На правах рукописи

Ковган Юлий Михайлович

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЗОФАГОКАРДИОФУНДОПЛАСТИКИ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ III–IV СТАДИИ

14.01.17 – хирургия

22 НОЯ 2017

Автореферат диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

008712860

Новосибирск – 2017

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент **Анищенко Владимир Владимирович**

Официальные оппоненты:
доктор медицинских наук, профессор **Аллахвердян Александр Сергеевич**
(Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, профессор кафедры онкологии и торакальной хирургии ФУВ, главный научный сотрудник хирургического торакального отделения)

доктор медицинских наук, доцент **Ганков Виктор Анатольевич**
(Алтайский государственный медицинский университет, профессор кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, г. Барнаул)

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Томск)

Защита состоится « 20 » декабря 2017 г. в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.062.03, созданного на базе Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52; тел/факс (383) 229-10-83)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52; http://www.ngmu.ru/dissertation/418)

Автореферат разослан « _____ » _____ 2017 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета М. Н. Чеканов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность избранной темы. Ахалазия кардии (АК) – хроническое доброкачественное идиопатическое медленно прогрессирующее нервно-мышечное заболевание пищевода, заключающееся в стойком нарушении рефлекса раскрытия кардии в ответ на акт глотания и ее постоянного гипертонуса, а также в нарушении перистальтической функции грудного отдела пищевода и проявляющееся как функциональной, так и механической непроходимостью [Чикинёв Ю. В., 2009; Оскретков В. И., 2013; Евсютина Ю. В., 2014; Ивашкин В. Т., 2016; Stefanidis D., 2012, O'Neill O. M., 2013; Richter J. E., 2013]. Этиология заболевания остается неизвестной, и все существующие на данный момент лечебные мероприятия носят исключительно симптоматический характер [Зубарев П. Н., 2005; Ивашкин В. Т., 2008; Черноусов А. Ф., 2012; Шотт А. В., 2013; Eckardt A. J., 2009; Galey K. M., 2011; Rohof W. O., 2013; Boeckxstaens G. E., 2014].

Наибольшая проблема в выборе эффективного способа лечения возникает при III и IV стадиях АК. Медикаментозная терапия, балллонная дилятация и инъекция ботулотоксина являются малоэффективными в данной ситуации [Клоков С. С., 2012; Низамходжаев З. М., 2012; Евсютина Ю. В., Королёв М. П., 2016; 2014; Tsiaoussis J., 2007; Zaninotto G., 2008; Ladizinski B., 2014].

Среди хирургических способов лечения наибольшее распространение получила миотомия по Геллеру [Галлингер Ю. И., 2002; Егиев В. Н., 2014; Аллахвердян А. С., 2016; Engstrom C., 2007; Rakita S. S., 2007; Wang L., 2008]. Но в связи с неудовлетворительными результатами лечения IV стадии АК, существует мнение о рациональности выполнения экстирпации пищевода (ЭП) [Черноусов А. Ф., 2002; Дробязгин Е. А., 2011; Аллахвердян А. С., 2014; Чикинёв Ю. В., 2014; Devaney E. J., 2001; Campos G. M., 2009; Madenci A. L., 2013].

Сторонники такого подхода, во-первых, указывают на то, что АК является предраковым заболеванием, а с увеличением длительности анамнеза и стадии болезни риск малигнизации возрастает [Чикинёв Ю. В., 2009; Аллахвердян А. С.,

2014; Zaninotto G., 2008; Eckardt A. J., 2010, Watson T. J., 2011; Vaezi, M. F., 2013]. Во-вторых, при IV стадии пищевод значительно расширяется, принимает сигмовидную форму, а в его стенке происходят склеротические изменения с утратой не только нервных, но и мышечных элементов. В этой ситуации даже эффективное нивелирование гипертонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС) не позволяет достичь удовлетворительного клиренса пищевода и восстановления его функции [Богопольский П. М., 2012; Madenci A. L., 2013; Hashimi S., 2015]. В-третьих, операция Геллера при IV стадии АК сопряжена со значительными техническими сложностями, к чему может привести как недостаточная миотомия и ранний рецидив дисфагии, так и чрезмерное разрушение сфинктера и появление тяжелого гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) [Payne W. S., 1989; Zaninotto G., 2008; Campos G. M., 2009; Stefanidis D., 2012; Vaezi M. F., 2013].

В то же время, в эпоху активного развития органосохраняющих технологий и контроля качества жизни пациентов, многие авторы высказывают мнение о необходимости сохранения пищевода в любой ситуации и о его удалении только по строгим показаниям [Smith C. D., 2006; Eckardt A. J., 2010; Chuah Seng-Kee, 2013; Boeckxstaens G. E., 2014].

Степень разработанности темы диссертации. Значительный вклад в изучение патологии пищевода при АК внесли А. Ф. Черноусов, В. И. Оскретков, Ю. В. Чикинёв, А. А. Шалимов, С. С. Юдин, J. E. Pandolfino, V. F. Eckardt.

Работ, сравнивающих отдаленные результаты различных вариантов хирургического лечения АК III и IV стадии, в доступной литературе не обнаружено. При рассмотрении отечественных и зарубежных клинических рекомендаций имеется определенный диссонанс. Иностранные авторы в большинстве случаев предлагают малоинвазивные вмешательства [Inoue H., 2010; Stefanidis D., 2012; Minami H., 2013; Vaezi M. F., 2013; Verlaan T., 2013], а отечественные – зачастую ЭП [Оскретков В. И, 2011; Черноусов А. Ф., 2012; Ручкин Д. В., 2014; Чикинёв Ю. В., 2014] при АК III–IV стадии.

Цель исследования. Оценить возможность сохранения пищевода при хирургическом лечении ахалазии кардии III–IV стадии по результатам функционального и клинического исследования в отдаленном послеоперационном периоде.

Задачи исследования

1. Оценить функциональные показатели моторики пищевода в отдаленном периоде после выполнения эзофагокардиофундопластики.

2. Исследовать динамические изменения морфологической картины слизистой пищевода на основании биопсийного материала после выполнения эзофагокардиофундопластики.

3. Провести сравнения качества жизни пациентов после выполнения эзофагокардиофундопластики и экстирпации пищевода.

4. Сравнить отдаленные результаты эзофагокардиофундопластики и экстирпации пищевода по шкале эффективности лечения Eckardt.

Научная новизна. Впервые сравниваются отдаленные результаты ЭКФП и ЭП при АК III–IV стадии в отдаленном периоде на основании специфических опросников качества жизни GERD, GIQLI и шкалы эффективности лечения Eckardt. Доказана функциональная состоятельность антирефлюксной конструкции при предложенной пластике. Продемонстрированы достоверные данные сокращения диаметра пищевода и восстановления его пропульсивной функции после выполнения методики эзофагокардиофундопластики.

Теоретическая и практическая значимость работы. В работе доказано преимущество лапароскопической ЭКФП с фундопликацией по Hill над ЭП с пластикой желудочной трубкой у больных с АК III–IV стадии. Данная методика лечения доступна в хирургическом стационаре, имеющем соответствующую материально-техническую базу. Выполнение ЭКФП в сравнении с ЭП по результатам исследования значительно снижает операционные риски, уменьшает длительность госпитализации пациента в стационаре, позволяет достигнуть

хороших и удовлетворительных результатов во всех случаях и значительно превосходит по уровню качества жизни пациентов в позднем послеоперационном периоде.

Методология и методы диссертационного исследования. Основой методологии диссертационной работы стали данные проведенных исследований в России и за границей по этиологии, эпидемиологии, патогенезу, особенностям диагностики и лечения АК. Методы настоящего исследования следующие: рентгеноскопия пищевода и желудка, фиброгастродуоденоскопия, pH-метрия, манометрия, гистологическое исследование биопсийного материала, опросники GERD, GIQLI и шкала Eckardt.

Положения, выносимые на защиту

1. Эзофагокардиофундопластика приводит к сокращению диаметра пищевода при III стадии на 35 %, а при IV – на 60 % и нормализации показателей давления нижнего пищеводного сфинктера, улучшая функциональные показатели моторики пищевода.

2. Эффективное восстановление пропульсивной функции пищевода после выполнения эзофагокардиофундопластики позволяет избежать возникновения тяжелой дисплазии слизистой или рака пищевода на основании проведенного гистологического исследования.

3. Качество жизни пациентов после выполнения эзофагокардиофундопластики выше, чем после выполнения экстирпации пищевода, по данным опросников GERD на – 75 %, GIQLI – на 22 %.

4. Отдаленные результаты эффективности лечения после выполнения эзофагокардиофундопластики лучше, чем после экстирпации пищевода по данным шкалы Eckardt на 46 %.

Степень достоверности. Основывается на обследовании и лечении 79 пациентов с АК III–IV стадии. Диагноз АК установлен при первичном контрастном рентгенологическом исследовании и эзофагоскопии. Оценка

динамики показателей рентгеноскопии, pH-метрии, манометрии, опросников качества жизни и эффективности проведенного лечения подтверждена статистическими методами. Достоверность различий сравниваемых групп определялась по критериям Вилкоксона, Манна – Уитни, Фридмана и Фишера.

Апробация работы. Основные положения работы представлены на заседании Новосибирского отделения Российского общества хирургов (Новосибирск, 2014), на 5-й межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии» (Томск, 2016), на 9-й межрегиональной научно-практической конференции «Спорные и сложные вопросы хирургии. Ошибки и осложнения» (Новокузнецк, 2016), на 11-й межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии, посвященной 90-летию со дня рождения академика Российской академии медицинских наук Л. В. Полуэктова (Омск, 2017).

Диссертационная работа апробирована 30 мая 2017 года (протокол № 28) на заседании проблемной комиссии «Актуальные проблемы хирургических методов лечения заболеваний» Новосибирского государственного медицинского университета.

Диссертация выполнена в соответствии с утвержденным направлением научно-исследовательской работы Новосибирского государственного медицинского университета по теме: «Разработка и совершенствование методов профилактики, раннего выявления и хирургического лечения повреждений и заболеваний органов грудной и брюшной полости, органов головы, шеи и опорно-двигательного аппарата», номер государственной регистрации АААА-А15-115120910167-4.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практическую деятельность 1-го хирургического отделения НУЗ «ДКБ на станции Новосибирск-Гл. ОАО «РЖД», хирургической клиники ЗАО МЦ «Авиценна» (г. Новосибирск), а также используются в учебном процессе на

кафедре хирургии ФПК и ППВ Новосибирского государственного медицинского университета, на кафедре общей хирургии им. проф. М. И. Гульмана Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, на кафедре хирургии, урологии и эндоскопии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 3 статьи в журналах, включенных в перечень российских рецензируемых научных журналов для публикаций материалов диссертации.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 168 страницах машинописного текста и состоит из введения, 3 глав, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы, иллюстративного материала и трех приложений. Список литературы представлен 155 источниками, из которых 111 – зарубежных. Полученные результаты проиллюстрированы с помощью 30 таблиц и 67 рисунков.

Личный вклад автора. Весь материал, представленный в диссертации, собран, обработан и проанализирован лично автором. Автор принимал непосредственное участие в выполнении оперативного этапа лечения пациентов как в качестве ассистента, так и в качестве оперирующего хирурга, а также в периоперационном ведении большинства больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа одобрена комитетом по этике Новосибирского государственного медицинского университета. В работу вошло 79 пациентов с диагнозом АК III–IV стадии. Группа № 1 – пациенты НУЗ «ДКБ на ст. Новосибирск-Гл.» ОАО «РЖД» за период с 2002 по 2015 год, прооперированные в объеме лапароскопической ЭКФП с фундопликацией по Hill, – 51 человек. Группа № 2 – пациенты Государственной Новосибирской областной клинической больницы,

прооперированные в объеме ЭП с пластикой желудочной трубкой, – 28 человек. Средний возраст пациентов в группе № 1 составил $\bar{X} \pm s_{\bar{x}} = (40{,}7 \pm 1{,}9)$ лет, в группе № 2 – $\bar{X} \pm s_{\bar{x}} = (46{,}1 \pm 2{,}6)$ лет. Распределение пациентов по полу, стадиям АК и диаметру пищевода представлено в таблицах 1, 2 и 3.

Таблица 1 – Распределение пациентов по полу

Критерий		Группа № 1		Группа № 2	
		абс.	отн.	абс.	отн.
Пол	мужской	24	47,1 %	9	32,1 %
	женский	27	52,9 %	19	67,9 %
Всего		51	100 %	28	100 %

Таблица 2 – Распределение пациентов обеих групп по стадии АК

Критерий	Группа № 1		Группа № 2		Всего	
	абс.	отн.	абс.	отн.	абс.	отн.
III стадия	27	52,94 %	15	53,57 %	42	53,16 %
IV стадия	24	47,06 %	13	46,43 %	37	46,84 %
Всего	51	100 %	28	100 %	79	100 %

Таблица 3 – Рентгенологический диаметр пищевода в обеих группах в соответствии со стадией АК. Средние значения и ошибка средней ($\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$)

Критерий	$\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$, см	
	III стадия	IV стадия
Группа № 1	4,9 ± 0,1 (n = 27)	8,2 ± 0,4 (n = 24)
Группа № 2	4,7 ± 0,1 (n = 15)	8,6 ± 0,4 (n = 13)

Манометрическое исследование пищевода и желудка в группе № 1 было выполнено у 21 пациента (41,18 %). Суточная pH-метрия проводилась в случае наличия у пациента симптомов ГЭР после операции (6 случаев, 11,76 %). Для оценки качества жизни использованы опросники GIQLI и GERD-HRQL. Оценка эффективности лечения выполнена по шкале Eckardt. В группе № 1 получено 39 ответов (76,47 %), в группе № 2 – 22 ответа (78,57 %).

Результаты обследований, которые было возможно оценить количественно, были объединены в файл базы данных программы Microsoft Office Excel 2016. Расчеты проводились при помощи программы SPSS Statistics 16.0 IBM.

Далее все количественные неранговые показатели были проверены на нормальность распределения признаков критерием Шапиро – Уилкса. Сравнительный анализ результатов двух групп проводился при помощи непараметрического U-критерия Манна – Уитни для независимых выборок. Динамическое сравнение связанных выборок, измеряемых в двух разных условиях, проводилось при помощи Т-критерия Вилкоксона. Динамическое сравнение связанных выборок, измеряемых в более чем трех разных условиях, проводилось при помощи $\chi_r 2$ критерия Фридмана. Для сравнения двух выборок по частоте встречаемости одного признака использовался φ критерий углового преобразования Фишера.

Для определения достоверности различий в группах определялся критический уровень значимости – p. При этом нулевая гипотеза (H_0) отклонялась при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На момент окончания исследования в 2016 году в группе № 1 срок наблюдения за пациентами ЭКФП составил от 1 до 14 лет, $Me = 7,5$ лет, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}} = (6,0 \pm 0,5)$ лет. Длительность анамнеза болезни до поступления в стационар для операции – от 1 до 27 лет, $Me = 14$ лет, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}} = (5,8 \pm 0,8)$ лет.

Длительность госпитализации составила (10,4 ± 0,6) суток: до операции – 2,8 ± 0,3, после операции – 7,4 ± 0,4. Длительность оперативного вмешательства составила от 35 до 125 минут, Me= 80 минут, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$ = (71,5 ± 3,6) минут. Регистрация индекса массы тела (ИМТ) проводилась до операции – 22,9 ± 0,6 и на момент окончания исследования в 2016 году – 24,7 ± 0,6.

В раннем послеоперационном периоде семи пациентам (13,73 %) потребовалось нахождение в анестезиолого-реанимационном отделении (АРО): 5 (9,8 %) в течение 1 суток для наблюдения и 2 пациентам (3,92 %) в течение 4 суток, – в связи с развившимся кровотечением из зоны анастомоза и несостоятельностью швов на желудке.

Рентгенологическое обследование пациентов группы № 1 проводилось в четырех точках исследования (таблица 4). Манометрическое исследование проводилось в трех точках (таблица 5).

Таблица 4 – Рентгенологический диаметр пищевода в группе № 1, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$, см

Критерий	До операции	После операции	Через 6 месяцев	В конце исследования
III стадия, n = 27	4,9 ± 0,1	3,2 ± 0,1	2,7 ± 0,1	2,5 ± 0,1
IV стадия, n = 24	8,2 ± 0,4	4,8 ± 0,2	3,1 ± 0,2	2,9 ± 0,1

Таблица 5 – Манометрические показатели работы НПС, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$, мм рт. ст.

Критерий		До операции	После операции	В конце исследования
Давление покоя НПС	III стадия, n = 10	64,3 ± 1,5	19,4 ± 1,7	20,3 ± 1,1
	IV стадия, n = 11	63 ± 2,2	20,8 ± 1,8	21,8 ± 1,2
Остаточное давление НПС	III стадия, n = 10	25,6 ± 1,9	6,5 ± 0,6	4,9 ± 0,4
	IV стадия, n = 11	29,9 ± 1,5	6,5 ± 0,5	5,5 ± 0,4

В послеоперационном периоде появление симптомов гастроэзофагеального

рефлюкса описывали 4 пациента (7,84 %). После выполнения суточной pH-метрии им был назначен постоянный прием омепразола 40 мг/сут или пантопразола 80 мг/сут с хорошим клиническим и эндоскопическим эффектом.

Рецидив дисфагии возник у 5 пациентов (9,8 %). Они были обследованы в объеме ФГДС, рентгеноскопии пищевода и манометрии. Четверо из них (7,84 %) – это пациенты с IV стадией АК в анамнезе. Задержки контраста в связи с гиперфункцией НПС выявлено не было, но подтверждено отсутствие первичных и вторичных сокращений при нормальных показателях давления НПС. Явления дисфагии были эпизодические и разрешались приемом около 300–400 мл холодной воды. Оставшийся из этой группы 1 пациент (1,96 %) изначально имел III стадию АК. Через 10 месяцев после ЭКФП пациент обратился вновь с жалобами на рецидив дисфагии. При рентгенологическом исследовании выявлена стриктура области пищеводно-желудочного перехода. Пациенту выполнили баллонную дилятацию по схеме 2,5-3-3,5 см через сутки с хорошим эффектом. Однако через 22 месяца пациент вновь обратился с прежними жалобами. При лапароскопической ревизии поддиафрагмального пространства выявлен грубый спаечный процесс, полностью деформирующий зону анастомоза. Была выполнена мобилизация ножек диафрагмы, миотомия по передней поверхности пищевода и ослабление фундопликационной манжеты. Через 7 дней, после операции, транзит пищи полностью нормализовался.

Гистологическое исследование было выполнено в 79 случаях (100 %) у пациентов до операции в обеих группах и в 39 случаях (76,47 %) у пациентов из основной группы после операции. Не было выявлено ни одного случая дисплазии средней или тяжелой степени. Из 39 обследованных пациентов у 27 (69,23 %) верифицирован эзофагит минимальной степени активности, у 12 (30,77 %) – умеренной активности, включая 1 пациента (2,56 %) с грибковым эзофагитом и 1 пациента (2,56 %) с выраженным эзофагитом на фоне гастроэзофагеального рефлюкса.

Анкетирование по шкале Eckardt и опросникам GERD и GIQLI на момент окончания исследования в 2016 году выполнено у 39 пациентов (76,47 %), тогда как динамическое измерение показателей – у 21 респондента (41,18 %) в четырех точках (таблица 6).

Таблица 6 – Результаты анкетирования по шкале Eckardt, опросникам GIQLI, GERD в разные сроки исследования, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$, баллы

Критерий	До операции	После операции	Через 6 месяцев	В конце исследования
Eckardt	9,2 ± 0,5	4,8 ± 0,4	2,8 ± 0,4	1,9 ± 0,2
GERD	17,3 ± 0,8	8,5 ± 0,7	8,3 ± 1,5	5,9 ± 0,7
GIQLI	92,3 ± 1,2	103 ± 1,2	110,9 ± 2,9	122,9 ± 1,5

На момент окончания исследования в 2016 году в группе № 2 срок наблюдения за пациентами после ЭП с пластикой желудочной трубкой составил от 2 до 7 лет, Me = 4,5 лет, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$ = (4,5 ± 0,3) лет. Длительность анамнеза болезни до поступления в стационар для операции составила от 1 до 30 лет, Me = 15,5 лет, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$= (6,3 ± 1,1) лет. Длительность госпитализации составила (27,1 ± 1,6) суток: до операции – 13,4 ± 1,1, после – 13,6 ± 0,9. Длительность оперативного вмешательства составила от 185 до 280 минут, Me=232,5 минут, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$ = (224,8 ± 4,2) минут. Регистрация ИМТ проводилась до операции – 23,4 ± 0,9 и на момент окончания исследования в 2016 году – 23,6 ± 0,9.

В группе № 2 не понадобилось проведение зондового питания через назогастральный зонд 3 пациентам (10,71 %). Остальным 25 пациентам (89,29 %) был установлен зонд с целью предоперационной подготовки, а также на этапе раннего послеоперационного периода. Длительность зондового кормления составила от 11 до 48 суток, Me = 29,5 суток, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$ = (16,6 ± 1,8) суток. В раннем послеоперационном периоде все 28 пациентов (100 %) находились в АРО с целью

интенсивной терапии. Срок нахождения составил от 3 до 14 суток, Me = 8,5 суток, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$ = (5,3 ± 0,4) суток. В послеоперационном периоде 10 пациентам (35,72 %) было необходимо выполнение санационной бронхоскопии, от 1 до 3 процедур. У 1 пациента (1,96 %) после операции возник левосторонний эксудативный плеврит, который был разрешен пункцией плевральной полости и у 1 пациента (1,96 %) диагностировано ранение грудного протока, которое было купировано консервативно. Рентгенологическое обследование пищевода в группе № 2 отражено в таблице 7.

Таблица 7 – Рентгенологический диаметр пищевода в группе № 2, $\bar{X} \pm s_{\bar{x}}$, см

Критерий	III стадия, n = 15	IV стадия, n = 13
Диаметр пищевода	4,7 ± 0,1	8,6 ± 0,4

В отдаленном послеоперационном периоде с целью обследования и бужирования анастомоза госпитализировано 17 человек (60,72 %): 12 (42,86 %) поступали однократно, а 5 (17,86 %) – дважды. Им было выполнено от трех до семи сеансов бужирования без осложнений.

Среди осложнений было встречено 2 случая (7,14 %) демпинг-синдрома, 3 случая (10,72 %) пареза левой голосовой связки, 6 случаев (21,43 %) клинически значимого желчного рефлюкса в трансплантат, 3 случая (10,72 %) диареи, 7 случаев (25 %) регургитации пищи из желудка в трансплантат и 1 случай (3,57 %) послеоперационной вентральной грыжи MW_2R.

В группе № 2 анкетирование проведено у 22 респондентов (78,57 %) (таблица 8).

Таблица 8 – Результаты анкетирования по шкале Eckardt, опросникам GIQLI, GERD в конце исследования, $\overline{X} \pm s_{\bar{x}}$, баллы

Eckardt	GERD	GIQLI
4,2 ± 0,3	16,8 ± 1,8	96 ± 3,2

Несмотря на разницу в количестве пациентов в группе № 1 и № 2 (51 и 28 соответственно), при их сравнении отсутствуют статически значимые различия по возрасту, длительности анамнеза и послеоперационному периоду наблюдения, изначальному диаметру пищевода и ИМТ. Этот статистически подтвержденный факт правомочно позволяет говорить о внутренней идентичности сравниваемых групп и дает возможность сравнивать отдаленные послеоперационные результаты.

Максимальный срок наблюдения за пациентами группы № 1 составил 14 лет, и на момент окончания исследования в 2016 году не зарегистрировано ни одного случая возникновения РП.

Анализируя данные манометрии пищевода, отмечается характерная особенность. Давление покоя НПС (64,3 ± 1,5) мм рт. ст. и (63 ± 2,2) мм рт. ст. и остаточное давление НПС (25,6 ± 1,9) мм рт. ст. и (29,9 ± 1,5) мм рт. ст. у пациентов с III и IV стадией до операции являются практически одинаковыми. Таким образом, манометрия пищевода имеет меньшую диагностическую ценность по сравнению с рентгеноскопией пищевода для стадирования АК.

Длительность госпитализации пациентов основной группы практически в 3 раза меньше, чем во второй – (10,4 ± 0,6) дней и (27,1 ± 1,6) дней соответственно. Безусловно, это в первую очередь связанно с предоперационной подготовкой пациентов перед ЭП и коррекцией их нутритивного статуса путем зондового питания. Тогда как в группе № 1 данные мероприятия являются лишними ввиду малотравматичности вмешательства и быстрого восстановления естественного пассажа пищи по пищеводу и энтерального питания в

послеоперационном периоде. Нахождение в АРО в группе № 2 является обязательным условием интенсивной терапии в послеоперационном периоде и выполнено во всех 28 случаях (100 %) при средней продолжительности (5,3 ± 0,4) суток. Техническая простота выполнения лапароскопической ЭКФП в сравнении с ЭП подтверждается меньшей длительностью оперативного вмешательства практически в 3 раза – (71,5 ± 3,6) минут и (224,8 ± 4,2) минут соответственно. Летальных исходов во время операции или в раннем послеоперационном периоде в обеих группах не зарегистрировано.

В противоположность этому в группе № 1 из 7 пациентов (13,73 %), находившихся после операции в реанимации, только двое (3,92 %) были госпитализированы в связи с осложнениями после операции (несостоятельность и кровотечение) на 4 дня, а оставшиеся пятеро (9,8 %) находились в АРО в течение 1 суток для динамического мониторинга.

Динамика изменения ИМТ после операции является одним из основных показателей нивелирования дисфагии. До операции этот показатель был одинаков – (22,9 ± 0,6) кг и (23,4 ± 0,9) кг соответственно, но после операции в группе № 2 у пациентов не произошло набора массы тела – (23,6 ± 0,9) кг, тогда как в первой группе отмечено его статистически значимое увеличение – (24,7 ± 0,6) кг.

Восстановление диаметра пищевода после выполнения ЭКФП – процесс индивидуальный, хотя в большинстве случаев положительная динамика отмечается к моменту выписки пациента из стационара. При АК III стадии на 35 % – с (4,9 ± 0,1) см до (3,2 ± 0,1) см, а для АК IV стадии практически на 60 % – с (8,2 ± 0,4) см до (4,8 ± 0,2) см. Также отмечено, что наиболее интенсивное сокращение просвета пищевода происходит к 6 месяцам после операции – (2,7 ± 0,1) см и (3,1 ± 0,2) см соответственно. В последующем же диаметр пищевода приближается к субнормальным значениям – (2,5 ± 0,1) см и (2,9 ± 0,1) см соответственно.

Манометрические показатели работы пищевода у пациентов в группе № 1

демонстрируют одномоментное падение показателей давления покоя с (63,6 ± 1,3) мм рт. ст. до (20,1 ± 1,2) мм рт. ст. и остаточного давления НПС с (27,9 ± 1,2) мм рт. ст. до (6,5 ± 0,4) мм рт. ст., что соответствует референсным значениям.

Полученные данные рентгеноскопии и манометрии свидетельствуют о том, что при эффективном выполнении кардиопластической операции (нормализация давления НПС) и нивелировании дисфагии происходит восстановление формы пищевода и его проходимости.

В группе № 1 по окончанию исследования по шкале Eckardt более трех баллов набрали 3 пациента (5,88 %), что характеризуется как неудовлетворительный результат или рецидив. Это пациенты с IV стадией АК, у которых манометрически было подтверждено отсутствие перистальтики тела пищевода. В контрольной группе получено 14 (50 %) «неудовлетворительных» результатов.

При анализе динамики изменений данных шкалы Eckardt в группе № 1 непосредственно в день выписки пациентов наблюдается снижение показателей в среднем на 4,5 балла, но показатель все еще определяется как «неэффективное лечение», то есть более 3-х. В дальнейшем уже через 6 месяцев можно наблюдать *большинство удовлетворительных результатов среди опрошенных пациентов.* Данное обстоятельство наталкивает на мысль о том, что ранняя оценка эффективности кардиопластической операции при АК может привести к ошибочному результату. Предположительно за полугодовой интервал пищеводная перистальтика «перестраивается» под изменившиеся условия внутрипросветного давления и становится более эффективной.

Учитывая этот факт, в исследование был введен опросник GERD. В основной группе в соответствии с данным опросником получен на 75 % лучший показатель, чем в группе сравнения (5,9 ± 0,7 и 16,8 ± 1,8 соответственно).

В соответствии с опросником GIQLI в группе № 1 более высокие

показатели, чем в группе № 2, по всем блокам: физическое состояние – на 23 % (37,2 ± 0,6 и 28,5 ± 1,1 соответственно), толстая кишка – на 15 % (21,4 ± 0,3 и 18,2 ± 0,5 соответственно), эмоциональное состояние – на 22 % (27,2 ± 0,5 и 21,3 ± 1,0 соответственно), функция верхних отделов ЖКТ – на 25 % (26,9 ± 0,3 и 20,3 ± 0,8 соответственно), метеоризм – на 25 % (10,2 ± 0,2 и 7,7 ± 0,4 соответственно). В связи с этим суммарный показатель GIQLI в основной группе лучше на 22 % (122,9 ± 1,5 и 96 ± 3,2).

ВЫВОДЫ

1. После выполнения эзофагокардиофундопластики по поводу ахалазии кардии происходит эффективное сокращение диаметра пищевода при III стадии на 35 % – с (4,9 ± 0,1) см до (2,5 ± 0,1) см, а при IV стадии на 60 % – с (8,2 ± 0,4) см до (2,9 ± 0,1) см, которое наиболее интенсивно происходит к 6 месяцам после операции и в дальнейшем стабилизируется. Показатели работы нижнего пищеводного сфинктера: давление покоя с (63,3 ± 1,3) мм рт. ст. до (21,1 ± 0,8) мм рт. ст. и остаточное давление с (27,9 ± 1,2) мм рт. ст. до (5,2 ± 0,3) мм рт. ст., – нормализуются в раннем послеоперационном периоде и имеют долгосрочный стабильный результат при сроке наблюдения более 15 лет.

2. При динамическом наблюдении более 15 лет было диагностировано 4 случая (7,84 %) воспалительных явлений слизистой пищевода на фоне гастроэзофагеального рефлюкса, которые эффективно контролируются приемом ингибиторов протонной помпы. Выявлено 3 случая грибкового поражения слизистой и не было зарегистрировано ни одного случая тяжелой дисплазии или РП.

3. Качество жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде после выполнения эзофагокардиофундопластики выше, чем после выполнения экстирпации пищевода с пластикой желудочным стеблем по данным опросника GERD в среднем на 75 % (5,9 ± 0,7 и 16,8 ± 1,8) и опросника GIQLI в среднем на 22 % (122,9 ± 1,5 и 96 ± 3,2).

4. Эффективность эзофагокардиофундопластики в сравнении с экстирпацией пищевода по данным шкалы Eckardt выше на 46 % (1,9 ± 0,2 и 4,2 ± 0,3), по данным неудовлетворительных результатов опроса.

5. Количество синдромальных осложнений после выполнения эзофагокардиофундопластики встретились у 9 пациентов – 17,6 % (5 случаев дисфагии и 4 случая рефлюкса), которые потребовали только в одном случае выполнения повторного оперативного вмешательства. Тогда как после выполнения экстирпации пищевода, 17 человек (60,72 %) были повторно госпитализированы для проведения бужирования анастомоза по поводу его стриктуры. В 22 случаях встретились специфические осложнения, которые требуют постоянного наблюдения и пожизненного назначения медикаментозной терапии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При развитии ахалазии кардии III–IV стадии предпочтительно выполнять хирургическое лечение по предложенной методике эзофагокардиофундопластики.

2. Кардиопластические операции по поводу ахалазии кардии должны оканчиваться частичной фундопликацией по Hill с фиксацией к преаортальной фасции для профилактики появления гастроэзофагеального рефлюкса и обеспечения свободной пропульсии пищевода. При выполнении полной фундопликации возможен рецидив дисфагии.

3. Оперированные больные нуждаются в динамическом наблюдении в объеме фиброгастродуоденоскопии с биопсией и рентгеноскопии пищевода через 6 месяцев после операции и в дальнейшем, при отсутствии жалоб, 1 раз в год для контроля функции кардии, а также профилактики воспалительных или неопластических явлений слизистой пищевода.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Анищенко, В. В. Обзор современных тенденций диагностики, консервативного и хирургического лечения ахалазии кардии / В. В. Анищенко, **Ю. М. Ковган**, П. А. Платонов // **Медицина и образование в Сибири (электронный журнал).** – 2015. – № 5. – С. 33–36.

2. Анищенко, В. В. Обзор вариантов лечебной тактики при ахалазии кардии IV стадии: кардиопластика или экстирпация / В. В. Анищенко, **Ю. М. Ковган**, Д. А. Ким // **Международный научно-исследовательский журнал**. – 2016. – № 12-5 (54). – С. 63–67.

3. Эзофагокардиофундопластика как метод лечения ахалазии кардии / В. В. Анищенко [и др.; в т. ч. **Ю. М. Ковган**] // **Вопросы реконструктивной и пластической хирургии.** – 2017. – Т. 20, № 1 (60). – С 40-45.

4. Ковган, Ю. М. Сравнительная актуальность лапароскопической эзофагокардиофундопластики и заместительных пластик пищевода при ахалазии IV стадии / **Ю. М. Ковган,** Ю. А. Кирьянова, К. Ю. Азарова // Авиценна-2014 : материалы 5-й Российской (итоговой) научно-практической конкурс-конференции студентов и молодых ученых тезисы. – 2014. – Т. 2 – С. 458–459.

5. Эзофагокардиофундопластика в лечении ахалазии кардии IV стадии / В. В. Анищенко [и др.; в т. ч. **Ю. М. Ковган**] // Материалы XII съезда хирургов России : тезисы. – Ростов-на-Дону, 2015. – С. 1.

6. Эзофагокардиофундопластика как вариант лечения ахалазии кардии III–IV стадии / В. В. Анищенко [и др.; в т. ч. **Ю. М. Ковган**] // Материалы I съезда хирургов ЦФО : тезисы. – г. Рязань, 2017. – С. 1.

7. Сравнительная характеристика лапароскопической эзофагокардиофундопластики и экстирпации пищевода в лечении пациентов с ахалазией кардии III–IV стадии / В. В. Анищенко [и др.; в т. ч. **Ю. М. Ковган**] // Материалы национального хирургического конгресса совместно с 20-м

юбилейным съездом РОЭХ : тезисы, Москва, 2017 // Альманах института имени А. В. Вишневского. – 2017. – № 1. – С. 1816–1818.

8. Анищенко, В. В. Непосредственные результаты лечения пациентов с ахалазией кардии III–IV методом эзофагокардиофундопластики / В. В. Анищенко, **Ю. М. Ковган**, Д. А. Ким // Развитие отраслевого здравоохранения на Западно-Сибирской железной дороге : сборник статей, посвященный 120-летию Отделенческой клинической больницы на станции Омск-Пассажирский ОАО «РЖД». – Омск, 2016. – С 96–98.

9. Анищенко, В. В. Лечение ахалазии IV стадии: кардиопластика или экстирпация? / В. В. Анищенко, **Ю. М. Ковган**, Д. А. Ким // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии : материалы 5-й межрегиональной научно-практической конференции : тезисы. – Томск, 2016. – С. 8–10.

10. Анищенко, В. В. Эзофагокардиофундопластика в лечении пациентов с ахалазией кардии III–IV степени / В. В. Анищенко, **Ю. М. Ковган**, Д. А. Ким // Актуальные вопросы современной хирургии : материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 120-летию М. А. Подгорбунского и 60-летию лечебного факультета КемГМУ. – Кемерово, 2016. – С. 14–18.

11. **Ковган, Ю. М.** Отдаленные результаты эффективности лечения пациентов с ахалазией кардии III–IV степени после лапароскопической эзофагокардиофундопласики / **Ю. М. Ковган**, Д. А. Ким, П. А. Платонов // Материалы 5-й научно-практической конференции молодых ученых Сибирского и Дальневосточного федеральных округов : сборник статей. – Иркутск, 2016. – С. 54–62.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии https://GastroScan.ru/literature/

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АК	ахалазия кардии
АРО	анестезиолого-реанимационное отделение
ГЭР	гастроэзофагеальный рефлюкс
ИМТ	индекс массы тела
НПС	нижний пищеводный сфинктер
РП	рак пищевода
ЭКФП	эзофагокардиофундопластика
ЭП	экстирпация пищевода

Подписано в печать 18.10.17. Формат бумаги 60×84/16.
Печать цифровая. Уч.-изд.л. 1,0. Усл. п.л. 1,0. Тираж 100 экз.
Заказ № 78.

Педуниверситет, 630126, Новосибирск, Вилюйская, 28