

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Б.К. Осмоналиев^{1,2}, Ж.Т. Конурбаева¹, К.А. Ниязов²,
З.А. Ырысматова¹, С.С. Сен-сей-юй¹

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра факультетской хирургии им. акад. К.Р. Рыскуловой

²Хирургический центр «Кортেকс»

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ахалазией кардии (АК) путем усовершенствования отдельных этапов операции Геллера с применением современных лапароскопических технологий.

Представлены результаты лечения АК 35 пациентов, мужчин было 16, женщин – 19. В возрасте от 18 до 69 лет, средний возраст – $49 \pm 5,4$. Длительность заболевания от 1 года до 9 лет. У 28 (80%) пациентов индекс массы тела (ИМТ) был ниже $18,7 \text{ кг/м}^2$, средний ИМТ составил $20,7 \pm 3,1 \text{ кг/м}^2$. С III стадией заболевания – 26 (74,3%), со II стадией было 7 (20%) и с IV стадией 2 (5,7%). Диагноз подтвержден на основании рентгеноскопии, эндоскопии. Пациентам проведена внеслизистая передняя расширенная эзофагокардиомиотомия по Геллеру с эзофагокардиогастропластикой в модификации нашей клинки. Отдаленные результаты прослежены у 24 (68,5%) пациентов в сроке от 6 месяцев до 5 лет. Интраоперационное осложнение в виде перфорации слизистой оболочки пищевода было у 2 (5,9%) пациентов, дефект был ушит. Летальных случаев не было. Средний балл по шкале Eckardt до операции был $9,2 \pm 2,1$, перед выпиской $1,7 \pm 0,2$, через ≥ 6 мес. после операции $1,3 \pm 0,4$. Рецидива заболевания не отмечено. Преимуществами данного метода являются эффективность, низкий риск осложнений, возможность устранить возникшие осложнения во время операции, предотвращение развития рефлюкс-эзофагита и пищевода Барретта.

Ключевые слова: ахалазия кардии, лапароскопическая внеслизистая расширенная эзофагокардиомиотомия по Геллеру, эзофагогастрокардиоластика.

КАРДИЯ АХАЛАЗИЯСЫН ДАРЫЛООНУН ӨЗГӨРТҮЛГӨН ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯЛЫК ЫКМАСЫ

Б.К. Осмоналиев^{1,2}, Ж.Т. Конурбаева¹, К.А. Ниязов²,
З.А. Ырысматова¹, С.С. Сен-сей-юй¹

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Акад. К.Р. Рыскулова атындагы факультеттик хирургия кафедрасы

²«Кортেকс» хирургиялык борбору

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Максаты: заманбап лапароскопиялык технологияларды колдонуу менен Геллер операциясынын айрым этаптарын өркүндөтүү аркылуу ахалазия кардия (АК) менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

АК дарылоо жыйынтыктары боюнча 35 бейтап көрсөтүлүп, анын ичинен 16 эркек, 19 аял, ал эми жашы 18 жаштан 69 жашка чейин (орточо жашы $49 \pm 5,4$) болгон. Оорунун узактыгы 1 жылдан 9 жылга чейин белгиленсе, алардын ичинен 28 (80%) оорулуунун дене салмагынын индекси (ДСИ) $18,7 \text{ кг/м}^2$ төмөн болуп, орточо ДСИ $20,7 \pm 3,1 \text{ кг/м}^2$ түзгөн. Оорунун III- стадиясы менен – 26 (74,3%), II- стадиясы менен – 7 (20%) жана IV- стадиясы менен – 2 (5,7%) көрсөтүлгөн. Оорунун диагнозу рентгеноскопиянын, эндоскопиянын негизинде тастыкталган.

Бейтаптарга биздин бейтапкананын модификациясында Геллердин ыкмасы боюнча эзофагокардиогастропластикасы менен былжырдан тышкары алдыңкы кеңейтилген эзофагокардиомиотомиясын өткөрүшкөн. Узак мөөнөттүү жыйынтыктар 24 (68,5%) бейтаптарда 6 айдан 5 жылга чейин байкалган. Хирургиялык операция учурунда татаалдашуу кызыл өңгөчтүн былжыр челинин тешилип калышы түрүндөгү 2 (5,9%) бейтаптарда болгон жана ал өз учурунда бүтөлүп тигилген. Өлүмгө учурагандар болгон эмес. Операцияга чейинки Eckardt шкаласы боюнча орточо балл $9,2 \pm 2,1$; чыгаруу алдында $1,7 \pm 0,2$ түзгөн, ал эми операциядан 6 айдан кийин $1,3 \pm 0,41$ көрсөткөн. Оорунун кайталанышы байкалган жок. Бул ыкманын артыкчылыгы - анын натыйжалуулугу, тобокелдик татаалдашуулардын өтө төмөн болушу, операция учурунда пайда болгон татаалдыктарды өз убагында жоюу мүмкүнчүлүгү, Барретта кызыл өңгөчтүн жана эзофагиттин рефлюксун өрчүп кетүүсүнүн алдын алуусу болуп саналат.

Негизги сөздөр: кардия ахалазиясы, Геллердин ыкмасы боюнча лапароскопиялык былжырдан тышкары кеңейтилген эзофагокардиомиотомиясы, эзофагокардиогастропластикасы.

MODIFIED ENDOVIDEOSURGICAL METHOD FOR THE TREATMENT OF ACHALASIA OF THE CARDIA

**B.K. Osmonaliev^{1,2}, J.T. Konurbaeva¹, K.A. Niiazov²,
Z.A. Yrsmatova¹, S.S. Sen-sei-yu¹**

¹ Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Faculty Surgery named after acad. K.R. Ryskulova

² Surgical Center "Cortex"
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. Objective: to improve the results of surgical treatment of patients with achalasia of the cardia (AC) by improving some stages of Heller's operation using modern laparoscopic technologies.

The results of treatment of achalasia of the cardia of 35 patients are presented, men were 16, women – 19. The age ranged from 18 to 69 years, mean age was 49 ± 5.4 . The duration of the disease ranged from 1 year to 9 years. 28 (80%) patients had a body mass index (BMI) below 18.7 kg/m^2 , mean BMI was $20.7 \pm 3.1 \text{ kg/m}^2$. There were 26 (74.3%) with stage III disease, 7 (20%) with stage II and 2 (5.7%) with stage IV. The diagnosis was confirmed on the basis of fluoroscopy, endoscopy. Patients underwent extramucosal anterior extended esophagocardiomyotomy according to Heller with esophagocardiogastroplasty in modification of our clinic. Long-term results were traced in 24 (68,5%) patients in the period from 6 months to 5 years. Intraoperative complication in the form of esophageal mucosa perforation was in 2 (5,9%) patients, the defect was sutured. There were no fatal cases. The average score of Eckardt scale before surgery was 9.2 ± 2.1 , before discharge 1.7 ± 0.2 , and ≥ 6 months after surgery 1.3 ± 0.4 . No recurrence of the disease was noted. The advantages of this method are efficiency, low risk of complications, possibility to eliminate the occurred complications during the operation, prevention of reflux esophagitis and Barrett's esophagus development.

Key words: achalasia of cardia, laparoscopic extramucosal extended esophagocardiomyotomy according to Heller, esophagocardiogastroplasty.

Введение. Ахалазия кардии (АК) - хроническое нервно-мышечное заболевание, характеризующееся отсутствием или недостаточным рефлексорным расслаблением нижнего пищеводного сфинктера (НПС), вследствие чего происходит непостоянное нарушение проходимости пищевода, вызванное сужением его отдела перед входом в желудок и расширением вышерасположенных участков.

Распространенность АК составляет 10 случаев на 100 000 населения, а заболеваемость от 0,5 до 2 на 100 000 населения или 3,1-20% среди заболеваний пищевода, встречается на всех континентах, примерно одинаково среди мужчин и женщин. В качестве причины дисфагии она занимает третье место после аденокарциномы пищевода и ожоговых стриктур [1,2].

Лечение АК остается одной из актуальных проблем современной медицины, предложенные консервативные, оперативные [3,4] и эндоскопические [5,6] методы лечения в полной мере не решают проблему в связи большим процентом осложнений и летальности в раннем послеоперационном периоде, и рецидивом АК в отделенном периоде.

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

Целью данной работы является улучшение результатов хирургического лечения пациентов с АК путем усовершенствования отдельных этапов операции Геллера с применением современных лапароскопических технологий.

Материалы и методы. В работе представлены результаты хирургического лечения АК у 35 пациентов в период с сентября 2016 года по декабрь 2023 года включительно в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 г. Бишкек и в хирургическом центре «Кортекс», являющимися клиническими базами КГМА им. И.К. Ахунбаева. Критериями включения были пациенты с подтвержденным диагнозом АК. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного осмотра, шкалы Eckardt, результатов лабораторных и инструментальных исследований, таких как ЭГДС, рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с

контрастированием, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ и УЗИ внутренних органов. Компьютерная томография органов грудной клетки и магнитно-резонансная томография органов брюшной полости проводились пациентам для исключения онкологических заболеваний. Критериями исключения были пациенты с тяжелыми соматическими заболеваниями, ранее оперированные по поводу АК и другими (доброкачественные и злокачественные) заболеваниями кардиоэзофагеальной зоны.

Возраст пациентов колебался от 18 до 69 лет, средний возраст составил $49 \pm 5,4$. Мужчин было 16 (45,7%), женщин – 19 (54,3%). Длительность заболевания составила от 1 года до 9 лет. У 28 (80%) пациентов индекс массы тела (ИМТ) был ниже $18,7 \text{ кг/м}^2$, средний ИМТ составил $20,7 \pm 3,1 \text{ кг/м}^2$, у 10 (28,5%) пациентов имелась сопутствующая патология: КБС (6 пациентов), желчнокаменная болезнь (1 пациент), панкреатит (1 пациент), гипертоническая болезнь (2 пациента). По степени анестезиологического риска 8 (22,9%) пациентов относились к I классу, 27 (77,1%) пациентов ко II классу по шкале ASA. В соответствии с классификацией АК, предложенной Б.В. Петровским, преобладали пациенты с III стадией заболевания – 26 (74,3%), со II стадией было 7 (20%) и с IV стадией 2 (5,7%). С I стадией заболевания пациенты не включены в данную работу, в связи с тем, что им не было показано оперативное лечение (табл. 1). Двое детей 11 и 12 лет и один пациент с рецидивом заболевания (оперирован ранее в другой клинике) в исследование не включены.

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	7 (20%)
III	Рубцовые изменения мышечных слоев НПС с выраженным расширением пищевода и нарушениями тонуса и перистальтики	26 (74,3%)
IV	Резко выраженный стеноз кардии со значительной дилатацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода, эзофагитом и периэзофагитом	2 (5,7%)
Всего		35 (100%)

Для оценки клинических симптомов АК до и после выполнения операции применяли шкалу Eckardt (табл. 2).

Таблица 2 – Шкала Eckardt для оценки клинических симптомов АК

Симптомы	Баллы			
	0	1	2	3
Дисфагия	никогда	периодически	1 раз в день	каждый прием пищи
Регургитация	никогда	периодически	1 раз в день	каждый прием пищи
Загрудинные боли	никогда	периодически	1 раз в день	каждый прием пищи
Потеря веса, кг	нет	<5	5-10	>10

Средний балл оценки клинических симптомов по шкале Eckardt представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Клиническая выраженность симптомов по шкале Eckardt до и после операции по поводу АК

Стадии АК	До операции (n=35)	После операции (n=35)
I	-	-
II	7,8±1,2	1,3±0,2
III	9,8±1,6	1,6±0,4
IV	11,5±1,4	2,4±0,5

В раннем послеоперационном периоде всем пациентам проводилось УЗИ органов брюшной полости с целью выявления затеков, и рентгеноскопия пищевода для контроля проходимости в кардиоэзофагеальной зоне и оценки рефлюкс-эзофагита. Отдаленные результаты оперативного лечения оценены у 24 (68,5%) пациента.

Пациентам была выполнена передняя *расширенная* внеслизистая эзофагокардиомиотомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt и *эзофагокардиогастропластика* в модификации нашей клиники (рац. предложение №1/19-20 от 27.09.2019 г., выдан КГМА им. И.К. Ахунбаева). Операции проведены под

эндотрахеальной анестезией. Положение пациента на спине с разведенными нижними конечностями. Оптический первый 10мм троакар устанавливался на 2,0 см выше пупка (пневмоперитонеум 10-12мм рт. ст), после панорамной ревизии органов брюшной полости и смены положения пациента (положение Фаулера) устанавливались один 10мм троакар в левом подреберье по передне-подмышечной линии, два 5 мм троакара в эпигастрии и правом подреберье также передне-подмышечной линии. Выполнение операции 4 доступами (рис. 1,2,3) стало возможным в связи применением ультразвукового скальпеля, позволяющий выполнять одновременно рассечение и коагуляцию тканей.



Рис. 1. Интраоперационное фото, два 10мм и два 5мм порта при АК (собственное наблюдение).

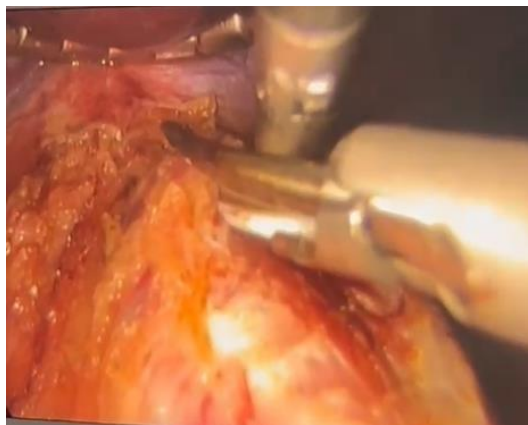


Рис. 2. Интраоперационное фото, мобилизация пищевода (собственное наблюдение).



Рис. 3. Послеоперационное фото ран и дренажа (собственное наблюдение).

Хирург располагался между ног пациента, ассистент-камердинер справа, операционная сестра слева от пациента. Левая доля печени приподнималась выше и вправо без рассечения левой треугольной связки. Производилась мобилизация в кардиоэзофагеальной зоне с пересечением в области малого сальника, пищеводно-диафрагмальной связки, фундально-диафрагмальной связки с выделением пищевода,

кардии и дна желудка. После установки анестезиологом зонда в желудок (F-32-36) проводилась **расширенная** передняя внеслизистая эзофагокардиомиотомия не менее 9-11 см. Рассекали мышечную оболочку на протяжении всей суженной части пищевода, не менее чем на 2-3 см выше и ниже ее с переходом на стенку желудка (рис. 4) и в области заднего средостения, протяженностью около 9-11 см (рис. 5,6).



Рис. 4. Интраоперационное фото, расширенная эзофагокардиомиотомия в кардиальной части пищевода и желудка (собственное наблюдение).

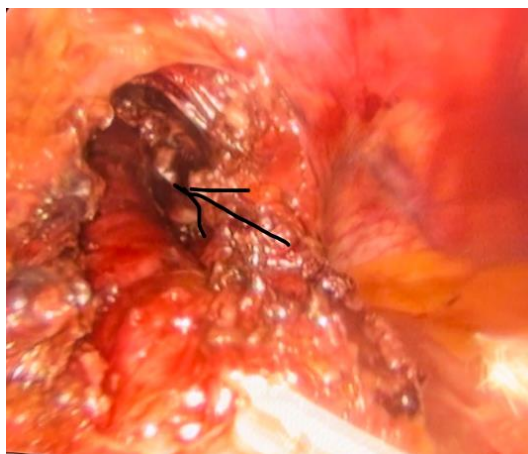


Рис. 5. Интраоперационное фото, расширенная эзофагокардиомиотомия в средостении, выше участка сужения (собственное наблюдение).

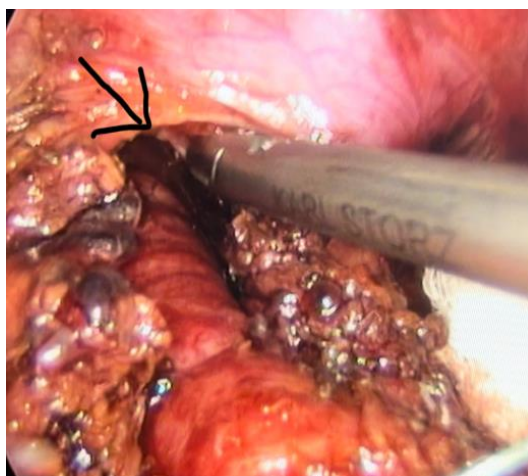


Рис. 6. Интраоперационное фото, расширенная эзофагокардиомиотомия в средостении выше ахалазии (собственное наблюдение).

После эзофагокардиомиотомии края мышечного слоя отделяли от слизисто-подслизистого слоя на $\frac{1}{2}$ окружности пищевода, после чего слизистая оболочка пролабировала в виде «паруса». Важным моментом эзофагокардиомиотомии является проверка на проходимость и отсутствие перфорации слизистой оболочки. Анестезиолог под контролем оператора подтягивал назогастральный зонд выше области рассечения, в кардиальной части желудка пережимался грасспером и вводился стерильный

физиологический раствор для исключения перфорации и проверки проходимости. Вторым этапом операции, закрытие дефекта мышечного слоя пищевода – **эзофагокардиогастропластику** – производили передней стенкой желудка в виде треугольной складки непрерывным швом в модификации нашей клиники (рис. 7,8). Зонд в конце операции удалялся из желудка, производилась дренирование левой поддиафрагмальной области через 10 мм троакар в левом подреберье и ушивание ран.

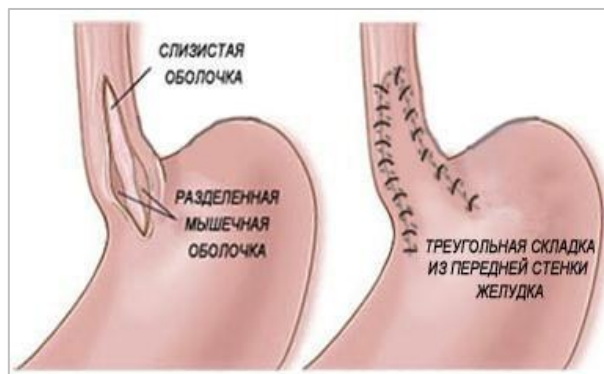


Рис. 7. Схема операции эзофагокардиогастропластики передней стенкой желудка в модификации нашей клиники.

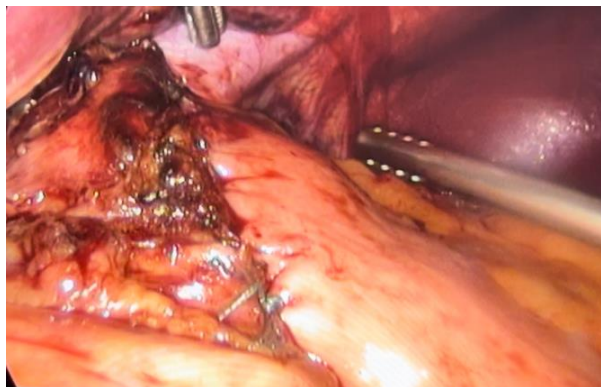


Рис. 8. Интраоперационное фото, этап эзофагокардиогастропластики в модификации нашей клиники (собственное наблюдение).

Результаты оперативного лечения оценены по следующим параметрам (табл. 4). Полученные данные были статистически обработаны в программе MS Excel 2019, качественные показатели выражены в виде абсолютных и

относительных (рассчитанных в процентах) величин, количественные переменные представлены в виде средних величин с расчетом среднеквадратических отклонений.

Таблица 4 – Критерии для оценки результатов оперативного лечения АК

Предоперационные	
Анкетные данные	Пол, возраст и ИМТ
Анестезиологический риск	Классификация Американского общества анестезиологов ASA, Physical Status Classification System
Клиническая выраженность симптомов АК	Шкала Eckardt (Eckardt Score)
Стадии АК	Классификация Б.В. Петровского (рентгеноскопия и эндоскопии)
Интраоперационные	
Продолжительность операции	Время от первого разреза до наложения последнего кожного шва
Величина кровопотери	Объем эвакуированной крови (при помощи электроотсоса)
Интраоперационные осложнения	Ранние (классификация Clavien-Dindo) и поздние послеоперационные осложнения
Послеоперационные	
Количество п/о койко-дней	В сутках
Клиническая выраженность симптомов АК	Шкала Eckardt (Eckardt Score)
Послеоперационные проявления рефлюкс эзофагита.	Шкала GERD-HRQL (Gastroesophageal Reflux Disease - Health Related Quality of Life Questionnaire)

Результаты. Всем 35 пациентам выполнена передняя **расширенная** внеслизистая эзофагокардиомиотомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt и **эзофагокардиогастропластика** в модификации нашей клиники. Одному пациенту с сопутствующим заболеванием (ЖКБ), проведена симультанная операция. У двух пациентов во время операций произошла перфорация слизистой оболочки пищевода на этапе эзофагокардиомиотомии, которые были диагностированы и устранены ушиванием слизистой оболочки и герметизацией передней стенкой желудка (эзофагокардиогастропластика), в дальнейшем осложнений у этих пациентов не

было. Данные осложнения были обусловлены выраженным спаечным процессом в результате ранее произведенных БМКД. У других больных осложнений не отмечено. Летальности не было.

В раннем послеоперационном периоде проводилась: инфузионная терапия в объеме 1000-2000 мл в течение первых двух суток, с ранней активизацией, что способствовало профилактике тромбообразования и спаечному процессу. При перфорации слизистой оболочки (двое больных) зонд удаляли на 2-3 сутки после операции при восстановлении моторики кишечника, с переводом на энтеральное питание (вода без газа, супы, бульоны). При

рентгеноскопии с сульфатом бария во всех случаях после операции отмечена положительная динамика. Пациенты на 1-2 сутки активизировались, дренажи удаляли на 2-3 сутки

после УЗИ контроля, а на 3-6 сутки после операции были выписаны из клиники с улучшением. Основные результаты лечения показаны в таблице 5.

Таблица 5 – Интра- и ранние послеоперационные результаты оперативного лечения АК

Показатели	Значение
Интраоперационные осложнения	
Перфорация слизистой оболочки пищевода, n (%)	2 (5,7%)
Интраоперационные результаты	
Средняя продолжительность операции, мин. (M±σ)	110,8±2,1
Средняя кровопотеря, мл.	19,0 (от 10 до 40 мл)
Пребывание в стационаре, сут. (M±σ)	4,7±1,2
Ранние послеоперационные осложнения	
Grade I-II	-
Grade III-IV	-
Grade V	-

Отдаленные результаты прослежены у 24 (68,5%) пациентов в сроке от 6 месяцев до 5 лет. Результаты расценены нами как хорошие, все больные на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно, отсутствовала дисфагия твердой и жидкой пищей, исчезли боли за грудиной, отрыжка, горечь во рту и изжога, отмечали восстановление массы тела и улучшение общего самочувствия. При ЭГДС и рентгеноскопии с сульфатом бария, отмечалось свободное прохождение эндоскопа через кардиальный жом в желудок, отсутствие

признаков рефлюкс-эзофагита, а также отсутствие застоя контраста в пищеводе, уменьшение ранее расширенного супрастенотического расширения пищевода и обратного рефлюкса в пищевод, отмечалась хорошая перистальтика пищевода. Средний балл по шкале Eckardt представлен в таблице 6, средний балл по шкале GERD-HRQL в послеоперационном периоде составил 1,7±0,2 что свидетельствует о формировании функционирующего антирефлюксного механизма.

Таблица 6 – Клиническая выраженность симптомов АК после операции

Период	Шкала GERD-HRQL, ср. балл
До операции	9,2±2,1
Перед выпиской	1,7±0,2
Через ≥ 6 месяцев	1,3±0,4

Обсуждение. Если вопросы диагностики АК на сегодняшний день решаются такими методами как рентгеноскопия, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и манометрия, то вопросы лечения продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем современной хирургии. Метод передней и задней эзофагокардиомиотомии предложенный Геллером в 1913 году, в настоящее время применяющийся в виде его односторонней передней модификации по De Brune Groenveldt при лапаротомном и трансторакальном доступах являются достаточно травматичными вмешательствами. С 1991 года в международной хирургической практике операция Геллера начала выполняться лапароскопическим способом и была признана «золотым стандартом» в оперативном лечении АК. Осложнения при трансторакальном доступе составляют от 4 до 15%, с летальностью до 4%. При лапароскопическом и лапаротомном

доступах от 1,5 до 10%, а летальность составляет 0,5-1,4%, что в первую очередь связано с таким грозным осложнением как перфорация слизистой оболочки пищевода в области кардиомиотомии. Перфорация слизистой оболочки пищевода которое было не замечено во время операции, приводит к развитию грозного осложнения как медиастенит и перитонит. Отдаленными послеоперационными осложнениями являются: рецидив АК, которые достигают по данным различных авторов до 36-50%, и частое развитие рефлюкс-эзофагита в результате недостаточности кардии у 14-37% пациентов. На фоне длительно протекающего рефлюкс-эзофагита развивается дисфагия в результате воспалительного процесса и в последующем развития пептической стриктуры пищевода. Для предотвращения рефлюкс-эзофагита было предложено дополнять эзофагокардиомиотомию неполной фундопликацией по типу Дора, тем не менее после этой операции у

некоторых пациентов может развиваться резидуальная дисфагия, связанная с «гиперфункцией» фундопликационного клапана [3,4].

Параллельно с оперативными методами лечения АК развивались и эндоскопические методы, такие как балонная пневмокардиодилатация (БМКД), что было обусловлено высоким процентом осложнений и летальности после операций. Вместе с тем, различные методики БМКД эффективны только у 51-65% пациентов. БМКД также, присуще осложнения, такие как перфорация слизистой оболочки и кровотечение в момент растяжения пищевода, увеличение этих осложнений при последующей миотомии во время операции, а также рецидив АК и появление рефлюкс-эзофагита более чем в 30% [5].

В связи с развитием эндоскопических методик в 2011 году была предложена пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ), которая претендует на право стать «золотым стандартом» в лечении АК. Однако ПОЭМ должна выполняться опытными специалистами в условиях специализированных центров, требует определенного мастерства, навыков и технического оснащения, опасна серьезными осложнениями как, перфорация слизистой оболочки пищевода с развитием медиастенита и перитонита. Надо отметить, что при данном методе не предусмотрено выполнение очень важного антирефлюксного (фундопликация) этапа операции. Следовательно, риск развития послеоперационного рефлюкс-эзофагита достигает до 46%. Пациенты вынуждены пожизненно принимать ингибиторы протонной помпы (ИПП) и находиться под постоянным наблюдением с периодическим проведением ЭГДС [6].

На сегодняшний день патогенетически обоснованного метода лечения АК до сих пор не разработано, наиболее эффективными эндоскопическими методами лечения АК, являются БМКД, ПОЭМ. Оперативным лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллеру. Причем каждый из этих методов обладает как положительными, так и отрицательными эффектами. Эффективность БМКД, по данным различных авторов, зависит от многих факторов: возраста пациента (более эффективен у лиц старше 45 лет), женский пол, степени ахалазии (более выраженное расширение диаметра пищевода обуславливают худшие результаты). Кроме того, примерно у 30% пациентов через 4-6 лет возникают рецидивы болезни. ПОЭМ наряду с неоспоримыми положительными сторонами (малоинвазивное вмешательство, кратчайшие сроки реабилитации), имеет также и отрицательные, такие как

интраоперационное кровотечение, перфорация пищевода, пневмоторакс, медиастенит, перитонит, что может потребовать перехода в оперативное лечение. Также данная методика может потребовать длительного, возможно и пожизненного приема ИПП, что несомненно, снижает качество жизни пациентов. Главным же недостатком вышеуказанных методов лечения, мы считаем отсутствие в них антирефлюксного компонента, что приводит к развитию рефлюкс-эзофагита примерно у 60% пациентов.

Расширенная внеслизистая эзофагокардиомиотомия по Геллеру- позволяет, по нашему мнению, устранить основную причину АК, препятствует образованию рубца между краями пересеченных мышц с восстановлением их тонуса и перистальтики, уменьшает риск развития рецидива заболевания. **Эзофагокардиогастропластика** в модификации нашей клиники (рац. предложение №1/19-20 от 27.09.2019 г. КГМА им. И.К. Ахунбаева) способствует герметизации при возможных перфорациях слизистой оболочки пищевода на этапе произведения эзофагокардиомиотомии, тем самым предотвращая развитие перитонита и медиастенита. Сохраняет антирефлюксные свойства, что имеет немаловажное значение в отдаленном послеоперационном периоде, предотвращая от возникновения рефлюкс-эзофагита, развития пищевода Барретта, а также необходимости пожизненного приема ИПП и регулярного прохождения ЭГДС. Выполнение операции лапароскопическим способом на сегодняшний день является «золотым стандартом» лечения АК, также дает возможность выполнить симультанные операции, одновременно провести оперативное лечение различных заболеваний органов брюшной полости.

Заключение. Таким образом, полученные хорошие результаты в клинических наблюдениях, улучшение самочувствия пациентов, подтвержденных шкалами Eckardt и GERD-HRQL оправдывает выбранный нами метод лапароскопического лечения АК. Во время лапароскопической эзофагокардиомиотомии, при возникновении перфорации слизистой оболочки возможно ушить перфорацию, и предотвратить тем самым развитие грозного осложнения и летальности. Также лапароскопические технологии позволяют провести симультанные операции заболеваний органов брюшной полости. Фундопликационный этап лапароскопического лечения предотвращает от рефлюкс-эзофагита и развития пищевода Барретта, что невозможно при выполнении ПОЭМ, также устраняет необходимость пожизненного приема пациентами ИПП и эндоскопического наблюдения.

Учитывая наш небольшой клинический материал, мы не можем делать однозначные выводы. И поэтому, поиск новых методов и

улучшение существующих методов хирургического лечения является актуальным и подлежит дальнейшему изучению.

Литература

1. Аллахвердян АС, Анипченко АН. Видеоэндоскопические операции при запущенных формах ахалазии кардии. Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естеств. и техн. науки. 2021;6:166-170. <https://doi.org/10.37882/2223-2966.2021.06.03>
2. Черноусов АФ, Хоробрых ТВ, Ветшев ФП, и др. Комплексное лечение больных с ахалазией кардии и кардиоспазмом с учётом психосоматических расстройств. Клин. мед. 2018;96(5):419-426. <https://doi.org/10.18821/0023-2149-2018-96-5-419-426>
3. Vaezi MF, Pandolfino JE, Yadlapati RH, Greer KB, Kavitt RT. ACG clinical guidelines: diagnosis and management of achalasia. Am. J. Gastroenterol. 2020;115(9):1393-1411. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000731>
4. Оморев РА, Осмоналиев БК, Авасов БА, Маманов Н.А., Кушубеков Д.К. Результаты хирургического лечения ахалазии кардии. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2018;3:100-105.
5. Persson J, Johnsson E, Kostic S, Lundell L, Smedh U. Treatment of achalasia with laparoscopic myotomy or pneumatic dilatation: longterm results of a prospective, randomized study. World Journal of Surgery. 2015;39(3):713-720. <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2869-4>
6. Schlottmann F, Luckett DJ, Fine J, Shaheen NJ, Patti MG. Laparoscopic Heller myotomy versus peroral endoscopic myotomy (POEM) for achalasia: a systematic review and metaanalysis. Annals of Surgery. 2018;267(3):451-460. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002311>

Для цитирования

Осмоналиев Б.К., Конурбаева Ж.Т., Ниязов К.А., Ырысмазова З.А., Сен-сей-юй Сабит. Модифицированный эндовидеохирургический метод лечения ахалазии кардии. Евразийский журнал здравоохранения. 2024;2:97-106. <https://doi.org/10.54890/1694-8882-2024-2-97>

Сведения об авторах

Осмоналиев Бакытбек Кубатбекович – к.м.н., и.о. доцента кафедры факультетской хирургии им. акад. К.Р. Рыскуловой Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. Врач-хирург в хирургическом центре «Кортেকс». <http://orcid.org/0000-0003-3939-0504>, e-mail: osmonaliev_2005@mail.ru

Конурбаева Жылдыз Турдубаевна – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии им. акад. К.Р. Рыскуловой Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. <http://orcid.org/0000-0001-8132-5226>

Ниязов Калыс Анарбекович – к.м.н., врач хирург хирургического центра «Кортেকс», г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Ырысмазова Зуура Акжоловна – ассистент кафедры факультетской хирургии им. акад. К.Р. Рыскуловой Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Сен-сей-юй Сабит Сыхуевич – клинический ординатор 2 года обучения, кафедры факультетской хирургии им. акад. К.Р. Рыскуловой Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика.