

Ахалазия кардии: клинико-рентгенологическая диагностика

А. Б. Абдураимов, д.м.н., зам. директора по образовательной деятельности¹, проф. кафедры лучевой диагностики²

З. Ф. Михайлова, д.м.н., в.н.с. учебного центра¹

А. Б. Афанасьев, врач-рентгенолог, м.н.с. учебного центра¹

Е. В. Пылина, врач-ординатор¹

¹ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А. С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Esophageal achalasia: clinical and radiological diagnosis

A. B. Abduraimov, Z. F. Mikhailova, A. B. Afanasiev, V. E. Pylina

Moscow Clinical Scientific and Practical Centre n.a. A. S. Loginov, Moscow State Medical and Stomatological University n.a. A. I. Evdokimov; Moscow, Russia

Резюме

В статье изложены эпидемиология, клинические проявления и диагностика ахалазии кардии (АК), приведены результаты рентгенодиагностики АК у трех пациентов с различными стадиями заболевания.

Ключевые слова: ахалазия кардии, рентгеноконтрастная диагностика с барием.

Summary

This article contains data on Achalasia in terms of epidemiology, clinical development and its diagnosis. It also overviews the X-ray diagnostics results from the three patients with different stages of the disease.

Key words: *cardia achalasia, X-ray diagnostics, barium swallow.*

Введение

Ахалазия кардии (АК) является нервно-мышечным заболеванием пищевода с нарушением прохождения пищи из пищевода в желудок из-за отсутствия рефлекторного раскрытия кардии во время акта глотания. Сам термин «ахалазия» в переводе с латинского (*a* — отсутствие, *chhalasia* — расслабление) отражает суть патологии — отсутствие расслабления, а в приложении к данному заболеванию — отсутствие раскрытия пищеводного сфинктера.

АК занимает третье место среди причин нарушения проходимости пищевода после рака и стойких рубцовых стриктур пищевода вследствие ожогов (Б.В. Петровский, 1962; В.В. Уткин, 1966). По данным одних источников, на долю ахалазии приходится от 5 до 8% всех заболеваний пищевода [1], другие отмечают большую распространенность патологии — до 20% [2]. АК распространена на всех континентах и во всех расах, с равной частотой встречается среди мужчин и женщин, преимущественно в наиболее трудоспособном возрасте 20–50 лет [3–5], нередко приводя к инвалидности пациентов.

Заболеваемость АК среди американцев составляет один случай на 100 тысяч человек в год (ACG Clinical Guideline), среди европейцев — 0,5–0,8 случая на 100 тысяч человек в год (Mayberry J. F., 2001).

Первые упоминания о заболевании относятся к концу 1670-х годов, а подробное описание клиники, дифференциальной диагностики и лечения «паралитического сужения пищевода» принадлежит отечественному ученому и клиницисту С. П. Боткину (1885). Однако, несмотря на более чем 130-летний период, прошедший со времени подробного описания заболевания, этиология его до сих пор неизвестна. Согласно современным рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению АК и кардиоспазма, рассматриваются три основные гипотезы развития заболевания: генетическая, инфекционная и аутоиммунная [6]. Патогенез заболевания также до конца не изучен, однако известно, что при АК в патологический процесс вовлекаются постганглионарные нейроны, в результате чего выпадает рефлекс раскрытия кардиального сфинктера на осуществляемый человеком глоток [7], и со временем перед входом в желудок образуется место стойкого сужения пищевода. Поэтому пища из пищевода в желудок поступает не вследствие рефлекторного раскрытия кардии при глотании, а посредством ее механического раскрытия в силу гидростатического давления столба скопившейся в пищеводе пищи, что приводит к его растягиванию и последующей S-образной деформации [8].



А. Б. Абдураимов



З. Ф. Михайлова



А. Б. Афанасьев



Е. В. Пылина

В настоящее время высказываются предположения о возможной связи между АК и раком пищевода. Часть исследователей отмечают высокий риск развития рака пищевода у больных с АК [9].

Учитывая тот факт, что ахалазия является фактором риска развития онкологического процесса в пищеводе [9–11], ранняя диагностика заболевания является важной профилактической мерой. Однако, как показывает практика, нередки случаи выявления АК на стадии выраженных изменений пищевода, что может быть обусловлено не только поздней обращаемостью пациентов к профильному специалисту, но и недостаточной осведомленностью врачей амбулаторного звена об особенностях клинической картины и рентгенологических признаков заболевания, что послужило поводом для написания данной статьи.

Клинические проявления

Наиболее типичным симптомом АК является дисфагия, которая в большинстве случаев имеет прогрессирующий характер: сначала затруднения возникают при проглатывании твердой и сухой пищи, постепенно осложняется прохождение жидкой пищи. Второе место по частоте встречаемости занимает регургитация (срыгивание) съеденной накануне пищей, которая обычно возникает не сразу, а через несколько часов после еды, а также при наклонах туловища и в горизонтальном положении пациента. Еще одним проявлением АК является снижение массы тела, которое может наблюдаться, по разным данным, у 30–90% больных и составляет в среднем 5–10 кг [3].

Трудности в своевременном распознавании данной патологии могут возникать в тех случаях, когда в клинической картине АК преобладают не вышеописанные симптомы заболевания, а его внепищеводные проявления. Так, попадание пищи в дыхательные пути вследствие регургитации может привести к возникновению выступающих на первый план респираторных и ЛОР-симптомов: приступов мучительного кашля, в том числе ночного кашля (в 37% случаев), охриплости голоса (21%), одышки (10%) и болей в горле (12%), маскирующих патологию пищевода [13].

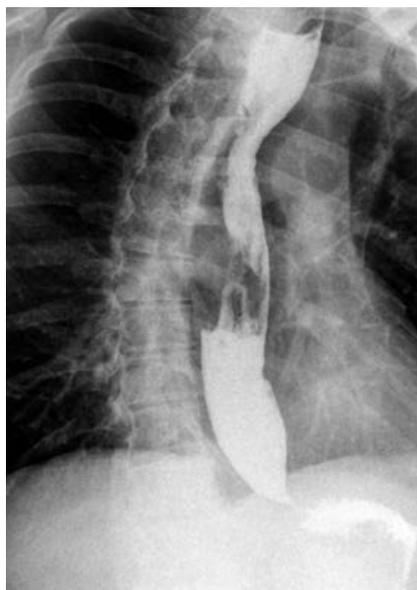


Рисунок 1. Рентгенограмма пищевода пациента И. Ахалазия кардии II стадии.

Диагностические трудности могут возникать также у пациентов с АК, сопровождающейся загрудинной болью с иррадиацией в область шеи, межлопаточного пространства и в челюсть [14], имитирующей кардиальную патологию. Дифференциальный диагноз согласно вышеупомянутым рекомендациям проводят с кардиоэзофагеальным раком, пептической стриктурой, мембранами и кольцами пищевода, неврогенной анорексией и ишемической болезнью сердца при наличии боли в грудной клетке.

Классификация

В нашей стране чаще всего используют клинико-анатомическую классификацию Б. В. Петровского, разработанную в 1958 году [цит. по А. Ф. Черноусову с соавт., 2000]:

I стадия — пищевод не расширен, рефлекс раскрытия кардии сохранен, моторика пищевода усилена и дискоординирована;

II стадия — рефлекс раскрытия кардии отсутствует, пищевод расширен до 4 см;

III стадия — пищевод расширен до 6–8 см, задержка жидкости и пищи, пропульсивная моторика отсутствует, могут определяться начальные признаки искривления пищевода;

IV стадия — расширение пищевода более 8 см, удлинение и S-образное искривление пищевода с атонией стенок, длительной задержкой жидкости и пищи.

Диагностика

Существуют различные методы диагностики АК: рентгеноскопия пищевода и желудка (РСПЖ), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), манометрия пищевода и пищеводно-желудочного перехода, суточная внутрипищеводная рН-метрия. По данным отдельных авторов, диагностическая ценность указанных методов различна при разных стадиях заболевания. Так, согласно исследованию по сравнительной информативности используемых методов, проведенному В. И. Оскретковым и соавт. [11], при I–II стадиях заболевания (по классификации Б. В. Петровского) ЭГДС обладает низкой информативностью, в то время как при РСПЖ и манометрии пищевода отмечались характерные для АК изменения; при III–IV стадиях все вышеназванные методы имели высокую информативность. Однако наибольшую диагностическую значимость при всех стадиях ахалазии демонстрировало рентгеноскопическое исследование пищевода и желудка.

Рентгенконтрастное исследование с использованием бариевой взвеси позволяет обнаружить у пациентов с АК снижение моторной активности пищевода, отсутствие его сегментарных сокращений, закругленную терминальную часть пищевода с нависанием стенки над его сужением; начало опорожнения определяется высотой столба бариевой взвеси и наблюдается при повышении гидростатического давления по типу «провала» (положительная проба Хурста) [7].

Ниже мы приводим три клинических наблюдения с выявлением ахалазии на различных стадиях заболевания.

Клиническое наблюдение 1

Пациент И., 45 лет, обратился в МКНЦ имени А. С. Логинова в мае 2017 года с жалобами на затруднение глотания твердой пищи и потребность запивать ее водой, чувство жжения в эпигастральной области, срыгивания пищей, особенно в ночное время. Похудел на 7 кг за последние три месяца.

Считает себя больным в течение двух лет, когда появились вышеперечисленные жалобы.

При рентгеноконтрастном исследовании пищевода на момент поступления в МКНЦ отмечались замедление прохождения контрастной взвеси по пищеводу, снижение его тонуса и расширение просвета до 4,3 см. Терминальный отдел пищевода был воронкообразно сужен до 0,2 см на протяжении 0,9 см. Контрастная взвесь поступала в желудок постоянно, но малыми порциями. Заключение: рентгенологическая картина ахалазии кардии II стадии (рис. 1).

Клиническое наблюдение 2

Пациентка К., 46 лет, обратилась в МКНЦ имени А. С. Логинова в октябре 2017 года с жалобами на затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу, одышку, снижение веса на 8 кг за последний год.

Считает себя больной с 1992 года, когда впервые был выявлен кардиоспазм, по поводу которого проводилась эндоскопическая баллонная дилатация с положительным эффектом.

При рентгеноконтрастном исследовании пищевода в МКНЦ отмечено, что прохождение контрастной взвеси по пищеводу крайне затруднено. Тонус пищевода снижен. Просвет расширен до 6,0 см, нижняя треть искривлена. Терминальный отдел пищевода имеет закругленную форму с нависанием стенки над его воронкообразным сужением до 0,3 см на протяжении 1,8 см. Контрастная взвесь крайне малыми порциями периодически поступает в желудок, который заполняется медленно и не туго. Заключение: рентгенологическая картина ахалазии кардии III–IV стадии (рис. 2).

Клиническое наблюдение 3

Пациентка Г., 82 года, обратилась в МКНЦ имени А. С. Логинова в сентябре 2017 года с жалобами на затруднение прохождения жидкой и твердой пищи, снижение веса на 6 кг за последний год.

Считает себя больной в течение длительного времени, на протяжении которого наблюдается по поводу ахалазии кардии.

При рентгеноконтрастном исследовании в МКНЦ отмечается резкое снижение тонуса пищевода, который S-образно искривлен, расширен до 9,0 см. В просвете большое количество слизи. Терминальный от-



Рисунок 2. Рентгенограмма пищевода пациентки К. Ахалазия кардии III–IV стадии.



Рисунок 3. Рентгенограмма пищевода пациентки Г. Ахалазия кардии IV стадии.

дел воронкообразно сужен до 0,4 см на протяжении 1,7 см. Заключение: рентгенологическая картина ахалазии кардии IV стадии (рис. 3).

Таким образом, анамнез заболевания и характерная клиническая картина у обратившихся в нашу клинику пациентов позволили заподозрить патологию пищевода, а рентгенологическое исследование с применением бариевой взвеси подтвердило диагноз АК разной степени выраженности.

Для определения состояния слизистой оболочки пищевода и пищеводно-желудочного перехода и с целью исключения так называемой псевдоахалазии, маскирующей опухолевые процессы в кардио-эзофагеальной

зоне, всем пациентам с АК необходимо выполнить ЭГДС, а для оценки перистальтики пищевода и функции нижнего пищеводного сфинктера — суточную манометрию пищевода. Благодаря такому комплексному подходу к обследованию пациентов с подозрением на АК становятся возможными не только диагностика и дифференциальная диагностика болезни пищевода, но и выявление имеющихся осложнений, что позволяет определить прогноз и тактику лечения пациентов с вышеописанной патологией.

Список литературы

1. Бурков С. Г. Болезни пищевода у беременных. В кн.: Гастроэнтерология. Под общей ред. Л. Б. Лазебника, П. Л. Шербакова. // Изд-во МК. М — 2011 — с. 88.
2. Шотт А. В., Петрашевич И. С., Парфенова А. Ф. Ахалазия пищевода и кардиоспазм: понятие, дифференциальная диагностика, вариант лечения. // Здоровоохранение — 2013 — № 6 — с. 55–57.
3. Василенко В. Х., Суворова Т. А., Гребнев А. Л. Ахалазия кардии. // М.: Медицина — 1976–280 с.
4. Тамулевичюте Д. И., Витенас А. М. Болезни пищевода и кардии. // М.: Медицина — 1986 — с. 224.
5. Зубарев П. Н., Трофимов В. М. Хирургические болезни пищевода и кардии. Рук-во для врачей. // СПб.— 2005 — с. 208.
6. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С., Годжелло Э. А., Маев И. В., Евсютина Ю. В., Лапина Т. Л., Сторонова О. А. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ахалазии кардии и кардиоспазма. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии — 2016 — стр. 26 (4): 36–54.
7. Абдураимов А. Б., Кулезнева Ю. В., Хомерики С. Г., Лесько К. А., Орлова Н. В., Павлов М. В. Рентгенологическая диагностика заболеваний пищевода. // М.— 2017 — с. 44.
8. Губергриц Н. Б., Крюк М. А., Кокина В. Я., Кабанец Н. С. Ахалазия кардии. // Гастроэнтерология.— 2011 — № 390 — с. 50–51.
9. 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.
10. Лазебник Л. Б., Васильев Ю. В., Морозов И. А. Избранные главы клинической гастроэнтерологии. // М.— 2005.— с. 7–51.
11. Оскретков В. И., Гурьянов А. А., Городний Л. В., Силюцкий А. И., Климова Г. И., Балацкий Д. В. Информативность различных методов диагностики ахалазии пищевода. // Вестник хирургической гастроэнтерологии.— 2009 — № 4 — с. 13–17.
12. Василенко В. Х., Суворова Т. А., Гребнев А. Л. Ахалазия кардии. // М.: Медицина — 1976–280 с.
13. Sinan H. Prevalence of respiratory symptoms in patients with achalasia / Sinan H., Tatum R. P., Soares R. V. // Diseases of the Esophagus.— 2011.— Т. 24, № 4.— P. 224–228.
14. Vela M. F. The long-term efficacy of pneumatic dilatation and Heller myotomy for the treatment of achalasia / Vela M. F. et al. // Clinical gastroenterology and hepatology.— 2006.— Т. 4, № 5.— P. 580–7.

