

УДК 616.333-009.12-072.1-08

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

В.Ю. Муравьев, Е.И. Сигал, И.Т. Сагитов, М.В. Бурмистров, Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

В верификации и лечении ахалазии кардии необходимо использовать комплекс специальных методов исследования (рентгенологическое, фиброэзофагогастроскопию, эзофагокардиоманометрию) и разработанный диагностический и лечебный алгоритм, что позволит своевременно и адекватно воздействовать на патологический процесс. Эндоскопическое интрасфинктерное введение ботулотоксина А является более эффективным в лечении ахалазии кардии в сравнении с эндоскопической кардиодилатацией.

For verification and treatment of achalasia it is essential to use the complex of specific methods (as rontgeno-logic, fibroesophagogastrosocopia and esophagocardiomanometria) and developed diagnostic and medicinal algorithm, what will give the opportunity to influence on pathologic process in proper tome and sufficiently. Endoscopic intrasphincteral introduction of botulinum antitoxin A is more effective in achalasia's treatment comparing with endoscopic cardiodilatation.

Целью работы являлось улучшение результатов эндоскопического лечения ахалазии кардии.

За период с 1995 по 2006 гг. из всех обследованных больных нами были выявлены 114 пациентов с диагнозом «ахалазия кардии» в возрасте от 10 до 72 лет, в том числе мужчин – 52, женщин – 62, соответственно 45,6% и 54,4%.

Все больные с ахалазией кардии, согласно классификации Б.В. Петровского – О.Д. Федоровой, были распределены по стадиям заболевания (таблица 1).

Таблица 1. Распределение больных с ахалазией кардии по стадиям заболевания

Стадия заболевания	Количество больных	
	абс.	%
Ахалазия I стадии	22	19,3
Ахалазия II стадии	45	39,47
Ахалазия III стадии	38	33,33
Ахалазия IV стадии	9	7,89
Всего	114	100

Методы исследования ахалазии кардии

Достоверность различных методов исследования в верификации диагноза ахалазии кардии представлена в таблице 2.

Таблица 2. Верификация диагноза ахалазии кардии

Методы исследования	Диагностированные стадии ахалазии кардии							
	I		II		III		IV	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рентгенография	22	100	45	100	38	100	9	100
Фиброгастро-дуоденоскопия	18	81,8	42	93,3	38	100	9	100
Эзофаго-кардиоманометрия	20	90,9	44	97,8	38	100	9	100

Как видно из приведенной таблицы, рентгенография пищевода и желудка является наиболее информативным и достоверным методом верификации диагноза ахалазии кардии.

Методы проводимого лечения больных с ахалазией кардии были различны, они представлены в таблице 3, в каждом конкретном случае был индивидуальный подход.

Таблица 3. Методы проводимого лечения больных с ахалазией пищевода

Методы лечения ахалазии кардии	Количество больных
Эндоскопическая кардиодилатация	28
Эндоскопическое введение ботулотоксина А	60
Эндоскопическая кардиодилатация + эндоскопическое введение ботулотоксина А	11
Эндоскопическая кардиодилатация + эндоскопическое введение ботулотоксина А + оперативное лечение	1
Эндоскопическая кардиодилатация + оперативное лечение	7
Эндоскопическая кардиодилатация + оперативное лечение + эндоскопическая кардиодилатация	2
Эндоскопическая кардиодилатация + оперативное лечение + эндоскопическое введение ботулотоксина А	2
Оперативное лечение + эндоскопическая кардиодилатация + эндоскопическое введение ботулотоксина А	3
Всего	114

Показанием к эндоскопической кардиодилатации являлась ахалазия кардии I–III стадии, резистентная к медикаментозному лечению. При лечении больных с ахалазией кардии IV стадии традиционна тактика оперативного вмешательства – экстирпации пищевода с пластикой, однако в нашем исследовании 2 пациента категорически отказались от операции и у 3 больных с ахалазией кардии IV стадии была выявлена тяжелая выраженная соматическая патология с высоким операционным риском (инфаркт миокарда с сердечно-сосудистой недостаточностью, пневмосклероз и эмфизема легких с явлениями легочно-сердечной недостаточности), поэтому всем пятерым было решено произвести один существующий тогда метод эндоскопического лечения – кардиодилатацию.

Эндоскопическая кардиодилатация произведена 51 пациенту из 114 больных с ахалазией кардии (44,7%). Из них только у 11 больных (21,6%) кардиодилатация оказалась эффективной после первого курса, а у 5 больных положительный эффект был достигнут после двух курсов (9,8%). 12 пациентам пришлось проводить по 3 курса кардиодилатации для получения положительного эффекта (23,5%).

Всего же эндоскопическая кардиодилатация была эффективной у 28 больных с ахалазией кардии, что составляет 54,9% из всех пациентов, кому был применен этот вид эндоскопического лечения ахалазии кардии.

Эндоскопическая кардиодилатация считалась неэффективной, если после проведения трех курсов отсутствовала положительная динамика. Отсутствие эффекта после эндоскопической кардиодилатации наблюдалось за исследуемый нами период у 23 больных, что составило 45,1%. Из них у 11 возник рецидив (47,8%), им было выполнено оперативное вмешательство. 12 пациентам из 23 с рецидивом ахалазии кардии после эндоскопической кардиодилатации (52,2%) проводилось эндоскопическое интрасфинктерное введение ботулотоксина А (Диспорт). Положительный эффект наблюдался у 11 пациентов (91,7%), у 5 больных из 11 (45,5%) он был достигнут после однократной

инъекции, а остальные пациенты (54,5%) нуждались в повторной инъекции. И только у одного больного после проведенных кардиодилатаций и двукратного эндоскопического введения ботулотоксина А с интервалом в 3 месяца наступил рецидив заболевания. Это был единственный больной из 77 пациентов, подвергшихся эндоскопическому введению ботулотоксина А, у которого развился рецидив ахалазии кардии (1,3%).

Эндоскопическое интрасфинктерное введение ботулотоксина А в лечении ахалазии кардии проводится нами с 2002 года.

Показаниями к эндоскопическому лечению путем интрасфинктерного введения ботулотоксина А являлись:

- 1) терапия первой линии ахалазии кардии без предшествующего лечения;
- 2) ахалазия кардии IV стадии при отказе больного от радикальной операции;
- 3) рецидив дисфагии после предшествующей операции или эндоскопической кардиодилатации;
- 4) ахалазия кардии у больных старше 70 лет, когда операция и кардиодилатация представляют высокий риск.

Из 77 больных, которым было произведено эндоскопическое введение ботулотоксина А, 60 пациентам (77,9%) этот метод был проведен без предшествующих лечебных манипуляций (терапия первой линии).

У всех 60 пациентов получен отличный и хороший результаты. Из них в повторном введении Диспорта в течение 3–14 месяцев нуждались 19 больных (31,7%). Пяти больным из 19 (26,3%) через 6–26 месяцев были выполнены три и более инъекции ботулотоксина А. У 41 пациента в этой группе (68,3%) положительный и стойкий эффект наблюдался после однократного введения препарата (средние сроки наблюдения составили $49,4 \pm 2,6$ месяца).

Отдельную группу из 5 человек (13,5%) составили больные с рецидивом ахалазии кардии, прооперированные ранее лапаротомным доступом. Этим больным проведено эндоскопическое введение ботулотоксина А с достижением положительного эффекта: у двоих – после однократной инъекции, у троих – после повторной инъекции.

Резюмируя вышеизложенное, следует сказать, что у 29 больных из 77 (37,7%) пришлось выполнить повторную инъекцию ботулотоксина А, а пятерым из них (6,5%) – трехкратное и более введение препарата.

Повторная инъекция ботулотоксина А сделана 6 больным (7,8%) в течение первых 3–6 месяцев; 10 больным (13%) – в течение 6–9 месяцев; 6 пациентам (7,8%) – в течение 9–12 месяцев; 7 больным (9,1%) – больше чем через год.

После первой инъекции под наблюдением находится 48 пациентов. Срок наблюдения составляет от 6 месяцев до 4 лет.

Данные проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности эндоскопических методов лечения ахалазии кардии, среди которых эндоскопическое интрасфинктерное введение ботулотоксина А является наиболее эффективным.

Эндоскопическое введение ботулинового токсина в нашем исследовании серьезными осложнениями не сопровождалось.

Выводы

1. В верификации и лечении ахалазии кардии необходимо использовать комплекс специальных методов исследования (рентгенологическое, фиброэзофагогастроскопию, эзофагокардиоманометрию) и разработанный диагностический и лечебный алгоритм, что позволит своевременно и адекватно воздействовать на патологический процесс.

2. Эндоскопическое интрасфинктерное введение ботулотоксина А является более эффективным в лечении ахалазии кардии в сравнении с эндоскопической кардиодилатацией, что проявляется достоверной разницей в снижении давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера в 1,5 раза, а показателей градиента пищеводно-желудочного давления – в 1,3 раза и меньшим количеством рецидивов заболевания – 45,1% и 10,9% соответственно.

3. Эндоскопическое интрасфинктерное введение ботулотоксина А ввиду своей эффективности и безопасности предпочтительно у пациентов старшей возрастной группы, у больных с тяжелой сопутствующей соматической патологией, в лечении послеоперационного рецидива ахалазии кардии при отказе больного от повторного хирургического вмешательства, а также у пациентов с IV стадией заболевания при отказе от радикальной операции.

4. По анализу ближайших и отдаленных периодов наблюдения отличные и хорошие результаты после эндоскопического введения ботулотоксина А практически в два раза выше, чем при эндоскопической кардиодилатации, а процент неудовлетворительных результатов в 5,5 раза ниже в сравнении с эндоскопической кардиодилатацией.

