

I.C. Іванців-Гріга

Ахалазія стравоходу у дітей: опис клінічного випадку та огляд літератури

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.3(75):126-128; doi10.15574/SP.2016.75.126

Мета: покращення ранньої діагностики та результатів лікування ахалазії стравоходу у дітей.

Пацієнти і методи. Клінічне спостереження, лабораторно-інструментальне обстеження десятирічної дитини з ахалазією стравоходу.

Результати. Проведено аналіз результатів клінічних даних та лабораторно-інструментальних методів обстеження, які підтвердили діагноз ахалазії стравоходу у 10-річного хлопчика.

Висновки. Наведений клінічний випадок дав змогу ретельно проаналізувати клінічні аспекти діагностики та лікування даної патології. Ахалазія стравоходу є патологією, яка у дитячому віці спостерігається рідко, має нетипову клінічну картину, тому лікарям первинної ланки необхідно більш детально ознайомитися з цією патологією та докласти чимало зусиль для своєчасної діагностики даного захворювання.

Ключові слова: ахалазія кардії, діти, дисфагія, регургітація.

Вступ

Ахалазія стравоходу — первинне захворювання, яке характеризується підвищеним тиском у ділянці нижнього стравохідного сфінктера, порушенням його рефлекторного розслаблення та пригніченням перистальтики стравоходу, що у свою чергу призводить до функціональної обструкції дистального відділу стравоходу. Етіологія захворювання невідома, але є дані щодо асоціації ахалазії кардії з трисомією 21 хромосоми, синдромом ААА (Allgrove), синдромом Чагаса (американський трипаномоз), еозинофільним езофагітом [4,10].

Мета дослідження: поліпшення ранньої діагностики та результатів лікування ахалазії стравоходу у дітей.

Матеріал і методи дослідження

Спостереження за пацієнтом проводилося на базі міського дитячого гастроентерологічного центру КМДКЛ м. Львова. Використано широкий спектр лабораторних (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, копроскопія, кал на приховану кров), інструментальних (УЗД, ЕКГ, фіброезофагогастроуденоскопія, рН-метрія), патогістологічного дослідження, а також консультації вузьких спеціалістів, які дали змогу підтвердити діагноз.

Результати дослідження та їх обговорення

Хлопчик 3, 10 років, госпіталізований зі скаргами на утруднене ковтання, відрижку кислим, болі у животі, знижений апетит, втрату маси тіла, покашлювання та загальну слабкість. Із анамнезу захворювання відомо, що захворювання почалося поступово, впродовж шести місяців. Мати неодноразово зверталася до лікарів за місцем проживання, проте призначена терапія мала неоптимальний та тимчасовий ефект. Вказані вище скарги стали інтенсивнішими, і мати звернулася за допомогою у міський дитячий гастроентерологічний центр. Діагноз при скеруванні: «ГЕРХ? Недостатність кардії?».

Хлопчик від другої вагітності, яка не мала ускладнень, від других фізіологічних пологів. Маса при народженні 3650 г, ріст 52 см. У неонатальному та грудному періоді спостерігалися часті зригування. Алергологічний, спадковий, епідеміологічний анамнези не обтяжені. При фізикальному обстеженні патологічних змін не виявлено.

Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові та копрологія у межах вікової норми. Кал на приховану кров — негативний. Проведено фіброезофагогастроуденоскопію з рН-метрією. При дослідженні мазка-відбитка *Helicobacter pylori* не виявлено. При УЗД внутрішніх органів та на ЕКГ патології не виявлено. Патогістологічне дослідження трьох зразків біоптатів стравоходу — патоморфологічні зміни відповідають вказаному нижче діагнозу. Хлопчик був оглянутий хірургом та уро-

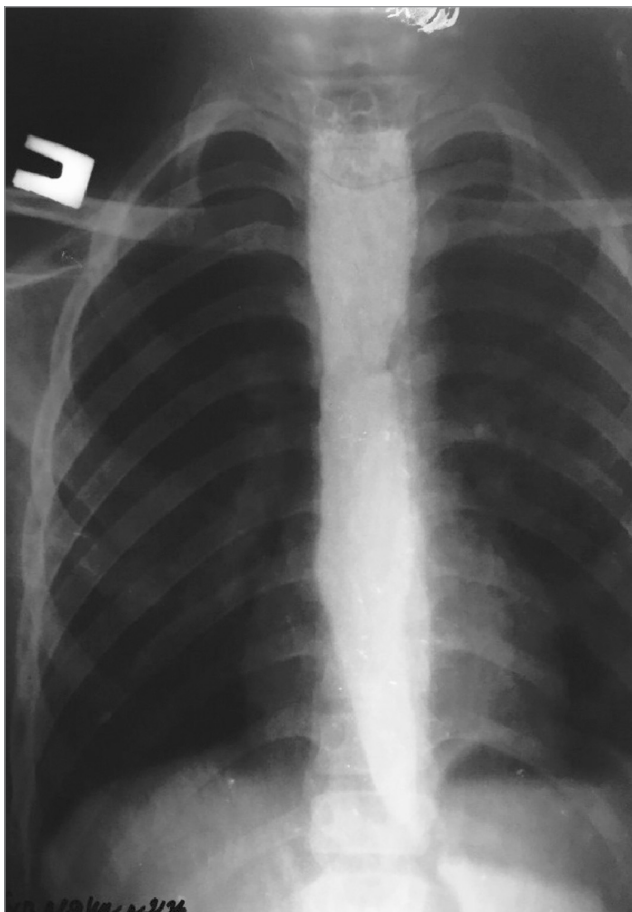


Рис. Рентгенографія стравоходу, пряма проекція. Ахалазія стравоходу

логом, які не виявили патології, ендокринологом — дефіцит маси тіла та неврологом, який встановив астено-невротичний синдром. На другий день перебування дитини у стаціонарі виставлений клінічний діагноз: «ГЕРХ. Пептичний рефлюкс-езофагіт (1 ст). Дифузна гастродуоденопатія з множинними ерозіями фундуса, субкардії та верхньої третини тіла стравоходу. Базальна селективна виражена гіперацидність. Аскаридоз. Астено-невротичний синдром». Призначена терапія згідно з наказом №59 від 29 січня 2013 року «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» [1]. Проте на фоні тижневого лікування стан дитини не покращувався. Утримувалися дисфагія та регургітація, покашлювання та періодичні болі у животі. Це наштовхнуло на думку про доцільність проведення рентгенографічного обстеження. Заключення — ахалазія кардії (рис.). Враховуючи діагностовану патологію, хлопчик був консультований хірургом та з діагнозом «Ахалазія кардії» (МКХ-10 К.22.0) переведений для подальшого лікування у хірургічне відділення цього ж стаціонару. Проведена езофагокардіоміотомія за Heller з гастрофундоплікацією. Післяопераційний період був без ускладнень, з другої доби розпочато ентеральне харчування. У задовільному стані хлопчик виписаний із стаціонару.

У 1674 році сер Thomas Willis описав ще на той час невідому патологію у пацієнта з дисфагією. Термін «ахалазія» запропонував Hurst у 1927 році. А перший випадок ахалазії кардії у дітей описав King у 1953 році [13]. Захворювання у дітей зустрічається рідше, ніж у дорослих. Середній вік дітей з ахалазією — 8,8 року. Дуже рідко (4–5%) симптоми ахалазії проявляються до 15 років [3,7]. Відповідно на стаціонарне лікування потрапляють діти після 10 років. Середня тривалість симптоматики до встановлення діагнозу становить 23 місяці, проте інколи перші симптоми можуть спостерігатися і у грудному віці [3,6]. Частота ахалазії кардії, наприклад, у Великій Британії становить 0,18 на 10000 дітей. Захворюваність серед азійської та африканської популяції є нижчою — 0,3 на 100000 дітей [9,11,18]. Дівчатка та хлопчики хворіють з однаковою частотою [5].

У клінічній картині ахалазії кардії домінуючими симптомами є дисфагія та регургітація. За даними авторів, дисфагія зустрічалася у 62,5% випадків, кашель — у 41,6%, регургітація — у 78,2%, зниження маси тіла — у 78,2%, за грудиною біль — у 50% [2,11,17]. Дисфагія, залежно від віку, має різний характер. Так, у грудному віці батьки звертають увагу на відмову від грудей та на те, що дитина «давиться» під час годування. Дітям раннього віку притаманний тривалий прийом їжі, вони не з'їдають належний об'єм їжі та дуже довго пережовують їжу. Діти старшого віку з метою полегшення проходження їжі вдаються до посиленого ковтання (порожні ковтальні рухи) та запивання їжі водою. Окрім того вони скаржаться на відчуття затримки їжі за грудиною, яка виникає після ков-

тання, болочість за грудиною та в епігастральній ділянці. Характерною є тенденція до прогресування.

Не менш характерним симптомом є регургітація (стравохідна блювота), яка, проте, може бути першим симптомом. Регургітація виникає спонтанно, без попередньої блювоти, під час або після їжі. Блювотні маси містять не змінену їжу та слиз. Часто регургітація може бути вночі, що є особливо небезпечним явищем, оскільки це є причиною аспірації та різних ускладнень з боку дихальної системи — стридор (внаслідок компресії трахеї дилатованим стравоходом), бронхоспазм, астма, так звана «шия жаби-бика» внаслідок компресії, хронічний бронхіт, рецидивні пневмонії [7,14,15,16].

Поряд із вказаними вище симптомами у клінічній картині ахалазії кардії є відставання у фізичному розвитку, дефіцит маси тіла, анемія [17].

Основними методами діагностики є рентгенконтрастне дослідження та фіброгастродуоденоскопія. При рентгенконтрастному дослідженні виявляється розширення стравоходу у вигляді поступового звуження донизу — «кінчик моркви», «дзьоб», «полум'я свічки», «мишачий хвіст». Ендоскопічне дослідження дає змогу виключити кардіостеноз. Фіброезофагогастроскоп вільно проходить через кардію, ознаки езофагіту відсутні, є залишки їжі.

Ахалазію кардії треба диференціювати зі стенозом стравоходу, пептичного та післяопікового стенозу, дивертикулу стравоходу, пухлинами стравоходу та шлунка.

Лікування ахалазії кардії передусім передбачає дієтичне харчування (механічно, термічно та хімічно щадна дієта). Медикаментозне лікування (блокатори кальцієвих каналів, ізосорбіту динітрати та ін'єкції ботулотоксину) використовують у старших дітей та у дорослих. Слід зазначити, що призначення прокінетиків протипоказане, оскільки вони мають властивість підвищувати тонус кардіального сфінктера. Одними з ефективних, проте симптоматичних, методів лікування є балонна кардіодилатація та бужування. Хірургічне лікування передбачає проведення операції кардіоміотомії за Heller з фундоплікацією [12,14].

Висновки

Наведений клінічний випадок та огляд літератури дали змогу ретельно проаналізувати клінічні аспекти діагностики та лікування даної патології. Враховуючи, що ахалазія стравоходу є патологією, яка у дитячому віці спостерігається рідко, має нетипову клінічну картину (дисфагія, регургітація, покашлювання, відставання у фізичному розвитку та болі у животі часто спостерігаються у педіатричній практиці при інших патологіях), лікарям первинної ланки (сімейним лікарям та педіатрам) необхідно більш детально ознайомитися з цією патологією та докласти чимало зусиль для своєчасної діагностики даного захворювання. У наведеному клінічному випадку діагноз був встановлений на підставі рентгенографічного обстеження. Найефективніше лікування — хірургічне.

Автор висловлює щире подяку завідувачу кафедри педіатрії та неонатології ФПДО професору Ю.С. Коржинському, лікарю-рентгенологу О.Я. Шадріну, хірургам Г.В. Курило та Д.І. Грицаку за допомогу у проведенні лікувально-діагностичного процесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення: наказ МОЗ України №59 від 29 січня 2013 р. — Київ, 2013. — С 5—22.
2. Achalasia — if surgical treatment fails: Analysis of remedial surgery / Gockel I., Timm S., Sgourakis G. G. [et al.] // J. Gastrointest. Surg. — 2010. — Vol. 14. — P. 46—6.
3. Achalasia Cardia in Infants: Report of Two Cases / Souvik Chatterjee, Vishal Gajbhie, Avidip De [et al.] // J. JMA. — 2012. — Vol. 44 (1). — P. 44—1—9260
4. Ashanti L. Franclin Childhood achalasia: A comprehensive review of disease, diagnosis and therapeutic management / Ashanti L. Franclin, Mikael Petrosyan, Timothy D. Kane. // World J. Gastrointest Endosc. — 2014. — Vol. 6(4). — P. 105—111.
5. Clinical, radiological and manometric profile in 145 patients with untreated achalasia / Fisichella P. M., Raz D., Palazzo F. [et al.] // World Journal of Surgery. — 2008. — Vol. 32. — P. 1974—9.
6. Congenital esophageal stenosis diagnosed in an infant at 9 month of age / Savino F., Tarasco V., Viola S. [et al.] // Ital. J. Pediatr. — 2015. — Vol. 41. — P. 72.
7. Diagnosis and management of esophageal achalasia in children: Analysis of 13 cases / Zhang Y., Xu C. D., Zouche A., Cai W. // World J. Pediatr. — 2009. — Vol. 5. — P. 56—6.
8. Eckardt A. J. Current clinical approach to achalasia / A. J. Eckardt, V. F. Eckardt // World J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 15. — P. 3969—75.
9. Epidemiology of hospitalization for achalasia in the United States / Sonnenberg A., Massey B. T., McCarty D. J. [et al.] // Dig Dis Sci. — 1993. — Vol. 38. — P. 233—44.
10. Esophageal achalasia of unknown etiology in infants / Upadgaya Vijay D., Gangopadhyaya A. N., Gupta D. K. [et al.] // World J. Pediatr. — 2008. — Vol. 4. — P. 63—5.
11. Ho K. Y. A prospective study of the clinical features, manometric findings, incidence and prevalence of achalasia in Singapore / K. Y. Ho, H. H. Tay, J. Y. Kang // J. Gastroenterol. Hepatol. — 1999. — Vol. 14. — P. 791—95.
12. Jackson C. A. Achalasia // Guandalini Seditor. Textbook of pediatric gastroenterology and nutrition / C. A. Jackson, D. C. Liu. — London and New York: Taylor&Francis, 2004. — P. 61—72.
13. King R. Surgical correction of achalasia of the esophagus in infants / R. King // J. Med. Assoc. Ga. — 1953. — Vol. 42. — P. 466—8.
14. Sharp N. E. Treatment of idiopathic Achalasia in the Pediatric Population: A Systematic Review / N. E. Sharp, S. D. St. Peter // Eur. J. Pediatr. Surg. — 2015. — Vol. 2.
15. Single centre 26-years experience with treatment of esophageal achalasia: Is there an optimal method? / Pastor A. C., Mills J., Marcon M. A. [et al.] // J. Pediatr. Surg. — 2009. — Vol. 44. — P. 1349—54.
16. Structural and functional abnormalities in lungs in patient with achalasia / Makharia G. K., Seith A., Sharma S. K. [et al.] // Neurogastroenterol Motil. — 2009. — Vol. 21. — P. 603—8.
17. Sunita Singh Retrospective analysis of paediatric achalasia in India. Single centre experience / Sunita Singh, Ashish Waklu, Anand Pandey // Pediatric Surgery. — 2012. — Vol. 2. — P. 117—121.
18. UK incidence of achalasia: an 11-year national epidemiological study / Marlais M., Fishman J. R., Fell J. M. E. [et al.] // Arch. Dis. Child. — 2011. — Vol. 96. — P. 192—194.

Ахалазия пищевода у детей: описание клинического случая и обзор литературы

И.С. Иванцев-Грига

Львовський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Цель: улучшение раннего диагностирования и результатов лечения ахалазии пищевода у детей.

Пациенты и методы. Клиническое наблюдение, лабораторно-инструментальное обследование 10-летнего ребенка с ахалазией пищевода.

Результаты. Проведен анализ результатов клинических данных и лабораторно-инструментальных методов исследования, которые подтвердили диагноз ахалазии пищевода у 10-летнего мальчика.

Выводы. Приведенный клинический случай дал возможность тщательно проанализировать клинические аспекты диагностики и лечения данной патологии. Ахалазия пищевода — это патология, которая в детском возрасте наблюдается редко, имеет нетипичную клиническую картину, поэтому врачам первичного звена необходимо более детально ознакомиться с этой патологией и приложить достаточно усилий для своевременной диагностики данного заболевания.

Ключевые слова: ахалазия кардии, дети, дисфагия, регургитация.

Esophageal achalasia in children — clinical case and literature review

I.S. Ivantsiv-Griga

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Introduction. Esophageal achalasia is a primary disorder of the motor function characterized by the increased pressure in the lower esophageal sphincter, impairment of its reflex relaxation and inhibited peristalsis of the esophagus which, in turn, leads to functional obstruction of the distal section of the esophagus.

Goal. Improvement of early diagnosis and treatment outcomes of esophageal achalasia in children.

Materials and methods. Clinical observation, laboratory and instrumental examination of a 10 year-old child with esophageal achalasia.

Results. The results of clinical data and laboratory and instrumental examination methods were analyzed and the diagnosis of esophageal achalasia in a 10 year-old male was confirmed.

Conclusions. The described clinical case provided an opportunity for a thorough analysis of the clinical aspects of diagnosis and treatment of the given pathology. Esophageal achalasia is a rare pathology in children and has an atypical clinical manifestation; therefore, primary care physicians should study this disorder in detail and make a great effort to diagnose it in a timely manner.

Key words: achalasia cardia, children, dysphagia, regurgitation.

Сведения об авторах:

Иванцев-Грига Ирина Степановна — к.мед.н., ассистент каф. педиатрии и неонатологии ФПДО Львовского НМУ имени Д. Галицкого. Тел. (+38 032) 294-16-24.

Статья поступила в редакцию 8.04.2016 г.