

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КАРДИОСПАЗМЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ)

А.А. Полянцев¹, В.В. Котрунов², А.А. Полянцев² (мл.), А.Г. Зимин², К.М. Глезер²

¹ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра общей хирургии с урологией;

²ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1»,
отделение торакальной хирургии

Проведен ретроспективный анализ ближайших результатов лапароскопических операций у больных кардиоспазмом по материалам клиники общей хирургии с урологией и торакального отделения ГБУЗ «ВОКБ № 1» за 2018–2020 гг. В исследование включено 32 пациента, перенесших лапароскопические операции по поводу кардиоспазма II–III стадии по методу Геллера с фундопликацией по Ниссену или парциальной фундопликацией по Тупе (270 °С). Проведен анализ ближайших результатов лапароскопических хирургических вмешательств при кардиоспазме. В статье оценены преимущества лапароскопического метода при выполнении экстрамукозной эзофагокардиомиотомии. Отмечено снижение травматичности и времени выполнения хирургического вмешательства, сокращение сроков пребывания больного в стационаре и послеоперационной реабилитации у больных II–III стадией кардиоспазма.

Ключевые слова: кардиоспазм, лапароскопические хирургические вмешательства.

DOI 10.19163/1994-9480-2020-2(74)-81-83

THE NEAREST RESULTS OF LAPOROSCOPIC SURGERY FOR CARDIOSPASM (ACCORDING TO THE MATERIALS OF THE CLINIC)

A.A. Polyantsev¹, V.V. Kotrunov², A.A. Polyantsev (jr.)², A.G. Zimin², K.M. Glezer²

¹FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation,
Department of General with Urology;

²SBIH «Volgograd regional clinical hospital No. 1», Department of thoracic surgery

The retrospective analysis of nearest results of laparoscopic surgery for cardiospasm was provided according to the materials of the department of thoracic surgery of the «Volgograd Regional clinical Hospital №1» for 2018–2020. The research included 32 laparoscopic surgical treatment cases of cardiospasm II–III stage with Heller's method with Nissen's fundoplication or partial fundoplication after Tupa (270 °C). Analysis of the nearest results of laparoscopic surgery for cardiospasm rated the advantages of the laparoscopic method in performing extramucosal esophagocardiomyotomy are assessed. The traumatism and time of the operation decrease was marked, it was reduced the patients hospital stay and postoperation rehabilitation was also reduced in patients with II–III stage of the disease.

Key words: cardiospasm, laparoscopic surgery.

Кардиоспазм – нейро-мышечное заболевание пищевода с неизвестной этиологией, занимающее третье место в структуре патологии пищевода. Клиническая картина заболевания проявляется дисфагией, регургитацией пищи и за груди́нными болями.

Кардиоспазм составляет примерно 0,5–1,2 случаев на 100000 человек в год [4]. Основным методом оперативного лечения кардиоспазма является продольная экстрамукозная кардиомиотомия, предложенная Эрнстом Геллером (Heller) более 100 лет назад. Классическую операцию впервые Э. Геллер выполнил в 1913 г. и описал ее в 1914 г. [1, 2, 3].

На сегодняшний день операция Геллера из лапаротомного доступа является всемирно признанным методом хирургического лечения кардиоспазма. При трансабдоминальном доступе для профилактики гастроэзофагеального рефлюкса операция дополняется фундопликацией по Ниссену

или парциальной фундопликацией по Тупе, или передней фундопликацией по Дору.

С развитием малоинвазивных технологий для выполнения операции Геллера стали применяться лапароскопические хирургические вмешательства. В 1991 г. А. Cuschieri выполнил первую подобную операцию у больного кардиоспазмом [5]. Высокая эффективность, меньшая травматичность и продолжительность операции, более короткий послеоперационный период, быстрая реабилитация больного дают все основания считать лапароскопическую кардиомиотомию с антирефлюксной операцией методом выбора для хирургического лечения кардиоспазма II–III стадии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить преимущества малоинвазивных технологий в качестве альтернативы хирургическим вмешательствам из лапаротомного доступа в хирургии кардиоспазма.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинический материал исследования включены 32 пациента – 30 женщин в возрасте от 19 до 43 лет (средний возраст – 31 год) и двое мужчин 22 и 26 лет (средний возраст – 24 года), находившихся на лечении в отделении торакальной хирургии клиники в период с 2018 по 2020 годы. Кардиоспазм II стадии отмечен у 21 пациента, III стадии – в 11 наблюдениях.

Длительность анамнеза заболевания колебалась от 3 до 8 лет. В течение этого периода, несмотря на наличие характерных жалоб, больные лечились амбулаторно и стационарно по поводу гастрита, неврастении, хронического бронхита, стенокардии и т. п. У 98 % пациентов начало заболевания сопровождалось прогрессирующей дисфагией на твердую, а затем и на жидкую пищу. Более чем у половины больных регулярно возникал ночной кашель, повышенное слюноотделение (симптом «мокрой подушки»). Потеря массы тела наблюдалась у 92 % пациентов и объяснялась не только объективными симптомами, но и страхом появления этих симптомов во время еды. Рентгеновское исследование ограничивалось обзорным снимком органов грудной клетки, при котором обнаруживался характерный симптом кардиоспазма – отсутствие газового пузыря желудка, но контрастирование пищевода бариевой взвесью не назначалось. Вышесказанное свидетельствует о недостаточной осведомленности врачей поликлинического звена, в том числе и рентгенологов, о необходимости продолжать диагностический поиск в нужном направлении.

В клинике было выполнено рентгенконтрастное исследование пищевода с бариевой взвесью. У всех больных обнаружено сужение дистального отдела пищевода, напоминающее «кончик морковки». У 21 пациента со II стадией заболевания пищевод был расширен до 4–4,5 см, рефлекс открытия кардии на глоток отсутствовал, а у 11 больных с III стадией заболевания супрастенотическое расширение пищевода достигало 7–8 см. По мере заполнения пищевода контрастом кардия раскрывалась, и барий поступал в желудок широкой струей.

Всем больным выполнялась эзофагогастродуоденоскопия для исключения опухолевой или рубцовой стриктуры и обнаружения признаков застойного эзофагита.

В качестве хирургического доступа при оперативных вмешательствах по поводу кардиоспазма II–III стадии традиционно используют лапаротомию со всеми ее послеоперационными недостатками: болевой синдром, длительное (до 12 суток) нахождение больного в стационаре и продолжительный процесс физической реабилитации.

При использовании лапароскопической техники положение больного на операционном столе на спине. После наложения карбоксиперитонеума не более 12–13 мм рт. ст. в брюшную полость

вводятся троакары. Не следует превышать давление газа в брюшной полости более 14 мм рт. ст., так как это может привести к пневмомедиастинуму и развитию подкожной эмфиземы на шее. Повреждение переднего блуждающего нерва предупреждается его предварительной визуализацией.

Ретрактором отводят вверх левую долю печени и рассекают париетальную брюшину между пищеводом и диафрагмой электрохирургическим инструментом Valleylab LS-10 фирмы Cavidien. Выделяют пищевод до пищеводного отверстия диафрагмы. Этим же электрохирургическим инструментом рассекают мышечные волокна пищевода на протяжении примерно 7 см выше зоны физиологической кардии и на 3 см ниже. Проверяют целостность слизистой оболочки пищевода. Выполняют антирефлюксную операцию, в качестве которой у 4 больных мы использовали фундопликацию по Ниссену, а в остальных наблюдениях – парциальную фундопликацию по Тупе (270°).

У 2 пациентов была повреждена слизистая оболочка пищевода, дефект ушит, в пищевод поставлен назогастральный зонд, послеоперационный период протекал без осложнений. Летальных исходов не было.

После лапароскопической операции болевой синдром выражен незначительно, выписка осуществляется на 5–6-е сутки, трудовая реабилитация происходит значительно быстрее.

Продолжительность операции при лапаротомном доступе в среднем составляет 1 час 30 минут, при использовании лапароскопической техники – 1 час 10 минут. Данный факт имеет значение, так как продолжительность хирургического вмешательства и наркоза влияют на течение послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Лапароскопическая эзофагокардиомиотомия выполнена у 32 больных кардиоспазмом II–III стадии. Несмотря на необходимость использования дорогостоящего оборудования лапароскопический вариант привлекает своей малотравматичностью и хорошим послеоперационным эффектом, что дает основание рекомендовать его для широкого применения. Следует, однако, отметить немаловажный факт – хирурги, выполняющие лапароскопическую операцию Геллера с антирефлюксной операцией, должны иметь достаточный опыт «открытых» операций и в совершенстве владеть всеми приемами лапароскопической техники.

Мы намеренно не касались вопросов хирургического лечения кардиоспазма IV стадии. Так как по этому поводу у специалистов имеются разногласия как в тактике лечения, так и в технических приемах. Мы имеем опыт операций типа кардиомиотомии и эктирпации пищевода с одномоментной пластикой желудка. Обсуждение этой проблемы

не входило в задачи нашего сообщения. Отметим лишь тот факт, что при противопоказаниях к эктирпации пищевода, кардиомиотомия, по нашим данным, приводит к вполне удовлетворительному восстановлению проходимости пищевода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С развитием малоинвазивных технологий они стали активно применяться в хирургии кардиоспазма. Приведенные нами ближайшие результаты подобных операций у больных со II и III стадией заболевания убедительно показали существенные преимущества малоинвазивных технологий и возможность их широкого применения в клинической практике в качестве альтернативы хирургическим вмешательствам из лапаротомного доступа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурмистров М.В., Закиров М.Р., Шарапов Т.Л., Сигал Е.И. История хирургического лечения ахалазии кардии: от операции Геллера до пероральной эндоскопической миотомии // Практическая медицина. – 2018. – Т. 16, № 7 (ч. 2). – С. 15–20.
2. Карпущенко Е.Г., Овчинников Д.В. Продольная эзофагокардиомиотомия: 100 лет в клинической практике // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2014. – № 2 (46). – С. 237–241.
3. Heller E. Extramukose Cardioplastik beim chronischen Cardio spasmus mit Dilatation des Oesophagus // Mitt. Grenzgeb Med Chir. – 1914. – No. 27. – P. 141–149.

4. O'Neil O.M., Johnston B.T., Coleman H.G. Achalasia: a review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes // World J. Gastroenterol. – 2013. – No. 19 (35). – P. 5806–5812. – doi: 10.3748/wjg.v19.i35.5806.

5. Shimi S., Nathanson L.K., Cuschieri A. Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia // J R Coll Surg Edinb. – 1991. – No. 36 (3). – P. 152–154.

REFERENCES

1. Burmistrov M.V., Zakirov M.R., Sharapov T.L., Sigal E.I. Istorija hirurgicheskogo lechenija ahalazii kardii: ot operacii Gellera do peroral'noj jendoskopicheskoj miotomii [The history of surgical treatment of cardiac achalasia: from Heller surgery to oral endoscopic myotomy]. *Prakticheskaja medicina* [Practical medicine], 2018, vol. 16, no. 7 (part 2), pp. 15–20. (In Russ., abstr. In Engl.).
2. Karpushhenko E.G., Ovchinnikov D.V. Prodol'naja jezofagokardiomi otomija – 100 let v klinicheskoi praktike [Longitudinal esophagocardiomyotomy: 100 years in clinical practice]. *Vestnik Rossijskoj voenno-mtdiciskoi akademii im. S.V. Kirova* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy], 2014, no. 2 (46), pp. 237–241. (In Russ., abstr. In Engl.).
3. Heller E. Extramukose Cardioplastik beim chronischen Cardio spas mus mit Dilatation des Oesophagus. *Mitt. Grenzgeb Med Chir*, 1914, no. 27, pp. 141–149.
4. O'Neill O.M., Johnston B.T., Coleman H.G. Achalasia: a review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. *World J. Gastroenterol.*, 2013, no. 19 (35), pp. 5806–5812. doi: 10.3748/wjg.v19.i35.5806.
5. Shimi S., Nathanson L.K., Cuschieri A. Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia. *J R Coll Surg Edinb.*, 1991, no. 36 (3), pp. 152–154.

Контактная информация

Полянцеv Александр Александрович – д. м. н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии с урологией, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: a.polyantsev@yandex.ru