

УДК 616.333-007.271-072.1

ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

И.В. Мартыненко, Е.С. Кочергина, Ю.В. Масай, С.В. Глушаков

Приморская краевая клиническая больница № 1 (690091, г. Владивосток, ул. Алеутская, 57)

Ключевые слова: пищевод, баллонная дилатация, эндоскопия, рентгеноскопия.

Описан опыт 67 наблюдений эндоскопического лечения ахалазии кардии: баллонная дилатация под рентген-контролем. Использовался баллон высокого давления диаметром 30–35 мм, который устанавливался в область кардии и заполнялся рентгеноконтрастным веществом с экспозицией 15–30 мин. В зависимости от степени ахалазии требовалось от 2 до 5 процедур. Во всех случаях достигнут стойкий положительный эффект, сохранявшийся 1–2 года и более. Осложнений и летальных исходов не зарегистрировано.

Ахалазия кардии – нервно-мышечное заболевание неизвестной этиологии со стойким нарушением рефлекса раскрытия кардии при глотании и дискинезией грудного отдела пищевода [2]. Эндоскопические и хирургические методы лечения ахалазии кардии направлены на улучшение прохождения пищи через пищеводно-желудочный переход посредством расширения кардии или снижения ее тонуса. Только после неудовлетворительных результатов эндоскопического лечения следует решать вопрос о необходимости хирургического вмешательства [1]. Эндоскопически возможны введение в зону кардии ботулотоксина А и баллонная дилатация [3]. В последние годы появились сообщения об эндоскопической миотомии внутреннего слоя нижнего пищевого сфинктера [4].

С 2008 по 2012 г. мы выполнили баллонную дилатацию при ахалазии кардии у 67 пациентов в возрасте от 27 до 84 лет (18 мужчин и 49 женщин). Диагноз устанавливался на основании анамнеза, анализа рентгенологической картины (сужение кардии и расширение вышеразположенных отделов пищевода, отсутствие перистальтики) и данных эзофагогастроуденоскопии. При изучении жалоб и анамнеза заболевания отмечено, что у всех пациентов акт глотания проходил с усилием. В доступной литературе мы не встретили упоминаний этого факта.

При эндоскопии определялся стойкий спазм кардии с расширением просвета пищевода в виде мешка вплоть до S-образной формы и с наличием в нем жидкости и застоявшихся пищевых масс (в зависимости от стадии заболевания). В зоне сужения слизистая оболочка в ряде случаев была умеренно гиперемирована, отека, в зоне расширения – истончена, серого цвета (рис. 1). Выявлялись признаки застойного эзофагита различной степени выраженности вплоть до эрозивно-язвенного. Проведение эндоскопа через кардию было затруднено, иногда невозможно (в таких случаях заведение эндоскопа осуществлялось по проводнику).

Баллонная дилатация кардии выполнялась в специальном кабинете, оснащенном С-дугой, при обязательном участии анестезиологической бригады для адекватного обезболивания момента растяжения кардии и контроля за состоянием пациента. Использовался специальный баллон высокого давления (до 6 атмосфер) диаметром 30–35 мм фирмы СООК, который под рентген-контролем по проводнику устанавливался в область кардии, заполнялся водорастворимым контрастным веществом и раздувался до расправления «тали» с экспозицией 15–30 мин. (рис. 2).

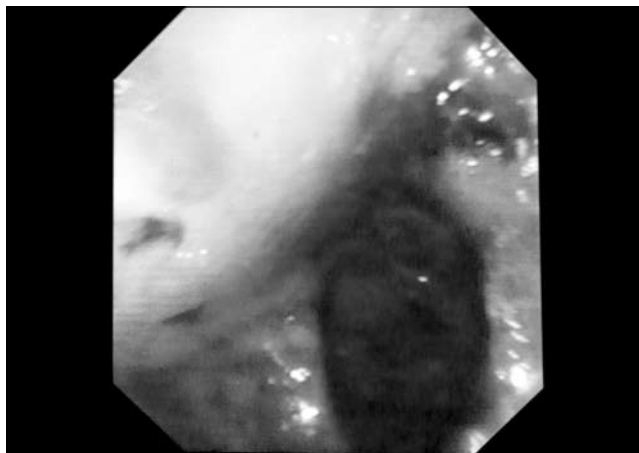


Рис. 1. Эндоскопическая картина ахалазии кардии.



Рис. 2. Этапы баллонной дилатации (пояснения в тексте).

После первой же процедуры отмечалась положительная динамика: улучшалось прохождение пищи, уменьшалась дисфагия, эндоскопически регистрировалось значительное уменьшение количества пищи и секрета в пищеводе, уменьшение диаметра его нижнего отдела. Положительный эффект подтверждался и при рентгеноскопии с барием: уменьшение диаметра пищевода, улучшение эвакуации контраста в желудок. Выполнялись 2–5 процедур кардиодилатации с достижением стойкого положительного эффекта, сохранявшегося 1–2 года и более. Осложнений баллонной дилатации и летальных исходов не зарегистрировано.

Пациентам с 1-й степенью ахалазии требовалось, как правило, две процедуры. У таких больных не было выраженного расширения пищевода, и после двух манипуляций эндоскоп свободно заводился в полость желудка, больные отмечали значительное облегчение прохождения пищи.

При 2–3-й степени ахалазии обычно было достаточно 3–4 процедур, и лишь у некоторых больных с выраженным спазмом кардии потребовалось 5 сеансов баллонной дилатации.

Таким образом, баллонная дилатация при ахалазии кардии является менее инвазивным и травматичным методом по сравнению с оперативным вмешательством, не требует длительного восстановительного периода, позволяет избежать гастростомии. Эндоскопическое

лечение также не требует глубокой и длительной анестезии, хорошо переносится пациентами.

Литература

1. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия пищевода. М.: РНЦХ РАМН, 1999. 273 с.
2. Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода // Альманах эндоскопии. 2002. № 1. С. 32–38.
3. Allescher H.D., Storr M., Seige M. et al. Treatment of achalasia: botulinum toxin injection vs. pneumatic balloon dilation. A prospective study with long-term follow-Up // Endoscopy. 2001. Vol. 33, No. 12. P. 1007–1017.
4. Inoue H., Minami H., Kobayashi Y. et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia // Endoscopy. 2010. Vol. 42, No. 4. P. 265–271.

Поступила в редакцию 04.03.2013.

TREATING OESOPHAGEAL ACHALASIA

I.V. Martynenko, E.S. Kochergina, Yu. V. Masay, S.V. Glushak
Primorsky Krai Regional Clinical Hospital No. 1 (57 Aleutskaya St.
Vladivostok 690091 Russian Federation)

Summary – The paper describes experience of 67 cases of endoscopic treatment for oesophageal achalasia: X-ray-guided balloon dilatation. The authors used a high pressure balloon of 30–35 mm in diameter to mount in cardia and fill with radiographic contrast medium for 15–30 minutes. Depending on the degree of oesophageal achalasia, 2 to 5 procedures were required to achieve stable positive effects kept during 1–2 years and more. The authors did not observe any complications and lethal outcomes.

Key words: oesophagus, balloon dilatation, endoscopy, X-ray radiology.

Pacific Medical Journal, 2013, No. 3, p. 75–76.

УДК 616.34-002-085.37(571.63)

ПЕРВЫЙ ОПЫТ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Е.Ю. Евдокимова¹, О.В. Чеснокова², И.Л. Мухина², Т.В. Андреева², С.В. Гаврина², А.С. Москаленко²,
А.И. Гордеева², О.В. Сайк²

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

² Приморская краевая клиническая больница № 1 (690091, г. Владивосток, ул. Алеутская, 57)

Ключевые слова: язвенный колит, болезнь Крона, инфликсимаб.

Представлен анализ 63 наблюдений язвенного колита и болезни Крона. Пик заболеваемости пришелся на возраст 20–40 лет, зарегистрирована распространенность внекишечных проявлений, наличие резистентных к базисной терапии форм патологии, высокая частота инвалидизации пациентов трудоспособного возраста. Продемонстрирован удачный опыт антицитокиновой терапии при тяжелых формах воспалительных заболеваний кишечника.

Проблема воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) до сих пор остается высоко актуальной [5, 8]. По тяжести и непредсказуемости течения, частоте осложнений, летальности эти нозологии занимают одну из ведущих позиций в структуре заболеваемости органов пищеварения [1, 12].

Евдокимова Елена Юрьевна – канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной терапии и фтизиопульмонологии ТГМУ; e-mail: evdokimova731@yandex.ru

Социальная значимость проблемы определяется существенным снижением качества жизни больных, высоким уровнем выхода на инвалидность в молодом и среднем возрасте, значительными экономическими затратами. В ближайшие десятилетия прогнозируется «эпидемиологический взрыв» воспалительных заболеваний кишечника в Восточной Европе и Азии, в том числе и в России [2, 4, 8]. По данным исследования IMPACT (2012), частота госпитализации среди пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника очень высока – на уровне 85 %, что свидетельствует о недостаточном контроле заболевания и высокой потребности в услугах здравоохранения. Кумулятивный риск рецидива в течение первого года после установления диагноза составляет 50 % при язвенном колите (ЯК) и 47 % при болезни Крона (БК) [11].