

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ



Низамходжаев Зайниддин Махаматович¹, Лигай Руслан Ефимович¹, Цой Алексей Олегович¹, Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич², Бекчанов Хусан Нуруллаевич¹, Хаджибаев Жамшид Абдуазимович¹, Омонов Расул Рахманович¹, Бабажанов Кудрат Бахтиярович¹, Нигматуллин Эльнар Ильдарович¹, Абдукаримов Абдурашид Дилшод угли¹, Мадиев Ю.Р.¹

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

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КАРДИЯ АХАЛАЗИЯСИ ХИРУРГИК ДАВОСИДА БИР ВАҚТНИНГ ЎЗИДА ЭЗОФАГОПЛАСТИКА БИЛАН ҚИЗИЛЎНГАЧ ЭКСТИРПАЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИ

Низамходжаев Зайниддин Махаматович¹, Лигай Руслан Ефимович¹, Цой Алексей Олегович¹, Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич², Бекчанов Хусан Нуруллаевич¹, Хаджибаев Жамшид Абдуазимович¹, Омонов Расул Рахманович¹, Бабажанов Кудрат Бахтиярович¹, Нигматуллин Эльнар Ильдарович¹, Абдукаримов Абдурашид Дилшод ўғли¹, Мадиев Ю.Р.¹

1 – ДМ «Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт маркази», Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ABSTRACT RESULTS OF EXTIRPATION OF THE ESOPHAGUS WITH SINGLE-STAGE ESOPHAGOPLASTY IN SURGICAL TREATMENT ACHALASIA OF THE CARDIA

Nizamkhodjaev Zainiddin Makhmatovich¹, Ligai Ruslan Efimovich¹, Tsoi Alexey Olegovich¹, Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich², Bekchanov Khusan Nurullaevich¹, Khadjibaev Jamshid Abduazimovich¹, Omonov Rasul Rakhmanovich¹, Babajanov Kudrat Bakhtiyarovich¹, Nigmatullin Elnar Ildarovich¹, Abdugarimov Abdurashid Dilshod ugli¹, Madiev Yu.R.¹

1 - State Institution " Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V.Vakhidov", Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада бир вақтда эзофагопластика билан 32 та қизилўнгахч экстирпация қилиш амалиёти келтирилган. Муаллифлар ушбу турдаги аралашувни амалга оширишда техник қийинчиликларни таъкидлаб ўтадилар. Муаллифлар, шунингдек, уни амалга оширишни осонлаштирадиган ва жарроҳлик ва наркоз вақтини қисқартирадиган ўзларининг техник усуллари тақдим этдилар. Операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратларнинг табиати таҳлил қилинди. Мақолада операциядан кейинги турли вақтларда узоқ муддатли натижалар ҳам келтирилган.

Калим сўзлар: Қизилўнгахчининг нерв-мушак касалликлари, қизилўнгахчнн экстирпация қилиш, гастропластика, операция вақтидаги асоратлар, операциядан кейинги асоратлар.

Abstract. The article presents the experience of performing 32 esophageal extirpations with simultaneous esophagoplasty. The authors describe the technical difficulties when performing this type of intervention. The authors also presented their own technical techniques that facilitate its implementation and reduce the time of surgery and anesthesia. The nature of both intraoperative and postoperative complications was analyzed. The article also presents long-term results at various times after the operation.

Key words: Neuromuscular diseases of the esophagus, extirpation of the esophagus, gastroplasty, intraoperative complications, postoperative complications.

Актуальность. Оперативное лечение до настоящего времени остается довольно распространенным методом лечения кардиоспазма. К настоящему времени известно более 60 вариантов операций, что лишний раз подтверждает неудовлетворенность хирургов результатами лечения [2,5,7].

Все предложенные и существующие методы хирургического лечения можно разделить на несколько групп. Учитывая тот факт, что менялись представления о природе кардиоспазма и ахалазии кардии на протяжении долгого времени, некоторые виды операций утратили свою значимость ввиду нецелесообразности и необоснованности их выполнения [3,4,8].

Вопросы целесообразности экстирпации пищевода в хирургическом лечении больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии до сих пор нельзя считать полностью решенными. При этом не во всех клиниках приветствуется данный вариант операции, т.к. считается достаточно сложным и травматичным для лечения доброкачественного заболевания пищевода. Сторонники ЭП аргументируют свой выбор одним главным преимуществом – полностью удаляется патологически измененный орган (пищевод) [1,6,10]. Однако все же большинство авторов остаются сторонниками эзофагокар-

диомиотомии, при этом с каждым годом предлагаются новые модификации. Считаем необходимым повторить, что все многочисленные модификации операции Геллера направлены только на устранение симптома – дисфагии и носят симптоматический характер. В связи с этим на наш взгляд необходимо дифференцировано подходить к двум принципиально различным вмешательствам: экстирпации и эзофагокардиомиотомии. Экстирпация пищевода остается одной из сложнейших операций в торако-абдоминальной хирургии. Однако мы считаем абсолютно показанным данный вариант операции у пациентов с IV стадией, когда ПД неэффективна или невозможна. Несмотря на травматичность ЭП, при хорошем исходе значительно улучшается качество жизни пациентов.

Цель исследования: Оценить эффективность экстирпации пищевода у больных с III-IV стадией ахалазии кардии.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» располагает опытом лечения 813 больных с нейромышечными заболеваниями пищевода находившихся на лечение в период с 2010 по 2022гг. Стандартное распределение больных по полу и возрасту согласно классификации ВОЗ, представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Пол	< 19 лет	19-44 лет	45-59 лет	60-75 лет	> 75 лет	Всего
Мужчины	31	200	84	40	4	359 (44,1%)
Женщины	25	247	130	51	1	454 (55,8%)
Всего	56 (6,8%)	447 (55%)	214 (26,3%)	91 (11,2%)	5 (0,6%)	813(100%)



Рис. 1. Мультислайсная компьютерная томография

Таблица 2. Распределение оперированных больных в зависимости от стадии

	III	IVa	IVb	
ЭП с ГП	3(100%)	10(91%)	15(83,3%)	28(87,5%)
ЭП с КП	-	1(9%)	3(16,7%)	4(12,5%)
Итого:	3(9,4%)	11(34,4%)	18(56,2%)	32(100%)

Как следует из таблицы, женщин было 454, что составило 55,8%, а мужчин 359, что составило 44,1%. Как известно, нейромышечными заболеваниями пищевода (НМЗП), в большей степени, страдают люди молодого и среднего возраста, т.е. наиболее трудоспособная часть населения. Так, количество больных молодого и среднего возраста составило 717 больных и составило 88,2%, что говорит о большой социальной значимости изучаемой проблемы.

Для установки диагноза, а также определения стадии заболевания согласно классификации Петровского Б.В., достаточно было эндоскопического и рентгенконтрастного исследования. При эндоскопическом исследовании оценивались состояние слизистой пищевода, наличие эзофагостаза и проходимость кардиального жома.

Рентгенконтрастное исследование при данной патологии является более значимым, так как контрастное исследование позволяет оценить степень эктазии пищевода, наличие S-образной деформации, наличие и количество патологических колен, перистальтическую активность, а также проходимость кардиального жома. Следует отметить, что стадия заболевания выставляется на основании именно рентгенконтрастного исследования. При диагностике нейромышечных заболеваний пищевода нельзя ориентироваться только на данные одного исследования. Эндоскопическое и рентгенконтрастное исследования являются взаимодополняющими друг друга. С развитием возможностей компьютерной томографии, последняя все чаще находит свое применение, особенно у больных с IV стадией (рис. 1).

После проведенного комплексного обследования, I стадия установлена – у 39(4,8%), II стадия – у 290(35,6%), III стадия – у 378(46,5%) и IV стадия – у 106(13%) пациентов.

Всем 813 больным были проведены миниинвазивные методы лечения, однако у части больных они оказались невозможными или неэффективными. При этом у 32 больных, что составило 4%, выставлены показания к экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой.

Оперативному лечению подвергнуты пациенты с III, IVa и IVb стадиями заболевания. Из 32 оперированных больных, с III стадией было 3(9,4%) больных, с IVa стадией – 11(34,4%) больных и с IVb стадией – 18(56,2%) больных. Распределение больных в зависимости от стадии заболевания и произведенных операций представлено в таблице 2.

Экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой выполнена у 28(87,5%) больных и в 4(12,5%) случаях в качестве трансплантата использована толстая кишка, так как в анамнезе имели место операции на желудке и использовать последний в качестве трансплантата не представлялось возможным.

Показания к операции были следующими: невозможность проведения миниинвазивных вмешательств у 15 больных, что составило 46,9% и неэффективность миниинвазивных вмешательств у 17 больных, что составило 53,1%. Распределение больных по показаниям к оперативному лечению представлено в таблице 3.

В отделении хирургии пищевода и желудка в 2001г., был разработан и внедрен в клиническую практику новый способ формирования гастротрансплантата (рис. 2), на который получен патент на изобретение Агентства интеллектуальной собственности Республики Узбекистан № IAP 03872 «Новый способ формирования гастротрансплантата при эзофагопластике».

С накоплением опыта и внедрением в практику новых технологий, несколько изменились взгляды на некоторые этапы операции и технические приемы. На этапе накопления опыта экстирпации пищевода, во время мобилизации грудного отдела пищевода в средостении при возникновении гемодинамических нарушений, обусловленных компрессией сердца крючком, операционная бригада полностью останавливала работу до восстановления нормальной работы сердца и гемодинамической стабильности. После «отмашки» анестезиолога, что хирург может продолжить работу, компрессия сердца возобновлялась так как без тракции крючка работа в средостении невозможна.

Таблица 3. Показания к оперативному лечению

Показания к операции	Экстирпация пищевода		Всего
	гастропластика	колопластика	
Невозможность миниинвазивных методов лечения	15 (53,6%)	-	15 (46,9%)
Неэффективность миниинвазивных методов лечения	13 (46,4%)	4 (100%)	17 (53,1%)
Всего	28 (87,5%)	4 (12,5%)	32 (100%)

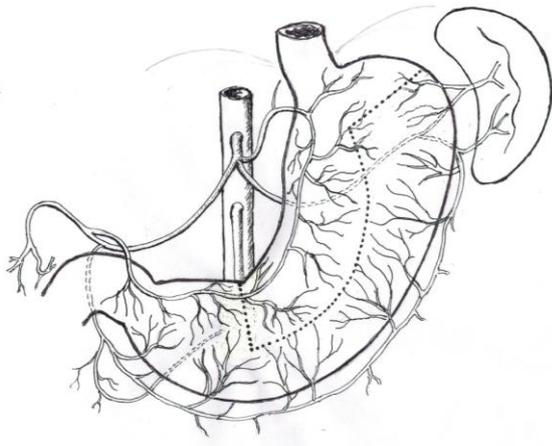
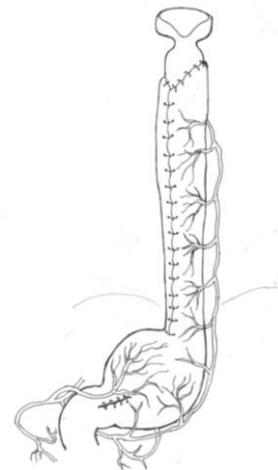


Схема выкраивания гастротрансплантата из большой кривизны желудка

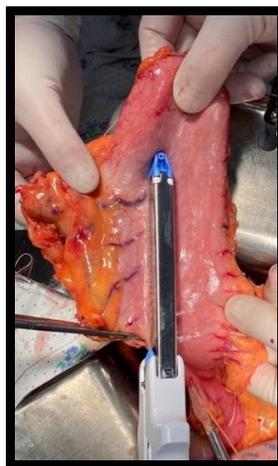


Сформированный гастротрансплантат

Рис. 2. Схема формирования гастротрансплантата



УКЛ-60



Covidien GIA



Рис. 3. Формирование гастротрансплантата с применением сшивающих аппаратов

Это вновь приводило к гемодинамическим нарушениям и новой паузе операции. Такие паузы могут быть различной продолжительности и значительно удлиняют время операции и наркоза. В настоящее время, при возникновении гемодинамических нарушений, пока анестезиолог борется с ними, операционная бригада приступает к осуществлению другого этапа операции – формированию трансплантата. Возникающие гемодинамические нарушения ограничивают работу хирурга в средостении, однако не препятствуют работе в брюшной полости. За счет этих пауз, к моменту полной мобилизации абдоминального и грудного отделов пищевода, также почти полностью завершается формирование трансплантата. Одновременное выполнение резекционного и реконструктивно-восстановительного этапов операции сокращает время операции в среднем на 1-2 часа, что положительно сказывается на результатах.

Внедрение в хирургическую практику линейных, сшивающих аппаратов, осуществляющих одновременное рассечение ткани и клипирование рассеченных краев тремя рядами скоб с обеих

сторон, также значительно сокращает время при формировании трансплантата (рис. 3).

Применяемые ранее сшивающие аппараты УКЛ-40/60 не позволяли ускорить этот этап операции поскольку выполняют только функцию сшивания. Также сокращает время формирования трансплантата применение современного шовного материала. Скорость наложения узловых швов в сравнении с непрерывным атравматическим швом несопоставима. Применение сшивающе-режущих аппаратов и наложение непрерывного атравматического шва при формировании гастротрансплантата в среднем на 30-40 минут.

Помимо времени наложения швов, свойства современного рассасывающегося атравматического шовного материала позволили уменьшить количество специфических осложнений со стороны искусственного пищевода и пищеводно-желудочного/кишечного соустья.

По мере накопления опыта, в отделении велась работа, направленная на сокращение числа несостоятельности швов пищеводных анастомозов. Если раньше, при мобилизации шейного от-

дела пищевода, последний выделялся по всей своей окружности для удобства работы – это приводило к увеличению числа повреждения возвратных нервов и нарушения кровоснабжения в зоне анастомоза. Ишемия в зоне анастомоза и есть основная причина несостоятельности анастомоза в послеоперационном периоде. В 2009г в отделении хирургии пищевода и желудка разработан собственный, оригинальный способ формирования пищевода пищевода соустья. В настоящее время при мобилизации шейного отдела пищевода, мобилизуется только передняя и левая стенка пищевода. Мобилизация только двух стенок шейного отдела пищевода достаточно для наложения анастомоза. При этом, сохраняется большая часть питающих сосудов, а также сокращается число повреждений возвратного нерва и тем более обоих его ветвей.

Результаты и обсуждение. Интраоперационные осложнения, возникающие во время мобилизации пищевода обусловлены близостью окружающих соседних органов к пищеводу. При IV стадии ахалазии кардии, вследствие длительно существующего эзофагостаза, неизбежно развивается вторичный застойный эзофагит внутри просвета, а снаружи периезофагит. Именно хронический воспалительный процесс стенок расширенного пищевода обуславливает сращения между пищеводом и прилегающими органами и тканями на различных уровнях. При этом во время мобилизации пищевода возрастает риск ятрогенного повреждения как прилегающих структур с сосудов, так и самого пищевода.

При анализе интраоперационных осложнений, нами установлено что у 14 больных, операции проходили без технических сложностей и ин-

траоперационных осложнений не наблюдалось, что составило 43,7%. У 18 больных имели место различные интраоперационные осложнения, что составило 56,3%. Характер интраоперационных осложнений представлен в таблице 4.

Как следует из таблицы 4, повреждение селезенки имело место у 1(3,1%) больного, кровотечение из средостения у 2(6,2%) больных, повреждение медиастинальной плевры у 10(31,2%) больных, повреждение трахеи и бронхов у 1(3,1%) больного, повреждение возвратного нерва у 4(12,5%) больных и интраоперационное вскрытие просвета пищевода у 2(6,2%) больных.

Несмотря на достаточную травматичность реконструктивных операций на пищеводе, у определенной категории больных удается избежать развития любых осложнений. Если у пациента после экстирпации пищевода развилось хоть одно осложнение, даже не приведшее к каким-либо грозным последствиям, мы такого больного относили к группе – с осложнениями.

При анализе послеоперационных осложнений, нами установлено, что из 32 больных, перенесших экстирпацию пищевода, у 23 больных послеоперационный период протекал без осложнений, что составило 72%. У 9 больных, что составило 28%, имели место различные осложнения, структурный анализ которых представлен в таблице 5.

Среди послеоперационных осложнений были диагностированы следующие: специфические осложнения наблюдались у 3(9,3%) больных, бронхо-легочные осложнения у 4(12,5%) больных, гнойно-воспалительные у 1(3,1%) больного и кровотечение, также у 1(3,1%) больного.

Таблица 4. Характер интраоперационных осложнений при экстирпации пищевода

Характер интраоперационных осложнений	ЭП с ГП/КП
Без осложнений	14 (43,7%)
Повреждение селезенки	1 (3,1%)
Кровотечение из средостения	2 (6,2%)
Повреждение медиастинальной плевры	10 (31,2%)
Повреждение трахеи	1 (3,1%)
Повреждение возвратного нерва	4 (12,5%)
Интраоперационное вскрытие просвета пищевода	2 (6,2%)
Итого:	32 (100%)

Таблица 5. Характер послеоперационных осложнений при экстирпации пищевода

Характер послеоперационных осложнений	Всего
Без осложнений	23 (72%)
Специфические осложнения	3 (9,3%)
Бронхо-легочные осложнения	4 (12,5%)
Гнойно-воспалительные осложнения	1 (3,1%)
Кровотечение	1 (3,1%)
Итого:	32 (100%)



Рис. 4. Эндоскопическая и рентгенологическая картина пищеводного анастомоза

Таблица 6. Отдаленные результаты экстирпации пищевода

Характер послеоперационных осложнений	Всего
Без осложнений	29 (90,6%)
РСПА	3 (9,4%)
Итого:	32 (100%)

Для оценки отдаленных результатов, пациенты приглашались на контрольное обследование в сроки 3, 6 месяцев и 1 год после операции. Всем больным проводились эндоскопическое, рентгенконтрастное исследование (рис.4), при которых проводилась оценка проходимости анастомоза, наличие или отсутствие рубцового сужения, состояние гастро/колотрансплантата, его проходимость, перистальтическую активность, наличие или отсутствие патологической извитости, а также эвакуацию из трансплантата. Также проводился опрос для оценки качества жизни после перенесенной операции.

После проведения обследования, из 32 больных, перенесших экстирпацию пищевода с одномоментной пластикой пищевода, у 29 больных никаких патологических изменений со стороны анастомозов и трансплантата не выявлено, что составило 90,6%. У 3 больных, что составило 9,4%, диагностировано рубцовое сужение пищеводного анастомоза. Анализ отдаленных результатов представлен в таблице 6.

Во всех 3 случаях, рубцовое сужение анастомоза наступило у больных перенесших гастропластику. У 2 больных через 6 месяцев после операции и у 1 через год. Причиной для повторного обращения послужил рецидив дисфагии. В качестве лечения, во всех 3 случаях проведен курс бужирования по струне-проводнику. У всех больных достигнут хороших клинический результат, подтвержденный как субъективно, т.е. явления дисфагии полностью разрешились, так и при объективном контроле (эндоскопически и при рентгенконтрастном исследовании).

Выводы. Экстирпация пищевода не смотря на свою многолетнюю историю, остается единственным радикальным хирургическим вмешатель-

ством не только при опухолях, но и при доброкачественных заболеваниях пищевода. Пищевод имеет сложное топографо-анатомическое расположение, что обуславливает сложность и травматичность этой операции. Анатомические особенности, технические трудности, связанные с ними, а также возможные интраоперационные осложнения обусловленные первыми двумя факторами делают эту операцию крайне непривлекательной для оперирующих хирургов и не находят широкого применения в клиниках. Плюс ко всему, учитывая объем вмешательства и операционную травму, экстирпация пищевода с эзофагопластикой является инвалидизирующей. Это обстоятельство провоцирует больных отказываться от операции несмотря на дисфагию, неэффективность/невозможность миниинвазивных вмешательств и плохое качество жизни.

Литература:

1. Верещако Р.И. Поздние осложнения субтотальной и тотальной эзофагопластики и методы их устранения // Украшсышй медичний часопис. - 2008. - № 4 (66). - С.121-125.
2. Годжелло ЭА. Оперативная эндоскопия доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 2002. - 41 с.
3. Джафаров Ч. М., Джафаров Э. Ч., Керимов М. М. и др. Эзофагопластика желудочной трубкой // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2008. - № 5. -С. 47-51.
4. Макаров А.В., Гетьман В.Г., Кеенофонтов С.С. Шейный анастомоз при колоэзофагопластики: оптимизация формирования, профилактика осложнений // Госпитальна хирургия.-2005. № 2. - С. 42-46.

5. Мирзалиев И.А. Непосредственные результаты экстирпации пищевода с пластикой желудком у больных с доброкачественными заболеваниями пищевода: Автореф. дис. канд. мед. наук.-М., 2006.-26 с.
6. Плаксин С.А., Саблин Е.Е., Артмеладзе Р.А. Использование сшивающих аппаратов при эзофагогастро- и эзофагоэюнопластике // Медицинская наука и образование Урала. - 2008. - №3. -с.25-27.
7. Слывко Л.В. Сравнительная оценка способов формирования пищеводно-кишечных анастомозов: Автореф. дис. канд. мед. наук. Астрахань, 2004.-23 с
8. Хаджибаев А.М., Низамходжаев З.М., Янгиев Б.А. Способ формирования искусственного пищевода из желудка // Клінічна хірургія. - 2002. - № 5-6. - С. 27-28.
9. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Домрачев С.А. и др. Выбор метода эзофагопластики при доброкачественных заболеваниях пищевода // Анналы хирургии. -1998-№1.-С. 48-51.
10. Egan J. V., Baron T.H., Adler D.G. et al. Standards of Practice Committee: Esophageal dilatation // Gastrointest. Endosc. 2006. - V. 63. - P. 755-760.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О.,
Бабажанов А.С., Бекчанов Х.Н., Хаджибаев Ж.А.,
Омонов Р.Р., Бабажанов К.Б., Нигматуллин Э.И.,
Абдукаримов А.Д., Мадиев Ю.Р.*

Резюме. В статье представлен опыт выполнения 32 экстирпаций пищевода с одномоментной эзофагопластикой. Авторами описаны технические сложности при выполнении данного вида вмешательства. Также авторами представлены собственные технические приемы, облегчающие ее выполнение и сокращающие время операции и наркоза. Проанализирован характер как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений. Также в статье представлены отдаленные результаты в различные сроки после перенесенной операции.

Ключевые слова: Нейромышечные заболевания пищевода, экстирпация пищевода, гастропластика, интраоперационные осложнения, послеоперационные осложнения.