

© CC 0 Коллектив авторов, 2022  
 УДК 616.329-009.12-089.85 (077)  
 DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-5-58-60

## КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ Е. А. ЦЕЙМАХА и др. «РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭЗОФАГОКАРДИО- МИОТОМИИ ПО ГЕЛЛЕРУ С ФУНДОПЛИКАЦИЕЙ ПО ДОР У ПАЦИЕНТОВ С 3 И 4 СТАДИЯМИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ»<sup>1</sup>

А. А. Смирнов<sup>1\*</sup>, М. П. Королев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 30.12.2022 г.; принята к печати 28.12.2022 г.

**Для цитирования:** Смирнов А. А., Королев М. П. Комментарий к статье Е. А. Цеймаха и др. «Результаты лапароскопической эзофагокардиомиотомии по Геллеру с фундопликацией по Дор у пациентов с 3-й и 4-й стадиями ахалазии кардии». *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2022;181(5):58–60. DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-5-58-60.

\* **Автор для связи:** Александр Александрович Смирнов, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: smirnov-1959@yandex.ru.

## COMMENTARY ON THE ARTICLE BY E. A. TSEIMAKH et al. «RESULTS OF LAPAROSCOPIC HELLER ESOPHAGOCARDIO- MYOTOMY WITH DOR FUNDOPLICATION IN PATIENTS WITH STAGES 3 AND 4 OF THE ESOPHAGEAL ACHALASIA»<sup>1</sup>

Aleksandr A. Smirnov<sup>1\*</sup>, Mikhail P. Korolyov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pavlov University, Saint Petersburg, Russia

<sup>2</sup> Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

Received 30.12.2022; accepted 28.12.2022

**For citation:** Smirnov A. A., Korolyov M. P. Commentary on the article by E. A. Tseimakh et al. «Results of laparoscopic Heller esophagocardiomyotomy with Dor fundoplication in patients with stages 3 and 4 of the esophageal achalasia». *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2022;181(5):58–60. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-5-58-60.

\* **Corresponding author:** Aleksandr A. Smirnov, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: smirnov-1959@yandex.ru.

В проведенном исследовании группа авторов поставила перед собой цель провести анализ эвакуаторной функции пищевода и оценить изменение симптомов заболевания после лапароскопической операции Геллера у больной 3–4 стадиями АК. Достижение эффективности лечения больных с далеко зашедшими стадиями АК является одной из актуальнейших

задач современной хирургии, над которой работают как отечественные, так и зарубежные специалисты [1–3]. Авторами статьи было совершенно точно подмечено, что основными результатами лечения больных АК являются снижение клинической симптоматики, которую принято стратифицировать по оценочным шкалам, и частота послеоперационного желу-

<sup>1</sup> См.: Цеймах Е. А., Ганков В. А., Багдасарян Г. И., Андреасян А. Р., Масликова С. А. Результаты лапароскопической эзофагокардиомиотомии по Геллеру с фундопликацией по Дор у пациентов с 3 и 4 стадиями ахалазии кардии. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2022;181(5):52–57. [Tseimakh E. A., Gankov V. A., Bagdasarian G. I., Andreasyan A. R., Maslikova S. A. Results of laparoscopic Heller esophagocardiomyotomy with Dor fundoplication in patients with 3 and 4 stages of achalasia. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2022;181(5):52–57. (In Russ.).] DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-5-52-57.

дочно-пищеводного рефлюкса. Основным методом предоперационной оценки сократительного паттерна пищевода перед операцией является манометрия пищевода высокого разрешения, анализ данных которой проводится согласно Чикагской классификации нарушений моторики пищевода и основан на установлении собственно диагноза АК на основании цифр IRP, превышающих 15 мм рт. ст., а также на определении типа АК, что влияет на протяженность миотомии, которая у больных спастической формой АК может достигать 20 см и более [4]. Проведение МВР у больных с анатомически измененными пищеводами может представлять трудности за счет невозможности установить манометрический зонд ниже кардии из-за изгибов грудного отдела пищевода, что и подтверждается в статье, где у части больных оказалось невозможным выполнить исследование, причем значимо чаще такая ситуация наблюдалась в группе больных 4 стадией АК. Данная проблема обсуждается многими зарубежными авторами, а в статье отечественных авторов подробно разбираются способы преодоления этих трудностей и приводится оригинальный метод установки зонда по заранее проведенной металлической струне [5]. Учитывая, что авторы отбирали для работы больных, не подвергавшихся ранее оперативным вмешательствам, то у всех больных, включенных в исследование, давление в зоне НПС должно было превышать 15 мм рт. ст. Учитывая ограниченные возможности по протяженности миотомии в процессе операции Геллера, МВР является инструментом, позволяющим четко выделить группу больных 1 и 2 типами АК, которым показана «короткая» или «стандартная» миотомия; однако в статье нет данных о типах АК у оперированных больных, а у значительной части из них манометрия не закончена, а диагноз устанавливался по данным рентгеноскопии пищевода с контрастированием, следовательно, были получены данные только о ширине пищевода. Тестом эвакуаторной функции пищевода является оценка эвакуации контрастного вещества из пищевода в течении 1–5 минут во время рентгеноскопии, которая, в отличие от стандартной рентгеноскопии, позволяет получить точные данные о доле уходящего в желудок контраста, а основной ценностью данного метода является возможность получить эту информацию также после операции, что дает возможность оценить эффективность миотомии. Авторы ограничились оценкой ширины пищевода до и после операции, а также применили формулировку «свободное истечение контраста в желудок», что значительно снизило возможность достижения основной цели работы – оценки эвакуаторной функции у больных АК. Также интересным является разделение больных 4 стадией АК на мегаэзофагус, «S»-образно-деформированный пищевод и «S»-образно-деформированный мегаэзофагус, где результаты лечения последней группы являются наихудшими, что позволяет объективно оценить результаты лечения среди наиболее длительно и тяжело болеющих АК. На наш взгляд, основным методом оценки частоты и тяжести гастроэзофагеального рефлюкса у больных АК после операции является эндоскопия, которая позволяет как наличие эрозий в пищеводе, которые зачастую протекают без симптомов в связи со специфической иннервацией у больных с атоничными пищеводами, а также проследить динамику изменений слизистой оболочки пищевода, рН-метрия же не может дать точной информации по причине значимых электролитных нарушений в слизистой оболочке пищевода и не может считаться эталонным тестом оценки рефлюкса. Эффективность операции Геллера по данным различных авторов колеблется в диапазоне 60–80 %, где наиболее сложными являются больные со спастической формой АК, а также больные с 1 типом АК по причине значимых рубцовых изменений в зоне НПС и атонии пищевода; особняком стоят больные с рецидивом симптоматики после операции Геллера,

ПОЭМ, эффективность лапароскопической миотомии у которых низка и имеет тенденцию к снижению с каждой последующей хирургической операцией [6]. Последняя группа больных была исключена авторами на этапе набора больных; судить о наличии больных 3 типом АК не представляется возможным в связи с отсутствием данных, однако характерные рецидивы, связанные с сохранением болей в грудной клетке, не описаны; все это может объяснять отличные результаты лечения больных и говорит о высокой непосредственной эффективности лечения больных со значительно расширенными, деформированными на фоне АК пищеводами методом лапароскопической миотомии. Это укладывается в современные тенденции развития учения о лечении АК, где малоинвазивное лечение является первым этапом лечения больных с расширенными, деформированными пищеводами, а метод лечения выбирается исходя из опыта клиники и у больных 1 типом АК может быть ограничен лапароскопической операцией Геллера или ПОЭМ, последний, однако, имеет лучшие результаты за счет большей гибкости методики и работы непосредственно внутри стенки пищевода, кардии, имея значимо меньший уровень интраоперационных и послеоперационных осложнений, о которых авторы не сообщают.

В заключение хочется отметить хорошие клинические результаты, представленные авторами, и пожелать дальнейшего развития не только оперативной составляющей лечения больных, но и современных методик обследования больных до и после операции, что, несомненно, позволит более четко принимать решение о выборе метода и объема лечения, оценивать полученные результаты, что, несомненно, является важнейшим компонентом в комплексном лечении больных АК.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Nabi Z., Ramchandani M., Chavan R., Kalapala R., Darisetty S., Rao G. V., Reddy N. Per-Oral Endoscopic Myotomy for Achalasia Cardia: Outcomes in over 400 Consecutive Patients // *Endoscopy International Open*. 2017. Vol. 5, № 5. P. E331–39.
2. Liu D., Liu Y. Y., Chen J. X. et al. Influence of esophageal morphology on the clinical efficacy of peroral endoscopic myotomy in treating advanced achalasia cardia // *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2021. Vol. 21, № 3. P. 196.
3. Бурмистров М. В., Сигал Е. И., Шарапова К. М., Федоров В. И. Ближайшие и отдаленные результаты повторных и последующих эндохирургических операций у пациентов с нервно-мышечными заболеваниями пищевода и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне грыж пищеводного отверстия диафрагмы // *Клин. и эксперимент. хир. : Журн. им. акад. Б. В. Петровского*. 2022. № 1. С. 20–25.
4. Pandolfino J. E., Kwiatek M. A., Nealis T., Bulsiewicz W., Post J., Kahrilas P. J. Achalasia: A New Clinically Relevant Classification by High-Resolution Manometry // *Gastroenterology*. 2008. Vol. 135, № 5. P. 1526–1533.
5. Смирнов А. А., Любченко М. Е., Кирильцева М. М., Конкина Н. В., Корчак М. В., Красков А. В., Мерзляков В. М., Яицкий Н. А., Багненко С. Ф. Фиброзные изменения подслизистого слоя у больных ахалазией кардии // *Вестн. хир. им. И. И. Грекова*. 2020. № 3 (179). С. 62–68.
6. Moonen A., Annese V., Belmans A. et al. Long-term results of the European achalasia trial: a multicentre randomised controlled trial comparing pneumatic dilation versus laparoscopic Heller myotomy // *Gut*. 2016. Vol. 65, № 5. P. 732–739.

#### REFERENCES

1. Nabi Z., Ramchandani M., Chavan R., Kalapala R., Darisetty S., Rao G. V., Reddy N. Per-Oral Endoscopic Myotomy for Achalasia Cardia: Outcomes in over 400 Consecutive Patients // *Endoscopy International Open*. 2017;5(5):E331–39.
2. Liu D., Liu Y. Y., Chen J. X. et al. Influence of esophageal morphology on the clinical efficacy of peroral endoscopic myotomy in treating advanced achalasia cardia // *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2021;21(3):196.

3. Burmistrov M. V., Sigal E. I., Sharapov T. L., Fedorov V. I. Immediate and long-term results of repeated and subsequent endosurgical operations in patients with neuromuscular diseases of the esophagus and gastroesophageal reflux disease in the presence of hiatal hernia // *Clinical and Experimental Surgery. Petrovsky Journal*. 2022; 10(1):20–5. (In Russ.). Doi: 10.33029/2308-1198-2022-10-1-20-25.
4. Pandolfino J. E., Kwiatak M. A., Nealis T., Bulsiewicz W., Post J., Kahrilas P. J. Achalasia: A New Clinically Relevant Classification by High-Resolution Manometry // *Gastroenterology*. 2008;135(5):1526–1533.
5. Smirnov A. A., Lyubchenko M. E., Kiriltseva M. M., Konkina N. V., Korchak M. V., Kraskov A. V., Merzlyakov V. M., Yaitsky N. A., Bagnenko S. F. Submucosal fibrotic changes in patients with esophageal achalasia // *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2020;179(3):62–68. Doi: 10.24884/0042-4625-2020-179-3-62-68.
6. Moonen A., Annese V., Belmans A. et al. Long-term results of the European achalasia trial: a multicentre randomised controlled trial comparing pneumatic dilation versus laparoscopic Heller myotomy // *Gut*. 2016;65(5):732–739.

---

**Информация об авторах:**

**Смирнов Александр Александрович**, доцент кафедры госпитальной хирургии № 2, руководитель отдела эндоскопии, кандидат медицинских наук, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-6440-2370; **Королев Михаил П.**, профессор кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии, доктор медицинских наук, председатель Российского эндоскопического общества, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-5061-0139.

**Information about authors:**

**Smirnov Aleksandr A.**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Hospital Surgery № 2, Head of the Department of Endoscopy, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-6440-2370; **Korolyov Mikhail P.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of General Surgery with a Course of Endoscopy, Chairman of the Russian Endoscopic Society, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-5061-0139.