointest. Endosc. 2006. V.63(4). P.734.
12. Harish K., Harikumar R., Kumar S. et al. Efficacy and safety of Rigidflex pneumatic dilatation of achalasia under direct endoscopy // Indian. J. Gastroenterol. 2007. V.26(2). P.96-97.
13. Kosic S., Kjellin A., Ruth M. et al. Pneumatic dilatation or laparoscopic cardiomyotomy in the management of newly diagnosed idiopathic achalasia. Results of a randomized controlled trial // World J. Surg. 2007. V.31(3). P.470-478.
14. Boztas G., Mungan Z., Ozdil S. et al. Pneumatic balloon dilatation in primary achalasia: the long — term follow — up results // Hepatogastroenterology. 2005. V.52(62). P.475-480.
15. Eckard V.F., Aigherr C., Bernhard G. Predictors of outcome in patient with achalasia treated by pneumatic dilatation // Gastroenterology. 1992. V.103. P.1732-1738.

#### Bibliography (Transliterated)

1. Chernousov A.F., Bogopol'skij P.M., Kurbanov F.S. Khirurgija pishhevoda. M.: Medicina, 2000. S.64.
2. Petrovskij B.V., Vancjan Eh.N., Chernousov A.F., Chissov V.I. Kardiospazm i ego lechenie // Khirurgija. 1972. №11. S.11-17.
3. Vasilenko V.Kh., Suvorova T.A., Grebnev A.L. Akhalazija kardii. M.: Medicina, 1976. С 26-28.
4. Chernousov A.F., Andrianov V.A., Gadzhiev D.V. Khirurgicheskoe lechenie nervno-myshechnykh zabolevanij pishhevoda // Annaly khirurgii. 2001. №1. S.35-38.
5. Rjabov S.I., Almazov V.A., Shljakhto E.V. Vnutrennie bolezni. SPb.: Spec. lit., 2001. S.323 -325.
6. Trukhmanov A.S. Akhalazija kardii. Poslednie dostizhenija v izuchenii etiolologii i patogeneza. Sovremennaja konservativnaja terapija (lekcija) // Rus. med. zhurn. 1996. T.4. №3. S.142-143.
7. Ehl'darkhanov V.Ju. Osobennosti klinicheskikh projavlenij kardiospazma v razlichnykh stadijakh // Terapevticheskij arkhiv. 1997. №2. S.22-25.
8. Petrovskij B.V. Khirurgicheskoe lechenie kardiospazma // Khirurgija. 1957. №2. S.3-9.
16. Chernousov A.F., Andrianov V.A., Orunov S.R. Povtornye operacii pri recidive disfagii u bol'nykh s nejjromyshechnymi zabolevanijami pishhevoda // Grudnaja i serdechno-sosudistaja khirurgija. 1995. №1. S.60-63.
17. Chernousov A.F., Andrianov V.A., Gadzhiev D.V. Khirurgicheskoe lechenie nervno-myshechnykh zabolevanij pishhevoda // Annaly khirurgii. 2001. №1. S.35-38.
18. Onopriev V.I., Durleshter V.M., Rjabchuk V.V., Klitinskaja I.S. Sovremennye khirurgicheskie tekhnologii sozdanija anti-reflujksnoj kardii pri razlichnykh formakh akhalazii pishhevoda // Voprosy rekonstruktivnoj i plasticheskij khirurgii. 2005. №1. S.25-31.
19. Dughera L., Cassolino P., Cisar F., Chiaverina M. Achalasia // Minerva Gastroenterol. Dietol. 2008. V.54(3). P.277-285.
20. Glatz S.M., Richardson J.D. Esophagectomy for end stage achalasia // J. Gastrointest. Surg. 2007. V.11(9). P.1134 - 1137.
21. Sander A.A. Esophagectomy with gastric reconstruction for achalasia // J.Thorac. Cardiovasc. Surg. 1998. V.227(1). P.33-39.