

Недоедкова А. В., Клавдиева Н. А.

ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Черкасов М. Ф.,

канд. мед. наук Старцев Ю. М.

Кафедра хирургии №4

*ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону*

Актуальность. Нервно-мышечные заболевания пищевода представляют собой большую группу нарушений моторной активности пищевода, серьезно снижающих качество жизни людей. Наиболее распространенными заболеваниями этой группы являются ахалазия пищевода и кардиоспазм. Несвоевременность лечения данных заболеваний может приводить к развитию алиментарной дистрофии, онкологии и приводить к инвалидности пациентов. Все большее распространение в лечении ахалазии пищевода и кардиоспазма получают видеоэндохирургические технологии, которые характеризуются меньшей травматичностью по сравнению с “открытой” операцией.

Цель: определить эффективность видеоэндохирургических технологий в лечении нервно-мышечных заболеваний пищевода.

Материалы и методы. На базе хирургического отделения Ростовского государственного медицинского университета проводилось исследование, где были проанализированы 127 историй болезни пациентов с нервно-мышечными заболеваниями пищевода, среди которых 68 (53,5%) – женщин и 59 (46,5%) – мужчины. Возраст больных колебался от 17 до 72 лет. По классификации Б.В. Петровского, ахалазия пищевода III стадии встречалась – у 87 (75%), IV стадии - у 29 (25%) больных. Пациентам были выполнены следующие видеоэндоскопические операции: эзофагокардиомиотомия по Геллеру выполнена у 123 пациентов с диагнозом ахалазия пищевода и экстрамукозная эзофагомиотомия в 4 случаях по поводу диффузного спазма пищевода.

Результаты и их обсуждение. Эзофагокардиомиотомия по Геллеру проводилась из лапароскопического доступа (116 случаев) и левостороннего торакоскопического доступа (7 случаев). Суть данной операции заключается в рассечении продольных и поперечных мышечных волокон пищевода с переходом на кардиальный отдел желудка, затем выполнялась фундопликация по Дору. Для проведения экстрамукозной эзофагомиотомии при диффузном спазме пищевода использовался правосторонний торакоскопический доступ. Проводили рассечение продольных и поперечных мышечных волокон пищевода от дуги непарной вены до пищеводно-желудочного перехода (операция Биокка), укрывания слизистой оболочки не проводили. В 14,2% случаев отмечены повреждения слизистой оболочки пищевода, в 5,5% потребовалось выполнение конверсии. Других поводов для перехода на “открытую” операцию не было. Средний послеоперационный койко-день составил $4,2 \pm 0,8$. В отдаленном периоде рецидив ахалазии пищевода отмечен в 1 случае, потребовавший хирургического вмешательства.

Выводы. Видеоэндохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных нервно-мышечными заболеваниями пищевода, лапароскопические операции при ахалазии пищевода переносятся легче, чем торакоскопические и менее травматичны. При использовании видеоэндохирургических технологий реабилитация пациентов проходит быстрее и сроки лечения сокращаются. Тем не менее, важно учитывать индивидуальные особенности пациентов, показания и противопоказания при выборе оперативного доступа.