

Н.Х. МУСАБАЕВ, Ф.Т. КАМБАРОВ, Ш.Г. АБДИЕВ, С.А. КАЙЫРЖАНОВА, А.К. РАХИМЖАНОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,

Кафедра хирургии №3 с курсом сердечно-сосудистой хирургии

**ОЧЕРКИ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ**

*В статье изложены основные вехи истории оперативного лечения заболеваний пищевода в России, За рубежом и в Казахстане, в том числе кардиоспазма и ахалазии кардии. Продемонстрирована эволюция хирургического подхода к решению данной проблемы от механистического к физиологическому, описаны достижения ученых. Кардиоспазм – стойкое спастическое сужение терминального отдела пищевода, проявляющееся дисфагией и в далеко зашедших стадиях сопровождающееся органическими изменениями его вышележащих отделов. При ахалазии кардии отмечается отсутствие расслабления нижнего пищеводного сфинктера во время акта глотания. Отсутствие этого рефлекса приводит к нарушению тонуса и моторики пищевода, что вызывает задержку прохождения пищевого комка. История кардиоспазма и ахалазии кардии отражает бурный рост лечебных возможностей и достижений успехов в изучении этих заболеваний.*

**Ключевые слова:** Кардиоспазм, ахалазия кардии.

**Актуальность**

**Развитие лечения кардиоспазма и ахалазии кардии в России.** Современные достижения в медицинской науке и технике значительно повысили диагностические возможности в верификации заболеваний пищевода и способствовали правильности выбора тактики и способа лечения кардиоспазма и ахалазии кардии. Кардиоспазм – стойкое спастическое сужение терминального отдела пищевода, проявляющееся дисфагией и в далеко зашедших стадиях сопровождающееся органическими изменениями его вышележащих отделов. При ахалазии кардии отмечается отсутствие расслабления нижнего пищеводного сфинктера во время акта глотания. Отсутствие этого рефлекса приводит к нарушению тонуса и моторики пищевода, что вызывает задержку прохождения пищевого комка.

Больные о патологией пищевода, объединенной в группу нейро-мышечных заболеваний этого органа, прочно занимают третье место после рака и послеожоговых рубцовых стриктур, а процент лиц, страдающих кардиоспазмом и ахалазией кардии, составляет около 20 (С.С.Катаев, 1981; П.П.Коваленко и Г.И. Чепурной, 1983; Д.И.Таму-левичуте и А.Майитенас, 1986). Среди заболеваний пищевода кардиоспазм является самым распространенным доброкачественным заболеванием, частота его составляет 0,51-1,0 случай на 100000 населения (Mauberry J.F., Rodes J., 1980; Atkinson M., 1992). Наиболее часто (22,4%) кардиоспазм встречается в возрасте 20-50 лет (Тулупов В.И., 1981). На долю ахалазии кардии приходится от 3,1 до 20 % всех поражений пищевода (Моргенштерн А.З., 1968; Гребенев А.Л., 1969; Суворова Т.А., 1996; Трухманов А.С., 1996; Castell D.O., 1995). По сводным данным Б.В. Петровского (1962) и В.В. Уткина (1966), ахалазия в качестве причины дисфагии занимает третье место (5-8%) после рака пищевода и рубцовых стриктур на почве ожогов (Петровский Б.В., 1962; Суворова Т.А., 1966; Уткин В.В., 1966; Моргенштерн А.З., 1968; Гребенев А.Л., 1969; Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Сальман М.М., 1971; Palmer E.D., 1952; Castell D.O., 1995). Ю.Е. Березов и М.С. Григорьев (1965) ахалазию кардии ставят на второе место после карциномы пищевода. Наиболее часто (22,4%) ахалазия кардии встречается в возрасте 41-50 лет (Гребенев А.Л., Нечаев В.Н., 1987). Из хирургических способов лечения наибольшее признание и популярность среди хирургов многих стран получили различные модификации пластической операции внеслизистой эзофагокардиомиотомии по Готтштейну-Геллеру. Хорошие послеоперационные результаты, по сводным данным, достигаются у 79-91% оперированных. Летальность составляет 0,7-1,5% (Ванцян Э.Н., Чиссов В.И., 1974). Эффективность всех модификаций операции, несмотря на их множество, оказалась недостаточной в связи с развитием в послеоперационном периоде таких осложнений как - рефлюкс-эзофагит, пептические язвы, стриктуры пищевода, а также рецидивов заболевания (Bondi J., 1972; Ганичкин А.М., 1983; Черноусов А.Ф., 2000). Все эти осложнения, ухудшают качество жизни ранее оперированных, приводят к потере трудоспособности, частой инвалидизации, иногда требуют повторных сложных операций. Таким образом, хирургическое лечение кардиоспазма сохраняет свою актуальность, поскольку до сих пор не существует общепринятого мнения, какой из существующих операций следует отдать предпочтение.

**Развитие лечения кардиоспазма и ахалазии кардии за рубежом.** Заболевание имеет 300-летнюю историю. В 1679 году английский интернист Томас Уиллс (Thomas Willis) в своем трактате «Pharmaceutice racionalis» описал больного, которого он наблюдал и лечил на протяжении 15 лет по поводу дисфагии. Клинически заболевание проявлялось затруднением прохождения пищи по пищеводу, срыгиваниями, периодически переходящими в рвоту после еды, которые постепенно привели больного к выраженному истощению. При этом следует отметить, что доброкачественный характер заболевания у пациента не вызывал сомнений, так как оно длилось годами. Томас Уиллс впервые не только описал симптоматику ранее неизвестного заболевания, но и разработал методику лечения пациента, которая в общих чертах является прообразом современного бужирования. Ученый писал: «...Это был мужчина из Оксфорда, который страдал непрерывной рвотой. Часто, хотя и не всегда, у него было стремление отрыгнуть сразу все, что бы он ни съел. Когда ему не стали помогать никакие лекарства и он истощился от голода, я изготовил для него инструмент из китового уса, похожий на гибкую палочку с прикрепленной к ее концу круглой пуговкой из морской губки. С его помощью он в течении 15 лет ежедневно принимал пищу, проталкивал ее этим инструментом в желудок, употребляет его до настоящего времени. Сейчас он жив и здоров» (Pharmaceutice racionalis sive diatribe de medicamentorum operationibus in humano corpore. London, 1679). В последнем утверждении Т.Уиллса стоит усомниться, так как едва ли при описанном образе жизни пациента можно считать здоровым человеком. В последующие 150 лет было описано всего 5 подобных наблюдений - два клинических (Hoffman, 1773; Mayo, 1828) и три анатомических описания трупов людей, умерших от истощения (Purton, 1821). В 1877 году немецкие

патологоанатомы Ценкер и Цимссен (Zenker, Ziemssen), изучая 17 аутопсий погибших от истощения при ФНК, обнаружили резкое сужение зоны пищеводно-желудочного перехода (кардии) и значительное расширение пищевода. В российской литературе первые описания кардиоспазма принадлежат С. П. Боткину (1884г.), который в «Клинических лекциях» описал способы распознавания и лечения этого заболевания, выделял «спазмотическую» и «паралитическую» формы, возникавшие, по его мнению, на почве невроза, что вполне созвучно с современными взглядами.

С внедрением в клиническую практику эзофагоскопии (Микулич, 1882) и рентгеноскопии (Румпель, 1897) диагностические возможности несоизмеримо возросли, и в настоящее время количество выявленных больных с функциональной непроходимостью кардии из года в год увеличивается. По мнению Микулича, в основе ФНК лежит дефект иннервации, приводящий к активному спазму кардии, в ходе которого развивается дисфагия с постепенным расширением, искривлением и удлинением пищевода. Термин «кардиоспазм» был наиболее распространен в русской и немецкой литературе. В англоязычных странах в основном используется термин «ахалазия», обозначающий отсутствие расслабления кардии (Т. Willis, С. Perry, А. Hurst). Во французской литературе кардиоспазм нередко описывается как «мегаэзофагус» или «долихоэзофагус». Встречаются и другие обозначения болезни, например дискинезия или дистония пищевода, хиатоспазм, френоспазм. Также ранее наиболее распространенными названиями были «идиопатическое расширение пищевода», «мегоэзофаг», «долихоэзофаг», «френоспазм». Долгое время все нервно-мышечные заболевания пищевода расценивались как «кардиоспазм». В 1918 году Fajeg высказал предположение о том, что это название является собирательным, объединяющим несколько заболеваний, общими признаками которых являются дисфагия и нарушение нормального пассажа пищи по пищеводу. В 1921 году Plummer и Vinson сочли возможным выделить две большие группы с симптоматикой этого заболевания. Для первой характерны постоянная дисфагия и значительное расширение пищевода, для второй – периодическая дисфагия и небольшое расширение пищевода. Кардиоспазм – стойкое спастическое сужение терминального отдела пищевода, проявляющееся дисфагией и в далеко зашедших стадиях сопровождающееся органическими изменениями его вышележащих отделов – сначала гипертрофией, а затем атонией мускулатуры и значительным расширением просвета. Р.И. Венгловский описал эндоскопическую семиотику кардиоспазма в книге «Эзофагоскопия» в 1905г., а теории его происхождения, морфологию, особенности диагностики, методы консервативного и оперативного лечения – в 1915 г. в монографии, целиком посвященной хирургии пищевода. К началу 1921г. в мировой литературе было описано 455 больных кардиоспазмом (Thieding), а к 1926г. – 600 (Lotheissen). По данным А. В. Мельникова (1931), до I мировой войны случаев оперативного лечения кардиоспазма в России описано не было. По поводу того, кто первым применил тот или иной способ операции при кардиоспазме, в литературе имеются разногласия. Так, по данным Г.Д. Вилявина и соавт. (1971), О.Д. Федоровой (1973) первое в России сообщение об эзофагокардиомиотомии по Hottstein-Heller сделал в 1920 г. В.М. Минц, а первую эзофагофундостомию по Heyrowsky выполнил А.В. Тихонович в 1928 г. В то же время, Е.Л. Березов (1951) считал, что первым операцией Heyrowsky в России произвел В.Р. Брайцев, но по данным Б.Г. Герцберга (1927) и В.Н. Ходкова (1930), В.Р. Брайцев в 1922 г. продемонстрировал удачный результат внеслизистой пластики кардии по Girard. Наиболее простую операцию кровавого растяжения кардии по Mikulitz, начиная с 1926 г. применяли С. П. Федоров и ряд других российских хирургов, однако, она не получила распространения ввиду высокой летальности и плохих отдаленных результатов. Интересно, что вплоть до 30-х гг. XX в. все отечественные хирурги оперировали больных кардиоспазмом без попыток предварительного консервативного лечения, что было связано с отсутствием в их распоряжении специальных приборов для кардиодилатации. Этот важный вопрос – о различных методах консервативного и оперативного лечения кардиоспазма и о показаниях к ним обсуждался в течение многих лет и он остался предметом дискуссий сегодня. С конца XIX – начала XX столетия получило распространение форсированное расширение кардии с помощью гидростатических, механических и пневматических кардиодилататоров (впервые кардиодилатацию произвел Russel, 1898; Plummer, 1906; Bruning, 1906; Gottstein, 1908; Hurst, 1913; Starck, 1924). За рубежом, особенно в Америке, Англии, Германии только в 20 веке метод кардиодилатации получил признание, успешно конкурируя с оперативным лечением. В СССР в 1930 г. П. А. Герцен, а затем А. И. Савицкий применили механический дилататор Штарка. До 1960 года в Советском Союзе аппаратная кардиодилатация не имела широкого распространения. Заслуга в разработке новых совершенных конструкций российских кардиодилататоров, выпуске их серийным производством в наборах и в широком внедрении метода на новом более высоком научном и техническом уровне в мировую практику принадлежит Всесоюзному институту клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР (Б. В. Петровский, Э. Н. Ванцян, А. Ф. Черноусов, О. Д. Федорова, В. И. Чиссов, В. Н. Тарутин, А. М. Ануфриев и др.). В решениях XXVII Всесоюзного съезда хирургов в 1960 году впервые было отражено, что метод форсированного расширения кардии рекомендуется для более широкого использования при лечении начальных (спастических) стадий заболевания при безуспешности медикаментозного лечения. В 1964 г. в НИИ клинической и экспериментальной хирургии создан пневматический кардиодилататор (со струной-проводником). Возросшие диагностические возможности, обусловленные совершенствованием старых и внедрением новых методов исследования (эзофагофиброскопия, рентгенокинематография, эзофагоманометрия и др.), привели к тому, что функциональная непроходимость кардии из казуистически редкого наблюдения с плохим прогнозом становится достаточно распространенным и изучаемым заболеванием. К настоящему времени целый ряд клиник мира накопил большой личный опыт в диагностике и лечении этого заболевания: клиника Мейо (США)-2500 наблюдений, клиника Штарка (ФРГ)-2000, клиника Б. В. Петровского-более 1000. Если до 1966 года в российской медицинской литературе имелась лишь одна монография, посвященная функциональной непроходимости кардии (Б. А. Королев – «Эзофагофундоанастомоз (операция Гейровского) при кардиоспазме», Горький, 1942), основанная на личных наблюдениях 14 больных и обобщении данных литературы, то за период с 1966 по 1979 годы медицинская литература пополнилась еще 5 монографиями, отражающими большой личный и коллективный опыт авторов в изучении и лечении этого заболевания. К ним относятся монографии В.В. Уткина – «Кардиоспазм», Рига, 1966 (на личном опыте лечения 125 больных); А. З. Моргенштерна-«Ахалазия пищевода», «Медицина», 1968 (опыт исследования 100 больных); Г. Д. Вилявина, В. И. Соловьева и Т. А. Тимофеевой-«Кардиоспазм», М., «Медицина», 1971 (опыт лечения 211 больных); О. Д. Федоровой-«Кардиоспазм», М., «Медицина», 1973 (опыт лечения

наблюдения 370 больных); В. Х. Василенко, Т. А. Суворовой и А. Л. Гребнева «Ахалазия кардии», М., «Медицина», 1976 (сборный материал трех учреждений-396 больных).

**Развитие лечения кардиоспазма и ахалазии кардии в Казахстане.** Профессор Брякин М.И. является основоположником хирургии пищевода в Казахстане (1947г). Его научная и практическая деятельность была многогранной в области изучения хирургического лечения кардиоспазма и ахалазии пищевода. Большой вклад в развитие диагностики и хирургического лечения кардиоспазма и ахалазии кардии в Казахстане внесли ведущие хирурги: академик НАН РК Алиев М.А., проф. Баймаханов Б.Б., проф. Апсартов Э. А., проф. Ткаченко Г.К., проф. Жураев Ш.Ш., проф. Кукеев Т.К., проф. Кыжыров Ж.Н., Рахметов Н.Р., Кашкин К.А., Кулубеков Е.С., Потапов В.А., Габбасов С.Б., Левченко С.Н., Завадский А.А. Хирургические успехи в лечении функциональной непроходимости кардии (кардиоспазма и ахалазии кардии), способствовали выздоровлению пациентов и отражены в многочисленных научных трудах: Алиев М.А., Кашкин К.А., Мусабаев Н.Х., Кулубеков Э.С., Потапов В.А., Жураев Ш.Ш. «Лечение ахалазии кардии»//Хирургия. 1985. - № 6.- С.54-59; Алиев М. А. с соавт. Диагностика и лечение ахалазии кардии//Вестник хирургии №1. Алматы-1997. С. 10-14; Алиев М. А. с соавт. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной болезни//Вестник хирургии №1. Алматы-2001. С. 8-11; Апсартов Э.А., Мусабаев Н.Х., Жуловчинов М.У. Диагностика и лечение рефлюкс-эзофагита//В кн: Материалы международной конференции. «Медицина и образование в 21 веке», посвященной 70-летию КазГМУ г. Алматы, 24-25 мая 2001 г.; Мусабаев Н. Х. с соавт. Современные методы оперативного лечения кардиоспазма// Вестник Казахского Национального Медицинского Университета №2(2) . Алматы-2014. С. 250-254; Мусабаев Н. Х. с соавт. Особенности диагностики хирургического лечения ахалазии кардии// Вестник Казахского Национального Медицинского Университета №2(2) . Алматы-2014. С. 246-249. Особое внимание было уделено изучению функциональной непроходимости кардии (кардиоспазма и ахалазии кардии) в отделении хирургии пищевода и средостения «Национального Научного Центра Хирургии имени А.Н. Сызганова», где в настоящее время на современном уровне проводится диагностика и оперативное лечение кардиоспазма и ахалазии кардии. На базе ГКБ №7 в отделении плановой хирургии на совершенной аппаратуре выполнялась своевременная диагностика ахалазии кардии и профессором Баймахановым Б.Б. производились целенаправленные современные методы оперативного лечения по поводу ахалазии кардии с великолепной техникой на уровне ведущих клиник Европы и Азии. На III Конгрессе хирургов Казахстана (Алматы, 23-27 апреля 2012г.) рассматривался вопрос о хирургии пищевода неопухолевой этиологии- кардиоспазма и ахалазии кардии с участием академика НАН РК Алиева М.А., проф. Баймаханова Б.Б., Апсартова Э.А., Жураева Ш.Ш., проф. Кукеева Т.К., проф. Кыжырова Ж.Н., Рахметова Н.Р. Данная проблема явилась весьма важной и необходимой в области хирургии пищевода. Искусная оперативная техника и научные подходы в лечении неопухолевых заболеваний пищевода позволили снизить осложнения и послеоперационную летальность. По этим показателям, хирургия кардиоспазма и ахалазии кардии в Казахстане не уступает уровню ведущих хирургических клиник зарубежья. В настоящее время активно внедряются современные технологии в лечении кардиоспазма и ахалазии кардии. Высокоспециализированное обследование и лечение в клинике могут пройти пациенты с кардиоспазмом и ахалазией кардии. В Казахстане работают опытные, высококвалифицированные сотрудники, прошедшие специализацию в клиниках Европы и Азии. В клиниках имеется достаточный арсенал диагностического и лечебного оборудования для оказания современной и качественной хирургической помощи. Все хирургические вмешательства производятся с применением как эндовидеохирургической техники, так и традиционным способом. На сегодняшний день хирургия кардиоспазма и ахалазии кардии в Казахстане является признанным лидером в масштабах России по количеству и качеству проведенных операций, выполняемых на пищеводе и кардиоэзофагеальной области, а также в эндохирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ахалазии кардии, кардиоспазма, и является передовым в нашей стране и сопоставим с таковым только с результатами деятельности крупнейших центров Европы, занимающихся эндохирургией в данной области.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Петровский Б.В. Значение отечественных хирургических школ в развитии хирургии пищевода // Хирургия. – М.: – 1949. – № 9. – С. 4 - 9.
- 2 Алиев М. А., Кашкин К. А., Потапов В. А., Мусабаев Н. Х., Кулубеков Э. С., Жураев Ш. Лечение ахалазии кардии//Хирургия. 1985. – № 6. – С. 54-59.
- 3 Алиев М. А. с соавт. Диагностика и лечение ахалазии кардии//Вестник хирургии №1. –Алматы: 1997. – С. 10-14.
- 4 Черноусов А. Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. – М.: Медицина, 2000. – С.- 349.
- 5 Ивашкин В. Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода – М: Триада-Х, 2000. – 56 с.
- 6 Алиев М. А. с соавт. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной болезни // Вестник хирургии №1. – Алматы: 2001. – С. 8-11.
- 7 Апсартов Э.А., Мусабаев Н.Х., Жуловчинов М.У. Диагностика и лечение рефлюкс-эзофагита // Материалы международной конференции. «Медицина и образование в 21 веке», посвященной 70-летию КазГМУ. – Алматы: 2001. – С. 54-58.
- 8 Савельев В.С. 50 лекций по хирургии. – М.: Медиамедика, 2003. – 94 с.
- 9 Мусабаев Н. Х. с соавт. Современные методы оперативного лечения кардиоспазма// Вестник Казахского Национального Медицинского Университета. – Алматы: 2014. – №2(2). – С. 250-254.
- 10 Мусабаев Н. Х. с соавт. Особенности диагностики хирургического лечения ахалазии кардии// Вестник Казахского Национального Медицинского Университета. – Алматы: 2014. – №2(2). – С. 246-249.
- 11 Kotic S., Kjellin A., Ruth M. et al. Pneumatic dilatation or laparoscopic cardiomyotomy in the management of newly diagnosed idiopathic achalasia. Results of a randomized controlled trial // Word J. Surg. 2007. – V.31(3). – P.470-478.

**Н.Х. МУСАБАЕВ, Ф.Т. КАМБАРОВ, Ш.Г. АБДИЕВ, С.А. КАЙЫРЖАНОВА, А.К. РАХИМЖАНОВА**

**КАРДИОСПАЗМ МЕН КАРДИЯ АХАЛАЗИЯСЫННЫҢ ЕМДЕУІНІҢ ДАМУ ОЧЕРКТЕРІ**

**Түйін:** Мақалада Ресейдегі, шет елдеріндегі, Қазақстандағы өңеш ауруларының, соның ішінде кардиоспазм мен кардия ахалазиясының оперативті жолмен емдеудің басты тарихи оқиғалары қамтылған. Осы маселені механикалықтан физиологиялық деңгейге дейінгі шешу жолындағы эволюциялық даму жолдары көрсетілген. Кардиоспазм – дисфагиямен көрініс беретін және асқынған стадиясында жоғары бөліктердің органикалық өзгерістерін туғызатын өңештің терминальді бөлігінің спастикалық тарылуы. Кардия ахалазиясында өңештің төменгі сфинктерінің жұтыну кезінде босаңсуы болмайды (НПС). Бұл рефлектің болмауы тамақ қалдықтарының тұрып қалуына себеп болатын өңештің тонусы мен маторикасының бұзылысына әкеліп соғады. Кардиоспазм мен кардия ахалазиясының тарихы бұл ауруды емдеу мүмкіндіктерінің жоғары және мүмкіндіктеріне қол жеткізгендігін көрсетеді.

**Түйінді сөздер:** Кардиоспазм, кардия ахалазиясы

**N.H. MUSABAEV, F.T. KAMBAROV, SH.G. ABDIEV, S.A. KAYYRZHANOVA, A.K. RAKHIMZHANOVA**

#### **FEATURE ARTICLE ON TREATMENT DEVELOPMENT OF CARDIOSPASM AND CARDIAC ACHALASIA**

**Resume:** The article describes the main landmarks of surgical treatment history of esophagus diseases in Russia, abroad and in Kazakhstan including cardiospasm and Cardiac achalasia. The evolution of surgical approaches from mechanical to physiological for solving the problem and achievements of Kazakhstani scientists are described. Cardiospasm is a persistent spasmodic constriction of esophagus terminal front, which is manifested with dysphagia and in advanced stages accompanied by organic changes of its overlying deviation. There's absence of lower esophagus sphincter relaxation at the moment of weight management act in the case of cardiac achalasia. Absence of this reflex leads to esophagus tone and motility violation which causes the food bolus passage setback. The history of Cardiospasm and Cardiac achalsia reflects the rapid growth of medical capacity and achieved success in studying these diseases.

**Keywords:** Cardiospasmus, cardiac achalasia.