

В. А. МАЛХАСЯН

## К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Рассматривается вопрос хирургического лечения ахалазии пищевода (кардии) в связи с отсутствием единогласия в выборе метода операции. Собственные клинические наблюдения доказывают целесообразность дополнять операции эзофагофундоанастомоза дренажной операцией на желудке в виде пилороластики. Испытана новая операция—кардиопластика желудочной стенкой с образованием искусственного клапана для предотвращения рефлюкса.

Многочисленность методов лечения ахалазии пищевода (кардии), предложенных до настоящего времени, объясняется как отсутствием патогенетической терапии, так и многостадийностью заболевания. Другой причиной является неудовлетворенность хирургов результатами многих из предложенных вмешательств.

Следует указать, что в настоящее время, помимо тех случаев, когда показана консервативная терапия, четко определяется тенденция к выполнению инструментального форсированного расширения кардии взамен прочих оперативных вмешательств во всех случаях, когда это возможно. Однако большинство авторов, особенно зарубежных, методом выбора все еще считают кардиомиотомию (операцию Геллера) в чистом виде или в различных модификациях. Даже сторонники кардиодилатации оставляют место для оперативного лечения, считая его показанным при далеко зашедших изменениях стенок пищевода, его деформации, рецидивах ахалазии после ранее перенесенных операций и т. д. [1, 2, 3, 5]. Таким образом, оперативное лечение ахалазии не снято с повестки дня, и это оправдывает как попытки его усовершенствования, так и поиски лучших оперативных вмешательств.

Рассматривая различные методы оперативного лечения ахалазии пищевода, следует признать, что наилучшим разрешением основной задачи, т. е. обеспечения свободного перехода пищи из пищевода в желудок, является широкий, хорошо функционирующий анастомоз—эзофагофундостомиа, предложенная в 1910 г. Гейровским и затем модифицированная некоторыми авторами. Основным возражением против этой операции является возможность обратного затекания содержимого желудка в пищевод—рефлюкс, приводящий в ряде случаев к возникновению эзофагита (рефлюкс-эзофагит) и его осложнений (язв, кровотечений, рубцовых сужений анастомоза). Именно это обстоятельство побудило отдать предпочтение кардиомиотомии и ее различным модификациям, операции, в свою очередь не лишенной ряда недостатков. К последним относятся возможность незамеченного повреждения слизи-



стой оболочки пищевода, недостаточность миотомии, повторные рубцовые сужения на месте кардиомиотомии, рефлюкс-эзофагит, капризность и травматичность операций лоскутного покрытия дефекта в мышечной оболочке. По данным различных авторов, операция Геллера дает от 20 до 30% неудовлетворительных результатов (по [5]). Признанная наилучшей модификация Б. В. Петровского (кардиопластика диафрагмальным лоскутом) дала 13,2% рецидива дисфагии даже на материале автора [3].

Естественно напрашивается вывод, что если бы удалось устранить опасность возникновения рефлюкс-эзофагита после эзофагофундотомии, то наряду с наилучшим решением проблемы дисфагии были бы значительно улучшены результаты этой операции.

Одним из путей профилактики пищевода рефлюкса может стать дополнение эзофагофундотомии какой-либо дренажной операцией. Рядом авторов [6, 7, 9, 10, 12] пилоропластика выполнялась в дополнение к операции Геллера, что, по их мнению, значительно снизило процент рефлюкса, хотя, естественно, прочие недостатки кардиомиотомии, о которых сказано выше, не были устранены.

Нами у трех больных, которым по поводу ахалазии пищевода 111° была чрезбрюшинным путем выполнена операция Грондаля-Юдина (U-образный эзофагофундоанастомоз), произведена одновременно и пилоропластика по Гейнеке-Микуличу. Все три операции выполнены в марте—мае 1972 г., и, таким образом, сроки наблюдения составляют около трех лет. Периодическое обследование больных показало отличную проходимость анастомоза и отсутствие каких-либо данных о развитии рефлюкс-эзофагита. Рентгенологическое обследование подтвердило свободную быструю эвакуацию желудочного содержимого через привратник. Приводим краткую клиническую иллюстрацию.

Больная Т. Р., 24 лет, поступила в клинику 11 мая 1972 г. с жалобами на выраженную дисфагию, пищеводные срыгивания, потерю веса (около 16 кг). Больна пять лет, пониженного питания, кожа бледная, суховатая. Умеренная анемия—3 400 000 эритроцитов, 66% гемоглобина. Рентгенологическое обследование—значительное расширение, удлинение и деформация (изгиб) пищевода. Стенки его атоничны, пищевод содержит много жидкости натеощак. Длительная задержка контрастной массы, затем эвакуация очень тонкой струей.

Клинический диагноз—ахалазия пищевода (кардии) 111°.

После недельной подготовки больная оперирована под интубационным фторотан-эфирным наркозом. Верхняя срединная лапаротомия, обнажение и мобилизация пищевода на протяжении 9—10 см. Наложен типичный U-образный анастомоз по Грондалю-Юдину шириной около 8 см. Одновременно произведена пилоропластика по Гейнеке-Микуличу с иссечением части передней полукружности привратникового жома.

Послеоперационное течение гладкое.

29 мая контрольная рентгеноскопия установила свободное прохождение контрастной массы через эзофагофундоанастомоз и свободное быстрое опорожнение желудка. 3 июня больная выписана по выздоровлении.

Явилась в клинику спустя 12 и 25 месяцев. Жалоб не предъявляет, прибавила в весе, принимает пищу любого характера. Никаких явлений, подозрительных на наличие рефлюкс-эзофагита, нет. Рентгенологические данные совпадают с данными контрольного исследования.



Таким образом, если судить по результатам трех наших наблюдений, дренажная операция в виде пилоропластики по Гейнеке-Микуличу может послужить профилактическим мероприятием и в какой-то мере предотвратить рефлюкс в пищевод.

В 1965 г. Алан Тал [11] предложил новую операцию при сужениях дистального отдела пищевода, испытанную им также в трех случаях при ахалазии. Сущность операции заключается в рассечении всех слоев стенки пищевода и кардии, образовании клапана (валика) из стенки желудка для предотвращения рефлюкса в пищевод и замещении дефекта складкой из передней стенки желудка, вшиваемой серозной оболочкой в сторону просвета пищевода. Клиническому применению операции предшествовала экспериментальная работа тех же авторов [8], в которой была доказана большая регенеративная способность слизистой пищевода, покрывающей серозную оболочку вшитого в дефект органа не позже трехнедельного срока. Большие регенеративные возможности слизистой оболочки пищевода подтверждены в работе Г. Попова и сотр. [4].

Операция Thal подкупает надежность достигаемого расширения кардии и образованием клапанного механизма для предотвращения рефлюкса. В марте 1974 г. нами выполнена одна кардиоластика по этому способу. Приводим краткую выписку из истории болезни.

Больная Ч. М., 25 лет, поступила в клинику 28 февраля 1974 г. с двухлетним анамнезом заболевания, характеризующегося нарастающей дисфагией, срыгиваниями зловонной жидкостью, наступающими как при бодрствовании, так и во сне, поперхиваниями. Потеряла в весе. Ниже средней упитанности, умеренно анемизирована—3 900 000 эритроцитов, 78% гемоглобина.

Рентгенологическое обследование: стойкая задержка контрастной взвеси на уровне кардии. Пищевод сильно расширен, содержит значительное количество жидкости натощак, стенки его атоничные.

Клинический диагноз: ахалазия пищевода (кардии) 111°.

После двухнедельной подготовки больная оперирована под интубационным фторотановым наркозом.

Верхняя средняя лапаротомия. Мобилизация пищевода в нижней трети его на протяжении 10 см. Четко определяется рубцово-уплотненный, суженный участок кардии, супрастенотическое расширение пищевода. Рассечена передняя стенка пищевода через все слои, разрез продлен на переднюю стенку желудка, длина разреза—8—9 см. Дефект расширен в поперечном направлении, создан валик клапан путем подшивания нижнего края дефекта к складке из передней стенки желудка. Затем передняя стенка желудка завернута на дефект в стенке пищевода и подшита к его краям. Брюшная рана защита наглухо.

С 5-го дня разрешен прием жидкости, с 10-го—кашицеобразной пищи, в дальнейшем—общий стол.

На третий день после операции у больной появились симптомы острого аппендицита, по поводу которого произведена аппендэктомия. В остальном—течение гладкое. Ходить стала с 6-го дня. Выписана на 21-й день.

Через 14 дней после операции—контрольное рентгенообследование, в процессе которого мы просили рентгенолога форсировать переход содержимого желудка в пищевод, для чего он применил положение Тренделенбурга и компрессию на желудок. Однако при свободной проходимости контрастной взвеси из пищевода в желудок вызвать обратный рефлюкс не удалось. Диаметр пищевода по сравнению с дооперационным значительно сократился.



Больная повторно обследована спустя 8 месяцев после операции—состояние хорошее, принимает пищу любого характера, прибавила в весе 4 кг. Рентгенологически—кардия свободно проходима, вызвать рефлюкс в пищевод не удается.

Таким образом, в этом наблюдении клапан по Thal выполнял свою функцию достаточно хорошо. Следует отметить, что операция Thal не упоминается даже в новейших монографиях, посвященных ахалазии пищевода и ее хирургическому лечению [1, 5].

Все изложенное позволяет прийти к заключению, что попытки совершенствовать имеющиеся методы оперативного лечения ахалазии пищевода (кардии) вполне оправданы. Заслуживают внимания и изучения также упомянутые выше вмешательства—сочетание эзофагофундотомий с дренажными операциями на желудке, в частности—пилоропластиками, и кардиоластика по способу Thal.

Кафедра хирургии  
ЕрГИДУВа

Поступило 11/II 1975 г.

Վ. Ա. ՄԱԼԱՍՅԱՆ

ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ԱՆԱԼԱԶԱՅԻ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Էզոֆագոֆունդոտոմիայի հետվիրահատման առավել ծանր բարդություններից մեկն է հանդիսանում ռեֆլյուքսը (հետհոսքը) ստամոքսից կերակրափող, որը կարող է առաջ բերել էզոֆագիտ, կերակրափողի խոց, արյունահոսություններ և այլ բարդություններ:

Հեղինակի կողմից կիրառվել է վիրահատության մի մեթոդ, որի ժամանակ ըստ Գրոնդալ-Յուդինի կատարված կերակրափող-ստամոքսային բերանակցումը զուգորդվել է Հեյնսկե-Միկուլիչի եղանակով կատարված պիլորոպլաստիկայի հետ, ստամոքսի պարունակությունը մշտապես դրենավորելու համար:

Վիրահատման արդյունքները լավ են և հեղինակը գտնում է, որ նկատարված վիրահատությունները հեռանկարային են և հետագա ուսումնասիրությունների կարիք են զգում:

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Вилявин Г. Д., Сословьев В. И., Тимофеева Т. А. Кардиоспазм. М., 1971.
2. Вишн Б. А., Вардосанидзе К. В., Светличный В. Е. Хирургия, 1974, 8, стр. 13.
3. Петровский Б. В., Ванцян Э. Н., Черноусов А. Ф., Чиссов В. И. Хирургия, 1972, 11, стр. 10.
4. Попов Г., Васильев И., Червенияков П., Прванова Л. Грудная хирургия, 1974, 1, стр. 98.
5. Федорова О. Д. Кардиоспазм. М., 1973.
6. Boettcher J., Betzner G. Beitr. klin. Chir., 1971, 218, 6, 481.
7. Gonzalez E. M. Rev. esp. Enferm. Apar. dig., 1972, 36, 3, 305.
8. Hatafuku T., Thal A. P. Surgery, 1964, 56, 3, 556.
9. Rees J. R. and al. Ann. Surg., 1970, 171, 2, 195.
10. Tanner N. C., Ryall R. R. In: Abdominal operations, 1969, Meridith Corp., 539.
11. Thal A. P., Hatafuku T., Kurtzman R. Arch. Surg., 1965, 90, 4, 464.
12. Vecchione P., Messina N. Rif. Med., 1973, 87, 29, 1148.