УДК: 616.333-009.12-072.1-891.2

Наш 10-летний клинический опыт лапароскопического лечения ахалазии кардии I типа

А.Дж. Абдуллаев, Э.В. Набиева, А.Г. Алиев
Азербайджанский медицинский университет, кафедра хирургических болезней III, г.Баку

Адрес электронной почты автора: nabiyeva.elnara@amu.edu.az

Açar sözlər: qida borusunun axalaziyası, laparoskopik müdaxilə, Heller üsulu ilə miotomiya.
Ключевые слова: ахалазия пищевода, лапароскопическое вмешательство, миотомия по Геллеру
Keywords: esophageal achalasia, laparoscopic intervention, Heller myotomy

Ахалазия кардии является редким заболеванием, в основе которого лежит первичное расстройство моторики пищевода. Она характеризуется снижением перистальтики пищевода и неполной релаксацией зачастую тонически сокращенного нижнего пищеводного сфинктера в ответ на акт глотания [1]. Распространенность заболевания составляет 10 случаев на 100 тыс. населения [2]. На основании манометрического профиля принято выделять три типа ахалазии: 1. Ахалазия 1-го типа (классическая ахалазия) Этот тип характеризуется отсутствием перистальтики и снижением давления в теле пищевода при глотании. Нижний пищеводный сфинктер (НПС) остается гипертонусным и не расслабляется адекватно, что приводит к затруднению прохождения пищи. Пациенты с ахалазией 1-го типа обычно имеют минимальные симптомы спазма, но часто жалуются на прогрессирующую дисфагию и потерю массы тела. 2. Ахалазия 2-го типа (с преобладанием компрессии) При ахалазии 2-го типа отсутствует перистальтика, однако во время глотания наблюдается панэзофагеальное давление (сокращение стенок пищевода), что приводит к временному закрытию пищевода. Этот тип встречается чаще других и лучше поддается лечению, так как панэзофагеальные сокращения усиливают давление, что делает лечение более предсказуемым. Пациенты чаще жалуются на острую дисфагию, а также на ощущение давления в грудной клетке. 3. Ахалазия 3-го типа (спастическая ахалазия). Ахалазия 3-го типа отличается наличием сильных, неперистальтических сокращений в нижней части пищевода, вызывающих интенсивные боли и дисфагию. В данном исследовании акцент сделан на ахалазии 1-го типа, поскольку она требует особого подхода к лечению в плане хирургического вмешательства. Лапароскопическая миотомия по Хеллеру оказывается достаточно эффективной для пациентов с 1-м типом ахалазии, обеспечивая адекватное расслабление нижнего эзофагеального сфинктера (НЭС) и улучшение симптомов.

Цель исследования – рассмотреть 10-летний опыт применения лапароскопического подхода у 127 пациентов с ахалазией 1-го типа, демонстрируя его преимущества и результаты.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 127 пациентов (82 мужчины и 45 женщин) в возрасте от 20 до 62 лет (средний возраст 48±6,5 лет), перенесшие лапароскопическую миотомию с фундопликацией по Дору в хирургической клинике АМУ и в госпитале «Зафаран» в период с 2014 по 2024 год в возрасте от 25 до 75 лет, с ахалазией 1-го типа. Пациентам после проведения лабораторно-инструментальных исследований и консультации врачей-специалистов, поставлен диагноз «Ахалазия кардии I степени», всем им была показана плановая операция. Больные проходили предоперационное обследование, включающее манометрию пищевода высокого разрешения, эндоскопию и бариевое исследование. Лапароскопическая миотомия по Хеллеру проводилась через 5 портов диаметром 5-10 мм с обязательной кардио-фундопликацией для предотвращения гастроэзофагеального рефлюкса. Показателями успеха считались ежегодные контрольные эндоскопические исследования пищевода, улучшение баллов по шкале Эккардта (Eckardt score) и снижение уровня рефлюкса (Таблица 1). Следует отметить, что шкала Эккардта может быть использована для оценки симптомов ахалазии [4].

Обсуждение полученных результатов. Из 127 пациентов улучшение симптомов наблюдалось у 93% пациентов, при этом средний балл по шкале Эка снизился с 7,2 до 1,4. У 5% пациентов возникли незначительные послеоперационные осложнения, которые были успешно устранены. Средний срок госпитализации составил 2,1 дня, а полное восстановление в среднем заняло 5 недель. В течение

наблюдательного периода, составившего от 1 до 10 лет, ни у одного пациента не наблюдалось значимых рецидивов. Наши результаты соответствуют данным других исследований, подтверждающих высокую эффективность лапароскопической миотомии при лечении ахалазии 1-го типа [4]. Ниже показаны преимущества лапароскопического лечения ахалазии пищевода 1-го типа:

Таблица
Таблица шкалы Эккардта

Score	Потеря веса	Дисфагия	Ретростернальные боли
0	-	-	-
1	<5	В редких случаях	В редких случаях
2	5-10	Каждый день	Каждый день
3	>10	При каждом приеме пищи	При каждом приеме пищи

1. Высокая клиническая эффективность. Лапароскопическая миотомия по Хеллеру показала себя как один из наиболее эффективных методов для лечения ахалазии 1-го типа, поскольку позволяет устранить спастическую активность НЭС и восстановить адекватную проходимость пищевода. В отличие от консервативных методов, лапароскопический подход обеспечивает более стабильное и длительное улучшение симптомов, таких как дисфагия, боль и регургитация. У большинства пациентов наблюдается снижение симптомов до уровня, позволяющего значительно улучшить качество жизни.

2. Минимально инвазивный доступ. Пациенты, перенесшие лапароскопическое вмешательство, сталкиваются с меньшим уровнем послеоперационных болей и дискомфорта, что позволяет отказаться от длительного применения анальгетиков и ускорить восстановление.

3. Сокращение сроков госпитализации и реабилитации. В среднем пациенты выписываются уже через 2–4 дня после операции, что значительно сокращает сроки восстановления по сравнению с открытыми методами. Кроме того, этот метод позволяет снизить финансовую нагрузку и минимизировать трудоспособные потери для пациентов.

4. Меньший риск осложнений. При использовании лапароскопической миотомии отмечается низкая частота осложнений по сравнению с другими методами лечения ахалазии. Риск инфицирования операционной раны, кровотечений и других типичных послеоперационных осложнений существенно снижен благодаря малому размеру разрезов и бережному отношению к окружающим тканям.

5. Надежная профилактика гастроэзофагеального рефлюкса При выполнении лапароскопической миотомии всегда добавляется передная фундопликация по Дору, что позволяет предупредить развитие гастроэзофагеального рефлюкса - одного из потенциальных осложнений миотомии. Это значительно снижает риск возникновения рефлюксной болезни, которая часто развивается после процедуры, направленной на расслабление нижнего пищеводного сфинктера.

6.Положительные долгосрочные результаты.

Лапароскопическая миотомия обеспечивает стойкие положительные результаты, что подтверждается нашим 10-летним наблюдением: у большинства пациентов сохраняется улучшение даже через несколько лет после операции. Это выгодно отличает лапароскопический метод от менее инвазивных процедур, таких как пневмодилатация или инъекции ботулотоксина, эффект которых может со временем ослабевать, требуя повторных вмешательств. Ограничения и недостатки лапароскопического метода

1. Технические сложности операции. Лапароскопическая миотомия требует высокой квалификации и значительного опыта от хирурга. При выполнения этой процедуры могут иметь повышенный риск перфорации пищевода и других осложнений и поэтому хирург должен обладать навыками работы с минимально инвазивными техниками и иметь достаточный опыт в области лечения пищеводных заболеваний. Это ограничивает доступность метода в некоторых медицинских учреждениях, где недостаточно подготовленных специалистов.

2. Необходимость фундопликации и риск рефлюксной болезни. Несмотря на профилактическое выполнение фундопликации, у небольшого числа пациентов все же может развиться гастроэзофагеальный рефлюкс. Это связано с тем, что миотомия нарушает функцию нижнего пищеводного сфинктера, что может повысить вероятность рефлюкса. Некоторым пациентам может потребоваться дополнительная терапия для контроля симптомов рефлюкса после операции.

3.Ограничения у пациентов с сопутствующими заболеваниями Хотя лапароскопическая миотомия является относительно безопасной процедурой, пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, особенно сердечно-сосудистыми или дыхательными патологиями, могут иметь повышенный риск анестезиологических осложнений. В таких случаях перед проведением лапароскопии требуется более тщательное обследование, а для отдельных пациентов может быть рекомендована менее инвазивная альтернатива.

4.Зависимость результатов от опыта клиники.

Успех лапароскопической миотомии сильно зависит от опыта и квалификации медицинского персонала, а также от качества оборудования. В менее оснащенных клиниках, где лапароскопия используется редко, могут быть более высокие риски осложнений и рецидивов. Это подчеркивает важность централизованного подхода к лечению ахалазии, с направлением пациентов в специализированные центры.

Заключение. Лапароскопическое лечение ахалазии пищевода 1-го типа показало высокую эффективность и безопасность при наблюдении на протяжении 10 лет. Метод обеспечивает значительное улучшение симптомов, снижает риск осложнений и позволяет достигать долговременных результатов. На основании этих данных лапароскопическая миотомия может рассматриваться в качестве предпочтительного метода лечения для пациентов с ахалазией 1-го типа. Также следует отметить, что ведение таких больных требует от врача – клинициста рационального подхода как в диагностике, так и в терапии, в том числе в содружестве с другими специалистами (кардиологами, невропатологами, психиатрами) [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Московцева Н.И., Булычева Е.В., Величко Е.Н. Клинический случай ахалазии пищевода // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики, 2023, № 3, с.65-79.

2. Kanishchev I.S., Shishin K.V., Nedoluzhko I. et al. Choosing treatment methods for achalasia in elderly patients // Russian Journal of Evidence-based Gastroenterology, 2022, №11(4).

3. Weusten B.L., Barret M., Bredenoord A.J. Endoscopic manage ment of gastrointestinal motility disorders - part 1: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline // Endoscopy, 2020, №52(6), p.498-515.

4. Persson J., Johnsson E., Kostic S. et al. Treatment of achalasia with laparoscopic myotomy or pneumatic dilatation: long-term results of a prospective, randomized study //World J Surg. 2015, 39, p.713-20.

5. Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Костин А.К. Коморбидность ахалазии пищевода, смешанной тревожной и депрессивной реакции у пациентки молодого возраста: проблемы диагностики и лечения // Бюллетень сибирской медицины, 2019, №18 (2), с. 290-298.

Xülasə
I tip kardiya axalaziyanın laparoskopik müalicəsində 10 illik kliniki təcrübəmiz
A.J. Abdullayev, E.V.Nəbiyeva, Ə.H.Əliyev

Qida borusunun axalaziyası ezofagus hərəkətliliyinin pozğunluğuna əsaslanan nadir bir xəstəlikdir. Manometrik profilə əsaslanaraq, axalaziyanın üç növü ayırd edilir. Halhazırkı tədqiqat işində, cərrahi müdaxilə baxımından xüsusi müalicə yanaşması tələb etdiyi üçün 1-ci tip axalaziyaya diqqət yetirilir. Laparoskopik Heller miotomiyasının aşağı ezofagus sfinkterinin adekvat relaksasiyasını və simptomların yaxşılaşmasını təmin edən tip 1 axalaziyası olan xəstələr üçün kifayət qədər effektiv olduğu görünür. Tədqiqatın məqsədi 1 tip axalaziya olan 127 xəstədə laparoskopik yanaşma ilə 10 illik təcrübəni nəzərdən keçirmək, onun üstünlüklərini və nəticələrini nümayiş etdirməkdır. I tip qida borusu axalaziyanın laparoskopik müalicəsi 10 illik izləmə zamanı yüksək effektivlik və təhlükəsizlik nümayiş etdirmişdir. Bu üsul (Heller miotomiyası) simptomların əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşmasını təmin edir, ağırlaşma riskini azaldır və uzunmüddətli nəticələr əldə etməyə imkan verir. Bu məlumatlara əsasən, laparoskopik miotomiya 1-ci tip axalaziyalı xəstələr üçün üstünlük verilən müalicə variantı hesab edilə bilər.

Summary
Our 10-year clinical experience in laparoscopic treatment of achalasia of the cardium type I
A.J. Abdullayev, E.V. Nabiyeva, A. H. Aliyev

Achalasia of the cardia is a rare disease, which is based on the primary disorder of esophageal motility. Based on the manometric profile, it is customary to distinguish three types of achalasia. This study focuses on type 1 achalasia, as it requires a special approach to treatment in terms of surgical intervention. Laparoscopic Heller myotomy appears to be quite effective for patients with type 1 achalasia, providing adequate relaxation of the lower esophageal sphincter (LES) and symptom improvement. The aim of the study is to review 10 years of experience with the laparoscopic approach in 127 patients with type 1 achalasia, demonstrating its advantages and results. Laparoscopic treatment of esophageal achalasia type 1 has shown high efficacy and safety during 10-year follow-up. The method provides significant improvement in symptoms, reduces the risk of complications and allows achieving long-term results. Based on these data, laparoscopic myotomy can be considered as a preferred treatment for patients with achalasia type 1.

Daxil olub: 16.12.2024