

К.Д. Решетов, К.В. Попков

ДИАГНОСТИКА, ОПЕРАТИВНОЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.Я. Бовтюк

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

K.D. Reshetov, K.V. Popkov

DIAGNOSIS, SURGICAL AND ENDOSCOPIC TREATMENT OF ACHALASIA CARDIA

Tutor: PhD in Medicine, associate professor N.Y. Bovtyuk

*Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Изучены различные способы лечения ахалазии кардии. Установлено, что пневмокардиодилатация (ПКД) и лапароскопическая миотомия (ЛМ) обеспечивают высокую эффективность при лечении, особенно при 3 стадии. Консервативное лечение при изолированном назначении эффективно при 1–2 стадии. Риск осложнений при ПКД и ЛМ увеличивается при диаметре сужения более 5 мм.

Ключевые слова: ахалазия кардии, пищеводный сфинктер, пневмокардиодилатация, лапароскопическая миотомия.

Resume. Various treatment methods for achalasia cardia have been studied. Pneumocardiodylatation (PCD) and laparoscopic myotomy (LM) have been shown to provide high efficacy in treatment, especially in grade 3. Conservative treatment alone is effective in grades 1–2. The risk of complications with PCD and LM increases when the narrowing diameter exceeds 5 mm.

Keywords: achalasia of the cardia, esophageal sphincter, pneumocardiodylation, laparoscopic myotomy.

Актуальность. Ахалазия кардии характеризуется стойким нарушением расслабления нижнего пищеводного сфинктера с прогрессирующей дисфагией. Отсутствие единого мнения о выборе оптимального метода лечения является причиной поиска чётких анатомо-эндоскопических критериев. Актуальность данного исследования подкрепляется вопросами ведения беременных пациенток с ахалазией, где диагностические и лечебные возможности ограничены.

Цель: проанализировать варианты диагностики и лечения у пациентов с ахалазией кардии, сравнить эффективность и осложнения ПКД и ЛМ, выявить анатомо-эндоскопические предикторы (степень ахалазии, диаметр пищевода и кардиального сужения) неэффективности консервативной терапии, а также описать особенности ведения беременных пациенток.

Задачи:

1. Изучить половозрастную структуру и клинико-эндоскопические характеристики пациентов с ахалазией кардии.
2. Сравнить непосредственную эффективность и частоту осложнений трёх методов лечения: консервативной терапии, ПКД и ЛМ.
3. Выявить анатомо-эндоскопические предикторы неэффективности консервативной терапии.

4. Оценить особенности диагностики и лечения ахалазии кардии у беременных.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование на основании анализа медицинских карт 63 пациентов с установленным диагнозом ахалазия кардии, находившихся на стационарном лечении в период с 2018 по 2026 год в трёх учреждениях здравоохранения г. Минска: УЗ «3-я городская клиническая больница имени Е.В. Клумова» (38 пациентов), УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко» (8 пациентов) и УЗ «6-я городская клиническая больница» (17 пациентов, в том числе 13 беременных).

Были проанализированы следующие параметры: пол, возраст, длительность симптомов, степень ахалазии по классификации Б.В. Петровского (I–IV), диаметр пищевода выше кардиального сужения (см), диаметр кардиального сужения (мм) по данным фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), наличие эзофагита и кандидоза пищевода, метод лечения, осложнения, эффективность (полное, частичное или отсутствие улучшения).

В зависимости от проведённого лечения пациенты были распределены на следующие группы: консервативная терапия (инфузионная, диета) – 30 пациентов (из них 13 беременных); пневмокардиодилатация (ПКД) – 18 пациентов; лапароскопическая миотомия по Геллеру (ЛМ) – 8 пациентов; введение ботулотоксина – 7 пациентов.

Статистическая обработка данных проведена с использованием программных пакетов Python (библиотеки `scipy`, `statsmodels`, `sklearn`) и SPSS. Применялись U-критерий Манна–Уитни для сравнения количественных признаков, точный критерий Фишера для сравнения долей, корреляционный анализ Спирмена для оценки связей между параметрами, а также бинарная логистическая регрессия с построением ROC-кривой для прогнозирования неэффективности консервативной терапии. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил $42,3 \pm 12,1$ года. Среди женщин средний возраст составил $41,5 \pm 11,8$ года, среди мужчин – $45,2 \pm 12,6$ года.

Плановая стационарная помощь оказана 48 (76,2%) пациентам, из которых консервативная терапия – 24 пациентам, ПКД – 16 пациентам, ЛМ – 8 пациентам, срочная фиброгастродуоденоскопия – 15 пациентам, ПКД в срочном порядке – 6 пациентам, консервативная терапия после срочной эндоскопии – 9.

По данным ФГДС: I стадия – 8 (12,7%), II – 24 (38,1%), III – 19 (30,2%), IV – 12 (19,0%). Диаметр пищевода выше сужения составил $4,9 \pm 1,2$ см, диаметр кардиального сужения – $5,5 \pm 1,4$ мм.

Консервативная терапия проведена 30 пациентам, улучшение достигнуто у 27 (90,0%). ПКД выполнена 18 пациентам. Улучшение после ПКД отмечено у 17 (94,4%). Осложнения ПКД в виде перфорации пищевода возникли у 2 (11,1%) пациентов (оба случая при диаметре сужения ≤ 5 мм).

Разрывы были ушиты интраоперационно, выполнена фундопликация по Ниссену.

Повторных ПКД в нашей выборке не проводилось. Лапароскопическая

миотомия по Геллеру (ЛМ) выполнена 8 пациентам в УЗ “3-й ГКБ им. К.В. Клумова” и УЗ “4-й ГКБ им. Н.Е. Савченко” в плановом порядке.

Улучшение достигнуто у всех 8 (100%). При сравнении групп ПКД и ЛМ выявлены значимые различия по диаметру расширения пищевода над сужением ($4,5 \pm 0,8$ см против $5,8 \pm 1,0$ см, $p < 0,001$) и диаметра сужения ($5,9 \pm 0,8$ мм против $4,4 \pm 0,7$ мм, $p < 0,001$). Консервативная терапия малоэффективна при III–IV стадии ахалазии ($p = 0,045$) и диаметре над сужением пищевода > 6 см ($p = 0,023$). Прогностическая модель (логистическая регрессия) для неэффективности консервативной терапии показала высокую прогностическую ценность ($AUC = 0,8139$) (рисунок 1).

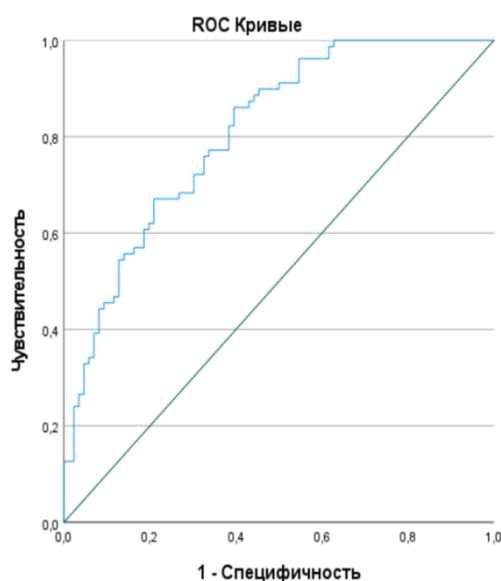


Рис. 1 – Модель логистической регрессии для предсказания неэффективности консервативной терапии ($AUC = 0,8139$)

У беременных ($n=13$, из них 8 из УЗ “6-й ГКБ” и 5 из УЗ “4-й ГКБ им. Н.Е. Савченко”) диагностика проводилась только ФГДС, выявлена I–II степень ахалазии, лечение было консервативным (в стационарных условиях).

Выводы:

1. Ахалазия кардии достоверно чаще встречается у женщин (76,2%) при среднем возрасте $41,5 \pm 11,8$ лет, из них у 58% из них возникновению заболевания предшествовал хронический психоэмоциональный стресс.
2. Пневмокардиодилатация и лапароскопическая миотомия обеспечивают высокую эффективность (94,4% и 100% улучшения).
3. Фундопликация выполнялась только как реконструктивная операция при разрывах пищевода после ПКД. Повторных ПКД не проводилось.
4. Причинами неэффективности консервативной терапии служили стадии ахалазии III–IV ($p = 0,045$) и диаметр пищевода > 6 см ($p = 0,023$).
5. У беременных с ахалазией I–II стадии эффективна консервативная терапия.

Литература

1. Efficacy and safety of laparoscopic Heller's myotomy versus pneumatic dilatation for achalasia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / A. Malik [et al.] // Indian Journal of Gastroenterology. – 2024. – Vol. 43, No. 4. – P. 740–747.
2. Wessels, E. M. An overview of the efficacy, safety, and predictors of achalasia treatments / E. M. Wessels // Expert Review of Gastroenterology & Hepatology. – 2023. – Vol. 17, No. 12. – P. 1241–1254.
3. Comparative Effectiveness of Peroral Endoscopic Myotomy (POEM) Versus Traditional Treatment Modalities for Achalasia: A Systematic Review / M. Kasapoglu [et al.] // Cureus. – 2024. – Vol. 16, No. 10. – P. 71917.