

© Коллектив авторов, 2017  
УДК 616.333-009.12-036.65-072.1-089.85

М. П. Королёв, Л. Е. Федотов, А. Л. Оглоблин, Ш. Д. Мамедов, Л. А. Габдрахманова

## ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИОТОМИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ АХАЛАЗИИ КАРДИИ СПУСТЯ 40 ЛЕТ ПОСЛЕ КАРДИОМИОТОМИИ ПО ГЕЛЛЕРУ

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии (зав. — проф. М. П. Королёв), ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

**Ключевые слова:** ахалазия кардии, пероральная эндоскопическая миотомия, кардиомиотомия по Геллеру

*M. P. Korolev, L. E. Fedotov, A. L. Ogloblin, Sh. D. Mamedov, L. A. Gabdrakhmanova*

**Peroral endoscopic myotomy in recurrence of esophageal achalasia after 40 years since heller myotomy**

Department of general surgery with course of endoscopy, St. Petersburg State Pediatric Medical University

**Key words:** *esophageal achalasia, peroral endoscopic myotomy, Heller myotomy*

Ахалазия кардии — врожденное или приобретенное расстройство моторики пищевода, проявляющееся нарушением прохождения пищевого комка в желудок в результате недостаточного рефлекторного раскрытия нижнего сфинктера при глотании и беспорядочной перистальтики вышележащих отделов пищеводной трубки [1]. С первого упоминания описания заболевания, сходного с ахалазией кардии, прошло более 400 лет [4]. С тех пор в лечении применялись разнообразные методы — от бужирования китовым усом до эндоскопической баллонной дилатации, результаты которых были различные. Самым последним и новым методом лечения является пероральная эндоскопическая миотомия — Per Oral Endoscopic Myotomy (РОЕМ). Впервые данная операция на пищеводно-желудочном переходе у человека выполнена 08.12.2008 г. японским профессором Н.Иноэ и соавт. [3]. Клинические исследования показали её высокую эффективность в сочетании с низкой вероятностью развития тяжёлых осложнений. Методика заключается в формировании канала в подслизистом слое в зоне повышенного тонуса пищевода, рассечении его циркулярного мышечного слоя и мышц кардиального отдела желудка. В нашей клинике выполнена пероральная эндоскопическая миотомия больному с рецидивом ахалазии кардии спустя 40 лет

после кардиомиотомии по Э.Геллеру по поводу кардиоспазма IV стадии по классификации Б.В.Петровского [2].

Пациент О., 67 лет, в 2014 г. поступил в 5-е хирургическое отделение СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» с жалобами на затруднение прохождения твердой и жидкой пищи, отрыжку ранее съеденной пищей, периодические боли за грудиной, ночной кашель, похудение, слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза было известно, что больному 40 лет назад выполнена кардиомиотомия по Э.Геллеру с фундопликацией по Ниссену по поводу кардиоспазма IV стадии. Настоящее ухудшение появилось 3 мес назад, когда после «нервного потрясения» отметил появление дисфагии. В первое время дисфагия была эпизодической, а затем постоянной. В последнее время ночью начал беспокоить кашель. Похудел за время болезни на 5–8 кг. Объективно: кожа чистая, розового цвета, тургор сохранен, отёков нет. Корни лёгких не расширены, лёгочный рисунок не изменен, без очаговых и инфильтративных изменений. Пульс 72 уд/мин, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Клинический, биохимический анализ крови и общий анализ мочи без патологических изменений. Обследован, выполнено рутинное рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием, акт глотания не нарушен. Пищевод расширен до 5 см, содержит жидкость, удлиннен, его дистальный отдел изогнут с формированием слепого кармана и расположенным входом в кардию выше его дна, отмечается сужение дистального отдела пищеводной трубки по типу «хвоста мыши», натощак небольшое количество жидкости. Прослеживаются нерегулярные и неглубокие перистальтические волны в нижнем сегменте пищевода. Контрастирующее вещество попадает

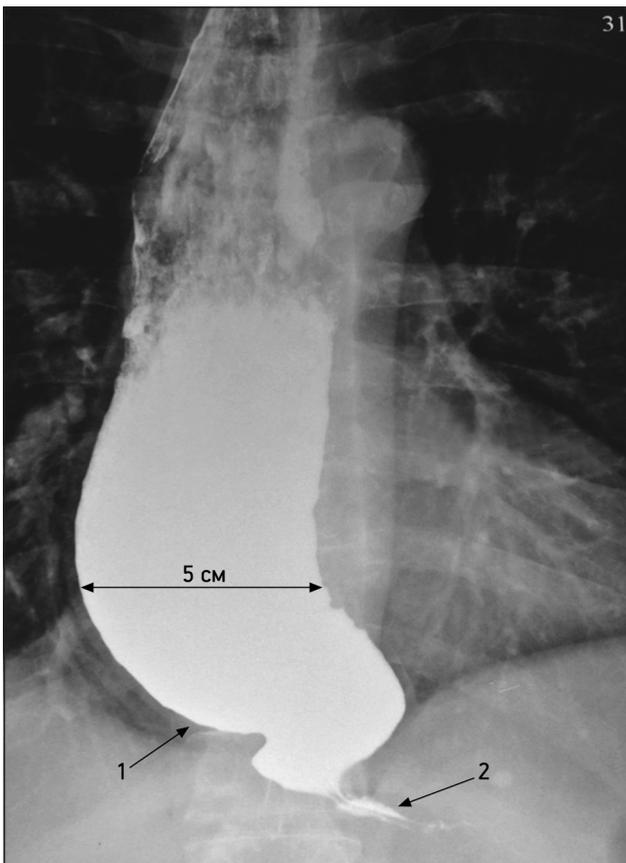


Рис. 1. Рентгенограмма пищевода до операции.

1 — изогнутый дистальный отдел пищевода;  
2 — сужение по типу «хвоста мыши»

в желудок небольшими порциями. Кардия раскрывается только при значительном заполнении просвета пищевода, видимые складки сохраняют продольное расположение, отёчные, воздушный пузырь желудка отсутствует. В положении Тренделенбурга и при натуживании убедительных данных за грыжу пищеводного отверстия диафрагмы не выявлено (рис. 1).

По результатам МСКТ органов груди и верхнего этажа брюшной полости — грудной отдел пищевода расширен до 46 мм, содержит жидкость и воздух. Наддиафрагмальный сегмент пищевода образует слепой карман 24 × 22 мм. Диафрагмальный сегмент и абдоминальный отдел пищевода с циркулярным утолщением стенок и одновременным сужением просвета, удвоенная толщина стенок поражённого участка составляет 15 мм, протяженность выявленных изменений 32–33 мм. Дополнительно выявлен пневмофиброз SIII правой верхней доли со значительным уменьшением объёма поражённого сегмента, обызвествленные лимфатические узлы правой бронхопульмональной и паратрахеальной групп, жидкости в полостях плевры не найдено, в теле позвонка ThIV небольшая гемангиома (рис. 2). По данным эндоскопического исследования, пищевод свободно проходим, просвет его расширен, слизистая оболочка несколько отёчная и гиперемированная. Дистальный отдел пищевода представлен слепым карманом. Вход в кардию расположен эксцентрично, плотно сомкнут, с трудом проходим для эндоскопа. Желудок легко расправляется воздухом. В просвете желудка — умеренное

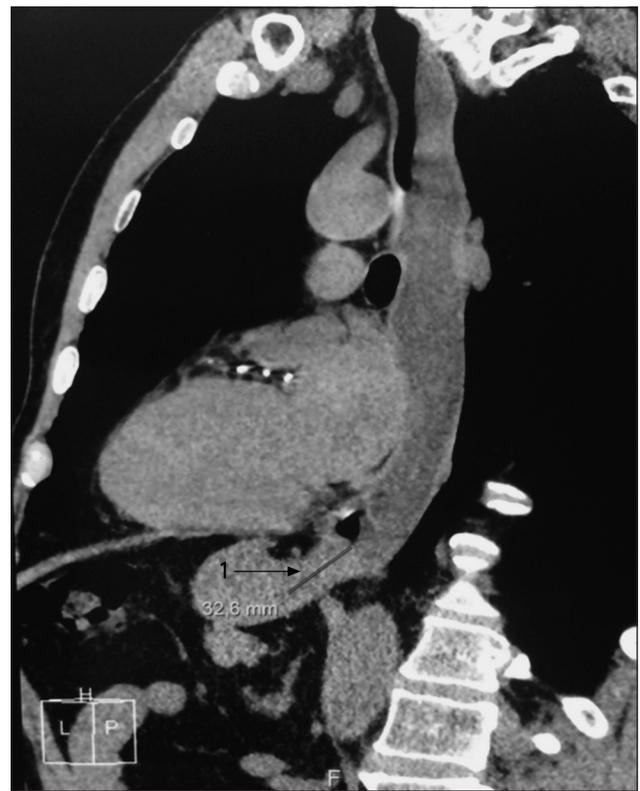


Рис. 2. МСКТ органов груди и верхнего этажа брюшной полости.

1 — протяженность гипертрофированных мышц

количество мутной слизи. Слизистая оболочка умеренно гиперемирована в средней и нижней третях. Перистальтика не изменена, равномерная, прослеживается во всех отделах. Складки выражены хорошо. Луковица двенадцатиперстной кишки без патологических изменений. Большой сосочек двенадцатиперстной кишки не увеличен, слизистая оболочка над ним гладкая, розовая и блестящая.

Установлен клинический диагноз: ахалазия кардии IV стадии, состояние после хирургического лечения от 1976 г., дисфагия 2–3 балла. Пациент подготовлен к операции, выполнена эндоскопическая кардиомиотомия из подслизистого доступа по методике, предложенной японским профессором Н. Иноэ и соавт. [3] в 2008 г. В послеоперационном периоде больному в течение трёх дней запрещалось принимать пищу через рот, получал инфузионную, нутритивную терапию. На 3-и сутки выполнено рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием (76% раствор «Урографин»), пищевод имел извитой ход, в нижней трети расширен до 3,5 см. Стенки пищевода эластичные, затёков контрастирующего вещества не определялось. Пищевод свободно проходим для первой порции вещества, в дальнейшем отмечалась его задержка, и оно малыми порциями периодически поступало в желудок. Больному разрешено принимать жидкую пищу через рот. На 10-е сутки послеоперационного периода, выписан в поликлинику по месту жительства. В течение 2 лет пациент находится под наблюдением. По результатам рентгенологического исследования через 24 мес отмечается сужение просвета пищевода до 2,0–2,5 см, сохраняется деформация дистального отрезка пищевода, контрастиру-

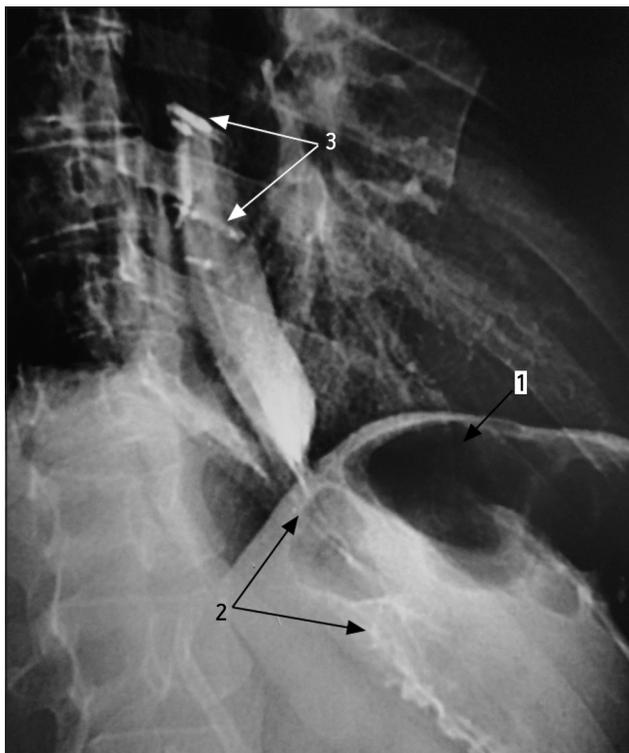


Рис. 3. Рентгенограмма пищевода через 24 мес после операции.

1 — газовый пузырь желудка; 2 — поступление контрастирующего вещества в желудок; 3 — эндоскопические клипсы в просвете пищевода

щее вещество свободно поступает из пищевода в желудок, чётко прослеживается газовый пузырь желудка (рис. 3).

Клинически больной отмечает отсутствие дисфагии, отсутствие загрудинных болей, прибавление массы тела, увеличение работоспособности.

**Заключение.** В настоящее время РОЭМ является операцией выбора в лечении рецидива ахалазии кардии после ранее выполненного хирургического лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Денисов И. Н., Шевченко Ю. Л. Справочник-путеводитель практикующего врача : 2000 болезней от А до Я. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 1328 с. [Denisov I. N., Shevchenko Yu. L. Spravochnik-putevoditel' praktikuuyushchego vracha. 2000 boleznei ot A do Ya. Moscow : GEOTAR-Media, 2008. 1328 p.]
2. Петровский Б. В. Кардиоспазм и его хирургическое значение // Труды 27-го Всесоюзного съезда хирургов. М., 1962. С. 162–173 [Petrovskii B. V. Kardiospazm i ego khirurgicheskoe znachenie // Trudy 27-go Vsesoyuznogo s'ezda khirurgov. Moscow, 1962. P. 162–173].
3. Inoue H., Minami H., Kobayashi Y., Sato Y., Kaga M., Suzuki M., Satodate H., Odaka N., Itoh H., Kudo S. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia // Endoscopy. 2010. Vol. 42, № 4. P. 265–271. (doi: 10.1055/s-0029-1244080. Epub 2010 Mar 30).
4. Willis T. Pharmaceutice ratioalis sive diatribe de medicamentarum operationibus in humano corpore. London : Hagia Comitit, 1674.

Поступила в редакцию 14.12.2016 г.

#### Сведения об авторах:

Королёв Михаил Павлович (e-mail: korolevmp@yandex.ru), д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой; Федотов Леонид Евгеньевич (e-mail: fedotov-Le@yandex.ru), канд. мед. наук, проф.; Оглоблин Александр Леонидович (e-mail: ogloblindoka@mail.ru), канд. мед. наук, доц.; Мамедов Шохрат Девлатоглы (e-mail: ganjabasar666@mail.ru), ассистент кафедры; Габдрахманова Лилия Адисовна (e-mail: liliya1989@yandex.ru), ассистент кафедры; кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2.