

На правах рукописи

Оконская Диана Евгеньевна

**ЭЗОФАГЭКТОМИЯ КАК СПОСОБ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
АХАЛАЗИИ КАРДИИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ**

3.1.9. Хирургия (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель: доктор
медицинских наук Ручкин Д.В.

Москва - 2021

Работа выполнена на базе отделения реконструктивной хирургии пищевода и желудка федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Ручкин Дмитрий Валерьевич

Официальные оппоненты:

Анищенко Владимир Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии факультета усовершенствования врачей федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Шестаков Алексей Леонидович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением торако-абдоминальной хирургии и онкологии федерального государственного бюджетного научного учреждения «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В.Петровского».

Ведущая организация: федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).

Защита состоится « ___ » _____ 2021 г. в ___ :__ часов на заседании диссертационного совета 21.1.044.01 при ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, 27.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России и на сайте www.vishnevskogo.ru

Автореферат разослан « ___ » _____ 2021 г.

Ученый секретарь диссертационного совета: доктор медицинских наук

Сапелкин Сергей Викторович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

До сих пор подходы к лечению ахалазии кардии (АК) IV ст. остаются важной тактической проблемой. Большинство хирургов больным с терминальной стадией АК продолжают выполнять кардиодилатацию или кардиомиотомию с неполной фундопликацией (Vaezi M.F. et al., 2013; Stefanidis D. et al., 2012). Вышеперечисленные методики, являясь паллиативными по сути, не устраняют субстрата заболевания (патологически измененного пищевода), что приводит к рецидиву дисфагии в 10-20% (Iqbal A. et al., 2006). По данным M.F. Loviscek et al. (2013), степень удовлетворенности результатами повторных вмешательств на кардии была минимальна у больных IV ст. АК, составив 33% в период наблюдения с 12 по 157 мес. (медиана - 63 мес.). Это обуславливает низкую эффективность органосохраняющих вмешательств на поздней стадии заболевания, в связи с чем прибегают к повторным сеансам баллонной дилатации, к рекардиомиотомии. И только после очередной неудачной попытки лечения отдельным пациентам выполняют эзофагэктомию (ЭЭ) (Devaney E.J. et al., 2001). Неудачи органосохраняющих методик связаны с недостаточной оценкой стадии и прогноза заболевания. Любое органосохраняющее вмешательство направлено лишь на восстановление проходимости кардии без учета необратимых патологических изменений в самом пищеводе.

Известна тактика выполнения эзофагэктомии без предшествующих вмешательств на кардии (Orringer M.V. et al., 1989; Черноусов А. Ф. и др., 2000; Devaney E.J. et al., 2001). Данный подход постоянно дискутируется. Многие современные исследователи считают приоритетное выполнение ЭЭ слишком радикальным методом, сопряженным с большим количеством осложнений и плохим качеством жизни пациентов (Duranceau A. et al., 2012; Stefanidis D. et al., 2012; Vaezi M.F. et al., 2013).

Анатомические и функциональные изменения пищевода на терминальной стадии заболевания являются неоспоримым аргументом в пользу радикального хирургического лечения (Sader A.A. et al., 2000; Черноусов А. Ф. и др., 2012). Орган

расширяется (более 6 см в диаметре), принимает S-образную форму. Нарушаются пропульсивная моторика пищевода (вплоть до его атонии), а также эвакуация пищи вследствие деформации и рубцового перерождения кардии. Возникает выраженный эрозивно-язвенный эзофагит, функция органа безвозвратно утрачивается. Кроме того, остается высоким риск язвенного кровотечения на фоне застойного эзофагита, а также тяжелых аспирационных осложнений вследствие активной и пассивной регургитации, которые приводят к развитию пневмонии (Banbury M.K. et al., 1999; Duranceau A. et al., 2012).

Более того, достоверно известно о высоком риске развития плоскоклеточного рака пищевода, так как дисплазия слизистой оболочки пищевода является частой находкой при АК IV ст. (Meijssen M. A. et al., 1992; Fisichella P. M. et al., 2008).

Учитывая все вышесказанное, очевидно, что вопрос выбора тактики лечения АК терминальной стадии по-прежнему остается дискуссионным, а место ЭЭ в лечении АК окончательно не определено.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать стратегию и тактику радикального хирургического лечения больных ахалазией кардии.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Определить показания и противопоказания к радикальному хирургическому лечению больных ахалазией кардии.
2. Обосновать применение эзофагэктомии с одномоментной пластикой пищевода в качестве метода выбора в лечении терминальной стадии АК, в том числе у больных с рецидивом дисфагии после операций на кардии.
3. Оценить безопасность эзофагэктомии у больных терминальной стадией ахалазии кардии на основании анализа ее непосредственных результатов.
4. Оценить эффективность эзофагэктомии на основании анализа ее отдаленных результатов, включающего сравнительное изучение соматического состояния и качества жизни больных до и после радикального хирургического лечения.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Обоснована стратегия радикального хирургического лечения больных ахалазией кардии, согласно которой абсолютным показанием к эзофагэктомии является терминальная стадия заболевания (без предшествующего лечения), а также ахалазия кардии IV ст. после неудачных предшествующих вмешательств на кардии.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Расширены показания к эзофагэктомии у больных ахалазией кардии в терминальной стадии и с рецидивом дисфагии после операции на кардии.

Обоснована необходимость радикального хирургического лечения больных ахалазией кардии IV ст.

Трансхиатальная эзофагэктомия с одномоментной пластикой пищевода желудочной трубкой стандартизирована как «операция выбора» в хирургическом лечении терминальной стадии ахалазии кардии.

Определены показания к дополнительному трансторакальному доступу.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ

Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую работу ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского" Минздрава России. На основании проведенных исследований способ радикального лечения ахалазии кардии терминальной стадии внедрен в клиническую и педагогическую практику следующих организаций: ГБУ РД «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Дагестан, ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи», кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндоскопической хирургии ДГМУ.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Основные положения и результаты работы доложены и обсуждены на научно-практических конференциях:

1. Заседания проблемной комиссии по абдоминальной хирургии ФГБУ "НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского" Минздрава России от 11, 13 декабря 2017 г.
2. «Эзофагэктомия как способ радикального лечения ахалазии кардии терминальной стадии». VI Межрегиональная научно-практическая

конференция «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии» г. Томск, 17 ноября 2017 г.

3. «Эзофагопластика комбинированным трансплантатом». VII Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии», посвященная памяти Г.К. Жерлова, г. Томск, 23 ноября 2018 г. Опубликовано тезисы
4. «Esophagectomy for end-stage achalasia». Всемирный конгресс Международной ассоциации хирургов, гастроэнтерологов и онкологов (IASGO), 09.09.2018 – 12.09.2018. Опубликовано тезисы
5. «Эзофагопластика комбинированным трансплантатом». II Общероссийский хирургический Форум, XXII Съезд РОЭХ им. В.Д. Федорова. Секция молодых ученых № 1, г. Москва 10.04.2019 -12.04.2019

ПУБЛИКАЦИИ

По теме диссертации опубликовано 5 работ, из них 3 статьи в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Российской Федерации для публикации результатов диссертационных исследований.

СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация изложена на русском языке на 143 страницах машинописного текста и состоит из оглавления, введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 35 отечественных и 111 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 40 рисунками и 17 таблицами.

ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Терминальная стадия ахалазии кардии является показанием к радикальному хирургическому лечению.
2. Трансхиатальная эзофагэктомия с одномоментной субтотальной пластикой пищевода желудочной трубкой является операцией выбора при терминальной стадии ахалазии кардии. Правосторонний трансторакальный доступ также применяется в отдельных случаях для обеспечения хирургической безопасности.

3. Для обеспечения относительной безопасности эзофагэктомии оправдан мультидисциплинарный подход к ведению больных.

4. Эзофагэктомия предотвращает жизнеугрожающие осложнения и улучшает качество жизни пациентов с терминальной стадией ахалазии кардии.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом исследования послужили непосредственные и отдаленные результаты лечения 60 больных с терминальной стадией АК, перенесших субтотальную ЭЭ с одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластикой изоперистальтической желудочной трубкой. Всех пациентов оперировали в отделении реконструктивной хирургии пищевода и желудка НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского МЗ РФ в период с февраля 2011 г. по март 2019 г.

Общая продолжительность исследования составила 8 лет - с 16 февраля 2012 г. по февраль 2020 г., т.е. с момента первой ЭЭ до последнего дня сбора информации в отдаленном периоде.

Критериям включения в исследование соответствовали: 1) пациенты с клинически и инструментально диагностированной АК терминальной стадии; 2) операбельные пациенты любого пола и возраста, с любыми по виду и тяжести сопутствующими заболеваниями. Из исследования исключили больных с декомпенсацией сопутствующей патологии, которые не могли перенести хирургическое лечение в объеме субтотальной ЭЭ, а также больных с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта, не позволяющей выполнить эзофагопластику желудочным трансплантатом.

Выборку составили 60 пациентов, которым выполнили либо трансхиатальную (ТХ), либо трансторакальную (ТТ) эзофагэктомию. Оба варианта представляли собой традиционные методики ЭЭ с одномоментной эзофагопластикой желудочной трубкой и формированием шейного эзофагогастроанастомоза (ЭГА). Послеоперационное ведение пациентов осуществляли в соответствии с разработанным в отделении протоколом ускоренной реабилитации, основанным на мультидисциплинарной командной работе. Оценку хирургических осложнений

проводили согласно рекомендациям Esophagectomy Complications Consensus Group (ECCG), учитывающим особенности периоперационного и послеоперационного ведения (в течение 30 сут после вмешательства) пациентов, перенесших ЭЭ.

В общей группе из 60 больных АК терминальной стадии было 28 (46,7%) мужчин и 32 (53,3%) женщины в возрасте от 23 до 84 лет, медиана – 49,5 (36; 59,5) лет. Клиническую картину оценивали на основании жалоб больного при поступлении в стационар, данных анамнеза и осмотра. Длительность заболевания варьировала от 12 до 480 мес., медиана составила 120 (60; 243) мес. Выбору радикальной тактики лечения способствовало также *осложненное течение* основного заболевания у 21 (35,0%) пациента. Наиболее частыми осложнениями являлись аспирационная пневмония и эрозивно-язвенный эзофагит, и их с полным правом считали жизнеугрожающими. Специфическое лечение АК ранее проведено 38 (63,3%) больным, но результат его оказался неудовлетворительным по причине рецидива дисфагии.

Плановые вмешательства предприняли у 58 (96,7%) больных. В экстренном порядке ТХ ЭЭ с одномоментной эзофагопластикой выполнили 2 (3,3%) пациентам по причине разрыва пищевода во время эндоскопической пневмокардиодилатации.

Длительность операции находилась в интервале от 260 до 525 мин., медиана составила 340 (300; 377) мин. Наибольшей продолжительностью хирургического пособия была у пациентов, ранее перенесших вмешательства на кардии.

Для обработки данных применен пакет прикладных программ «Microsoft Excel» и «STATISTICA 10» для Windows. Характер распределения данных оценивали по критериям Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилкса. При нормальном распределении данных результаты представляли в виде среднего арифметического значения с указанием стандартного отклонения ($M \pm m$). В случае распределения результатов отличного от нормального, данные представляли в виде медианы и 25-й и 75-й перцентилей Me (25p; 75p). В проспективном компоненте исследования использовался t-критерий Уилкоксона. Достоверность результатов исследования оценили с установлением доверительных границ при *вероятности безошибочного прогноза (P)* равной 95,5%. Разница двух средних или относительных

величин считалась достоверной при *вероятности ошибки (p)* меньшей или равной 0,05, а при $p > 0,05$ - недостоверной.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценку результатов хирургического вмешательства провели на основании исследования его *безопасности* и *эффективности*. Безопасность ЭЭ оценили путем анализа непосредственных результатов, а эффективность - отдаленных.

Объем *интраоперационной кровопотери* находился в интервале от 100 до 1000 мл и составил в среднем $488 \pm 232,3$ мл. Всем 10 (16,7%) пациентам с кровопотерей более 800 мл ранее были выполнены кардиопластические вмешательства.

Интраоперационные осложнения зафиксированы у 3 (5,0%) пациентов: повреждение нижней диафрагмальной вены во время мобилизации левой доли печени у 1 (1,7%), селезенки с последующей спленэктомией - у 2 (3,3%) больных. Травмы мембранозной части трахеи, дуги непарной вены, грудного лимфатического протока, возвратных гортанных нервов, зарегистрировано не было. Интраоперационного сдавления и перекута питающей ножки желудочного трансплантата, а также его некроза не возникло. Во время мобилизации пищевода в условиях выраженного периезофагита не избежали повреждения медиастинальной плевры у 32 (53,3%) пациентов.

Послеоперационные осложнения

Ранние осложнения возникли у 9 (15,0%) больных. Неосложненный послеоперационный период имел место у 51 (85,0%) пациента (табл. 1).

Таблица 1

Осложнения в послеоперационном периоде

Послеоперационное осложнение	Количество больных	
	абс.	отн.
Несостоятельность ЭГА	2	3,3
Разрыв ЭГА	2	3,3
Гематома заднего средостения	1	1,7
Внутриплевральное кровотечение	1	1,7
НОМИ*, в том числе с некрозом трансплантата	1	1,7
ОПН**, RIFLE-I	1	1,7
Обтурационный ателектаз правого легкого, двусторонняя пневмония	1	1,7

Распределение ранних хирургических осложнений в зависимости от их тяжести согласно классификации Clavien-Dindo представлено в табл. 2.

Таблица 2

Структура послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo

Степень		Количество больных	
		абс.	отн.
I		1	1,7
II		4	6,7
III		3	5,0
	IIIa	1	1,7
	IIIb	2	3,3
IV		1	1,7
	IVa	1	1,7
	IVb	0	0,0
V		1	1,7

Из табл. 2 видно, что половина всех осложнений приходилась на I-II ст. Они не были тяжелыми и не потребовали повторных интервенционных вмешательств.

Несостоятельность ЭГА развилась у 2 (3,3%) больных. Один из них ранее перенес ЭКМТ с неполной фундопликацией, т.о. эзофагопластику выполнили «скомпрометированным» желудком. Ни одному пациенту не потребовалось разведения шейной раны ввиду небольших размеров затека и его адекватного дренирования в просвет пищевода. У всех пациентов несостоятельность разрешилась самостоятельно на фоне полной отмены перорального приема пищи и жидкости.

Герметичность шейного соустья достигнута к 15 послеоперационному дню (ПОД). Повторных операций никому не потребовалось. Всех пациентов выписали из клиники с полноценным питанием через рот.

Медиана длительности *n/o периода* составила 8,5 (7;10) сут.

Летальный исход имел место у 1 (1,7 %) больной. У пациентки на 3 ПОД развился тотальный некроз и перфорация желудочного трансплантата, инфаркт селезенки, а на 10 ПОД - некроз печени, толстой и тонкой кишок. Смерть больной наступила на 12 ПОД от полиогранной недостаточности. На секционном исследовании все артерии целиако-мезентериального бассейна были проходимы, тромбозов не обнаружили. Констатирована неокклюзионная острая мезентериальная

ишемия (НОМИ).

В итоге, удовлетворительные непосредственные результаты, а именно низкая частота тяжелых хирургических осложнений, требующих повторного вмешательства, свидетельствуют об относительной безопасности ЭЭ с одномоментной эзофагопластикой желудочной трубкой у больных с терминальной стадией АК. Единственный летальный исход, как было указано выше, не был предопределен характером основной патологии, объемом хирургического вмешательства, возрастом и сопутствующими заболеваниями пациентки. НОМИ не стоит рассматривать как специфический критерий безопасности ЭЭ, выполняемой в специализированном отделении «большого объема». Это осложнение может возникнуть при любом хирургическом вмешательстве, даже менее травматичном, чем ЭЭ, что диктует необходимость комплексного подхода к проблеме его профилактики.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценку *эффективности* ЭЭ с одномоментной эзофагопластикой желудочной трубкой провели на основании следующих объективных *критериев*: 1) питательного статуса, необходимости соблюдения режима питания и диеты; 2) качества жизни, оцененного врачом и пациентом; 3) поздних хирургических осложнений, в частности, болезней искусственного пищевода.

Под наблюдением в *отдаленном периоде* находились 48 (81,3%) из 59 больных. Срок наблюдения составил в среднем 2,9 года в интервале от 6 мес. до 7,5 лет.

Таблица 3

Результаты отдаленного п/о периода

Основной результат	Количество больных (n=59)	
	абс.	отн.
Живы	48	81,3
Потерины для наблюдения	11	18,6
Умерли	0	0,0
ИТОГО	59	100,0

Как видно из табл. 3, среди находившихся под наблюдением в отдаленном периоде пациентов летальных исходов зарегистрировано не было. Повторных операций по поводу основного заболевания также не было.

В табл. 4 представлен *рацион питания* оперированных пациентов.

Таблица 4

Рацион питания

Рацион питания	Количество больных (n=48)	
	абс.	отн.
Не ограничен (общий стол)	33	68,75
Незначительные ограничения	15	31,25
Строгие ограничения	0	0,0
Итого	48	100,0

Из представленных данных следует, что около 2/3 наблюдаемых пациентов не испытывали каких-либо ограничений в питании. Около 1/3 пациентов незначительно ограничивали свой рацион. Одним из лимитирующих факторов явилась меньшая, чем до операции, порция пищи, употребляемая за один прием. У 8 (16,7 %) больных ограничения распространялись на твердую и сухую пищу. Эти пациенты на момент опроса проходили курсы бужирования по поводу стриктуры ЭГА и отметили значимое уменьшение дисфагии, которая требовала лишь незначительных ограничений в диете. У 5 (10,4%) больных ограничения распространялись на легкоусвояемые углеводы, которые вызывали демпинг-синдром лёгкой степени тяжести. Еще у 4 (8,3%) пациентов ограничения носили неспецифический характер и были связаны с отвращением к определенным разновидностям продуктов, таким как: мясные, молочные, рыбные и т.д.

Для оценки *питательного статуса* больных в отдаленном периоде выбрали следующие объективные показатели - массу тела и индекс массы тела (ИМТ) в динамике. Во время пребывания в стационаре и в позднем послеоперационном периоде (до 1 мес.) практически все пациенты теряли вес. Динамику массы тела считали в течение, как минимум, 6 мес. после операции, т.к. объективная стабилизация массы тела у всех пациентов укладывалась именно в этот срок.

Таблица 5

Динамика массы тела и ее индекса

Критерий		Количество больных (n=48)	
		абс.	отн.
Масса тела	Прибавка	26	54,2
	Стабильна или потеря < 10 кг	16	33,3
	Снижение или потеря > 10 кг	6	12,5
ИМТ, кг/м ²	Менее 18,5	0	0,0
	18,5-24,99	30	62,5
	Более 25	18	37,5
Динамика ИМТ, кг/м ²	> 0	32	66,7
	От 0 до -5	10	20,8
	От -5 до -10	6	12,5
	> -10	0	0,0

Как видно из **табл. 5**, несмотря на снижение массы тела более 10 кг у 6 (12,5%) больных, дефицита массы тела (ИМТ менее 18,5 кг/м²) не было ни у одного из них. У всех пациентов с потерей массы тела на момент опроса вес стабилизировался.

Анализ *самочувствия* пациента проводили при помощи трехступенной шкалы оценки своего состояния пациентами на основании доступной и понятной градации - хорошее, удовлетворительное (нормальное), плохое (**табл. 6**).

Таблица 6

Распределение пациентов в зависимости от оценки самочувствия.

Оценка	Количество больных (n=48)	
	абс.	отн.
хорошее	45	93,75
удовлетворительное	3	6,25
плохое	0	0,0
ИТОГО	48	100,0

Хорошо себя чувствовали 45 (93,75 %) пациентов. Удовлетворительное самочувствие отмечали 3 (6,25 %) больных, которые испытывали незначительные ограничения в диете, периодическую немотивированную слабость, снижение

трудоспособности. Как плохое свое самочувствие не оценил ни один из опрошенных больных.

В рамках проспективного компонента мы оценивали *качество жизни (КЖ)* при помощи как неспецифического опросника SF-36, так и специфического гастроэнтерологического опросника GSRS. Обследовали 25 пациентов из основной группы в период с марта 2017 г. по декабрь 2019 г. Средний возраст в группе составил $47,3 \pm 3,3$ лет, мужчин было 12 (48%), женщин - 13 (52%). Рецидив дисфагии диагностировали у 15 (60%), первично оперированы 10 (40%) пациентов исследуемой группы. Сбор данных производили в срок от 11 до 15 мес. после ЭЭ.

В контрольную группу включили здоровых добровольцев, не страдающих АК и никогда не оперированных на органах ЖКТ. Средний возраст в группе составил $35,6 \pm 3,8$ лет, мужчин было 11 (44%), женщин - 14 (56%). Все участники этой группы на момент опроса были трудоспособны. Они также ответили на оба опросника.

Динамика показателей опросника SF-36 представлена в **табл. 7**. При статистической обработке разница двух средних величин (до и после лечения) оказалась достоверной по всем показателям опросника с вероятностью ошибки $p < 0,001$.

Таблица 7

Динамика показателей опросника SF-36 (Me)

Показатель	Период исследования		
	до ЭЭ	после ЭЭ	контроль
Физическое функционирование (PF)	65 (50;80)	90 (85;95)	95 (87,5;97,5)
Рольное функционирование (RP)	25 (0;50)	75 (50;100)	87,5 (50;100)
Интенсивность боли (BP)	41 (22;52)	79 (62;100)	72 (56,5;92)
Общее состояние здоровья (GH)	40 (25;45)	57 (52;72)	63,5 (51;82)
Жизненная активность (VT)	45 (40;60)	70 (55;75)	60 (40;75)
Социальное функционирование (SF)	43,75 (25;50)	75 (62,5;100)	75 (56,25;100)
Эмоциональное функционирование (RE)	66,7 (33,3;66,7)	100 (100;100)	83,35 (50;100)
Психологическое здоровье (MH)	46 (40;52)	64 (60;68)	72 (50;80)
Физический компонент здоровья (PCS)	36,55 (29,9;39)	47,95 (45;54)	47,8 (37,3;54,5)
Психический компонент здоровья (MCS)	38,5 (30,8;40,7)	50,5 (48;53)	53,55 (45,2;57,1)

Анализ полученных результатов демонстрирует достоверную положительную динамику по всем шкалам. Несмотря на склонность пациентов с АК к хроническому стрессу, увеличились показатели эмоционального функционирования, т.е. снизилось негативное влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность, межличностные взаимоотношения (в т.ч. в рамках социального функционирования). Тенденция к увеличению показателей физического и психического компонентов здоровья отразила не только уменьшение ограничений в повседневной деятельности, но и улучшение оценки своего состояния больным. Очевидно изменение восприятия своего заболевания в лучшую сторону. По всем шкалам опросника SF-36 улучшение показателей достигали уровня достоверности. Динамика исследованных показателей подтверждает улучшение качества жизни пациентов с АК терминальной стадией, перенесших радикальное хирургическое лечение. Более того, обращают на себя внимание более высокие показатели в отдаленном периоде в сравнении с контрольной группой по таким шкалам опросника, как: *интенсивность боли (BP)*, *жизненная активность (VT)*, *эмоциональное функционирование (RE)*. Вероятнее всего, это связано с исходной настроенностью пациентов. Резкая положительная динамика показателей отражает не слишком завышенные изначальные ожидания пациентов от лечения. Так как большую часть больных оперировали повторно, то пациенты воспринимали радикальную операцию как «вынужденную меру» или «операцию отчаяния».

Динамика показателей опросника GSRS представлена в **табл. 8**. При статистической обработке разница двух средних величин (до и после лечения) оказалась достоверной по всем показателям опросника ($p < 0,001$), кроме диарейного синдрома, где разница оказалась статистически недостоверной ($p = 0,107$).

Таблица 8

Динамика показателей опросника GSRS (Me)

Показатель	Период исследования		
	до ЭЭ	после ЭЭ	контроль
Абдоминальная боль (AP)	4,5 (3;5)	2 (1;2,5)	1,5 (1;2,5)
Рефлюкс-синдром (RS)	4 (3,3;5,3)	2 (1,7;2,7)	1,3 (1;2,3)
Диарейный синдром (DS)	3,7 (3;4,7)	3 (2,3;3,7)	1,25 (1;1,7)
Диспептический синдром (IS)	4,25 (3,75;4,75)	2,5 (2,25;3)	2 (1,25;2,5)
Синдром запоров (CS)	3,7 (2,7;4,3)	1,7 (1;2)	1 (1;1,33)
Общий балл	4 (3,5;4,4)	2,4 (2,06;2,7)	1,4 (1,3;1,9)

Опросник GSRS позволил провести более достоверную субъективную оценку синдромов, свойственных заболеваниям верхних отделов ЖКТ. К сожалению, специфических валидных опросников для оценки качества жизни больных АК нам найти не удалось. Оценку степени дисфагии проводили в разделе, посвященном специфическим хирургическим осложнениям отдаленного периода.

Абдоминальный болевой синдром у пациентов с АК терминальной стадии проявлялся болями в эпигастральной области и исходно наблюдался у 28% больных. В отдаленном периоде наблюдения отмечалась статистически значимая положительная динамика болевого синдрома.

Вопросы, направленные на оценку *рефлюкс-синдрома*, включали выявление изжоги, отрыжки и тошноты у обследованных пациентов. Исходно регургитация наблюдалась у 56 %, рвота у 28%, изжога у 8% больных. В отдаленном периоде наблюдения отмечалась статистически значимая положительная динамика рефлюкс-синдрома, связанная с восстановлением пассажа пищи, отсутствием застоя пищевых масс.

Диарея не является характерной жалобой пациентов с АК, но подлежит обязательной динамической оценке. Диарея в отдаленном периоде была у большинства пациентов как проявление постваготомического синдрома. Однако в течение полугода клинически значимая диарея разрешилась практически у всех. С этим была связана статистическая недостоверность полученных данных.

У 8 (12,5 %) больных сохранился учащенный неоформленный стул, не требовавший медикаментозной коррекции (табл. 9).

Таблица 9

Частота актов дефекации в течение суток

Стул (раз в сутки)	Количество больных	
	абс.	отн.
1 до 2	40	83,3
3 до 5	8	12,5
6 и более	0	0,0
ИТОГО	48	100,0

Из табл. 9 видно, что по прошествии минимального периода наблюдения (6 мес.) у большинства (83,3%) пациентов диарея прекратилась. Учащенный неоформленный стул на момент опроса был у 8 (12,5%) больных. Тяжелого диарейного синдрома, существенно снижающего качество жизни, не было зарегистрировано ни у одного опрошенного пациента. Таким образом, установлено, что несмотря на выраженные нарушения стула в течение 1-6 мес. отдаленного послеоперационного периода, по прошествии этого периода диарея имеет тенденцию к разрешению у большинства оперированных больных.

Вопросы, направленные на оценку *диспепсии*, включали выявление урчания, вздутия, отрыжки воздухом, естественного отхождения газов. Характерной активной жалобой, отражающей синдром диспепсии у пациентов с АК, являлась отрыжка воздухом (13% больных). Разница показателей синдрома диспепсии претерпела статистически значимую положительную динамику.

В синдром *запоров* в рамках использованного опросника включались вопросы, направленные на выявление затрудненной дефекации, жесткого кала, ощущения неполного опорожнения кишечника. Отмечена выраженная статистически значимая положительная динамика у всех оперированных больных.

Динамика *общего балла* была также положительной и статистически достоверной. Желудочно-кишечные симптомы в послеоперационном периоде по-прежнему были более выражены, чем у контрольной группы, однако очевидна положительная динамика показателей перед лечением и в отдаленном периоде.

Изучение качества жизни у пациентов, перенесших ЭЭ при нервно-мышечных заболеваниях пищевода, кажется нам особенно показательным и необходимым. Длительное и прогрессирующее течение заболевания, изнуряющая дисфагия,

неудачные попытки предшествующего лечения оказывают существенное негативное влияние на эмоциональное состояние больных АК, их социальное функционирование. Значительная доля заболевших была среди лиц трудоспособного возраста с высокой ожидаемой продолжительностью жизни. Таким образом, положительная динамика показателей опросников SF-36 и GSRS не противоречит стратегии своевременного радикального хирургического лечения пациентов с АК IV ст., более того, подтверждает ее.

Поздние хирургические осложнения в отдаленном п/о периоде наблюдали у 20 (41,7%) пациентов (табл. 10).

Таблица 10

Поздние хирургические осложнения

Осложнение	Количество больных	
	абс.	отн.
Рубцовая стриктура ЭГА	14	29,2
Демпинг-синдром	5	10,4
Послеоперационная диафрагмальная грыжа	1	2

У 14 (29,2%) больных развилась *рубцовая стриктура ЭГА*, которая клинически проявлялась рецидивом дисфагии I-II ст. через 1-3 мес. после хирургического лечения. Полной дисфагии не было ни у одного больного. Диагноз устанавливали на основании жалоб, рентгеноконтрастного и эндоскопического исследований (рис. 1).

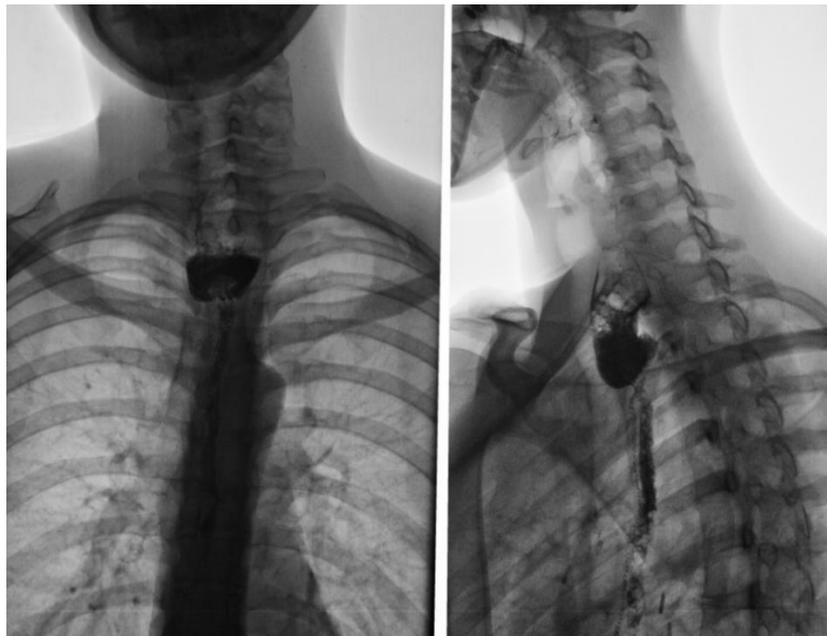


Рис. 1. Контрастная рентгенограмма желудочной трубки с бариевой взвесью, прямая (а) и боковая (б) проекции.

Степень стриктуры оценили, как 1 и 2 по Э.А. Годжелло (Годжелло Э.А., 2013). При этом все стриктуры были непротяженными, т.е. их длина составляла менее 1 см.

Всем пациентам с инструментально подтверждённой стриктурой ЭГА выполнили ее бужирование. Положительного клинического эффекта после первого сеанса бужирования достигли у 11 (78,6%) пациентов. Последующие сеансы проводили с «поддерживающей» целью. Всем пациентам на момент опроса провели курс эндоскопического бужирования с полным купированием дисфагии. Более 4 сеансов бужирования потребовалось 3 пациентам (6,25%) ввиду неполного клинического эффекта предшествующих процедур. На момент оценки отдаленных результатов 13 из 14 пациентам выполнили полный курс эндоскопического бужирования с положительным клиническим эффектом в виде купирования дисфагии, 1 пациент продолжал курс бужирования. Реконструкция ЭГА не потребовалась ни одному пациенту.

Клиническая симптоматика служила основой диагностики *демпинг-синдрома*. Демпинг-синдром наблюдали у 5 (10,4%) больных, причем он проявлялся в лёгкой форме, корригировался при помощи диеты с ограничением легкоусвояемых углеводов. Диарею наблюдали обычно в течение 3 - 6 мес. после операции. У 12,5 % больных сохранился учащенный неоформленный стул, не требовавший медикаментозной коррекции. По прошествии 6 мес. наблюдения у большинства (83,3%) из них диарея прекратилась. Тяжелого диарейного синдрома, существенно снижающего качество жизни, не было зарегистрировано ни у одного опрошенного больного.

Через 3 года после хирургического лечения основного заболевания у 1 (1,7%) пациента возникла *послеоперационная диафрагмальная грыжа* с транслокацией поперечной ободочной кишки и петель тонкой кишки в левую плевральную полость. Пациенту в плановом порядке выполнили низведение тонкой и толстой кишки в брюшную полость, латеральную диафрагмоплексию. Осложнений не было, пациента в удовлетворительном состоянии выписали на 7 ПОД.

При рентгеноконтрастном исследовании пациентов в отдаленном периоде признаков нарушения эвакуаторной функции желудочного трансплантата (гипо-, атонии, пилороспазма) не отмечали.

ВЫВОДЫ

1. Радикальное хирургическое лечение показано больным с IV ст. ахалазии кардии, в том числе с рецидивом дисфагии после операции на кардии.

2. Операцией выбора при терминальной стадии ахалазии кардии является трансхиатальная эзофагэктомия с одномоментной субтотальной пластикой пищевода желудочной трубкой, в отдельных случаях дополненная правосторонним трансторакальным доступом.

3. Для обеспечения относительной безопасности эзофагэктомии (летальность 1,7%, ранние осложнения у 15% больных) оправдан мультидисциплинарный подход к пред-/пери-/послеоперационному ведению больных.

4. Эзофагэктомия предотвращает жизнеугрожающие осложнения (у 35% больных) и улучшает качество жизни пациентов с терминальной стадией ахалазии кардии (хорошее самочувствие отметили 93,75% больных).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Органосохраняющие вмешательства на кардии не рекомендуется выполнять больным с IV ст. ахалазии кардии вне зависимости от предшествующего лечения, в т.ч. с рецидивом дисфагии после операции на кардии, а также при перфорации пищевода. Данной категории больных показано выполнение радикального хирургического лечения (эзофагэктомии с одномоментной пластикой пищевода).

2. Трансхиатальная эзофагэктомия с одномоментной субтотальной пластикой пищевода изоперистальтической желудочной трубкой является стандартной хирургической методикой для радикального лечения АК.

3. При исходном расширении верхней трети грудного отдела пищевода более 6,0 см с формированием изгиба на уровне дуги непарной вены, а также технических трудностях на этапе трансхиатальной мобилизации пищевода показан дополнительный правосторонний трансторакальный доступ.

4. Радикальное хирургическое лечение больных с терминальной стадией ахалазии кардии рекомендовано проводить в профильных «высокопоточковых» стационарах с командным мультидисциплинарным периоперационным обеспечением.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Ручкин Д.В., Оконская Д.Е., Ян М.Н. Эзофагэктомия как способ радикального лечения ахалазии кардии терминальной стадии. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2019; 42 (1). С.: 62-70.
2. Ручкин Д.В., Оконская Д.Е., Раевская М.Б., Щеголькова Т.А, Арутюнян Н.Э., Глотов А.В. Результаты радикального хирургического лечения ахалазии кардии терминальной стадии. Высокотехнологическая медицина. 2020. Т. 7. №1 С.: 17-31.
3. Ручкин Д.В., Оконская Д.Е., Ян М.Н., Козлов В.А., Раевская М.Б., Заваруева А.А. Эзофагопластика комбинированным висцеральным трансплантатом. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2020; 47 (2). С.: 125-134.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АК – ахалазия кардии;

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт;

ИМТ – индекс массы тела;

КЖ – качество жизни;

НМИЦ – Национальный медицинский исследовательский центр ;

НОМИ – неокклюзионная мезентериальная ишемия;

НПС – нижний пищеводный сфинктер;

ОПН – острая почечная недостаточность;

П/о – послеоперационный;

ПОД – послеоперационный день;

ПОЭМ – пероральная эндоскопическая миотомия;

ТХЭЭ – трансхиатальная эзофагэктомия;

ТТЭЭ – трансторакальная эзофагэктомия;

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия;

ЭГА – эзофагогастроанастомоз;

ЭКМТ – эзофагокардиомиотомия;

ЭЭ – эзофагэктомия;

RIFLE – Risk, Injury, Failure, Loss, End stage renal disease. Классификация острого почечного повреждения.