**Ахалазия пищевода.**

Ахалазия пищевода (кардиоспазм) — заболевание неизвестной этиологии, характеризуется отсутствием перистальтики пищевода и нарушением деятельности нижнего эзофагеального сфинктера, который не расслабляется при глотании.

Частота ахалазии составляет от 5 до 10% всех заболеваний пищевода. Хотя причина заболевания неясна, нет сомнения в том, что в основе ее лежат неврогенные нарушения. Патологические находки подтверждают эту точку зрения.

У многих пациентов с этим заболеванием обнаруживается отсутствие ганглиозных клеток Ауэрбаховского сплетения в стенке пищевода. Изменения обнаруживаются на любом уровне грудного отдела пищевода. Неизвестна не только причина поражения ганглиозных клеток, но также на каком уровне нервной системы имеются первичные нарушения.

Наблюдения случаев кардиоспазма в детском возрасте привели к созданию теории врожденного происхождения кардиоспазма. Предполагается, что причиной в этих случаях является недоразвитие интрамурального нервного сплетения.

Имеется также психоневротическая теория, которая связывает происхождение кардиоспазма с нервно-психической травмой, нарушающей нервную координацию. Ахалазия встречается одинаково часто и у мужчин и у женщин, наблюдается в любом возрасте, но наиболее часто от 30 до 60 лет.

Патологические изменения зависят от длительности и стадии заболевания. В поздних стадиях пищевод расширен и удлинен, стенки утолщены за счет резкой гипертрофии мышечного слоя пищевода. В слизистой и подслизистой оболочках наблюдаются воспалительные изменения: сначала наступает гипертрофия мышечных волокон, которые затем замещаются соединительной тканью. В интрамуральном нервном сплетении обнаруживаются явления дистрофии, в нервных клетках — растворение или сморщивание протоплазмы.

Клиника.

Наиболее ранним и постоянным симптомом является нарушение акта глотания – дисфагия, которая в начале заболевания носит перемежающий характер, затем по мере прогрессирования болезни становится все более постоянной.

Затем появляются боли за грудиной, иррадиирующие в спину. Дисфагия вначале возникает при приеме холодной пищи, затем теплой, нередко плотная пища проходит лучше, чем жидкая. Появление болей связано главным образом с появлением сопутствующего эзофагита.

При задержке пищи возникают давящие боли за грудиной. Регургитация наблюдается при расширении и застое в пищеводе, особенно ночью при расслаблении больного, вследствие этого они едят в приподнятом положении туловища. Стараясь помочь пище пройти в желудок, больные пьют большое количество жидкости (гидрофагия), заглатывают воздух (аэрофагия), едя стоя, ходят, прыгают, принимают вычурные формы. Потому, как правило, они избегают столовых, едят в одиночку.

Выделяют 4 стадии заболевания:

1 стадия. Состояние больного удовлетворительное. Больные ощущают задержку пищи, которая проходит с трудом. Эвакуация из пищевода хотя и замедленная, но полная, регургитация не наблюдается.

2 стадия. Наряду с более выраженной дисфагией появляются боли за грудиной давящего характера. В пищеводе отмечается усиленная перистальтика и антиперистальтика, задерживаются пищевые массы, регургитация носит непостоянный характер. Диаметр пищевода и кардии несколько сужается.

В 3 стадии появляются органические изменения в пищеводе в форме фиброзно-рубцового процесса, утолщаются его стенки. Пища поступает в желудок в небольших количествах. В пищеводе выше препятствия скапливается большое количество пищи, регургитация с расстройством перистальтики, с сегментарными спазмами и антиперистальтикой. Наблюдается похудание больных, нарушение трудоспособности.

В 4 стадии отмечается резкое сужение кардиального канала, выше пищевод резко расширен, изогнут. Стенка пищевода истончена, атонична, не перистальтирует. Пища задерживается на сутки и больше, разлагается в просвете пищевода, вызывая образование трещин и язв, часто развивается периэзофагит и медиастинит. Регургитация наступает даже при наклоне туловища, развивается истощение.

Ахалазия характеризуется медленным течением с постепенным длительным переходом из одной стадии в другую.

Наиболее частыми осложнениями являются легочные и воспалительные заболевания, развитие рака, кровотечение при тяжелых эзофагитах и перфорации.

Ахалазия пищевода.Диагностика и лечение.

Диагностика.

В разных стадиях ахалазии пищевода имеется только обструкция кардии с небольшой дилятацией проксимального отдела. По мере прогрессирования заболевания появляются характерные рентгенологические признаки. Пищевод расширен, в нижнем отделе конически сужен на небольшом протяжении с клювовидным расширением на месте суженного сегмента. Хотя рентгенологическая картина кардиоспазма достаточно характерна, все же необходимо дифференцировать его от рака в ранних стадиях заболевания, особенно у лиц старше 50 лет.

Наибольшую пользу в этом оказывает эзофагоскопия. Подтверждением клинических проявлений заболевания является изучение двигательной функции пищевода. Обнаруживается низкое давление в пищеводе с дилятацией его просвета и отсутствием перистальтики в пищеводе после глотания. При глотании происходит подъем давления на всем протяжении пищевода. При ахалазии эзофагеальный сфинктер не раскрывается при акте глотания. У некоторых пациентов нарушение перистальтики переходит в диффузный спазм пищевода или возникают повторные сильные спазмы в ответ на акт глотания.

Лечение.

Нарушение пищеводной перистальтики, характеризующее пищеводную ахалазию, плохо поддается медикаментозному лечению.

Облегчение симптомов заболевания может быть достигнуто применением щадящей диеты, антиспастиков, витаминов, седативных средств.

Однако, такая терапия обычно дает только временный эффект.

Форсированное расширение кардии может быть произведено с помощью гидростатического, пневматического или механического дилятатора. Используются преимущественно пневматические дилятаторы как наиболее безопасные.

В желудок вводится зонд с баллоном на конце под рентгенологическим контролем. В просвете желудка он раздувается воздухом, затем вытягивается наружу, расширяя, таким образом, просвет пищевода.Разрывы слизистой или стенки пищевода наблюдаются при использовании эластического дилятатора в 1 % случаев, при использовании механического в 6%. В 80% случаев дилятация оказывается успешной и избавляет больного от тягостных симптомов заболевания.

При отсутствии эффекта от дилятации применяется хирургическое лечение.

Было предложено много операций, включая ваготомию, ваголизис, симпатэктомию, чрезжелудочное ретроградное расширение кардии, эзофагофундоанастомоз. Современная хирургия базируется на предложении Геллера, который в 1913 году впервые выполнил двустороннюю кардиомиотомию. Она состоит из продольного рассечения мышечных слоев дистального отдела пищевода чресплевральным доступом. Выбухающую через разрезы слизистую оболочку прикрывают лоскутом сальника. Иногда бывает достаточной только передняя кардиомиотомия. Около 90% больных излечиваются после этой операции. Неудовлетворительные результаты связаны обычно с рубцеванием в отдаленные сроки. Эта операция является операцией выбора у детей и в запущенных стадиях заболевания. Необходимо щадить блуждающий нерв, при повреждении производить пилоропластику. Рассечение пищеводного отверстия диафрагмы может привести к образованию грыжи.