



П. Д. Фомин, В. В. Грубник,
А. В. Малиновський,
А. К. Курбанов

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ АХАЛАЗІЇ СТРАВОХОДУ

Національний
медичний університет
ім. О. О. Богомольця, м. Київ

Одеський національний
медичний університет

© Колектив авторів

Резюме. У статті наведено 30-річний досвід діагностики ахалазії стравоходу I-IV стадії. Описано алгоритм діагностичних заходів, вікові та гендерні особливості розвитку захворювання. Аналіз клінічного обстеження показав загострення симптомів захворювання з віком, прогресування езофагіту, змін кислотності шлунку та стравоходу, погіршення якості життя пацієнтів.

Ключові слова: ахалазія стравоходу, діагностика, вік.

Вступ

Ахалазія стравоходу – тяжке нервово-м'язове захворювання стравоходу, що характеризується порушенням прохідності стравохідно-шлункового переходу і зниженням тону стравоходу, що призводять до прогресуючої дисфагії і розвитку важких ускладнень. Частота захворюваності ахалазії стравоходу складає 1-2 випадки на 100000 населення. У той же час ахалазія стравоходу становить 3,1-20% від всіх захворювань цього органу [1, 4, 5].

Недостатні знання етіології та патогенезу АС і відсутність чітких підходів до лікування даної патології призвело до зростання запущених форм захворювання. Незважаючи на доброякісний характер захворювання, при несвоєчасному лікуванні АС можуть ускладнитись прогресуванням захворювання та/або супутніми патологіями (кровотеча, перфорація, медіастиніт, кахексія, рак стравоходу), що можуть бути фатальними, особливо в категорії осіб похилого віку [6, 7, 9].

Матеріали та методи досліджень

Пацієнти проходили комплексне обстеження та оперативне лікування в хірургічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 12 та Одеської обласної клінічної лікарні з 1983 по 2013 рік. Вік хворих – від 18 до 80 років, в першій групі хворих у середньому (46,1±4,0) року, у другій – (51,8±3,9) року. Стадію захворювання визначали відповідно до класифікації Б. В. Петровського і О. Д. Федорової (1958). Усім хворим проведено комплексне діагностичне обстеження, що включало фіброезофагогастроуденоскопію, рентгеноскопію і експрес рН-метрію. Ендоскопічне до-

слідження всім хворим проводилося за загальноприйнятою методикою гнучким волоконним фіброендоскопом «OlympusGIF-XQ30» (Японія), за необхідності з біопсією слизової оболонки стравоходу. Прохідність стравохідно-шлункового переходу оцінювали за ступенем вираження дисфагії, регургітації і за грудинних болів, часу пасажу контрастної речовини по стравоходу за даними рентгеноскопії стравоходу. Наявність гастро-езофагеальногорефлюксу оцінювали по вираженості печії і на основі даних експрес рН-метрії. Значення рН вимірювалися методом комп'ютерної ендоскопічної експрес рН-метрії із застосуванням двохелектродного рН-зонда «АГ-ІрН-М» (Україна). Динаміка езофагіту оцінювалася при ендоскопічному дослідженні згідно з Лос-Анджелеською класифікацією (1998) [2, 3, 8].

Результати досліджень та їх обговорення

Гендерна і вікова характеристика пацієнтів. Загальноклінічне і інструментальне обстеження пацієнтів дозволили проаналізувати вікові особливості діагностики і перебігу АС. Пацієнт, а частіше пацієнтки, у віці до 60 років досить яскраво і детально описували свої відчуття, часто перебільшуючи можливі наслідки цього стану для свого здоров'я. У таких хворих як правило не виникала втрати маси тіла за винятком відмови від прийому їжі на тлі дисфагії. В структурі АС більшість пацієнтів мали III стадію захворювання, без суттєвої різниці в гендерному аспекті (58,8% чоловіків і 53,5% жінок) (табл. 1).

У пацієнтів старше за 60 років діагностували швидкий розвиток і прогресуючий характер перебігу АС, що супроводжувалося значною

Таблиця 1

Геронтологічна та гендерна характеристика ахалазії стравоходу

Група	до 60 років				Σ		60 і більше				Σ	
	Ч		Ж		абс.	%	Ч		Ж		абс.	%
Кількість	34		43				77	100,0	14			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			абс.	%		
I	2	5,9	3	6,9	5	6,5	3	21,4	-	-	3	11,5
II	9	26,4	10	23,2	19	24,6	3	21,4	2	16,6	5	19,2
III	20	58,8	23	53,5	43	55,8	4	28,6	6	50,0	10	38,4
IV	3	8,9	7	16,4	10	13,1	4	28,6	4	33,4	8	30,9

втратою маси тіла. При зменшенні маси тіла відзначено наростання частоти і вираженості печії, дисфагії, регургітації та хронічного кашлю, переважання важких форм езофагіту жінок (стадії С і D) та збільшення тяжкості структурних змін слизової оболонки стравоходу при ендоскопічному та патоморфологічному дослідженні. У осіб даної категорії встановлено збільшення частоти діагностування АС ІV стадії (28,6 % чоловіків і 33,4 % жінок), а І стадію захворювання відмічали лише у чоловіків.

Ендоскопічне дослідження шлунку і стравоходу. Фіброезофагогастроуденоскопія дозволила візуально охарактеризувати стан слизової оболонки, визначити просвіт стравоходу, еластичність стінок, поширеність патологічного процесу, зміни в місці стравохідно-шлункового переходу, явища езофагіту, виконати біопсію для патоморфологічного дослідження, хромоскопію, а також обстежити шлунок і дванадцятипалу кишку. Ендоскопічне дослідження в поєднанні із хроноскопією дозволило в усіх 103 хворих диференціювати езофагіт та застійні явища в нижній третині стравоходу. Езофагіт різної стадії встановлено у 89,3 % пацієнтів. У геріатричних хворих чоловічої статі частіше діагностували езофагіт стадії В (50,0 %), жінок А (41,7 %), у пацієнтів молодого та зрілого віку превалював езофагіт стадії А (табл. 2).

Клінічними проявами езофагіту були поява почуття болю, дискомфорту при прийомі твердої, жорсткої, погано пережованої їжі, за грудиною болю. Через хворобливі відчуття па-

цієнти часто виключали ці продукти з раціону або починали вживати продукти переважно в рідкому вигляді, що погіршувало їх соматичних та психічний стани здоров'я.

Кислотність стравоходу і шлунку при ахалазії стравоходу. Результати рН-метрії шлунка і стравоходу показали широкий діапазон кислотності у осіб вікової категорії до 60 років: від вираженої гіперакцидності у 11,1% пацієнтів до тотальної гіпоакцидності у 11,1% обстежених (табл. 3). У осіб після 60 років рН-метрія засвідчила виражену гіперакцидність шлунка і стравоходу.

Якість життя хворих пацієнтів із ахалазією стравоходу. Для комплексного оцінювання віддалених результатів лікування та його ефективності було проведено анкетування хворих за опитувальником загального типу 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [10]. Спостереження за хворими до операції показало, що жінки, і особливо похилого і старечого віку, сильно страждають від дисфагії регургітації, що суттєво знижує якість життя пацієнтів.

Результати анкетування засвідчили характер вікової залежності розвитку і прогресування захворювання. Найбільш значуще падіння показників якості життя відмічено щодо рольового функціонування (RРна 41,7 %), інтенсивності болю (ВР на 32,4 %), соціального функціонування (SF на 29,6 %), життєвої активності (VТ на 26,5 %) (табл. 4).

Значення інтегрального показника психічного компонента здоров'я (МН) між віковими групами 20-60 років і 61-80 років зменшилось

Таблиця 2

Ступінь езофагіту у пацієнтів із ахалазією стравоходу

Група	до 60 років				Σ		60 і більше				Σ	
	Ч		Ж		абс.	%	Ч		Ж		абс.	%
	34		43				14		12			
Кількість	абс.	%	абс.	%	77	100,0	абс.	%	абс.	%	26	100,0
0	4	11,8	4	9,3	8	10,3	1	7,2	2	16,6	3	11,5
A	15	44,1	15	34,9	30	38,9	5	3,6	5	41,7	10	38,5
B	9	26,5	8	18,6	18	23,3	7	50,0	1	8,4	8	30,7
C	6	17,6	10	23,2	16	20,7	1	7,2	3	25,0	4	15,4
D	-		6	14,0	6	7,8			1	8,4	1	3,9

Таблиця 3

Результати рН-метрії шлунку у хворих із ахалазією стравоходу

Група	рН	Рівень кислотності	Стравохід		Шлунок	
			абс.	%	абс.	%
до 60 років	0,62-1,0	Виражена гіперакцидність	1	11,1	1	11,1
	0,09-1,88	Абсолютна виражена гіперакцидність	1	11,1	2	22,2
	1,32-2,04	Нормоакцидність	2	22,2	2	22,2
	2,4-3,56	Абсолютна помірна гіпоакцидність	1	11,1	2	22,2
	1,76-4,12	Помірна гіпоакцидність	3	33,3	1	11,1
	5,44-6,80	Тотальна гіпоакцидність	1	11,1	1	11,1
60 і більше	0,64-1,28	Виражена гіперакцидність	1	100,0	1	100,0



на 16,3 %, а фізичного компонента здоров'я (РН) на 17,5 %. Різке зниження фізичного і психічного стану респондентів обумовлено наявністю супутнього застійного езофагіту і рідких проявів дисфагії та регургітації, при яких провідною скаргою був гнітючий біль.

Таблиця 4

Показники якості життя обстежених пацієнтів

Показник Шкали SF-36	Група хворих	
	до 60 років	60 і більше
Фізичне функціонування (PF)	94,8±1,9	80,0±7,5*
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP)	92,2±6,2	53,7±12,4*
Інтенсивність болю (BP)	82,1±5,4	55,5±7,7*
Загальний стан здоров'я (GH)	88,1±5,4	68,9±6,3*
Життєва активність (VT)	76,5±2,9	56,2±5,2*
Соціальне функціонування (SF)	91,6±4,8	64,5±5,9*
Рольове функціонування обумовлене емоційним станом (RE)	96,3±3,7	61,0±13,2*
Психічне здоров'я (MH)	77,4±1,5	67,6±4,3*
Фізичний компонент (PH)	54,8±1,9	45,2±3,3*
Психічний компонент (MN)	53,5±1,2	44,8±3,1*

Примітка. * достовірно до групи осіб віком до 60 років (P<0,05)

Загальноклінічне обстеження пацієнтів засвідчило тенденцію більш тяжкого перебігу захворювання, необхідність проведення комплексного обстеження пацієнтів АС

похилого віку, особливо у осіб коморбідних станів. Виявлена висока частота «застарілих» стадій захворювання, гіперацидності і езофагіту у категорії геріатричних хворих визначає необхідність їх ретельного обстеження. Атиповий перебіг захворювання і стерта симптоматика у хворих із ерозивним застійним езофагітом в сукупності з тяжкими структурними змінами слизової оболонки стравоходу і шлунку визначають необхідність частіше використовувати ендоскопічне дослідження верхнього відділу шлунково-кишкового тракту з біопсією у пацієнтів старечого віку.

Висновки

Типовими і багаторазово описаними клінічними симптомами ахалазії стравоходу є дисфагія, біль нижньої та середньої третини грудни і регургітація. Показник якості життя у хворих на ахалазію стравоходу, а також стадії захворювання і езофагіту погіршуються з віком, особливо у осіб 69–80 років. Всім хворим, особливо похилого віку, необхідне проведення ендоскопічного дослідження для виявлення супутнього езофагіту та ускладнень з подальшим прийняттям тактики відповідного хірургічного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Выбор показаний к проведению эндолюминальных баллонных дилатаций пищевода при хирургическом лечении ахалазии кардии / Н. Н. Велигоцкий, А. В. Горбулич, И. В. Тесленко [и др.] // Харк. хірург. школа. – 2008. – № 4. – С. 9–11.
2. Давыдкин В. И. Синдром дисфагии и хирургические заболевания пищевода : учеб.пособие / В. И. Давыдкин. – Саранск : Изд-во Мордов. ун-та, 2012. – 79 с.
3. Назарова Е. Н. Традиционное рентгенологическое исследование в диагностике и на этапах лечения ахалазии пищевода / Е. Н. Назарова, А. В. Фролов, Г. А. Сташук // Вестн. рентгенологии и радиологии. – 2007. – № 4. – С. 23–29.
4. Неопухольевые заболевания пищевода / П. Д. Фомин, В. В. Грубник, В. И. Никишаев, А. В. Малиновский. – К. : Бизнес-Интеллект, 2008. – 303 с.
5. Черноусов А. Ф. Лечение кардиоспазма и ахалазии кардии пневмокардиодилатацией / А. Ф. Черноусов, А. Н. Гаджиев, А. Л. Шестаков // Анналы хирургии. – 2000. – № 3. – С. 50–53.
6. Esophageal cancer in esophageal diverticula associated with achalasia / A. R. Choi, N. R. Chon, Y. H. Youn [et al.] // Clin. Endosc. – 2015. – Vol. 48, N 1. – P. 70–73.
7. A rare manifestation of achalasia: huge esophagus causing tracheal compression and progressive dyspnea / B. Genc, A. Solak, I. Solak, M. SerkanGur // Eurasian J. Med. – 2014. – Vol. 46, N 1. – P. 57–60.
8. Evaluation of proton pump inhibitor-resistant nonerosive reflux disease by esophageal manometry and 24-hour esophageal impedance and pH monitoring / O. Kawamura, H. Hosaka, Y. Shimoyama [et al.] // Digestion. – 2015. – Vol. 91, N 1. – P. 19–25.
9. Ishaq S. Treatment of achalasia: the role of laparoscopic cardiomyotomy needs to be emphasized / S. Ishaq // Am. J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 99, N 11. – P. 2278–2279.
10. Jenkinson C. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // BMJ. – 1993. – Vol. 306, N 6890. – P. 1437–1440.



ВОЗРАСТНЫЕ
И ГЕНДЕРНЫЕ
ОСОБЕННОСТИ АХАЛАЗИИ
ПИЩЕВОДА

*П. Д. Фомин, В. В. Грубник,
А. В. Малиновський,
А. К. Курбанов*

Резюме. В статье приведен 30-летний опыт диагностики ахалазии пищевода I-IV стадии. Описан алгоритм диагностических мероприятий, возрастные и гендерные особенности развития заболевания. Анализ клинического обследования показали обострение симптомов заболевания с возрастом, прогрессирование эзофагита, изменений кислотности желудка и пищевода, ухудшение качества жизни пациентов.

Ключевые слова: *ахалазия пищевода, диагностика, возраст.*

AGE AND GENDER
FEATURES OF ESOPHAGEAL
ACHALASIA

*P. D. Fomin, V. V. Grubnik, A.
V. Malinovsky, A.K.Kurbanov*

Summary. The article presents 30 years' experience of diagnosis of esophageal achalasia I-IV stage. The algorithm of diagnostic measures, age and gender features of the disease were analyzed. Clinical examination showed exacerbation of symptoms with age, esophagitis progression, changes the acidity in stomach and esophagus, deterioration quality of life.

Key words: *esophageal achalasia, diagnosis, age.*