



**Карпицкий А.С., Боуфалик Р.И., Вакулич Д.С.,
Журбенко Г.А., Панько С.В., Игнатюк А.Н.**

*УЗ «Брестская областная больница»,
Брест, Беларусь*

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГЭКТОМИЯ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ 2 ТИПА.

Актуальность. Ахалазия кардии занимает лидирующие позиции среди хирургических заболеваний пищевода. Распространенность составляет 0,6 — 2 на 100.000 населения. Этой тяжелой патологией страдают в основном пациенты трудоспособного возраста (20-45 лет), приводя к инвалидизации в 14% случаев. Для ахалазии кардии 2 типа характерно резкое сужение нижнего отрезка пищевода с атрофичной мышечной оболочкой и резкое расширение вышележащих отделов с гипертрофированным мышечным слоем, S-образная деформация и угнетение его моторной функции, Неудовлетворенность результатами хирургического лечения заставляет хирургов искать новые оперативные методы лечения этой тяжелой патологии.

Цель работы. Проанализировать результаты эндоскопической эзофагэктомии с одномоментным проведением через заднее средостение желудочного трансплантата с последующим формированием эзофагогастроанастомоза на шее, как радикального способа хи-

рургического лечения ахалазии кардии 2 типа.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2015 гг. в отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы находилось на лечении 15 пациентов с ахалазией кардии 2 типа. Среди них 9 женщин (60%), и 6 мужчин (40%). Средний возраст составил 42.3 года. В 15 случаях оперативное пособие заключалось в эндоскопической эзофагэктомии с одномоментной пластикой желудочным трансплантантом. Суть методики заключается в торакоскопической мобилизации пищевода, лапаротомии, формировании стебля из большой кривизны желудка с обязательной пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу. У места впадения в желудок пораженный пищевод отсекался. Через заднее средостение желудочная трубка проводилась на шею и формировался пищеводно-желудочный анастомоз «конец в бок» с помощью эндостеплера. Ширина анастомоза составляла от 3.5 до 5 см.

Результаты. Оперативному вмешательству, как методу радикального лечения данной патологии, подлежали пациенты с ахалазией кардии 2 типа. 1 пациентка оперирована по экстренным показаниям в связи с развившейся перфорацией пищевода при кардиодилатации. Средняя продолжительность операции составила 245 ± 15 минут. Интраоперационная кровопотеря на этапе эндоскопической экстирпации пищевода не превышала 50-70 мл. Средняя длительность госпитализации после операции составила 19.2 дня. Осложнения развились у 4 человек (21 %). Несостоятельность швов шейного эзофагогастроанастомоза выявлена у 1-го пациента и ликвидирована на 10-12 сутки. У 1 пациента выявлен хилоторакс, ликвидированный торакоскопическим клипированием концов поврежденного грудного протока. Плевро-легочные осложнения имелись у 2 человек. Летальных исходов не было.

Выводы.

1. Эндоскопическая экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудочным трансплантантом является эффективной и малотравматичной методикой.
2. Эндоскопическая эзофагэктомия является радикальной операцией при ахалазии кардии 2 типа.