



ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Васнев О.С., Янова О.Б., Никаноров А.В., Ким Д.О., Ульянов Д.Н., Вяжевич Ю.В.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы
Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Васнев Олег Сергеевич

Адрес: 111123, Москва, ш.Энтузиастов, д.86

E-mail: o.vasnev@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

Целью работы было сопоставить частоту возникновения рефлюкс-эзофагита у больных ахалазией кардии после успешного хирургического лечения с применением баллонной дилатации и эзофагокардиосеромиотомии с последующей фундопликацией по типу Toupet. В исследование включены только те больные, у которых удалось устранить симптомы дисфагии. Все больные разделены на две группы в зависимости от способа лечения. Первой группе (20 больных) выполнена баллонная дилатация, второй (20 больных) — лапароскопическая эзофагокардиосеромиотомия с последующей фундопликацией типа Toupet. Результаты оценены через год после вмешательства. Выявлено, что частота возникновения рефлюкс-эзофагита статистически значимо выше в группе больных после баллонной дилатации, чем в группе оперированных больных, — 40 и 15% соответственно ($p < 0,05$). Полученные результаты позволяют пересмотреть подходы к выбору метода лечения ахалазии кардии в пользу более широкого применения лапароскопической эзофагокардиосеромиотомии с формированием задней парциальной манжеты типа Toupet.

SUMMARY

Aim of the study was to compare the incidence of reflux esophagitis in patients with achalasia cardia after successful surgical treatment with balloon dilatation and ezofago-cardio-seromyotomy followed by fundoplication according to Toupet type. The study included only those patients with eliminated symptoms of dysphagia. All patients were divided into two groups depending on the method of treatment. In the first group (20 patients) performed balloon dilatation, second group (20 patients) — laparoscopic ezofagocardioseromiotomiya followed by fundoplication according type Toupet. Results evaluated one year after the intervention. Revealed that the incidence of reflux esophagitis were significantly higher in group of patients after balloon dilatation, than in the group of operated patients — 40 and 15% respectively ($p < 0,05$). Received results allow to reconsider approaches to the selection of treatment method of achalasia cardia in favor of laparoscopic ezofagocardioseromitomii with the formation of posterior cuff-type Toupet.

ВВЕДЕНИЕ

Ахалазия — нейромышечное заболевание, характеризующееся неполным расслаблением нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и отсутствием перистальтических сокращений в теле пищевода.

Хотя ахалазия впервые была описана более 300 лет назад, этиология этого заболевания неясна. Гистологические исследования указывают

на наличие фиброза в межмышечных ганглиях, а патогенетических способов терапии ахалазии не существует [1]. Также известно, что у больных ахалазией имеет место дефицит внутриклеточного оксида азота, и если учесть, что оксид азота снижает давление в области НПС, понятен механизм нарушения его расслабления [2].

Ведущим симптомом ахалазии является дисфагия. Кроме того, от 10 до 39% пациентов предъявляют жалобы на бронхопальмональные осложнения, связанные с аспирацией жидкости из пищевода [3].

В различных методических рекомендациях рассматривается возможность проведения медикаментозной терапии (спазмолитики, нитраты, блокаторы кальциевых каналов), но эффективность ее сомнительна [4]. При кардиодилатации хорошие непосредственные результаты достигаются у 55–80% больных. Однако, по данным некоторых авторов, уже через год дисфагия регистрируется у 40% пациентов, а через 5 лет рецидив заболевания отмечается более чем у половины больных [5]. Кроме того, повторные сеансы кардиодилатации способствуют развитию интерстициального фиброза, кардиальной ГПОД, травматического дивертикула, а также наиболее опасного осложнения: перфорации пищевода, частота которого достигает, по данным некоторых авторов, 15% [6].

Наиболее популярным и эффективным методом оперативного лечения ахалазии пищевода считаются различные модификации предложенной Е. Heller (1913) эзофагокардиомиотомии. Миотомия по Heller имеет достаточно высокую эффективность в устранении стойкой дисфагии у больных ахалазией [7–11]. Однако в отдельных исследованиях показано,

что дисфагия сохраняется у 27% больных после операции вследствие неадекватно выполненной миотомии [12].

Кроме того, после выполнения серомиотомии около 80% пациентов имеют патологические кислые рефлюксы по результатам рН-мониторинга [12]. Существуют данные, что устойчивость и чувствительность слизистой оболочки пищевода у больных ахалазией к воздействию рефлюкса значительно ниже, чем у больных ГЭРБ [13].

Целью исследования было сопоставить частоту возникновения рефлюкс-эзофагита у больных ахалазией кардии после успешного хирургического лечения с применением баллонной дилатации и лапароскопической эзофагокардиомиотомии с последующей фундопликацией по типу Toupet.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При диагностике тяжести ахалазии пищевода нами использовалась классификация Б.В. Петровского (1962 г.):

I стадия — функциональный перемежающийся спазм. Сужение кардии и

Таблица 1

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С НЕЙРОМЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВОДА		
	n = 40	%
Мужчины	26	65
Женщины	14	35
Средний возраст, лет	47,4 ± 16,1	
Выраженность эзофагита		
Катаральный эзофагит	28	70
Эрозивно-язвенный эзофагит	12	30
Симптомы и их выраженность по шкале Likert		
Изжога	10 (25%)	3,1 ± 1,3
Рвота	26 (65%)	2,3 ± 1,9
Дисфагия	32 (80%)	3,3 ± 1,9
Одинофагия	28 (70%)	2,8 ± 1,6
Внепищеводные симптомы (кашель, осиплость голоса)	16 (40%)	1,7 ± 1,5
Показатели манометрии пищевода		
Давление покоя НПС, мм рт. ст.	34,7 ± 15,1	
Расслабление НПС, %	54,3 ± 25,1	
Остаточное давление НПС, мм рт. ст.	18,5 ± 9,7	
Средняя амплитуда перистальтической волны в дистальном отделе пищевода (3 и 8 см от НПС) мм рт. ст.	16,5 ± 14,8	
Отсутствие перистальтических сокращений в пищеводе, случаев	40 (100%)	

супрастенотическое расширение пищевода отсутствуют. Непроходимость кардии спастического характера;

II стадия — стойкий спазм кардии с нерезким расширением пищевода (расширение до 4–5 см);

III стадия — рубцовые изменения мышечных слоев кардии с выраженным супрастенотическим расширением пищевода (расширение до 6–8 см);

IV стадия — резко выраженный стеноз кардии с выраженной дилатацией пищевода. Явления застойного эзофагита с участием некроза и изъязвления. Перизофагит и фиброзный медиастинит.

Всего в исследование было включено 40 больных ахалазией пищевода II–III степени по классификации Б.В. Петровского. Больные были разделены на две группы в зависимости от метода лечения. Первой группе больных (20 человек) выполнена баллонная дилатация, второй (20

человек) — лапароскопическая эзофагокардиомиотомия с последующей фундопликацией по типу Toupet. В обеих группах основные симптомы ахалазии — дисфагия при приеме твердой и жидкой пищи, сопровождающаяся регургитацией, преимущественно в горизонтальном положении, — диагностировались одинаково часто. Всем больным кроме общих клинических методов исследования в предоперационном периоде выполнены эзофагогастродуоденоскопия с определением уровня кислотности желудочного содержимого, полипозиционная рентгеноскопия пищевода, внутриводная манометрия (табл. 1).

Манометрия пищевода имеет особое значение в постановке диагноза у подавляющего большинства пациентов. Классические манометрические изменения — неполная релаксация НПС (рис. 1) и отсутствие перистальтики тела пищевода (рис. 2).

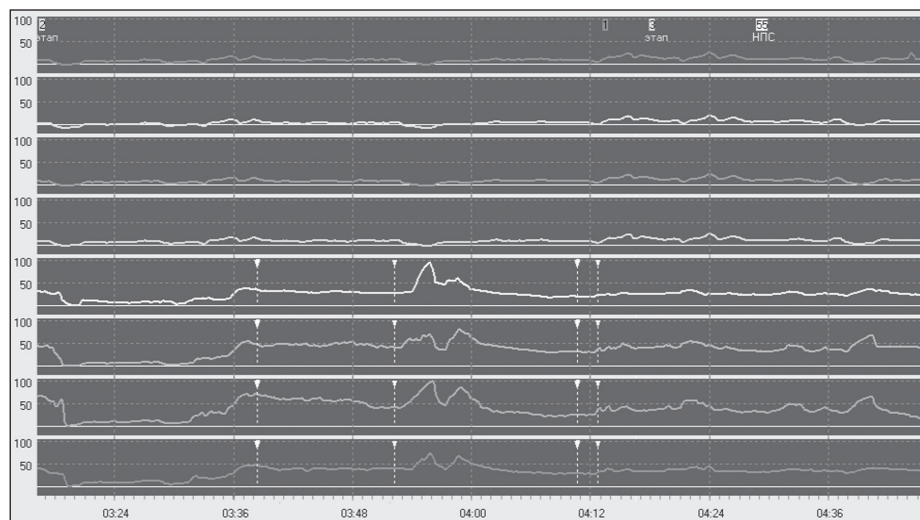


Рис. 1. Давление покоя в области НПС у больного ахалазией. Расслабление НПС на глоток воды менее 90% и остаточное давление НПС превышает 8 мм рт. ст.

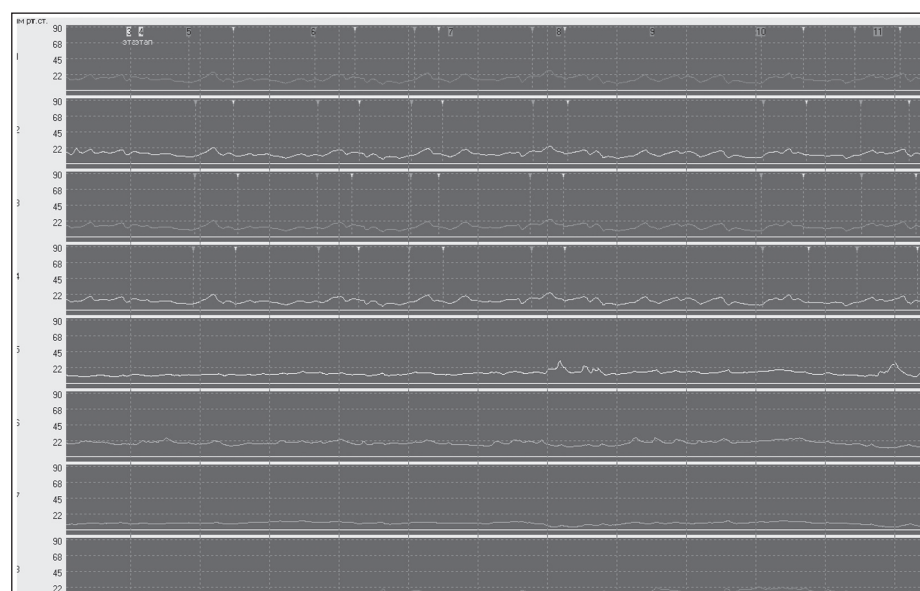


Рис. 2. Отсутствие перистальтики в теле пищевода у больного ахалазией. Отсутствуют перистальтические (последовательные) сокращения в теле пищевода

Больным I группы выполнена баллонная дилатация с использованием баллона фирмы *Willson Cook* с максимальным диаметром 35 мм, проводили от одного до 3 сеансов дилатации до достижения стойкого эффекта. Эффективность контролировали проведением рентгеноскопии пищевода в послеоперационном периоде. Больным II группы была выполнена серомиотомия по типу Heller, учитывая, что после выполнения серомиотомии устраняется жомная функция кардии, а клапанной функции уже не существует, всем больным выполняется фундопликация с целью первичной профилактики эрозивно-язвенных поражений пищевода вследствие возникновения патологического рефлюкса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты лечения больных с нейромышечными заболеваниями пищевода оценивали в первую очередь по данным объективных методов исследования — рентгенологическое и эндоскопическое, а во вторую очередь — по субъективным ощущениям: устранению или уменьшению симптомов заболевания.

Данные ЭГДС в нашей работе мы оценивали через 1 год после операции, так как эзофагит у больных нейромышечными заболеваниями пищевода до операции связан с нарушением эвакуации пищи из пищевода и, по сути, является застойным. А вот наличие эзофагита после выполнения пособия при отсутствии нарушения эвакуации из пищевода связано с появлением рефлюкса у этих больных, так как во время манипуляции устранены антирефлюксные

барьеры. Также не следует забывать о глубоких нарушениях перистальтики пищевода у этой группы больных и отсутствии адекватного клиренса пищевода при забросах желудочного содержимого.

В группе больных, которым выполнена баллонная дилатация, в ближайшем послеоперационном периоде 90% отметили появление изжоги, которая купировалась приемом ингибиторов протонной помпы и альгинатов. При эндоскопической оценке слизистой пищевода через год у 8 больных (40%) выявлены воспалительные изменения в нижней трети пищевода различной степени выраженности (до язвы пищевода у 2 больных — 10%). Все указанные больные испытывали изжогу и вынуждены были принимать антисекреторные препараты. Эрозивно-язвенного эзофагита через год после операции не зафиксировано ни у одного больного второй группы. Катаральный эзофагит диагностирован у 3 (15%) больных. Изжога беспокоила 3 больных (15%) после операции, и выраженность ее была $1,8 \pm 1,3$ балла. Рвота, одинофагия и внепищеводные симптомы не беспокоили никого из оперированных больных. По данным манометрии пищевода, давление в области НПС было существенно ниже, чем до вмешательства, в обеих группах. По данным рентгенологического исследования, нарушения эвакуации контраста в зоне пищеводно-желудочного перехода ни у одного больного зафиксировано не было. Результаты сравнения представлены в *табл. 2*.

Таблица 2

ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППЫ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ					
	Дилатация, n = 20		Операция, n = 20		p
Выраженность эзофагита					
Катаральный эзофагит	6	30%	3	15%	0,4
Эрозивно-язвенный эзофагит	2	10%	0		0,4
Симптомы и их выраженность по шкале Likert					
Изжога	4 (20%)	$3 \pm 1,2$	3 (15%)	$1,8 \pm 1,3$	1
Рвота	11 (55%)	$2,1 \pm 1,7$	0		0,001
Дисфагия	12 (60%)	$3,2 \pm 1,7$	2 (10%)	$1,9 \pm 1,1$	0,003
Одинофагия	9 (45%)	$2,8 \pm 1,6$	0		0,002
Внепищеводные симптомы	7 (35%)	$1,8 \pm 1,6$	0		0,01
Показатели манометрии пищевода					
Давление покоя НПС, мм рт. ст.	$8,7 \pm 16,8$			$9 \pm 7,2$	
Рентгеноскопия с контрастным веществом					
Нарушение эвакуации контраста	0	0	0	0	

Наличие катарального эзофагита у 15% больных мы объясняем недостаточными антирефлюксными свойствами парциальной задней фундопликационной манжеты по сравнению с циркулярной фундопликацией и развитием у этих больных симптомов ГЭР. Однако формирование у больных с первичными моторными нарушениями циркулярной фундопликационной манжеты с большой долей вероятности приведет к нарушению эвакуации из пищевода и сохранением, усилением или появлением дисфагии. Тем не менее парциальная манжета эффективнее в отношении рефлюкса, чем баллонная дилатация без последующей фундопликации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Goldblum J.R., Rice T.W., Richter J.E. Histopathologic features in esophagomyotomy specimens from patients with achalasia // *Gastroenterology*. — 1996. — Vol. 111, № 3. — P. 648–654.
2. Mearin F., Mourelle M., Guarner F. et al. Patients with achalasia lack nitric oxide synthase in the gastro-oesophageal junction // *Eur. J. Clin. Invest.* — 1993. — Vol. 23, № 11. — P. 724–728.
3. Decker G., Borie F., Bouamrène D. et al. Gastrointestinal quality of life before and after laparoscopic Heller myotomy with partial posterior fundoplication // *Ann. Surg.* — 2002. — Vol. 236, № 6. — P. 750–758; discussion 758.
4. Ламв П., Griffin S. Achalasia of the cardia: dilatation or division? // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* — 2006. — Vol. 88. — P. 9–12.
5. Eckard V.F., Aignherr C., Bernhard G. Predictors of outcome in patient with achalasia treated by pneumatic dilatation // *Gastroenterology*. — 1992. — Vol. 103. — P. 1732–1738.
6. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Гаджиев Д.В. Хирургическое лечение нервно-мышечных заболеваний пищевода // *Ann. хир.* — 2001. — № 1. — С. 35–38.
7. Ali A., Pellegrini C.A. Laparoscopic myotomy: technique and efficacy in treating achalasia // *Gastrointest. Endosc. Clin. North. Am.* — 2001. — Vol. 11, № 2. — P. 347–358.
8. Ackroyd R., Watson D.I., Devitt P.G., Jamieson G.G. Laparoscopic cardiomyotomy and anterior partial fundoplication for achalasia // *Surg. Endosc.* — 2001. — Vol. 15, № 7. — P. 683–686.
9. Anselmino M., Perdakis G., Hinder R.A. et al. Heller myotomy is superior to dilatation for the treatment of early achalasia // *Arch. Surg.* — 1997. — Vol. 132, № 3. — P. 233–240.
10. Oelschlager B., Pellegrini C.A. Surgical management of achalasia // *Med. Gen. Med.* — 2003. — Vol. 5, № 4. — P. 31.
11. Chapman J.R., Joehl R.J., Murayama K.M. et al. Achalasia treatment: improved outcome of laparoscopic myotomy with operative manometry // *Arch. Surg.* — 2004. — Vol. 139, № 5. — P. 508–513; discussion 513.
12. Patti M.G., Pellegrini C.A., Horgan S. et al. Minimally invasive surgery for achalasia: an 8-year experience with 168 patients // *Ann. Surg.* — 1999. — Vol. 230, № 4. — P. 587–593; discussion 593–594.
13. Brackbill S., Shi G., Hirano I. Diminished mechanosensitivity and chemosensitivity in patients with achalasia // *Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol.* — 2003. — Vol. 285, № 6. — P. 1198–1203.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирование задней парциальной фундопликационной манжеты у больных с первичными моторными нарушениями пищевода является операцией выбора после выполнения серомиотомии.

Данное пособие статистически значимо эффективнее предотвращает рефлюкс-эзофагит в послеоперационном периоде по сравнению с баллонной дилатацией и сопряжено с меньшим риском развития язвенных поражений пищевода с последующим формированием рубцовых стриктур в послеоперационном периоде.