
И.И. Саванович¹, А.В. Сикорский¹, И.В. Мазаник²,
К.Ю. Мараховский³, М.Г. Аксенчик³

1 – г. Минск, УО «Белорусский государственный медицинский университет»

2 – г. Минск, УЗ «3-я городская детская клиническая больница»

3– РНПЦ детской хирургии

АХАЛАЗИЯ КАРДИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ахалазия кардии (АК) - идиопатическое нервно-мышечное заболевание, проявляющееся функциональным нарушением проходимости кардии вследствие дискоординации между глотком, рефлексорным раскрытием нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и двигательнo-тонической активностью гладкой мускулатуры пищевода. Заболевание встречается относительно редко: распространенность у взрослых 10 случаев на 100 000 населения. Распространенность АК у детей изучена недостаточно. Симптомы заболевания зависят от его длительности и возраста. К числу ведущих относятся - прогрессирующая дисфагия, регургитация, загрудинные боли, кашель, отказ от еды, недостаточность питания. Процесс может развиваться остро среди полного здоровья в течение нескольких месяцев (встречается преимущественно в молодом возрасте), длительное постепенное развитие (годы) характерно для среднего и пожилого возраста. При остром течении часто отмечается «парадоксальная» дисфагия - хорошо проходит твердая пища, а жидкость задерживается. Дифференциальный диагноз проводят с пептической стриктурой, являющейся осложнением длительно текущей ГЭРБ, врожденными мембранами и кольцами пищевода, неоплазмами пищевода, неврогенной анорексией, сужениями пищевода, вызванными патологическими изменениями в соседних органах. «Золотым стандартом» обследования пациентов с подозрением на АК является манометрия. Этот метод лежит в основе Чикагской классификации нарушений моторики пищевода (2008; последний пересмотр — в 2011), согласно которой выделяют три типа ахалазии и нарушение проходимости кардии. Методами неоперативного лечения АК является диета, модификация образа жизни, назначение лекарственных средств, расслабляющих НПС (ингибиторы кальциевых каналов, нитраты, миотропные

спазмолитики), эндоскопические инъекции ботулинического токсина, а также баллонная дилатация пищевода. Хирургическое лечение включает эзофагокардиомиотомию по Геллеру, лапароскопическую миотомию с частичной фундопликацией в различных модификациях, эндоскопическую миотомию.

Цель исследования. Представить клинический случай и обратить внимание врачей на особенности манифестации ахалазии кардии в детском возрасте

Пациенты и методы. Анализ клинического случая и медицинской документации.

Результаты. Пациентка (16 лет) впервые госпитализирована в соматическое отделение с жалобами на боль в горле при глотании, сухой кашель в течение 1,5 недель в ночное время, абдоминальные боли в течение 1,5 месяца, повышение температуры. Ранее росла и развивалась по возрасту. Рост/вес- 176 см/59 кг, ИМТ-19, z-score ИМТ «-0,62». За год до госпитализации было выполнено грыжесечение белой линии живота. В ходе проведенных обследований был выставлен диагноз ОРВИ, о.фаринготрахеит. На 8-ый сутки госпитализации выполнено эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), которая из особенностей выявила очаги белесоватого налёта в нижней трети пищевода на фоне его свободной проходимости и полной смыкаемости кардии (эндоскопическое заключение - Кандидоз пищевода? Эритематозная гастропатия выраженной степени. Эритематозная проксимальная дуоденопатия умеренной степени). По результатам морфобиопсии выставлен диагноз хронический распространенный высокой степени активности гастрит, ассоциированный с *H. Pylori*, кандидоз пищевода не подтвердился. Далее в течение последующих 4 месяцев пациентка неоднократно госпитализировалась по поводу тошноты, рвоты, снижении веса; проводился комплекс лабораторно-инструментальных исследований, консультации врачей-специалистов, в том числе хирурга, была исключена системная патология; назначалась диетотерапия, эрадикационная терапия, психотерапия. В условиях стационара отмечалась положительная динамика, в том числе набор веса, в силу чего состояние расценивалось как возможные проявления нарушения пищевого поведения. Однако после очередной выписки вновь усилились симптомы дисфагии в виде тошноты, затруднения глотания, рвоты после каждого приема пищи, отказа от еды, отмечалось значительное снижение веса с развитием острой белково-энергетической

недостаточности тяжелой степени, в связи с чем девушка была вновь госпитализирована. Анализ жалоб и клинической картины явился основанием для дальнейшего проведения инструментальных обследований, в том числе и исключения диагноза ахалазия кардии. В этой связи в качестве скрининга трансабдоминально было проведено УЗИ дистального отдела пищевода, которое выявило признаки ахалазии кардии. Для дальнейшего лечения пациентка была госпитализирована в РНПЦ ДХ, где проведена манометрия пищевода высокого разрешения, ЭГДС, рентгеноскопия и графия пищевода и выставлен диагноз ахалазия тип 2, согласно критериям Чикагской классификации. Пациентке проведена баллонная дилатация пищевода. Данное лечение привело к купированию симптомов дисфагии, значительному улучшению соматического и нутритивного статуса.

Заключение. Представленный нами случай является актуальным, поскольку знания об идиопатической ахалазии кардии, оценка жалоб у пациентов с проявлениями дисфагии будет способствовать ранней диагностике патологии и выбору оптимальной тактики ведения.
