

Отдаленные результаты и осложнения кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии

З.М.НИЗАМХОДЖАЕВ, Р.Е.ЛИГАЙ, Х.Н.БЕКЧАНОВ, А.Г.МИРЗАКУЛОВ, Д.М.ОТАЖАНОВ

Distant results and complications of cardiodilatation in patients with achalasia

Z.M.NIZAMHODJAEV, R.E.LIGAY, H.N.BEKCHANOV, A.G.MIRZAKULOV, D.M.ATADJANOV

Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В.Вахидова

Представлен опыт лечения 413 больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии. Основным методом лечения является кардиодилатация, выполненная у 377 (91,3%) пациентов, при этом аппаратом Штарка у 35, пневматическая у 312 и гидробаллонная у 30. В сравнительном аспекте изучены частота и причины осложнений (кровотечение, обострение эзофагита, перфорация и др.) после различных методик кардиодилатации. При этом наименьшая частота осложнений наблюдается при использовании пневматической и гидробаллонной моделей расширителей. Исследование отдаленных результатов показало прямую зависимость увеличения частоты рецидива дисфагии от стадии заболевания, независимо от методики кардиодилатации.

Ключевые слова: кардиоспазм, ахалазия, кардиодилатация

Experience of treatment of 413 patients with achalasia is represented in article. General method of treatment is cardiodilatation was performed in 377 patients (91,3%): with Stark apparatus – in 35, pneumatic method – in 312 and hydroballoon method – in 30. Complications rate (bleeding, esophagitis escalation, perforation et c.) after different methods of cardiodilatations was investigated. The less complications rate occurs by using of pneumatic and hydroballoon models of dilators. Examination of distant results shown direct dependence between increasing of dysphagia recurrence and stage of disease independently from cardiodilatation method.

Key words: kardiospazm, achalasia, cardiodiosis

Основным принципом лечения больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии является восстановление раскрытия пищеводно-желудочного сфинктера на акт глотания. Для лечения этого заболевания предложено множество методов, которые разделяют на медикаментозное, инструментальное расширение нижнего пищеводного сфинктера и хирургическое лечение. Среди них кардиодилатация остается приоритетным методом лечения, эффективность которой составляет 80-95% [1, 2, 4, 8]. Однако кардиодилатация, может привести к развитию ряда осложнений, таким как кровотечение из слизистой кардии, обострение эзофагита, перфорация пищевода [3, 6, 9].

Отдаленные результаты кардиодилатации также оцениваются многими авторами по-разному [2, 5, 7]. Одни считают необходимость повторных курсов кардиодилатации обычной профилактической манипуляцией, другие расценивают появление признаков рецидива дисфагии, как показание к хирургическому лечению [4, 9]. По всей видимости, необходимо подходить к вопросу определения показаний к операции индивидуально, ведь в большинстве случаев удается несколькими курсами кардиодилатации добиться удовлетворительной проходимости пищи.

Цель: изучить частоту осложнений и отдаленные результаты различных методов кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии

Материалы и методы

В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В.Вахидова за период с 1975 по 2010 года находилось на лечении 413 больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1. Возраст больных был от 12 до 84 лет, средний возраст составил $33,7 \pm 2,58$ года.

Основным симптомом больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии является дисфагия, которая отмечена у 407 (98,5%) пациентов. Согласно классификации Чернявского А.А. (1991), дисфагия I степени была у 50 (12,3%); II степени у 206 (50,6%); III степени у 126 (30,9%) и IV степень установлена у 25 (6,2%) больных.

На основании классификации Петровского Б.В., I стадия установлена у 29 (7%), II стадия – у 129 (31,2%), III стадия – у 208 (50,4%) и IV стадия – у 47 (11,4%) пациентов. Таким образом, количество больных с запущенными III и IV стадиями составило 61,8%.

Основным методом лечения больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии является кардиодилатация, которая выполнена у 377 (91,3%) больных. При этом аппарат Штарка использован у 35, пневматический у 312 и гидробаллонный дилататор у 30 больных.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

	до 19 лет	19-44 лет	45-59 лет	60-74 года	>75 лет	Итого
Муж	36	125	25	13	-	199(48,2%)
Жен	41	128	27	16	2	214(51,8%)
Всего	77(18,6%)	253(61,3%)	52(12,6%)	29(7%)	2(0,5%)	413(100%)

Таблица 2

Сравнительная оценка непосредственных результатов кардиодилатации

Стадия	Аппарат Штарка (n=35)			Пневматическая дилатация (n=312)			Гидробаллонная дилатация (n=30)		
	хор	удов	неудов	хор	удов	неудов	хор	удов	неудов
I	3 100%	-	-	22 100%	-	-	2 100%	-	-
II	6 54,5%	5 45,5%	-	71 77,2%	21 22,8%	-	10 100%	-	-
III	9 52,9%	6 35,3%	2 11,8%	76 47,8%	71 44,6%	12 7,5%	12 85,7%	2 14,3%	-
IV	-	3 75%	1 25%	7 17,9%	21 53,8%	11 28,2%	1 25%	3 75%	-
Всего	18 51,4%	14 40%	3 8,6%	176 56,4%	113 36,2%	23 7,4%	25 83,3%	5 16,7%	-

Результаты и их обсуждения

Нами проведена оценка непосредственных результатов кардиодилатации в зависимости от типа дилататора и стадии заболевания, что представлено в таблице 2.

Число хороших и удовлетворительных результатов при использовании аппарата Штарка (АШ) составило 91,4%, пневматическим дилататором (ПД) у 92,6% и у 100% пациентов после гидробаллонной дилатации (ГД). Однако наиболее объективным критерием должна служить зависимость эффективности от стадии заболевания.

Так, при использовании АШ у больных с I стадией у 100% больных получен хороший результат, однако при II стадии число подобных результатов уменьшилось до 54,5%, при III стадии до 52,9%, а при IV стадии ни в одном случае не получены хорошие результаты. С другой стороны увеличилось количество неудовлетворительных результатов: при III стадии – 11,8%, а при IV стадии – 25%. Аналогичное снижение числа хороших результатов наблюдается у пациентов после ПД: при III стадии до 44,6% и IV стадии до 17,9%, а после ГД до 85,7% и 25%, соответственно.

Таким образом, анализ непосредственных результатов показал достаточно высокую эффективность кардиодилатации, в независимости от вида дилататора, при этом число неудовлетворительных результатов увеличивается при запущенных стадиях заболевания.

Другим важным критерием оценки непосредственных результатов кардиодилатации является развитие осложнений после данной хирургической

манипуляции, к которым относятся кровотечение из слизистой кардии, обострение эзофагита, перфорация пищевода и инвагинация желудка, что представлено в «табл. 3». Из данных представленной таблицы отчетливо прослеживается большее число всех осложнений после дилатации АШ по сравнению с ПД и ГД. При этом у 2 пациентов развились осложнения, потребовавшие экстренных хирургических вмешательств. В одном случае наступила перфорация пищевода, в связи с чем, выполнено ушивание дефекта пищевода с дренированием средостения. Во втором случае наступила инвагинация желудка в дистальный отдел пищевода из-за несмыкания браншей аппарата Штарка – больному выполнена дезинвагинация желудка с фундопликацией. Остальные варианты осложнений (кровотечение из слизистой кардии и обострение эзофагита) купированы соответствующими консервативными мероприятиями.

Статистическая обработка данных проводилась на компьютере с помощью программ Excel 7,0, представлена в таблице 4. Для сравнения средних величин использовали t-критерий Стьюдента и χ^2 . За уровень достоверности статистических показателей принято $p < 0,05$. При этом установлена достоверность снижения частоты осложнений между дилатацией аппаратом Штарка с пневматической ($p = 0,006$) и гидробаллонной ($p = 0,008$) дилатацией.

Таким образом, анализ непосредственных результатов кардиодилатации в зависимости от его способа, стадии заболевания, а также анализ развития осложнений показал, что несомненными преимуществами обладают пневматическая и особенно гидробаллонная

Таблица 3

Сравнительная оценка осложнений кардиодилатации

Метод дилатации	Крово-течение	Эзофагит	Перфорация	Инвагинация желудка	Итого
АШ (N=35)	4(11,4%)	8(22,8%)	1(2,8%)	1(2,8%)	14(40%)
ПД (N=312)	21(6,7%)	45(14,4%)	-	-	66(21,2%)
ГД (N=30)	1(3,3%)	3(10%)	-	-	4(13,3%)

Таблица 4

Достоверность сравнительной оценки осложнений кардиодилатации

Метод дилатации	Осложнения	Доля осложнений	
		n	%
Аппарат Штарка (n=35)		14	40
Пневматическая кардиодилатация (n=312)		66	21,2
Гидробаллонная кардиодилатация (n=30)		4	13,3
Достоверность результатов между аппаратом Штарка и пневмодилатацией		$\chi^2=6.3$, $p=0.006$ OR=2.5, CI=1.2 - 5.15	
Достоверность результатов между аппаратом Штарка и гидродилатацией		$\chi^2=5.74$, $p=0.008$ OR=4.3, CI=1.24 - 15.14	
Достоверность результатов между пневмо- и гидродилатацией		$\chi^2=1.03$, $p=0.16$ OR=1.74, CI=0.59 - 5.17	

Таблица 5

Частота рецидива дисфагии после кардиодилатации

Способ дилатации	Стадия	N	Рецидив дисфагии	Отказ от лечения	Хирургическое лечение	Повторная дилатация
Аппарат Штарка	I	3	-	-	-	-
	II	11	3(27,2%)	-	-	3
	III	17	10(58,8%)	1	1	8
	IV	4	4(100%)	-	1	3
	Всего	35	17(48,6%)	1	2	14
Пневматическая дилатация	I	22	2(9%)	-	-	2
	II	92	28(30,4%)	-	-	28
	III	159	67(42,1%)	2	6	59
	IV	47	32(82%)	2	7	23
	Всего	312	129(41,3%)	4	13	112
Гидробаллонная дилатация	I	2	-	-	-	-
	II	10	2(20%)	-	-	2
	III	14	5(35,7%)	-	-	5
	IV	4	3(75%)	-	1	2
	Всего	30	10(33,3%)	-	1	9

дилатация. При этом частота неудовлетворительных результатов увеличивается при запущенных стадиях в независимости от метода расширения кардии.

Основным критерием отдаленных результатов кардиодилатации является рецидив дисфагии (РД), частота которого в зависимости от стадии и метода дилатации представлена в «табл. 5». Так после дилатации АШ из 35 больных с рецидивом поступили 17(48,6%), после ПД из 312 больных РД наступил у 129(41,3%) и после ГД из 30 больных рецидив наступил у 10(33,3%).

Характерно отчетливое увеличение частоты рецидива от степени запущенности заболевания. У боль-

ных с III стадией РД наступил после дилатации АШ – у 58,8%, после ПД – у 42,1% и после ГД – у 35,7%. Еще хуже результаты у пациентов с IV стадией, при этом после дилатации АШ рецидив наступил у 100%, после ПД – у 82% и после ГД у 75%.

Основным методом лечения больных с РД после кардиодилатации, является проведение их повторных курсов, количество которых колебалось от 1 до 10 и зависело от стадии заболевания. Повторные сеансы дилатации выполнены у 135 больных, а у 16 пациентов пришлось прибегнуть к хирургическому лечению.

Выводы

1. Кардиодилатация является наиболее распространенным, эффективным и безопасным методом лечения больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии;

2. Кардиодилатация аппаратом Штарка является эффективным методом, но по сравнению с пневматической и гидробаллонной дилатацией, она наиболее опасна в плане развития различных осложнений;

3. Пневматическая и гидробаллонная дилатация является методом выбора лечения больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии, в виду своей высокой эффективности и безопасности;

4. Количество неудовлетворительных результатов, а также частота рецидива зависит не от способа кардиодилатации, а от степени запущенности заболевания;

5. Методом выбора лечения рецидива дисфагии после кардиодилатации, является проведение их повторных курсов;

6. При неэффективности и невозможности кардиодилатации необходимо хирургическое лечение.

Список литературы

1. *Абдулсамедов А.Г., Робак А.Н., Ручкин В.И.* Новый метод оперативного лечения ахалазии пищевода. Вестник новых медицинских технологий: периодический теоретический и научно-практический журнал. Тула. 2007; 14: 2: 172-173.
2. *Ананьев Н.А. и др.* Сравнительная оценка различных видов кардиоластики при кардиоспазме. Вопросы реконструктивной и пластической хирургии: Научно-практический журнал. Томск. 2001; 1: 17-19.
3. *Гаджиев А.Н.* Современные представления о нейромышечных заболеваниях пищевода. Анналы хирургии: Научно-практический журнал. М.: Медицина. 2000; 1: 26-33.
4. *Жерлов Г.К. и др.* Современная технология хирургического лечения ахалазии кардии 2-3 стадии. Хирургия: научно-практический журнал. М.: Медиа Сфера. 2007; 9: 26-31.
5. *Оноприев В.И., Дурлештер В.М., Рябчун В.В., Клитинская И.С.* Современные хирургические технологии создания арефлюксной кардии при различных формах ахалазии пищевода: научное издание. Вопр. реконструктивной и пластической хирургии. Томск. 2005; 1: 25-31.
6. *Хаджибаев А.М., Янгиев Б.А.* Клинико-морфологическая оценка результатов лечения больных с запущенными и осложненными формами кардиоспазма. Мед. журн. Казахстана. 1998; 3: 48-50.
7. *Ferguson M.K., Reeder L.B., Olak J.* Results of myotomy and partial fundoplication after pneumatic dilatation for achalasia. Ann. Thorac. Surgery. 1996; 62: 2: 327-330.
8. *Sader A.A.* Esophagectomy with gastric reconstruction for achalasia. J. Thorac. Cardiovasc. Surgery. 2000; 119: 1: 194-195.
9. *Viard H., Favre J., Fichere T.* Results de 90 operations de Heller pour achalasia. Chirurgie. 1983; 109: 4: 379-485.

Поступила 26.11.2011 г.

Информация об авторах

1. Низамходжаев Зайниддин Махаматович – д.м.н., руководитель отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова; e-mail: nzm1954@mail.ru
2. Лигай Руслан Ефимович – к.м.н., старший научный сотрудник Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова; e-mail: docligay73@rambler.ru
3. Бекчанов Хусан Нуруллаевич – врач-ординатор отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова; e-mail: husanhirurg@mail.ru
4. Мирзакулов Акмаль – резидент магистратуры III года обучения Ташкентской медицинской академии; e-mail: husanhirurg@mail.ru
5. Отажанов Даврон – клинический ординатор II года обучения отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова; e-mail: nzm1954@mail.ru