

ЗНАЧЕНИЕ МАНОМЕТРИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Рок А.Р., Капралов Н.В.*

*ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и
гематологии», г. Минск, Беларусь*

*Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Беларусь**

Введение. Манометрия пищевода высокого разрешения (МВР) приходит на смену традиционной водно-перфузионной манометрии в диагностике пациентов с симптомами связанными с нарушением моторной функции пищевода. Внедрение в клиническую практику МВР дает возможность оценить объективные показатели и визуальную картину двигательной функции пищевода, что в конечном итоге способствовало разработке современной Чикагской классификации нарушений моторной функции пищевода. По сравнению с ранее проводимой манометрией, при МВР применяется твердотельный зонд с большим количеством трансдюсеров (датчиков). Это позволяет более детально оценивать моторику пищевода и оптимизировать выполнение диагностического исследования. Визуальное отображение полученных данных улучшило анализ и интерпретацию нарушений моторной функции пищевода, позволило более точно и объективно характеризовать перистальтические волны. Результаты исследования чрезвычайно важны в интерпретации дисфагии, одинофагии, некоронарного болевого синдрома. Кроме того, МВР информативна до и после проведения хирургического вмешательства на нижнем пищеводном сфинктере (НПС).

Изучение двигательной функции пищевода с помощью МВР позволяет получать точные количественные и качественные данные о внутрипросветном давлении, координации и моторике мышц пищевода.

Согласно Чикагской классификации нарушений моторной функции пищевода, МВР позволила в зависимости от обнаруженных изменений перистальтики грудного отдела пищевода, выявить три основные типы ахалазии пищевода.

Диагностику заболеваний пищевода методом МВР с использованием твердотельного катетера мы проводим с 2016 года. Для этой цели на базе ГУ «Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии» был открыт кабинет функциональной диагностики заболеваний пищевода. В данном исследовании мы диагностировали пациентов с ахалазией пищевода, определяли тип ахалазии с целью выбора дальнейшего оптимального метода лечения.

Цель. Изучить эффективность современного электрометрического метода - манометрии пищевода высокого разрешения в диагностике и в выборе наиболее эффективного метода лечения ахалазии пищевода.

Материал и методы. Методом МВР ахалазия пищевода была диагностирована у 58 пациентов, ранее не подвергавшихся хирургическому лечению. Исследование выполнено системой GivenImaging, состоящей из модуля ManoScan HRM (A120), многоцветного 36-ти твердотельнодатчикового зонда, обеспечивающего 432 точки измерения давления в пищеводе и программного обеспечения Manoview. Двигательную функцию пищевода изучали в положении лежа на спине и сидя в ответ на 15 или более глотков по 5 мл жидкости с интервалом не менее 30 секунд. Проведение МВР состояло из двух этапов: анализ моторики во время покоя и во время глотка жидкости. Анализ в покое включал оценку расположения ВПС и НПС и давления покоя в этих сфинктерах. В этом периоде пациент не делал глотательных движений и спокойно дышал. Определение сократительной и эвакуаторной функции пищевода оценивали в ответ на десять и более глотков воды по 5 мл каждый. В период осуществления пациентом глотков изучалась способность ВПС и НПС к релаксации, интенсивность сокращения и перистальтическая активность грудного отдела пищевода. Кроме того, обращалось внимание на наличие всех обязательных сегментов перистальтической волны. Манометрические результаты систематизировались согласно Чикагской классификации нарушений моторной функции и сопоставлялись с данными эндоскопии (ЭГДС) и рентгеноскопии пищевода с пассажем бария (Р-скопия).

Результаты и обсуждение. Методом МВР ахалазия пищевода была диагностирована у 58 пациентов, ранее не подвергавшихся хирургическому лечению. Сопоставляя результаты МВР с данными ЭГДС и Р-скопии при комплексном обследовании группы больных, установлено, что при МВР ахалазия пищевода I типа была диагностирована у 10 (17,2%) пациентов. Ахалазия пищевода II типа была выявлена у 47 (81%) пациентов. Ахалазия пищевода III типа у 1 (1,7%) больного. По результатам ЭГДС признаки ахалазии были выявлены лишь у 20 (34,5%) пациентов, а по данным Р-скопии у 51 (87,9%) пациентов из этой группы.

Из 47 пациентов диагностированных с ахалазией II типа, 40 (85,1%) больным выполнено эффективное лечение в виде пневмокардиодилатации. Лишь у 1 (2,1%) пациента из этой группы клинические симптомы возобновились через 3 месяца, ему было проведено повторное лечение. Из 47 пациентов с ахалазией II типа – 7 (14,9%) больным была выполнена эффективная *лапароскопическая кардиомиотомия, рецидивов не отмечено*. Повторная МВР проведена 10 пациентам, которое показало значительное снижение давление расслабление НПС, а в некоторых случаях улучшение показателей перистальтики в теле пищевода.

Пациентам с ахалазией I типа (10 случаев), в 6 случаях была выполнена эффективная *лапароскопическая кардиомиотомия*. В 4 случаях – пневмокардиодилатация. У 2 из них симптомы возобновились в течении 2 месяцев, у одного через месяц.

Выводы. Манометрия пищевода высокого разрешения является современным электрометрическим методом исследования моторной функции пищевода. Эзофагоманометрия является основным методом исследования в диагностике ахалазии пищевода и позволяет объективно определять типы ахалазии пищевода. Это дает возможность прогнозировать эффективность лечения и выбирать более рациональный метод лечения у конкретного пациента.

По результатам исследования отмечается положительный ответ на лечение в виде пневмокардиодилатации, прежде всего, у пациентов с ахалазией II типа. В этой группы пациентов положительный эффект отмечен также при кардиомиотомии. Установлено что пациентам с ахалазией I типа наиболее эффективным методом лечения является *кардиомиотомии*.

Таким образом, эзофагоманометрия на сегодняшний день считается золотым стандартом в диагностике и выборе метода лечения ахалазии пищевода.