

## Научная статья

УДК 616.329-089

<https://doi.org/10.24412/2311-5068-2024-12-1-74>**РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)****Ольга Степановна Олифирова, Лилия Сергеевна Кривошлык**

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия;

**Аннотация.** Цель: оценить результаты резекции абдоминального отдела пищевода с наложением циркулярного аппаратного эзофагогастроанастомоза в оперативном лечении тяжелого течения ахалазии кардии. Представлено клиническое наблюдение пациентки 71 года с ахалазией кардии IV стадии (по Б.В. Петровскому). Поступила на оперативное лечение в хирургическое отделение Амурской областной клинической больницы. Жалобы на дисфагию, регургитацию съеденной пищей, боль за грудиной, потерю массы тела на 20 кг. Анамнез заболевания в течение 22 лет. Контрастная рентгеноскопия пищевода: пищевод резко расширен в средней и нижней трети до 6 см, дистальный отдел пищевода сужен, эвакуация контраста в желудок через 35 минут. Эзофагоскопия: признаки эзофагита, кардия для эндоскопа диаметром 1 см не проходима. Выполнена операция: резекция абдоминального отдела пищевода с циркулярным аппаратным эзофагогастроанастомозом. Гладкий ранний и отдаленный (через 6 месяцев) послеоперационный период. Признаков дисфагии нет. Прибавка массы тела за 6 месяцев составила 9 кг. При рентгеноскопии и эндоскопии пищевода через полгода: пищевод сократился в длину и ширину, поступление контраста в желудок без задержки. Пищевод на всем протяжении свободно проходим для эндоскопа. Заключение. Данный клинический случай демонстрирует положительный клинический результат резекции пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза в лечении тяжелого течения ахалазии кардии IV стадии (по Б.В. Петровскому).

**Ключевые слова:** ахалазия кардии, тяжелое течение, хирургия, резекция пищевода, эзофагогастроанастомоз.

**Для цитирования:** Олифирова О. С., Кривошлык Л. С. Результат хирургического лечения тяжелого течения ахалазии кардии (клиническое наблюдение) // Амурский медицинский журнал. 2024. Том 12. № 1(36). С. 74–78. <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2024-12-1-74>.

## Original article

**RESULT OF SURGICAL TREATMENT OF SEVERE ACHALASIA OF THE CARDIA (CLINICAL OBSERVATION)****Olga S. Olifirova, Liliya S. Krivoshlyk**Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation,  
Blagoveshchensk, Russia

**Abstract.** To evaluate the results of resection of the abdominal esophagus with the application of a circular hardware esophagogastronomy in the surgical procedure for severe cardiac achalasia. A clinical observation of 71-year-old patients with stage IV achalasia cardia (according to B.V. Petrovsky) is presented. She was admitted for surgical treatment to the surgical department of the Amur Regional Clinical Hospital. Complaints of dysphagia, regurgitation of food eaten, chest pain, body weight loss of 20 kg. History of the disease for 22 years. Contrast fluoroscopy of the esophagus: the esophagus is sharply dilated in the middle and lower third up to 6 cm, the distal part of the esophagus is narrowed, evacuation of contrast into the stomach after 35 minutes. Esophagoscopy: signs of esophagitis, the cardia is not passable for an endoscope with a diameter of 1 cm. An operation was performed: resection of the abdominal esophagus with circular hardware esophagogastronomy. Smooth early and long-term (after 6 months) postoperative period. There are no signs of dysphagia. Body weight gain over 6 months was 9 kg. With fluoroscopy and endoscopy of the esophagus six months later: the esophagus has shortened in length and changed, after the onset of contrast in the stomach without delay. The esophagus is freely accessible

© Олифирова О. С., Кривошлык Л. С., 2024

to the endoscope throughout Conclusion. This case led to a positive result of resection of the esophagus with esophagogastric anastomosis as a result of severe achalasia cardia stage IV (according to B.V. Petrovsky)

**Keywords:** cardiac achalasia, severe course, surgery, esophageal resection, esophagogastric anastomosis.

**For citation:** Olifirova OS, Krivoslyr LS. Result of surgical treatment of severe achalasia of the cardia (clinical observation). *Amurskii meditsinskii zhurnal. – Amur Medical Journal.* 2024;12;1(36):74–78. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2311-5068-2024-12-1-74>.

### Введение

Ахалазия кардии (АК) является заболеванием, характеризующимся нарушением расслабления нижнего пищеводного сфинктера [2]. АК по данным разных авторов составляет от 3% до 20% заболеваний пищевода [1]. Несмотря на различные теории этиопатогенеза АК, лечение этой патологии продолжает быть симптоматическим [7]. Большинство органосохраняющих вмешательств, включая пероральную эндоскопическую миотомию, направлены на восстановление проходимости пищевода и устранение дисфагии [6, 8]. В хирургической практике наиболее широко применяется модификация операции Э. Геллера (1913), которую сочетают с антирефлюксными операциями чаще по J. Dor, A. Toupet, R. Nissen [4]. Эти операции дают хорошие результаты при II – III стадии АК (по Б.В. Петровскому). Однако у больных с тяжелым течением IV стадии АК вопрос выбора лечебной тактики остается открытым. Некоторые хирурги предлагают в качестве оперативного лечения этих пациентов разные методы: наложение эзофагогастростомы, экстирпацию пищевода с различными видами эзофагогастропластики [6]. Экстирпация пищевода – травматичная и технически сложная операция. Она сопровождается высокой летальностью, функциональными и органическими нарушениями искусственного пищевода. Учитывая вышесказанное, считаем, что при тяжелом течении у истощенных больных АК предпочтительно выполнять менее травматичные операции, позволяющие восстановить пассаж пищи из пищевода в желудок.

**Цель** – оценить результаты резекции абдоминального отдела пищевода с наложением циркулярного аппаратного эзофагогастростомы в оперативном лечении тяжелого течения ахалазии кардии IV стадии (по Б.В.Петровскому).

### Клиническое наблюдение

Пациентка А., 71 год. Поступила в хирургическое отделение Амурской областной клинической больницы (г. Благовещенск).

Жалобы при поступлении: на затруднение прохождения твердой и жидкой пищи по пищеводу, рвоту съеденной пищей, боль за грудиной, потерю массы тела на 20 кг.

### Анамнез заболевания

Клиника АК в течение 22-х лет, когда впервые возникла клиника дисфагии при прохождении твердой пищи по пищеводу. Затем присоединилось затруднение прохождения жидкой пищи по пищеводу, рвота съеденной пищей, боль за грудиной, потеря массы тела до 20 кг. Начало заболевания связывает с перенесенным стрессом. Поступила на плановое оперативное лечение.

### Данные осмотра и объективного исследования

Состояние средней степени тяжести. Сознание: ясное. Рост 153 см. Вес 40 кг. ИМТ 17.09. Кожный покров, видимые слизистые обычной окраски, чистые. Температура тела 36,6°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 76 ударов в минуту, артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме.

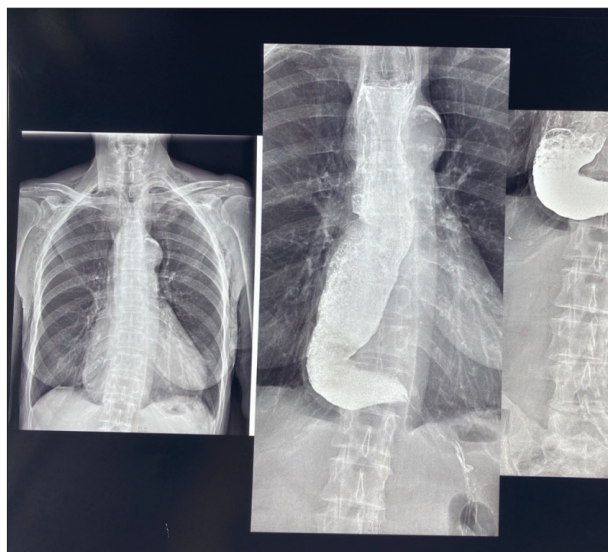
### Лабораторные и инструментальные исследования

**Клинический анализ крови:** эритроциты –  $6,3 \times 10^{12}$  [ $3,5 - 5,5 \times 10^{12}$ ], гемоглобин – 119 г/л [115 – 165], лейкоциты –  $8,6 \times 10^9$  [ $3,5 - 10,0 \times 10^9$ ], лимфоциты –  $3,4 \times 10^9$  [ $0,5 - 5,0 \times 10^9$ ], СОЭ – 15 мм/час.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 4,6 ммоль/л [4,2 – 6,4], общий белок 59,1 г/л [65-85], общий билирубин 12,9 ммоль/л [0,5- 20,5].

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 71 в минуту; обменные изменения в миокарде.

**Рентгеноскопия пищевода:** пищевод резко расширен в средней и нижней трети до 6 см, складки отсутствуют, натекает много слизи, дистальный отдел пищевода сужен, эвакуация контраста в желудок через 35 минут (рис. 1).



**Рис. 1. Рентгенограмма пищевода до операции**

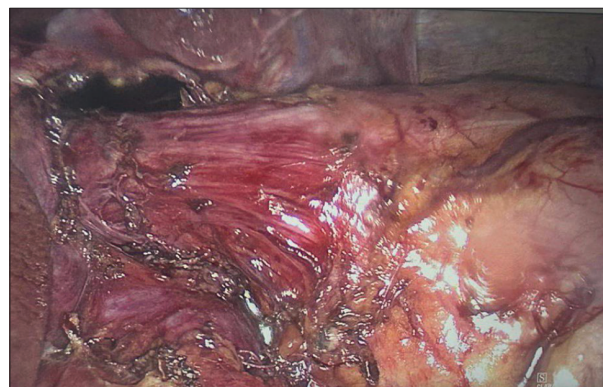
**Эзофагоскопия:** просвет пищевода в средней и нижней трети расширен, слизистая умеренно гиперемирована. В прекардиальном отделе стойкий спазм. Кардия для аппарата диаметром 1 см не проходима.

**Диагноз:** Ахалазия кардии IV стадии (по Б.В. Петровскому).

**Проведенное лечение:** в течение 5 суток со дня поступления проводилась предоперационная подготовка: инфузионная терапия, нутритивная заместительная поддержка. Операция: резекция абдоминального отдела пищевода с наложением циркулярного аппаратного эзофагогастроанастомоза

Ход операции. Учитывая опыт клиники в выполнении эндовидеоскопических вмешательств на основе кардиомиотомии Геллера, решено было начать с лапароскопического этапа. Через проколы передней брюшной стенки в параумбиликальной и левом мезогастрии установлены лапаропорты. В брюшную полость введены лапароскоп и манипулятор. Париетальная брюшина, сальник, печень, передняя стенка желудка, видимые участки тонкого и толстого кишечника, желчный пузырь не изменены. Абдоминальный отдел пищевода в нижней трети расширен до 7 см, в кардиальном отделе резко сужен до 1,5 см за счет грубой рубцовой стриктуры пищевода (рис. 2).

С учетом клинических данных, операционной находки, выраженных сращений в зоне абдоминального отдела пищевода и кардии, принято решение о конверсии доступа. Выполнена верхне-срединная лапа-



**Рис. 2. Рубцовая стриктура абдоминального отдела пищевода**

ротомия до 20 см. С техническими трудностями мобилизован абдоминальный отдел пищевода. В связи с рубцовыми изменениями мышечного слоя пищевода, выполнена резекция абдоминального отдела пищевода на протяжении 5 см с аппаратным швом. Наложен циркулярный эзофагогастроанастомоз сшивающим степлером фирмы COVIDEN (США).

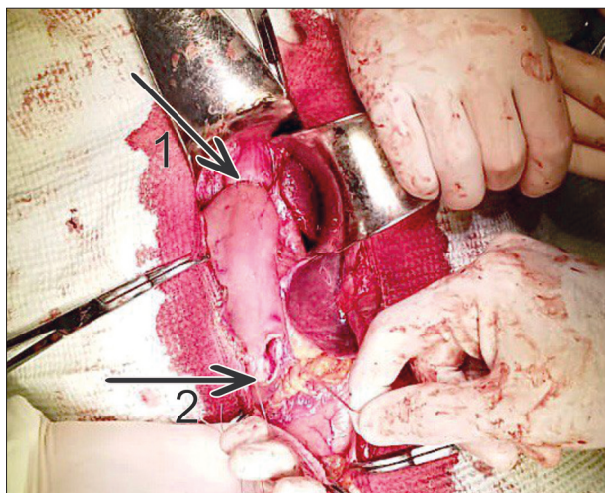
Данный степлер имеет две составляющие части. Первая, представляющая собой сшивающий аппарат с острым троакарном наконечником, устанавливается через гастротомическое отверстие к зоне резекции. Вторая часть трансоральной доставки с пуговчатым сшивающим наконечником проводится к зоне резекции через рот (рис. 3).



**Рис. 3. Сшивающий степлер фирмы COVIDEN (США)**

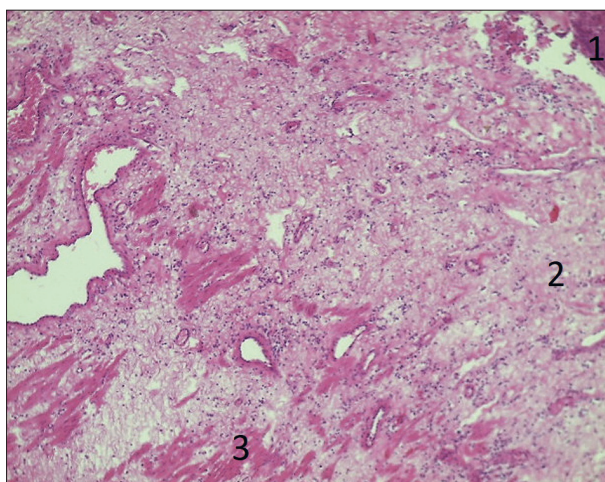
Пищевод для зонда 2 см свободно проходим. Окончательный вид эзофагогастроанастомоза представлен на рисунке 4.





**Рис. 4. Эзофагогастроанастомоз (1), гастротомическое отверстие для проведения степлера (2)**

Левое поддиафрагмальное пространство дренировано трубкой диаметром 1,0 см через контрапертуру в левом подреберье, правое подпеченочное пространство дренировано трубкой 1,0 см через контрапертуру в правом подреберье. Резецированный участок пищевода направлен на гистологическое исследование. Заключение гистологического исследования: в пищеводе хроническое воспаление в виде лимфо-плазмоцитарной инфильтрации, в подслизистом и слизистом слоях разрастание фиброзной ткани с деформацией (рис. 5).



**Рис. 5. Гистологический препарат резецированного пищевода: 1 – слизистая; 2 – подслизистый слой с пластом фиброзной ткани; 3 – мышечный слой с участками фиброзной ткани. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение x 100**

### Результаты

Послеоперационный период протекал гладко. На 4-е сутки после операции удален назогастральный зонд. Дисфагии при приеме жидкой пищи и регургитации не наблюдалось. С 5-х суток был назначен челюстной стол. На 10-е сутки после операции пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Через полгода после оперативного лечения признаков дисфагии нет, придерживается щадящей диеты. Прибавка массы тела 9 кг.

При контрольном рентгеноконтрастном исследовании через 6 месяцев пищевод сократился в длину и ширину, поступление контраста в желудок без задержки.

По результатам эндоскопии пищевода через полгода: слизистая пищевода не изменена, пищевод на всем протяжении свободно проходим для эндоскопа.

### Обсуждение

В последние годы для хирургической коррекции АК широко применяются эндовидеолапароскопические операции, суть которых заключается в выполнении эзофагокардиомиотомии и создании антирефлюксного механизма [5]. Однако эта методика не всегда выполнима у пациентов с тяжелым течением IV стадии АК из-за грубого рубцового процесса в кардиоэзофагеальной зоне, а экстирпация пищевода сопровождается высоким операционным риском и возможностью тяжелых послеоперационных осложнений. В то же время пациентам необходимо как можно быстрее восстановить пассаж пищи через пищевод. Это может быть достигнуто за счет резекции пищевода со стриктурой и наложением эзофагогастроанастомоза. Приведенный клинический пример показывает хороший результат подобной операции при IV стадии АК. Проведенные исследования через 6 месяцев после оперативного лечения, позволяют судить об успешности примененного метода у пациентки с терминальной стадией АК.

### Заключение

Резекция абдоминального отдела пищевода с наложением аппаратного циркулярного эзофагогастроанастомоза успешно зарекомендовала себя в лечении пациентки с тяжелым течением ахалазии кардии IV стадии (по Б.В. Петровскому).

## Список источников

1. Гасанов А. М., Алиев Н. А., Даниелян Ш. Н. Ахалазия кардии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019. № 2. С. 72–77. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201902172>
2. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С., Годжелло Э. А., Маев И. В., Евсютина Ю. В., Лапина Т. Л., Сторонова О. А. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ахалазии кардии и кардиоспазма // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016. Т.26, № 4. С. 36–54. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-4-36-54>
3. Канищев И. С., Шишин К. В., Недолужко И. Ю., Шумкина Л. В. Выбор оптимального метода лечения ахалазии кардии у пациентов пожилого и старческого возраста // Доказательная гастроэнтерология. 2022. Т. 11, № 4. С. 57–64. <https://doi.org/10.17116/dokgastro20221104157>
4. Карпущенко Е. Г., Овчинников Д. В. Продольная эзофагокардиомиотомия: 100 лет в клинической практике // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2014. Т. 46, № 2. С. 237–241. <https://doi.org/10.17816/brmma.2479>
5. Олифирова О. С., Брегадзе Е. Ю., Трынов Н. Н., Козка А. А., Кривошлык Л. С. Видеолaparоскопическая эзофагокардиогастропластика в лечении ахалазии кардии // Тихоокеанский медицинский журнал. 2023. № 2. С. 69–72. <https://doi.org/10.34215/1609-1175-2023-2-69-72>
6. Ручкин Д. В., Оконская Д. Е., Ян М. Н. Эзофагэктомия как способ радикального лечения ахалазии кардии терминальной стадии // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2019. Т. 42, № 1. С. 62–70.
7. Arora Z, Thota P. N., Sanaka M. R. Achalasia: current therapeutic options// Therapeutic Advances in Chronic Disease. – 2017. – Vol. 8 (6–7). – p. 101–108.
8. Furuzawa-Carballeda J., Torres-Landa S., Ángel Valdovinos M., Coss-Adame E., Martín del Campo L. A., Torres-Villalobos G. New insights into the pathophysiology of achalasia and implications for future treatment // World J Gastroenterol. – 2016. – Vol. 22(35). – P. 7892–7907.

## References

1. Gasanov AM, Aliev NA, Danielyan ShN. Esophageal achalasia. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2019;2:72–77. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia201902172>
2. Ivashkin VT, Trukhmanov AS, Godzhello EA, Mayev IV, Evsyutina YuV, Lapina TL, Storonova OA. Diagnostics and treatment of cardiac achalasia and cardiospasm: guidelines of the Russian gastroenterological association. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2016;26;4:36–54. (In Russ.) <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-4-36-54>
3. Kanishchev IS, Shishin KV, Nedoluzhko IYu, Shumkina LV. Choosing treatment methods for achalasia in elderly patients. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. 2022;11;4:57–64. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/dokgastro20221104157>
4. Karpushchenko EG, Ovchinnikov DV. Longitudinal esophageal cardiomyotomy: 100 years in clinical practice. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2014;46;2:237–241. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/brmma.2479>
5. Olifirova OS, Bregadze EYu, Trynov NN, Kozka AA, Krivoshlyk LS. Video laparoscopic esophagocardiogastroplasty in cardiac achalasia. *Pacific Medical Journal*. 2023;2:69–72. (In Russ.) <https://doi.org/10.34215/1609-1175-2023-2-69-72>
6. Ruchkin DV, Okonskaya DE, Yan MN. Esophagectomy for End-Stage Achalasia. *Journal of experimental and clinical surgery*. 2019;12;1:62–70 (In Russ.). <https://doi.org/10.18499/2070-478X-2019-12-1-62-70>
7. Arora Z, Thota PN, Sanaka MR. Achalasia: current therapeutic options. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. 2017;8(6–7):101–108.
8. Furuzawa-Carballeda J, Torres-Landa S, Ángel Valdovinos M, Coss-Adame E, Martín del Campo LA, Torres-Villalobos G. New insights into the pathophysiology of achalasia and implications for future treatment. *World J Gastroenterol*. 2016;22(35):7892–7907.

## Координаты для связи:

Олифирова Ольга Степановна – д-р мед. наук, заведующий кафедрой хирургических болезней ФПДО ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, тел. 89145544652, e-mail: olif.oc@mail.ru

Кривошлык Лилия Сергеевна – ассистент кафедры хирургических болезней ФПДО ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России тел.: +7(999)1650730; e-mail: lila2297@mail.ru

Статья поступила в редакцию 08.02.2024; принята после рецензирования 17.03.2024; принята к печати 28.03.2024.  
The article was submitted 08.02.2024; approved after reviewing 17.03.2024; accepted for publication 28.03.2024.