



## АХАЛАЗИЯ КАРДИИ У 77-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ<sup>1)</sup>

Кожурина Т. С., Фирсова Л. Д., Ефремов Л. И.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ, Москва

Кожурина Татьяна Сергеевна  
111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86  
Тел.: 8 (495) 304 3095  
E-mail: gastroenter@rambler.ra

### РЕЗЮМЕ

В статье представлен клинический случай ахалазии пищевода у больного 77 лет. Описаны особенности клинической картины, разработан алгоритм дифференциальной диагностики данной патологии.

**Ключевые слова:** клинический случай; ахалазия кардии; диагностический алгоритм.

### SUMMARY

In the article the case of achalasia of cardia and diagnostic algorithm of this pathology are presented.

**Keywords:** clinical case; achalasia of cardia; diagnostics.

Изучение ахалазии кардии (АК) остается актуальным, поскольку это заболевание по-прежнему недостаточно хорошо известно и в его диагностике и лечении совершается много ошибок [4]. АК — нервно-мышечное заболевание, представляющее собой стойкое нарушение рефлекса раскрытия кардии при глотании и проявляющееся дискинезией грудного отдела пищевода [4]. Предполагается возможная связь между АК и раком пищевода. Часть исследователей [5] отмечает высокий риск появления рака пищевода у больных с АК [2]. Появление рака пищевода стимулирует прогрессирование АК [5]. Этиология АК до настоящего времени не выяснена. В европейских странах частота патологии составляет 0,5–0,8 на 100000 населения. За последние 50 лет только в клинике Мэйо в США наблюдались 1800 больных АК. Заболевание встречается одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, преимущественно в возрасте от 20 до 60 лет [1; 3; 4].

Представляемый нами клинический случай демонстрирует сложность дифференциальной диагностики ахалазии кардии с другими заболеваниями пищевода.

Больной А., 77 лет., поступил в отделение заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта ЦНИИГ в плановом порядке 25 декабря 2007 г. При поступлении предъявлял жалобы

на затруднение прохождения по пищеводу вначале твердой, а затем и жидкой пищи, выраженную общую слабость, снижение массы тела на 12 кг за последние 7 месяцев (с июня 2007 г.). Стул со склонностью к запорам, сопровождается нагуживанием на протяжении всего акта дефекации.

Из анамнеза известно, что с 9-летнего возраста страдал язвенной болезнью 12-перстной кишки с обострениями до 2 раз в год. В 1979 г. — резекция желудка по Бильрот II по поводу декомпенсированного стеноза привратника. В июне 2007 г. обратил внимание на возникшее слюнотечение, затруднение при глотании пищи, постепенно развилось затруднение прохождения жидкой пищи по пищеводу, на фоне чего в течение 7 месяцев похудел на 12 кг, стала нарастать общая слабость, возникли запоры. ЭГДС от 15.11.07 г.: сужение дистального отдела пищевода без дефекта слизистой оболочки, гастрит культи желудка. Рентгенологическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта от 19.11.07 г.: ахалазия кардии. Из анамнеза жизни следует отметить, что во время службы в рядах Советской армии в 1951 г. перенес цингу, приведшую к потере 14 зубов. С 1980 г. носит съемные зубные протезы. В 2000 г. проведена операция ТУР по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Тогда же диагностирован хронический простатит.

<sup>1)</sup> Цветные иллюстрации к статье представлены на цветной вклейке.

При осмотре: общее состояние больного средней степени тяжести, телосложение астеническое, пониженного питания, рост 182 см, масса тела 60 кг (ИМТ = 17), кожные покровы обычной окраски, сухие, тургор резко снижен. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые, лимфатические узлы не увеличены, эластичные, безболезненные. В легких дыхание везикулярное с жестким оттенком, единичные сухие хрипы с обеих сторон. Число дыхательных движений 18 в минуту. Органы кровообращения: область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: верхняя — III ребро, правая — по правому краю грудины, левая — 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС — 78, АД — 80/60 мм рт. ст. Органы пищеварения: слизистая полости рта не изменена, чистая. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот симметричный, по срединной линии послеоперационный рубец (резекция желудка по Бильрот II в 1979 г.), при пальпации мягкий, слабо болезненный в эпигастральной области. В левой подвздошной области пальпируется спазмированная сигмовидная кишка, слабо болезненная. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Органы мочевого выделения: область почек не изменена, почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные лабораторных и инструментальных исследований. В клиническом анализе крови обращает на себя внимание снижение уровня эритроцитов до  $3,5 \times 10^{12}/л$ , снижение гемоглобина до 102 г/л, увеличение СОЭ до 25 мм/ч. В биохимическом исследовании крови: снижение сывороточного железа до 10,1 мкмоль/л. Таким образом, показатели гемограммы больного соответствуют диагнозу — хроническая железодефицитная анемия (постгастрорезекционная) легкой степени тяжести.

## ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При ЭГДС от 26.12.07 г. выявлены признаки кандидоза пищевода (на слизистой средней и нижней трети пищевода обнаружены множественные белесоватые, с желтоватым оттенком, налеты в виде бляшек размерами 0,3–0,5 см; местами налеты носят сливной характер) (рис. 1 см. на цветной вклейке), а также признаки возможной ахалазии кардии (пищевод проходим, однако при прохождении кардии ощущается небольшое препятствие), хронический гастрит культи желудка.

По всей вероятности, кандидоз пищевода у больного связан с нарушением гигиенического ухода за съемными зубными протезами, которыми больной пользуется с 1980 г. При контрольной ЭГДС от 21.12.07 г. выявлена ахалазия кардии III степени. Резекция двух третей желудка по Бильрот II, без нарушения функции анастомоза.

Рентгенологическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта подтвердило вышеприведенные данные ЭГДС: ахалазия кардии III степени. Резекция двух третей желудка по Бильрот II, без нарушения функции анастомоза (грудной отдел пищевода расширен до 6,5 см, в просвете большое количество слизи, терминальный отдел на протяжении 1,5–2,0 см циркулярно сужен до нитевидного — так называемый симптом «мышинного хвоста»).

По опыту нашего отделения известно, что в ряде случаев у больных с резекцией желудка по Бильрот II со стволовой ваготомией сохраняется гиперацидность и непрерывное кислотообразование в культе желудка, поэтому с диагностической целью проведена 24-часовая рН-метрия. Индекс DeMeester 0,37; нормацидность в культе желудка (со средним значением рН 4.1).

Для определения характера моторики пищевода и культи желудка, а также давления покоя и расслабления НПС проведена манометрия пищевода (12.01.08 г.).

С помощью 8-канального зонда определены давление покоя в нижнем пищеводном сфинктере (НПС) —  $29,0 \pm 17,5$  мм рт. ст. (норма 10–25 мм рт. ст.). Расслабление НПС неполное, что составило 65% (норма — не менее 90%). Длительность расслабления —  $5,5 \pm 1$  с. Остаточное ( $\pm 1,0$ ) давление —  $18,7 \pm 5,4$  мм рт. ст. В теле пищевода отмечены одновременные сокращения, перистальтической волны нет.

Заключение: данные исследования соответствуют диагнозу — ахалазия кардии.

Мы полагаем, что отсутствие нормальной перистальтики пищевода связано с денервацией нервно-мышечных сплетений.

С целью уточнения характера сопутствующей патологии органов брюшной полости проведено ультразвуковое исследование, при котором были выявлены признаки желчнокаменной болезни: холецистолитиаз (конкремент с неровными краями, неоднородной структуры,  $d = 1,0$  см) и признаки хронического панкреатита.

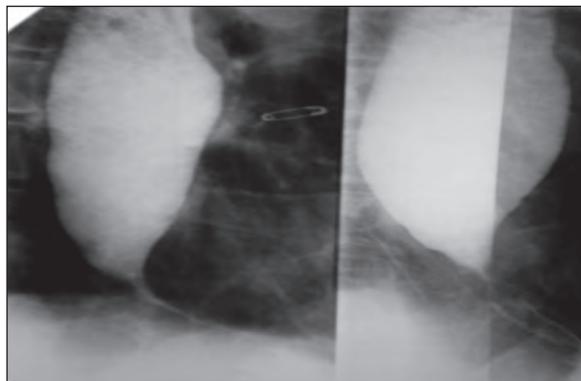


Рис. 2. Рентгенологическое исследование пищевода



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Характерные симптомы	Ахалазия кардии	Рак пищевода	ГЭРБ	Диффузный эзофагоспазм
Изжога	±	±	±	±
Одинофагия	+	±	±	±
Дисфагия	+	+	±	+
Масса тела	Снижена	Снижена	Стабильна	Стабильна
Давление в НПС, норма 10–25 мм рт. ст.	29 ± 17,5	Норма	Норма	Норма
Перистальтика пищевода	Отсутствует	Сохранена	Сохранена	Сохранена
Оксид азота, норма 25–30 мкмоль/л	Ниже нормы	Норма	Норма	Норма

Обозначения: — нехарактерно, + — характерно, ± — варибельно.

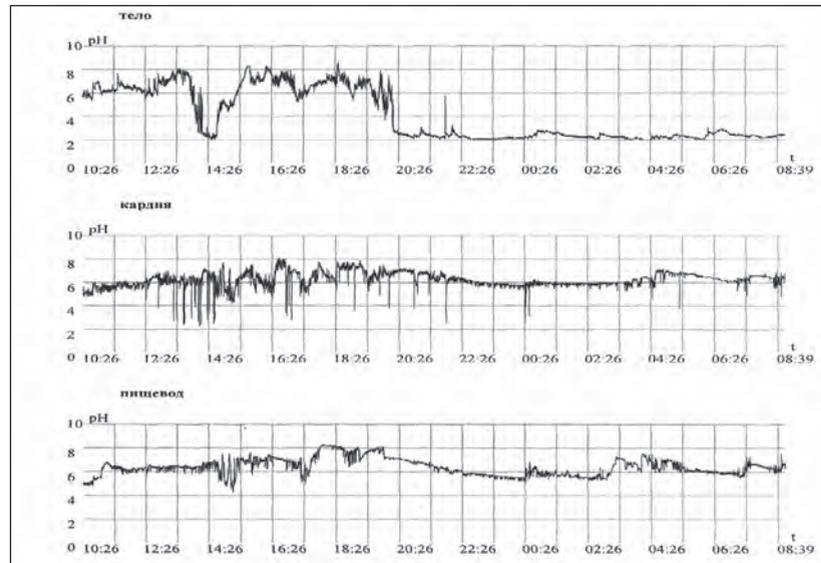


Рис. 3. 24-часовая pH-метрия



Рис. 5. Сонограмма органов брюшной полости (объяснение в тексте)

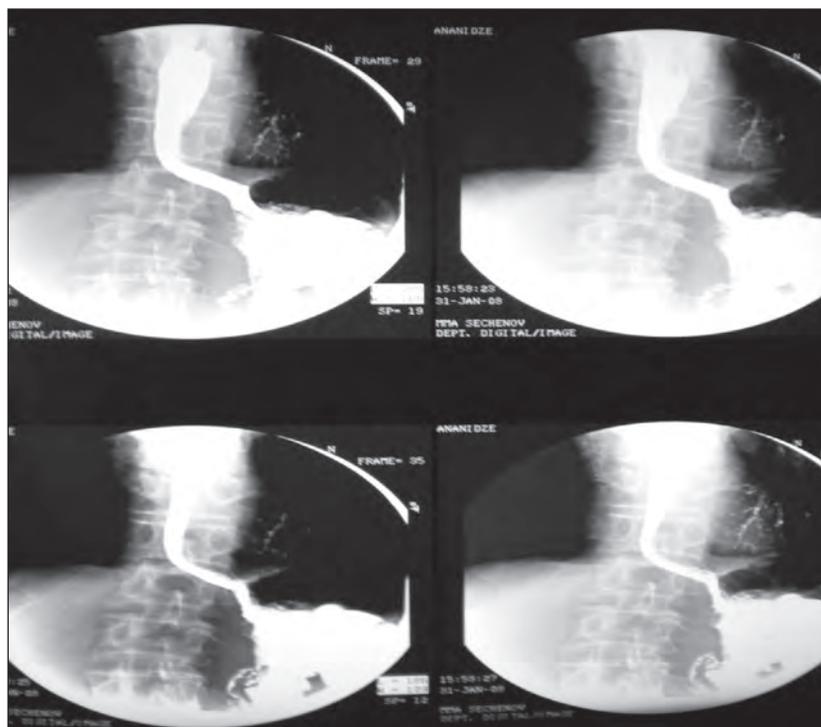


Рис. 9. Рентгенологическое исследование пищевода после пневмокардиодилатации

Учитывая значительное снижение массы тела, наличие у больного железодефицитной анемии и запоров, с целью исключения онкологической патологии толстой кишки проведена ирригоскопия, выявившая удлинение восходящей части поперечно-ободочной кишки с гипермоторной дискинезией толстой кишки.

По результатам цитологического исследования биоптатов из места сужения пищевода от 21.01.08 г. данных за наличие онкологической патологии пищевода нет.

На основании клинико-инструментальных исследований проведен дифференциальный диагноз между ахалазией кардии, раком пищевода, ГЭРБ в стадии пептической стриктуры пищевода, диффузным эзофагоспазмом.

На основании проведенной дифференциальной диагностики выставлен клинический диагноз:

Основное заболевание: ахалазия кардии III степени.

Сопутствующие заболевания: Неэрозивный эзофагит. Кандидоз пищевода.

Хронический гастрит культуры резецированного желудка (резекция желудка по Бильрот II, стволовая

ваготомия по поводу декомпенсированного стеноза привратника в 1979 г.), фаза обострения. Хроническая железодефицитная анемия (постгастрорезекционная), легкой степени тяжести. Желчнокаменная болезнь: холецистолиаза. Хронический панкреатит, фаза ремиссии. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ТУР в 2000 г.). Хронический простатит, фаза ремиссии.

После проведения трех сеансов пневмокардиодилатации при контрольном рентгенологическом исследовании 31.01.2008 г. отмечена значительная положительная динамика. Ширина грудного отдела пищевода уменьшилась до 4 см, пищеводно-желудочный переход расширен до 1 см (рис. 9).

На примере представленного клинического случая очевидны сложности дифференциальной диагностики АК. Для уверенной диагностики АК необходимо проведение широкого спектра дополняющих друг друга инструментальных исследований.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин А. В., Хазанов А. И. Гастроэнтерология и гепатология; диагностика и лечение. Руководство для врачей. — 2007. — С. 35–38.
2. Лазебник Л. Б., Васильев Ю. В., Морозов И. А. Избранные главы клинической гастроэнтерологии. — М., 2005. — С. 7–51.
3. Рябов С. И., Алмазов В. А., Шляхто Е. В. Внутренние болезни. — СПб.: СпецЛит, 2001. — С. 323–325.
4. Трухманов А. С. Ахалазия кардии: последние достижения в изучении этиологии и патогенеза. Современная консервативная терапия (лекция) // Рус. мед. журн. Спецвыпуск. — 1996. — Т. 4, № 3. — С. 142–143.
5. Sandier R. S., Nyren O., Endom A. et al. The risk of esophageal cancer in patients with achalasia. A population-based study // JAMA. — 1995. — Vol. 274. — P. 1359–1362.

