

Первый опыт лечения ахалазии кардии у ребенка методом пероральной эндоскопической миотомии

**М.П. Королев, Л.Е. Федотов, А.Л. Оглоблин, А.Л. Копяков,
Ш.Д. Мамедов, Б.Л. Федотов, Д.Г. Баранов**

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский Педиатрический Медицинский Университет Минздрава России.

Ахалазия кардии – врожденное или приобретенное расстройство моторики органа, проявляющееся нарушением прохождения пищи в желудок в результате недостаточного рефлекторного раскрытия нижнего сфинктера пищевода при глотании и беспорядочной перистальтики вышележащих отделов пищеводной трубки [1]. Клинически это заболевание проявляется прогрессирующей дисфагией, регургитацией, потерей веса и может приводить к развитию стойкой органической стриктуры с декомпенсированным расширением и S-образной [2] деформацией просвета пищевода. Подобная далеко зашедшая стадия болезни не только значительно ухудшает качество жизни пациентов, но и ведет к необходимости выполнения хирургического лечения. Этиология заболевания до сих пор остается неясной, что и обуславливает разнонаправленные и неоднозначные подходы к его лечению.

Существует ряд методов лечения ахалазии кардии. Медикаментозная терапия направлена на снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, ее как правило, сочетают с другими методами лечения. Различные эндоскопические методы лечения включают в себя инъекцию ботулинического токсина, баллонную дилатацию кардии. При хирургическом лечении производят операцию Э. Геллера с различными видами фундопликации, а при IV стадии болезни выполняют резекцию пищевода. Перечисленные методы лечения не дают стойкого функционального результата [4, 5].

Развитие внутрипросветной эндоскопической хирургии позволило внедрить в лечебную практику более агрессивные методы лечения доброкачественных заболеваний пищевода и желудка.

Впервые методика миотомии через эндоскоп из подслизистого доступа, по своей принципиальной сути аналогичная операции Э. Геллера, была разработана и выполнена в эксперименте группой «Апполо» в 2007 г. в рамках развития концепции транспросветной эндоскопической хирургии через естественные отверстия человеческого тела [6]. Первый клинический вариант пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) у человека разработал и впервые выпол-

нил 8 сентября 2008 г. профессор Н. Иноуэ. Пролечив более 200 пациентов, он доказал безопасность, эффективность и хорошие функциональные результаты метода ПОЭМ в лечении ахалазии кардии [7]. Основным преимуществом ПОЭМ является отсутствие риска неконтролируемой перфорации пищевода, которая может возникнуть во время баллонной дилатации. Кроме того, данный вариант миотомии, в отличие от операции Э. Геллера, можно выполнять на большем протяжении пищевода. ПОЭМ продемонстрировала свою относительную безопасность не только с точки зрения риска инфицирования, но и точки зрения нарушения гемодинамики, респираторных и метаболических расстройств. Ни одна из миотомий не осложнилась развитием таких серьезных осложнений, как медиастинит или перитонит [3]. Безусловно, такие вмешательства должны выполняться при использовании современного технического оснащения эндоскопической операционной, наличии высокопрофессиональной анестезиологической службы и тщательного послеоперационного ведения пациентов [8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии и микрохирургическом отделении ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава РФ, 16 декабря 2016 г. впервые в России успешно выполнена пероральная эндоскопическая миотомия у ребенка.

Больная А., 16 лет поступила 13.12.2016 г. в микрохирургическое отделение. Из анамнеза было известно что, впервые в феврале 2016 г. начала отмечать тяжесть за грудиной после приема пищи, периодическую рвоту съеденной на кануне пищей, снижение массы тела, при росте 158 см, вес был 44 кг, индекс массы тела составлял 17,6, кашель в ночное время, в связи с чем неоднократно обращалась за медицинской помощью.

При рентгенологическом исследовании пищевода с контрастным веществом, просвет органа был расширен до 6 см, содержал остатки пищи. Нижний грудной сегмент пищевода отклонен влево, кардия сомкнута,

контрастное вещество поступало в желудок с задержкой тонкой струйкой, газовый пузырь желудка отсутствовал (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограмма пищевода до операции И.Б. 2315

При эндоскопическом исследовании также отмечалось расширение просвета пищевода с наличием содержимого. Слизистая оболочка была умеренно отечная и гиперемирована преимущественно в нижней трети. Кардия сомкнута, с трудом проходима для эндоскопа.

Установлен клинический диагноз: ахалазия кардии III стадии, дисфагия 3 балла. Назначено консервативное лечение — нитраты, блокаторы кальциевых каналов, мануальная терапия. Проводимое лечение не имело эффекта. В сентябре 2016 г. в связи с возобновлением жалоб, повторное обращение за медицинской помощью, было рекомендовано хирургическое лечение. Все это время больная питалась питанием «Нутриен». В ноябре 2016 г. как этап подготовки к операции выполнена эндоскопическая баллонная дилатация кардии, баллоном фирмы «Olympus», размером 35x80 мм, после чего отмечался незначительный положительный эффект в виде уменьшения срыгиваний, прекращения кашля в ночное время.

Учитывая доброкачественный характер заболевания, возраст больной ранее проведенные методы лечения, не давшие положительного результата, родителям было предложено выполнить пероральную эндоскопическую миотомию.

Во время проведения ПОЕМ использовали эндоскоп фирмы «Olympus» GIFQ160Z с фиксированным дистальным прозрачным колпачком. Для подачи газа (CO₂) применяли инсуффлятор фирмы «Olympus»

CO₂UCRO. После визуального определения повышенного тонуса пищевода на расстоянии примерно 30 см от верхних резцов по задней стенке в подслизистый слой вводили раствор препарата группы гидроксиэтилированный крахмал — «Тетраспан» 10% (средняя молекулярная масса 130 000 дальтон) окрашенным «Индигокармином» для создания «подушки». Далее при помощи электроножа Triangle Tip Knife также можно применять нож Dual Knife, выполняли рассечение слизистой оболочки на протяжении 1,5 см, после чего эндоскоп вводили в подслизистый слой органа и начинали формировать канал, который продлевали на желудок на 3,0 см дистальнее пищеводно-желудочного перехода (45 см от резцов). Далее на 35 см от резцов производили порционное рассечение циркулярного мышечного слоя ножом Hook Knife до появления продольных мышечных волокон, на всем протяжении сформированного подслизистого канала. После рассечения нижнего пищеводного сфинктера визуально отмечали расширение просвета тоннеля в области спазмированного сегмента пищевода. Следует отметить, что при рассечении мышц отмечалось их быстрое расхождение, чем у взрослого пациента. Это следует учитывать при введении ножа в глубину волокон мышц и рассечении порций мышечного слоя. Не следует бояться полного рассечения мышц пищевода до висцерального листка медиастинальной плевры. При контрольном осмотре аппарат свободно проходил через пищеводно-желудочный переход. В работе использовали электрохирургический блок ERBE 300D. Дефект слизистой оболочки, сквозь который вводился аппарат в подслизистый слой, сшивали клипсами фирмы «Olympus» NX-610-135L. Схема операции представлена на рисунке 2.

В ходе операции и после нее в течение 5 дней в лечении использовали «Ципрофлоксацин» и «Метрогил» внутривенно капельно по 200 мг в сутки. Послеоперационный период протекал без осложнений, на третьи сутки больная начала свободно принимать жидкую пищу. Выписана домой на 7-е сутки послеоперационного периода. Через 4 недели выполнено контрольное рентгенологическое исследование пищевода с контрастным веществом (рис. 3). Отмечалось свободное поступление контрастного вещества через пищеводно-желудочный переход в желудок, без задержки и появления газового пузыря желудка.

Клинически больная указывала на улучшение самочувствия, прекращение кашля в ночное время, отсутствие дисфагии, в настоящее время питается твердой и жидкой пищей.

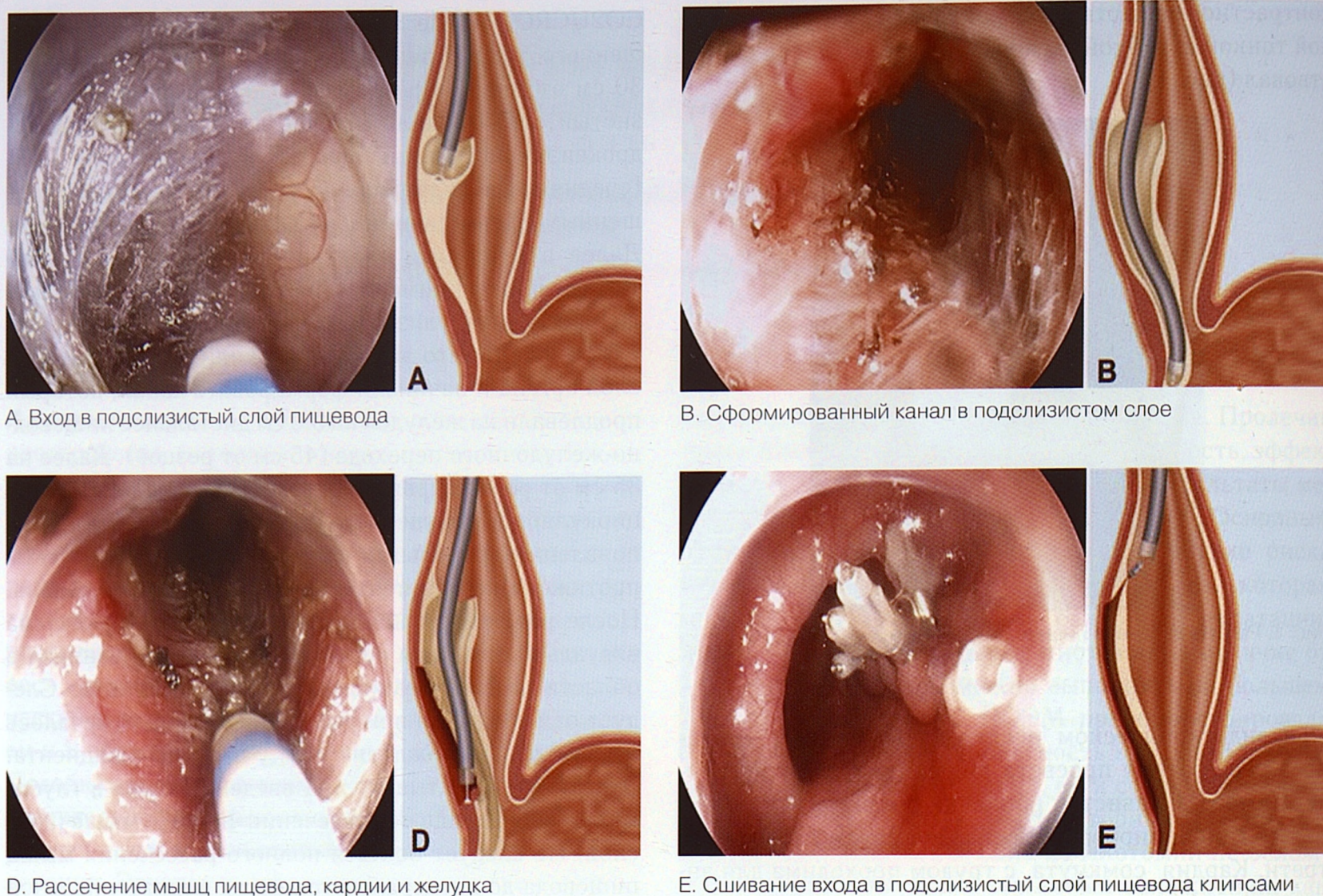


Рис. 2. (А, В, Д, Е) Схема операции



Рис. 3. Рентгенограмма пищевода через месяц после операции (Карта амбулаторного больного № 1110)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время РОЕМ является операцией выбора в лечении ахалазии кардии не зависимо от возраста пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисов И.Н. Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я / И.Н. Денисов, Ю.Л. Шевченко. — М.: Гэотар-Медиа, 2008.
2. Петровский Б.В. Кардиоспазм и его хирургическое значение. Труды 27-го Всесоюзного съезда хирургов. М., 1962: 162-173.
3. Фёдоров Е.Д., Иноуе Х., Шаповальянц С.Г. и соавт. Пероральная эндоскопическая миотомия при ахалазии кардии – первый отечественный опыт. XVI Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. Сборник тезисов под редакцией проф. Ю.И. Галлингера, М., 2012: 215-217
4. Campos G.M., Vittinghoff E., Rabl C. et al. Endoscopic and surgical treatments for achalasia. A systematic review and meta-analysis. Ann Surg, 2009.- 249: 45-57.
5. Csendes A., Braghetto I., Burdiles P. et al. Very late results of esophagomyotomy for patients with achalasia: clinical, endoscopic, histologic, manometric, and acid reflux studies in 67 patients for a mean followup of 190 months. Ann Surg, 2006. 243: 196-203.
6. Inoue H., Minami H., Kobayashi Y et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. Endoscopy, 2010. 42: 265-271.
7. Pasricha P.J., Hawari R., Ahmed I. et al. Submucosal endoscopic esophageal myotomy: a novel experimental approach for the treatment of achalasia. Endoscopy, 2007. 39: 761-764.
8. Pehlivanov N., Pasricha P.J. Achalasia: botox, dilatation or laparoscopic surgery in 2006. Neurogastroenterol Motil, 2006. 18: 799-804.