

УДК 616.333 - 009.12 - 08:616.381 - 089.85

Сучасна тактика лікування ахалазії стравоходу

А.В. МАЛИНОВСЬКИЙ, В.В. ГРУБНИК

Одеський державний медичний університет, Одеська обласна клінічна лікарня

MODERN TACTICS OF TREATMENT OF ESOPHAGEAL ACHALASIA

A.V. MALYNOSKY, V.V. HRUBNYK

Odessa State Medical University, Odessa Regional Clinical Hospital

У статті висвітлені сучасні і традиційні методи лікування ахалазії стравоходу: медикаментозне лікування, ендоскопічне введення ботулотоксину, балонна дилатація, відкрита кардіоміотомія і лапароскопічна кардіоміотомія. Описані віддалені результати і ускладнення цих методик. На підставі аналізу літературних даних і власного досвіду встановлено чіткі показання до використання того або іншого методу залежно від стадії захворювання і особливостей патогенезу, подано у вигляді практичних рекомендацій.

The article describes modern and conventional methods of treatment of esophageal achalasia: medicamentous treatment, endoscopic botulotoxin injection, balloon dilation, open and laparoscopic cardiomyotomy. Long-term results and complications of these methods are also described. Basing on the analysis of literature and own experience, the distinct practical guidelines for usage of these methods in different stages of achalasia are defined.

Ахалазія стравоходу (АС) – тяжке нервово-м'язове захворювання, що характеризується функціональною непрохідністю стравохідно-шлункового переходу (СШП) і зниженням тону стравоходу, приводить до прогресуючої дисфагії і розвитку ряду ускладнень (пневмонія, езофагіт, плоскоклітинний рак стравоходу). Відомо 4 основних методи лікування АС: медикаментозне лікування, ендоскопічне введення ботулотоксину в нижній стравохідний сфінктер (НСС), кардіодилатація і хірургічний метод.

Медикаментозне лікування

Медикаментозне лікування є найменш ефективним через неповне, тимчасове зменшення симптомів, обмежені фармакокінетичні властивості препарату. Використовуються М-холінолітики, міотропні спазмолітики, пролонговані нітрати і пролонговані блокатори кальцієвих каналів. Унаслідок низької ефективності і наявності побічних ефектів лікарська терапія не використовується як самостійний спосіб лікування і показана як допоміжний метод при підготовці до інших методів лікування і після їх застосування.

Ендоскопічне введення ботулотоксину

Ендоскопічне введення ботулотоксину в НСС є ефективнішим методом лікування АС, ніж лікарська терапія. Метод оснований на здатності ботулінового токсину типу А блокувати холінергічні синапси з наступною релаксацією НСС. Препарати ботулотоксину (Botox і Dysport) вводяться під

час ендоскопії в ділянці СШП. Проте відмінні і добрі віддалені результати через 6 місяців визначаються лише у 40-60 % хворих із I-II стадіями АС, у пацієнтів із III стадією цей результат істотно гірший [5, 10]. Тому ендоскопічне введення ботулотоксину виправдане у пацієнтів із I і II стадіями АС при відмові або протипоказаннях до дилатації і хірургічного лікування як ефективніших методів.

Балонна дилатація

Суть кардіодилатації полягає в частковому розриві циркулярних волокон НСС і рубцевої тканини, присутньої тут в III-IV стадіях. У даний час використовуються 2 види балонних дилаторів: гідростатичні для дилатації під ендоскопічним контролем (балон вводиться через інструментальний канал ендоскопа (through-the-score)) і пневматичні для дилатації під рентгенологічним контролем. Ендоскопічний контроль необхідний у разі значної деформації стравоходу і звуження СШП. Використання гідростатичних дилаторів системи through-the-score за рахунок обмеженого максимального діаметра балона (20 мм) доцільне як початковий етап дилатації. При дилатації під рентгенологічним контролем балон встановлюється на рівні діафрагми, в балон нагнітається повітря. При перших сеансах тиск повинен складати 200-250 мм рт.ст., при повторних – 250-320 мм рт.ст. Доцільним є використання балонів зростаючого діаметра (30, 35 і 40 мм). Доведено, що збільшення тиску вище вказаних величин збільшує частоту кровотеч і перфорацій стра-

воходу [6]. Експозиція повинна складати 45-1 хв. Ускладненнями балонної дилатації є: кровотеча, розрив і перфорація стравоходу. За даними літератури, загальна частота ускладнень складає 0-6 % [3, 6, 7]. У ряді випадків дилатацію неможливо здійснити у зв'язку з повним звуженням СШП і S-подібним викривленням стравоходу, що спостерігається в IV стадії АС.

Безпосередні результати характеризуються повним зменшенням чи звільненням від дисфагії у більшості пацієнтів. Проте у багатьох хворих виникають рецидиви протягом 3-24 місяців, що залежить від стадії захворювання. Тому необхідне проведення повторних курсів. Починаючи з 5-го курсу, різко знижується ефективність дилатації: рецидиви виникають через 1-6 місяців (синдром "гумової кардії"). Для досягнення стійкої ремісії оптимальним є проведення 3-4 курсів. За даними літератури, стійка ремісія досягається у 50-89 % пацієнтів [3, 6, 7]. Проте при глибокому аналізі цих результатів нами було встановлено, що ремісія впродовж більше 10 років, зіставна з результатами оперативного лікування, досягається декількома курсами дилатації тільки у хворих із I стадією захворювання [3, 6, 7]. Тому абсолютним показанням до балонної дилатації повинна бути I стадія АС, а також будь-яка стадія при рецидиві після кардіоміотомії, відмові або протипоказаннях до операції; відносним показанням є II стадія АС.

Абсолютними протипоказаннями до балонної дилатації є варикозно розширені вени стравоходу, гостра серцево-судинна недостатність, в тому числі гострий інфаркт міокарда, хронічна серцево-судинна недостатність III ступеня, стенокардія напруги III-IV функціонального класу, дихальна недостатність III ступеня. До відносних протипоказань відносять IV стадію АС, синдром "гумової кардії", коагулопатії, тяжкий езофагіт, остеохондроз шийного і грудного відділів хребта з вираженими остеофітами і крупні дивертикули стравоходу.

Відкрита кардіоміотомія

Традиційними показаннями до хірургічного лікування служать III і IV стадії захворювання. До появи відеоендоскопічних технологій основними способами оперативного лікування ахалазії стравоходу була кардіоміотомія за Геллером трансторакальним або лапаротомним доступом із використанням різних способів фундоплікації (за Суворовою, Петровським, Белсі). Відмінні і добрі віддалені результати трансторакальної кардіоміотомії отримані в 75-90 % випадків, лапаротомної кардіоміотомії – в 90-95 % випадків [2-4].

Проте трансторакальна і лапаротомна кардіоміотомія є досить травматичними втручаннями: час-

тота післяопераційних ускладнень складає 4-15 % і 1,5-10 %, а летальність становить 3-4 % і 0,5-1,4 % відповідно [2-4]. Незважаючи на такий високий відсоток ускладнень, в багатьох клініках, як і раніше, широко використовують кардіоміотомію трансторакальним (рідше – лапаротомним) доступом.

Лапароскопічна кардіоміотомія

У даний час з'явилась можливість застосування малоінвазивних операцій при ахалазії стравоходу. За рахунок адекватної протяжності міотомії і застосування модифікованих способів фундоплікації (ФП) лапароскопічна кардіоміотомія (ЛКМТ) характеризується якнайкращими результатами серед всіх методів лікування АС. Так, за даними літератури, ремісія при ЛКМТ досягається в 82-99 % випадків [1, 2, 5, 8, 9]. ЛКМТ порівняно з відкритою операцією Геллера відрізняється кращим косметичним ефектом, меншим часом операції, терміном перебування в стаціонарі і тимчасової непрацездатності. Показаннями до ЛКМТ є II, III і IV стадії АС, а також I стадія захворювання, коли є протипоказання до балонної дилатації та ендоскопічного введення ботулотоксину. Існує диференційована тактика стосовно використання ФП після кардіоміотомії. Згідно з нею, пацієнтам із супутніми ахалазії стравоходу грижами стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) і наявністю чинників, що приводять до розвитку гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) після операції, необхідно виконувати такі антирефлюксні операції: у II-III стадіях – ФП за Дором, в IV стадії – ФП за Тупе або Дором. Спосіб Тупе забезпечує ефект розтягування країв розітнутої м'язової оболонки і тому може бути корисний в IV стадії АС, що вирізняється частими рецидивами. У решті випадків ФП можна не виконувати.

Частота післяопераційних ускладнень мінімальна і, за даними літератури, складає 0-6 % [1, 2, 5, 8, 9]. До інтраопераційних ускладнень відносять: перфорацію слизової оболонки стравоходу, кровотечу та емфізему середостіння. До післяопераційних ускладнень належать пневмонії і неспроможність слизової оболонки в ділянці кардіоміотомії.

Техніка ЛКМТ за оригінальною методикою.

Операція виконується за допомогою 4 троакарів. Мобілізуються ніжки діафрагми і черевний відділ стравоходу. Екстрамукозна кардіоміотомія проводиться переважно під ендоскопічним контролем за допомогою спеціального гачка з діелектричним покриттям його опуклої частини для профілактики електротермічного пошкодження слизової оболонки. За наявності ГСОД виконується крурорафія, мобілізується дно шлунка. При фундоплікації за Дором стінка дна шлунку підшивається до країв (лівого, а

потім правого) розітнутої м'язової оболонки стравоходу і до правої ніжки діафрагми. При фундоплекції за Тупе мобілізована ділянка дна шлунка проводиться в тунелі позаду стравоходу, а потім дно шлунка з обох боків підшивається до країв розітнутої м'язової оболонки. За відсутності фундоплекції виконується аплекція пластин Surgicel-Nu-knit і Тахокомб на слизову оболонку, що залишається після кардіоміотомії.

Висновки (практичні рекомендації): 1. У II, III і IV стадії АС показана ЛКМТ за Геллером як первинний метод лікування.

2. При ЛКМТ рекомендується використовувати гачок із захисним діелектричним покриттям його опуклої частини для профілактики інтраопераційної перфорації слизової оболонки.

3. ЛКМТ рекомендується доповнювати ФП за Дором або Тупе при АС, асоційованій із ГСОД і чинниками, що приводять до ГЕР (пілородуоденальний стеноз, дуоденостаз, ожиріння тощо), а також після ушивання інтраопераційної перфорації слизової оболонки і високому ризику неспроможності слизової оболонки (стоншена слизова оболонка, виражений езофагіт).

4. За відсутності вищеперелічених чинників ФП може не виконуватися. В цьому випадку для профілактики неспроможності слизової оболонки стравоходу, що залишається після кардіоміотомії, рекомендовано використовувати аплекцію пластини Surgicel nu-knit і Тахокомб.

5. Балонна дилатація показана в I стадії АС як первинний метод лікування, а також при рецидивах після кардіоміотомії і при протипоказаннях до хірургічного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н.Н., Горбулич А.В., Комарчук В.В. и др. Методы восстановления функционально активного сфинктерного аппарата при лапароскопической коррекции ахалазии кардии // Харківська хірургічна школа. – 2005. – № 2. – С. 184-186.
2. Оскретков В.И., Казарян В.М., Ганков В.А., Климов А.Г. Выбор метода лечения больных ахалазией кардии // Вестник хирургии. – 2003. – № 1. – С. 32-35.
3. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Монография. – М.: Медицина, 2000. – 352 с.
4. Шулуто А.М., Моисеев А.Ю., Казарян А.М. Эндоскопическая хирургия в лечении ахалазии пищевода // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 5. – С. 16-20.
5. Costandini M., Zaninotto G., Guirrolti E., Rizzetto C. et al. The laparoscopic Heller-Dor operation remains an effective treatment for esophageal achalasia at a minimum 6-year follow-up // Surgical Endoscopy. – 2005. – Vol. 19, № 3. – P. 345-352.
6. Cusumano A., Bonavina L., Norberto L., Baessato M. et al.

- Early and long-term results of pneumatic dilation in the treatment of esophageal achalasia // Surgical Endoscopy. – 1991. – Vol. 5, № 1. – P. 9-10.
7. Eypasch E., Troidl H., Sommer H., Vestweber K.H. Long-term results of Triodl's technique of endoscopic pneumatic dilatation for achalasia of the esophagus. A prospective clinical trial // Surgical Endoscopy. – 1987. – Vol. 1, № 3. – P. 155-164.
8. Fernández A.F., Martínez M.A., Ruiz J., Torres R. et al. Six years of experience in laparoscopic surgery of esophageal achalasia // Surgical Endoscopy. – 2003. – Vol. 17, № 1. – P. 153-156.
9. Lyass S., Thoman D., Steiner J.P., Phillips E. Current status of an antireflux procedure in laparoscopic Heller myotomy // Surgical Endoscopy. – 2003. – Vol. 17, № 4. – P. 554-558.
10. Zaninotto G., Vergadoro V., Annese V., Costantini M. et al. Botulinum toxin injection versus laparoscopic myotomy for the treatment of esophageal achalasia: Economic analysis of a randomized trial // Surgical Endoscopy. – 2004. – Vol. 18, № 4. – P. 691-695.