

*А. А. БРОДНИЦКИЙ¹, Г. А. ЖУРБЕНКО¹, Д. С. ВАКУЛИЧ¹,
А. Н. ИГНАТЮК¹, А. Ч. ШУЛЕЙКО²*

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

¹*Брестская областная клиническая больница, Брест, Беларусь*

²*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь*

E-mail: brodnickyalex@gmail.com

Введение. Эзофагэктомия – это технически сложное, травматичное оперативное вмешательство, сопровождающееся высоким риском развития осложнений, в том числе и жизнеугрожающих. Однако снижение качества жизни, прогрессирование заболевания, неэффективность ранее проведенных вмешательств, нарастание симптомов дисфагии, декомпенсированная пептическая стриктура вследствие гастроэзофагеального рефлюкса, аспирационная пневмония ввиду регургитации пищи, повышенный риск развития рака пищевода по причине хронического застойного эзофагита ставят под сомнение необходимость сохранения пищевода у пациентов с ахалазией кардии (АК). При прогрессировании заболевания изменения, происходящие с пищеводом, диктуют условия в пользу применения радикального метода лечения. Пищевод существенно расширяется (более 6–8 см в диаметре) и принимает зачастую S-образный вид, возникает застойный хронический эрозивно-язвенный эзофагит, фактически прекращается эвакуация содержимого из-за девиации пищевода и фиброзных изменений пищевода и кардии. Весь этот цикл изменений приводит к потере основной функции пищевода – доставке пищи к желудку и к последующей необходимости ликвидации пищевода.

Цель исследования – проанализировать результаты экстирпации пищевода у пациентов с АК.

Материал и методы. В отделении торакальной хирургии Брестской областной клинической больницы с 2011 по 2025 г. выполнено 20 радикальных оперативных вмешательств по поводу АК III–IV ст. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v.4.8.5. Возраст пациентов составил $M \pm SD = 52,10 \pm 10,29$ лет (ДИ 95 %) = 47,28–56,92; min – 38; max – 74), $n = 20$. Было 14 (70 %) пациентов трудоспособного возраста и 6 (30 %) – нетрудоспособного. Превалировало количество женщин: $n = 15$ (75 %), мужчин – $n = 5$ (25 %). Длительность заболевания составила $Me = 7,5$ лет (Q_1 – $Q_3 = 4,5$ –11; min – 1; max – 36), $n = 20$. Рост пациентов $M \pm SD = 1,69 \pm 0,07$ м (ДИ (95 %) = 1,65–1,72; min – 1,52; max – 1,88), $n = 20$. Вес пациентов $M \pm SD = 68,20 \pm 16,89$ кг (ДИ (95 %) = 60,30–76,10; min – 45; max – 108), $n = 20$. Таким образом, индекс массы тела составил $M \pm SD = 23,90 \pm 5,65$ кг/м² (ДИ (95 %) = 21,26–26,54; min – 16,1; max – 38,3), $n = 20$. Согласно классификации Б. В. Петровского, пациенты были распределены следующим образом: III-я стадия – 4 (20 %), и IV-я стадия – 16 (80 %) пациентов.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) в предоперационном операции выполнена 19 пациентам. У 2 пациентов кардия была не проходима, у 8 – проходима с трудом. Пищевод был резко расширен у 6 пациентов, умеренно расширен – у 10 пациентов. Пища при осмотре натошак наблюдалась у 18 пациентов. Слизистая была гиперемированная, отечная у 13 пациентов в связи с хроническим застойным эзофагитом. S-образная деформация пищевода наблюдалась у 6 пациентов. Полипозиционная рентгеноскопия пищевода и желудка была выполнена 12 пациентам. Ширина просвета грудного отдела пищевода $M \pm SD = 6,33 \pm 2,12$ см (ДИ (95 %) = 4,98–7,68; min – 3,5; max – 10), $n = 12$. Время эвакуации контраста из пищевода $Me = 30$ мин (Q_1 – $Q_3 = 28,75$ – $32,5$; min – 5; max – 180), $n = 12$.

Результаты и их обсуждение. Лечение пациентов начинали с медикаментозной терапии, в основном использовали блокаторы кальциевых каналов, нитраты и спазмолитики. У 6 (30 %) пациентов следующим этапом была эндоскопическая баллонная дилатация кардии, осложнившаяся у 1 пациента перфорацией пищевода, что побудило выполнить экстренное радикальное оперативное вмешательство, в остальных случаях операция была выполнена в плановом порядке. В 2 случаях экстирпация пищевода была проведена после лапароскопической аппаратной эзофагофундостомии (патент ВУ № 15248 С1 30.12.2011). Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой пищевода желудочной трубкой состояла из 3 этапов: на 1-м этапе выполнялась торакоскопическая мобилизация пищевода от апертуры грудной клетки до ножек пищеводного отверстия диафрагмы; на 2-м этапе – верхнесрединная лапаротомия с формированием желудочного стебля из большой кривизны с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии; на 3-м этапе – цервикотомия с удалением пищевода и формированием эзофагогастроанастомоза. Продолжительность койка-дня составила $Me = 34,5$ (Q_1 – $Q_3 = 28$ – 42 ; min – 22; max – 98), $n = 20$. Длительность койка-дня после операции $Me = 16,5$ (Q_1 – $Q_3 = 14,75$ – $20,25$; min – 10; max – 48), $n = 20$. Время оперативного вмешательства $Me = 292,5$ мин (Q_1 – $Q_3 = 270$ – 330 ; min – 230; max – 510), $n = 20$.

ФЭГДС в послеоперационном периоде выполнена 10 пациентам. У 9 пациентов эзофагогастроанастомоз проходим без усилия, у 1 пациента проходимость анастомоза восстановлена после бужирования стриктуры. Пища при осмотре натошак наблюдалась у 4 пациентов. Слизистая кондуита была гиперемированная, отечная у 7 пациентов. На наш взгляд, это связано с пребыванием желудочного зонда и механическим раздражением слизистой кондуита в раннем послеоперационном периоде. S-образная деформация кондуита – 1 пациента Полипозиционная рентгеноскопия искусственной пищеводной трубки выполнена 6 пациентам – во всех случаях проходимость эзофагогастроанастомоза не нарушена, у 1 пациента выявлен затек контраста в трахею.

У 1 пациента в послеоперационном периоде на 12-е сутки развился некроз трансплантата с формированием желудочно-трахеального свища. Выполнена

торакотомия, резекция желудочного трансплантата. Пластика дефекта трахеи и правого главного бронха перикардиальной заплатой. Эзофагостомия. Гастростомия. В дальнейшем на фоне гнойно-некротического процесса развилось неконтролируемое внутриплевральное профузное кровотечение, в связи с чем была выполнена реторакотомия, лигирование внутренней грудной артерии и вены. Состояние пациента прогрессивно ухудшалось, констатирована биологическая смерть.

Заключение. На сегодняшний день наблюдается постепенный переход к менее инвазивному первоначальному лечению терминальных форм АК. Тем не менее органосохраняющие операции при АК в основном направлены на снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера путем его рассечения, используя эзофагокардиомиотомию, но не учитывается тот факт, что грудной отдел пищевода при прогрессировании заболевания теряет свои функциональные (эластичность и перистальтическая способность) свойства, что наталкивает многих хирургов на мысль о выполнении радикального хирургического вмешательства. У подавляющей части пациентов, страдающих запущенной формой АК, эзофагэктомия с одномоментной пластикой пищевода желудочной трубкой приводит к устранению таких основных симптомов, как дисфагия, регургитация, боль за грудиной после приема пищи, а также к улучшению качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде [1]. Однако стоит учитывать тот факт, что данная операция опасна возникновением жизнеугрожающих осложнений, поэтому выполнять ее должны достаточно квалифицированные специалисты, имеющие опыт выполнения подобных вмешательств.

Литература

1. Watson, T. J. Esophagectomy for End-Stage Achalasia / T. J. Watson // World Journal of Surgery. – 2015. – Vol. 39, N 7. – P. 1634–1641.

НАЦИОНАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ НАУК БЕЛАРУСИ
Совет молодых ученых

МОЛОДЕЖЬ В НАУКЕ 2025

Тезисы докладов
XXII Международной
научной конференции
молодых ученых
(Минск, 16–18 сентября 2025 г.)

В четырех частях

Часть 2

Биологические
и медицинские
науки

Минск
«Беларуская навука»
2025