

*А.А. Бродницкий, А.Ю. Ковалев*

# **ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИЯ ПО ГЕЛЛЕРУ С ОДНИМ ИЗ ВАРИАНТОВ ФУНДОПЛИКАЦИИ – КАК ОДИН ИЗ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ**

*Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. А.Ч. Шулейко*

*Кафедра хирургических болезней с курсом повышения квалификации и переподготовки  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*A.A. Bradnitski, A.Y. Kovalev*

# **ESOPHAGOCARDIOMYOTOMY HELLER ESOPHAGOCARDIOMYOTOMY WITH ONE OF THE VARIANTS OF FUNDOPLICATION – AS ONE OF THE FUNDAMENTAL METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACHALASIA OF THE CARDIA**

*Tutor: associate professor A.Ch. Shuleiko*

*Department of Surgery Diseases with a Course of Advanced Training and Retraining  
Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Ахалазия кардии – это довольно редкое заболевание, проявляющееся нарушением моторики пищевода и функциональной нестабильностью нижнего пищеводного сфинктера, в основе которого лежит утрата миэнтерических нейронов в нижнегрудном отделе пищевода и в нижнем пищеводном сфинктере. Этиология и патогенез ахалазии кардии остаются невыясненными в полной мере, поэтому этио-патогенетическое лечение данной патологии отсутствует. Разработанные методы хирургического лечения так и не привели к формированию единого стандарта для оперативного лечения ахалазии кардии, в связи с неудовлетворительными результатами в послеоперационном периоде. В данной статье мы предлагаем проанализировать эзофагокардиомитомию по Е. Heller с одним из предложенных вариантов фундопликации, которая выполнялась пациентам с ахалазией кардии на базе отделения торакальной хирургии Брестской областной клинической больницы.

**Ключевые слова:** ахалазия кардии, эзофагокардиомитомия по Е. Heller, эндоскопическая баллонная дилатация, фундопликация по J. Dor.

**Resume.** Achalasia cardia is a rather rare disease manifested by esophageal motility disorder and functional instability of the lower esophageal sphincter, which is based on the loss of myenteric neurons in the lower thoracic esophagus and in the lower esophageal sphincter. The etiology and pathogenesis of achalasia of the cardia remain unclear in full, so there is no etio-pathogenetic treatment of this pathology. The developed methods of surgical treatment have not led to the formation of a unified standard for surgical treatment of cardia achalasia due to unsatisfactory results in the postoperative period. In this article we propose to analyze esophagocardiomyotomy according to E. Heller with one of the proposed variants of fundoplication, which was performed in patients with achalasia of the cardia on the basis of the Department of Thoracic Surgery of the Brest Regional Clinical Hospital.

**Keywords:** achalasia of the cardia, esophagocardiomyotomy according to E. Heller, endoscopic balloon dilatation, fundoplication according to J. Dor.

**Актуальность.** Ахалазия кардии (АК) – это редкая идиопатическая нервно - мышечная патология пищевода, характеризующаяся дискоординированной перистальтикой пищевода и снижением или неспособностью нижнего пищеводного

сфинктера к релаксации при глотании [1]. На сегодняшний день в лечении АК используются медикаментозные, эндоскопические и хирургические методы лечения. Среди хирургических методов превалирующим способом является эзофагокардиомиотомия по Е. Heller. В 1913г. Е. Heller выполнил эзофагокардиомиотомию по передней и задней стенке пищевода [3]. Операция получила всемирную известность и в последнее время используется повсеместно. Однако после выполнения операции Е. Heller в 85% случаев возникает значимый недостаток – желудочно-пищеводный рефлюкс, за счет разрушения нижнего пищеводного сфинктера [4]. В связи с чем R. Nissen в 1955г. выполнил полную фундопликацию, но учитывая развитие симптомов дисфагии в послеоперационном периоде, с целью антирефлюксной коррекции данный вариант не рекомендуется [2]. В 1962г. J. Dor с целью антирефлюксной защиты предложил переднюю фундопликацию. При этом, считается, что лапароскопическая операция Е. Heller с фундопликацией по J. Dor является золотым стандартом оперативного лечения пациентов с АК [4]. Наиболее частым осложнением эзофагокардиомиотомии по Е. Heller является перфорация слизистой пищевода или желудка, которая как правило распознается интраоперационно и немедленно ликвидируется. В данной статье мы предлагаем рассмотреть результаты пациентов, которым выполнялась эзофагокардиомиотомия по Е. Heller на базе нашего отделения.

**Цель:** оценить эффективность эзофагокардиомиотомии по Е. Heller у пациентов с АК.

**Материал и методы.** Всем пациентам помощь оказывалась на базе отделения торакальной хирургии УЗ «Брестская областная клиническая больница» с 2008 по 2024 гг. В группу исследования включены 22 пациента, оперированных по поводу АК. Возраст пациентов составил  $M \pm SD = 50,41 \pm 13,62$  лет (ДИ (95%) = 44,37–56,45; min–22,0; max–72,0),  $n=22$ . Большинство пациентов 17 (77,3%) оказалось трудоспособного возраста, нетрудоспособного – 5 (22,7%) пациентов. Женщин было  $n=15$  (68,2%), мужчин  $n=7$  (31,8%). Длительность заболевания  $Me=4,5$  лет ( $Q_1-Q_3=1,25-8,75$ ; min–0,25; max–23,0),  $n=22$ . Вес пациентов  $Me=65,0$  кг ( $Q_1-Q_3=54,25-73,50$ ; min–40,0; max–128,0),  $n=22$ . Рост пациентов  $M \pm SD = 166,86 \pm 11,30$  см (ДИ (95%) = 161,85 – 171,87; min–150,0; max–195,0),  $n=22$ . Индекс массы тела  $M \pm SD = 24,37 \pm 5,54$  кг/м<sup>2</sup> (ДИ (95%) = 21,92 – 26,83; min–15,60; max–37,80),  $n=22$ . Согласно классификации Б.В. Петровского, пациенты были распределены следующим образом: II-я стадия – 3 (13,6%), III-я стадия – 16 (72,8%), и IV-й стадия – 3 (13,6%) пациентов. Пациентам с I стадией АК оперативное лечение не применялось.

**Результаты и их обсуждение.** Во всех случаях лечение начинали с пероральной медикаментозной терапии. У 12 (54,5%) пациентов следующим этапом проводилось от 1 до 8 сеансов эндоскопической баллонной дилатации. Показанием к проведению эзофагокардиомиотомии по Е. Heller считалась неэффективность проводимого ранее медикаментозного лечения и эндоскопической баллонной дилатации, а также молодой возраст пациентов ( $\leq 40$  лет).

Большинству пациентов применялась лапароскопическая техника – 21 (95,45%) пациент, 1 (4,55%) пациенту выполнена верхнесрединная лапаротомия из-за выраженного спаечного процесса и технических трудностей. Во всех случаях совместно с операцией Геллера выполнялась фундопликация для закрытия слизистой оболочки и создания антирефлюксного механизма. (по J. Dor 20 (90,9%) пациентам, по A. Toupet – 1 (4,55%) пациенту и по R. Nissen – 1 (4,55%) пациенту). Время операции составило  $Me=142,50$  мин ( $Q_1-Q_3=100,00-193,75$ ;  $min-70,0$ ;  $max-410,0$ ),  $n=22$ . Продолжительность койка-дня  $M \pm SD=17,36 \pm 5,62$  дней (ДИ (95%) =  $14,87-19,86$ ;  $min-9$ ;  $max-29$ ),  $n=22$ .

В раннем послеоперационном периоде выявлен ряд осложнений: у 1 (4,55%) пациента выявлен некроз слизистой оболочки эзофагокардиомиотомии – выполнено иссечение некроза слизистой с ушиванием передней стенки пищевода, с рефундопликацией по J. Dor. У 1 (4,55%) пациента выявлена полная дисфагия (лечение – продолженная эзофагокардиомиотомия, с рефундопликацией по J. Dor). У 1 (4,55%) пациента выявлен карбокситоракс и карбоксимедиастинум – купированы консервативно. У 1 (4,55%) пациента постоперационная пневмония с малым реактивным плевритом (лечение консервативное). Рецидив заболевания выявлен у 3-х (13,6%) пациентов (в двух случаях выполнен сеанс эндоскопической баллонной дилатации, в одном случае пациент от предложенных методов лечения воздержался).

**Выводы.** Симптомы АК и ее осложнения значительно снижают качество жизни пациентов, в связи с чем данное заболевание является социально значимым. Результаты данной работы свидетельствуют о том, что на сегодняшний день, одним из самых приоритетных вариантов лечения пациентов с АК считается эзофагокардиомиотомия по E. Heller с фундопликацией по J. Dor. Из достоинств данной методики оперативного лечения можно перечислить высокую эффективность вмешательства, низкий риск появления ранних и поздних послеоперационных осложнений, в частности ГЭРБ. Операция, ввиду ряда причин, не избавляет пациентов от АК, однако улучшает качество их дальнейшей жизни.

### Литература

1. European Guideline on Achalasia – UEG and ESNM recommendations / R. A. B. Oude Nijhuis [et. al.] // United European Gastroenterol. J. – 2020. – Vol. 8, №1. – P. 13–34.
2. SAGES guidelines for the surgical treatment of esophageal achalasia / D. Stefanidis [et. al.] // Surg. Endosc. – 2011. – Vol. 26. – P. 296–311.
3. Ахалазия кардии у детей (обзор литературы) / Д. М. Чубко [и др.] // Детская хирургия. Журнал им. Ю. Ф. Исакова. – 2021. – №25. – С. 392–398.
4. Результаты лапароскопического лечения ахалазии кардии / Э. А. Галлямов [и др.] // Клиническая и экспериментальная хирургия. – 2022. – №1. – С. 26–33.