**Общие сведения о больном.**

1. **Ф.И.О.**
2. **Возраст:** 40 лет
3. **Образование:**
4. **Профессия:**
5. **Место работы:**
6. **Место жительства**:
7. **Дата и час поступления в стационар:**
8. **Клинический диагноз:**

**А).** **Основное заболевание:** Ахалазия кардии III степени.

**Б). Осложнения основного заболевания:** нет

**В).** **Сопутствующие заболевания:** Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

##### Жалобы при поступлении

Больная предъявляет жалобы на затруднение прохождения твердой и жидкой пищи по пищеводу; чувство распирания, боли за грудиной, возникающие после приема пищи, проходящие после рвоты или срыгивания; регургитацию пищи при наклоне туловища вперед и лежа; изжогу; похудание на 15 кг. за последние 6-7 месяцев.

## Anamnesis morbi

С 1978 года, после перенесенного длительного эмоционального стресса, отмечает появление эпизодов болей за грудиной преимущественно ночью в положении лежа, повторяющиеся с периодичностью в 5-7 месяцев. Боли проходили после приема стакана холодной воды. Прохождение твердой и жидкой пищи нарушено не было. Самостоятельно не лечилась, к врачу не обращалась.

В 2000 году ночью впервые появилась регургитация съеденной накануне пищей через носоглотку. В течение последующих 6-7 месяцев приступы повторялись, присоединилась отрыжка воздухом, изжога. По этому поводу в марте 2002 года обратилась в ГКБ, где была проведена ЭГДС (признаки сужения нижней трети пищевода), после которой отмечает резкое ухудшение самочувствия, проявившееся в виде появления сильной царапающей боли за грудиной, чувства жжения. Лечилась амбулаторно (25 инъекций солкосерила в/м, облепиховое масло внутрь), после чего вышеописанные симптомы исчезли. В это же время стала отмечать нарушение прохождения жидкой, а затем твердой пищи, появление чувства распирания после еды, регургитацию съеденной пищей при наклоне туловища вперед. На фоне вышеперечисленных симптомов пациентка за последние 6-7 месяцев похудела на 12-15 кг. Для обследования и лечения обратилась в ФХК ММА им. Сеченова.

**Anamnesis vitae**

Больная родилась в 1932 году 1-м ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставала. С семи лет пошла в школу, учеба давалась легко. По окончании школы получила среднее медицинское образование. В настоящее время работает медсестрой в ЛОР-клинике.

Семейный анамнез: Замужем с 25 лет, имеет двух сыновей 16-и и 3-х лет. В данный момент проживает с мужем. Жилищные и материальные условия больную удовлетворяют. Питание регулярное, дробное, мелко измельченной кашицеобразной пищей, домашнее.

Половое развитие: менструации с 12 лет, по 5-7 дней через 28 дней, регулярные, безболезненные.

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез: Диклофенак (таб), ранитидин - кашель, рвота, бронхоспазм.

Вредные привычки: Со слов больной наркотики не употребляет, алкоголь употребляет умеренно, не курит.

Эпидемиологический анамнез: Сифилисом и другими венерологическими болезнями не болела. На диспансерном учете по поводу туберкулеза не состоит. Малярией, брюшным и сыпным тифом не болела и с больными контакта не имела. Донором не является. Прямых переливаний крови, а также гемотрансфузий консервированной крови за последние полгода не имела. За последние 3 месяца эпидемиологически неблагополучные регионы не посещала.

**Перенесенные заболевания:**

Перенесла следующие детские болезни: Корь, ветрянка.

**Операции:**

1967 - тонзиллэктомия.

1971 - аппендэктомия, осложненная перитонитом.

1985,1999 – кесарево сечение.

1986 – операция по поводу карбункула левой почки

**Status praesens**

На момент осмотра общее состояние больной удовлетворительное. Активно передвигается по палате и коридору. В сознании, ориентирована, контактна. Гиперстенической конституции. Рост - 157 см., вес-52 кг. Температура тела 36,6  С.

**Состояние кожных покровов**

1. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Сыпей и пятнистости на коже не выявляется. Тургор кожи достаточный. Пастозности голеней и стоп не определяется. Имеются послеоперационные рубцы: по передней срединной линии грубый рубец - проведение лапаротомии (перитонит); в правой подвздошной области в – операция на почке; в надлобковой области в типичном месте - операция кесарева сечения. Расчесы, кровоизлияния, телеангиэктазии отсутствуют. Дермографизм белый, нестойкий. Ногти овальной формы, расслоения не имеют. Сосудистое пятно при надавливании на ногтевые ложа исчезает быстро. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, толщина кожно-жировой складки на животе 1,5 см. Визуально подкожно-жировые вены не выявляются.

###### Лимфатическая система

Жалоб нет. Визуально периферические лимфоузлы не выявляются. Пальпаторно лимфоузлы безболезненные, кожа над ними не гиперемирована, узлы подвижны, с кожей не спаяны.

###### Мышечная система

Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы - хорошее. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненности при ощупывании отдельных мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная.

###### Костная система

Жалоб нет. Телосложение пропорциональное. Деформации костей нет. Осанка правильная, походка без особенностей. Симптомы «барабанных палочек» и оссалгии отрицательные. Утолщения и неровностей надкостницы не обнаруживается. Стопы нормальные.

###### Суставы

Жалоб нет. Мелкие и крупные суставы в размере не увеличены. Кожа над ними не гиперемирована, пальпация безболезненна. Движения в суставах в полном объеме.

# Дыхательная система

Жалоб нет. Дыхание через нос свободное с участием крыльев носа. Деформации костей носа не определяется. Акт дыхания осуществляется без вспомогательной мускулатуры, экскурсия равномерная по всей площади грудной клетки. Частота дыханий 16 в минуту. Тип дыхания смешанный: Пальпация межреберных промежутков безболезненна. Движения половин грудной клетки синхронное. Дыхание ритмичное.

***Пальпация.***

При пальпации отмечается двухстороннее снижение эластичности грудной клетки. Болезненость в точках Валле по l. parasternalis, l. medioclavicularis. l. acillaris media, l. paravertebalis – отсутствует. Локальной болезненности и болезненности по ходу межреберий нет. Голосовое дрожание в симметричных участках, неизменено.

###### *Перкуссия.*

I Сравнительная.

В области над- и подключичных ямок, во всех межреберьях по l. medioclavicularis, l. acillars media, l. scapularis, в надлопаточной области, в межлопаточной и подлопаточной области справа и слева – ясный легочный звук с коробочным оттенком.

II Топографическая

Верхушки правого и левого легкого выступают спереди над ключицей – 4 см. Высота стояния верхушек сзади – уровень остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига: справа – 5 см., слева – 6 см.

**Нижние границы легких**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | **Справа** | Слева |
| l. parasternalis | 4-е межреберье | - |
| l. medioclavicularis | 6-е ребро | - |
| l. acillaris anterior | 7-е ребро | 7-е ребро |
| l. acillaris media | 8-е ребро | 8-е ребро |
| l. acillaris posterior | 9-е ребро | 9-е ребро |
| l. scapularis | 10-е ребро | 10-е ребро |
| l. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

***Аускультация легких.***

При сравнительной аускультации над легкими на симметричных участках определяется везикулярное дыхание с жестковатым оттенком. В задне- нижних и боковых отделах выслушиваются сухие, рассеянные, незвучные хрипы. При форсированном дыхании побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются.

# Сердечно-сосудистая система

***Осмотр.***

1. Сосуды шеи:

сонные артерии: «пляски каротид» нет, симптом Мюссе – отрицательный.

яремные вены: набухание вен не наблюдаются, не пульсируют, симптом Плеша – отрицательный.

1. Осмотр области сердца: сердечный толчок и сердечный горб отсутствуют, вурхушечный толчок визуально не определяется, эктопической пульсацией и систолического втяжения сердечной области нет, во II межреберье справа и слева, в области яремной вырезки пульсации не выявляются.

Пальпации области сердца.

Верхушечный толчок пальпируется на 1 см. кнутри от среднеключичной линии. Сердечный толчок отсутствует. эктопическая пульсация в области III межреберья, пульсация легочной артерии во II межреберье справа, аорты во II межреберье слева и в яремной ямке не пальпируются. Симптом «кошачьего мурлыканья» над верхушкой сердца, над аортой, над легочной артерией, и над 3-х створчатым клапаном отсутствует.

Пульс на лучевой артерии определяется четко, ритмичный, достаточного наполнения и напряжения.

##### Границы относительной тупости сердца

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | IV межреберье 1 см. кнутри от правого края грудины |
| Левая | V межреберье по линии l. axillaris anterior |
| Верхняя | III ребро по линии l. sternalis sinistra |

Поперечный размер относительной тупости сердца: 12 см.

##### Границы абсолютной тупости сердца

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | IV межреберье по правому краю грудины |
| Левая | V межреберье 1 см. кнаружи от линии l. media clavicularis |
| Верхняя | IV ребро по линии l. sternalis sinistra |

Поперечник абсолютной тупости сердца: 6 см.

***Аускультация сердца.***

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 64

***Исследования сосудов.***

Видимые сосуды не изменены. Вены шеи, конечностей не расширены, не пульсируют, набуханий нет. Стенка артерии эластичная, симптом «жгута», «шипка» отрицательные. Артериальная пульсация пальпируется на доступных для пальпации артериях (общей сонной, височной, лучевой, плечевой, бедренной, подколенной, задней большеберцовой). При аускультации бедренной артерии тон Траубе и шум Виноградова – Дюрозье не выслушиваются.

**АД – 110(100)/70 мм. рт.ст.**

**Пищеварительная система.**

***Осмотр полости рта***

Слизистая оболочка внутренней поверхности ротовой полости розовой окраски; высыпания изъязвления отсутствуют, запах обычный. Десны нормальной окраски, не кровоточат. Язык в объеме не увеличен, полностью помещается в ротовой полости. География языка без видимой патологии, центральная борозда выражена не сильно, не рифленая, доходит до кончика языка. Равномерно обложен белым налетом по всей поверхности, влажный, сосочки не атрофированы. Пятнистости на языке нет. Сосочки выражены достаточно. Вся площадь языка обложена беловато-серым налетом, больше у корня языка.

Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8 | 7 | 6 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 7 | 0 |
| 8 | 0 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 7 | 8 |

Осмотр живота

Живот не вздут, округлой формы, участвует в акте дыхания, симметричен. Пупочное кольцо втянуто. Подкожные вены на передней поверхности живота не ярко выражены. Локальных выбуханий на передней стенки живота не определяется.

***Пальпация живота.***

*Поверхностная пальпация:*

Симптомов раздражения брюшины нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. При поверхностной ориентировочной пальпации по Образцову и Стражеско над симметричными участками живот мягкий, безболезненный. При исследовании слабых мест передней брюшной стенки (пупочного кольца, апоневроза белой линии живота, паховых колец), грыжевых выпячивания не наблюдается.

*Глубокая методическая пальпация по Образцову-Стражеско-Василенко:*

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется. Печень пальпируется на уровне нижнего края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заостренный, легко подворачивающийся, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Мерфи, Ортнера, Захарьина, Василенко, Георгиевского-Мюсси, френикус - отрицательные. Селезенка не пальпируется.

***Аускультация живота.***

При аускультации кишечная моторика активная во всех отделах, шума плеска нет.

***Перкуссия живота***

1. Безболезненная, в латеральных каналах притупления не определяется, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Перкуссия границ абсолютной печеночной тупости по методу Образцова – Стражеско.

|  |  |
| --- | --- |
| **Верхняя граница** | |
| По правой окологрудинной линии | Верхний край VI ребра |
| По правой среднеключичной линии | VI ребро |
| По правой среднеподмышечной линии | VII ребро |

|  |  |
| --- | --- |
| **Нижняя граница** | |
| По правой переднеподмышечной линии | X ребро |
| По правой среднеключичной линии | На 1 см. ниже края реберной дуги |
| По правой окологрудинной линии | На 2 см. ниже края правой реберной дуги |
| По передней срединной линии | На 6 см. ниже мечевидного отростка |

Левая граница печени не выступает за левую окологрудинную линию.

*Размеры печеночной тупости по Курлову:*

По правой среднеключичной линии 8 см.

По передней срединной линии 9 см.

Косой размер 10 см.

***Пальпация печени.***

1. Край печени острый, мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, безболезненный.

**Исследование желчного пузыря**

1. При глубокой пальпации определяется ненапряженный, безболезненный желчный пузырь, симптом Мерфи отрицательный.

**Перкуссия селезенки**

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя граница | IX ребро |
| Нижняя граница | На уровне XI ребра |
| Передняя граница | Не выходит за левую реберно – суставную линию |

Размер селезенки 6x4 см. Пальпаторно не определяется.

***Пальпация поджелудочной железы.***

1. Пальпаторно поджелудочная железа не определяется. Болезненность при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо-Робсона отрицательный.

##### Мочеполовая система

1. Жалоб нет. Симптом поколачивания с обеих сторон, отрицательный. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек, а также поясничных мышц отсутствует. Мочевой пузырь перкуторно не выступает на лонным сочленением. При пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание самостоятельное, активное, безболезненное, тонкой струей пять раз в сутки. Ночное мочеиспускание отсутствует.

**Эндокринная система**

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага – отрицательные. При осмотре области щитовидной железы ассиметрии, отклонения трахеи, выпячивания, изменения вен не наблюдается. Щитовидная железа пальпаторно определяется – мягкая, безболезненная, эластичная, не спаянная с кожей.

**Нервно-психическая сфера**

1. Больная правильно ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Контактна, охотно общается с врачом. Интеллект соответствует возрасту и образованию. Восприятие не нарушено, внимание не ослаблено. Память сохранена, поведение адекватное.
2. Парезов и параличей нет. Тактильная и болевая чувствительность локальная и общая не нарушена. Менингеальных симптомов нет.

**План обследования больной:**

**Лабораторные и инструментальные методы исследования:**

1. **Общий и биохимический анализ крови. Анализ крови на RW, HBs-Ag, коагулограмма.**
2. **Общий анализ мочи.**
3. **Ферментный анализ крови**
4. **Рентгенологическое исследование органов грудной клетки с контрастированием барием.**
5. **ЭКГ.**
6. **УЗИ органов брюшной полости**
7. **ЭГДС**

**Клинический анализ крови (18.11.02.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | Результаты | Норма | Ед. измерения |
| Гемоглобин | 140 | 120-160 | Г/л |
| Эритроциты | 5,0 | 4,2-5,4 | 10 /л |
| Тромбоциты | 178 | 180-320 | 10 /л |
| СОЭ | 2 | 2-15 | Мм/ч |
| Лейкоциты | 4,9 | 4,0-10,8 | 10 /л |
| Палочкоядерные | 2 | 1-6 | % |
| Сегментоядерные | 65,4 | 47-72 | % |
| Лимфоциты | 36 | 19-37 | % |
| Моноциты | 8 | 3-11 | % |
| Эозинофилы | 1 | 0,5-5 | % |

**Анализ крови на определение Антител (ИФА) и HIV (ВИЧ) (18.11.02)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | Результат |
| Реакция в ИФА | Отрицательно |

**Анализ крови – реакция Вассермана (18.11.02)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Результат** |
| Микрореакция преципитации с кардиолипиновым антигеном | Отрицательно |

**Коагулограмма:** АВР – 100 секк.;АЧТВ – 36 секк; индекс протромбина – 106%; фибриноген – 2,91 г/л.

Заключение: в пределах нормы

**Биохимический анализ крови (19.11.02.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | Результат | Норма | Ед. измерения |
| Общий белок | 6,5 | 6,0-8,0 | Г/% |
| Альбумин | 4,0 | 3,5-5,0 | Г/% |
| Креатинин | 1,2 | 0,7-1,4 | Мг/% |
| Билирубин общий | 0,8 | 0,1-1,0 | Мг/% |
| Билирубин прямой | 0,2 | 0,0-0,3 | Мг/% |
| Билирубин не прямой |  |  |  |
| Неорг. фосфор | 4,5 | 2,5-4,5 | Мг/% |
| Глюкоза | 96 | 80-120 | Мг/% |
| Азот мочевины | 19 | 10-20 | Мг/% |
| Мочевая кислота | 6,4 |  | Мг/% |

**Общий анализ мочи (19.11.02)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Результаты** |
| Количество | 60мл |
| Цвет | Соломенно-желтая |
| Прозрачность | Полная |
| Относительная плотность | 1020 |
| Реакция | Рн – 5,0 |
| Белок | 0,140% |
| Глюкоза | нет |
| Ацетон | нет |
| Желчные пигменты | Отсутствуют |
| Уробилин | В N |
| Эпителиальные клетки | Единичные |
| Эпителиальные клетки полиморфные |  |
| Лейкоциты | 1-2 в п/зр. |
| Эритроциты | 0-1-2 в п/зр. |
| Цилиндры гиалиновые |  |
| Цилиндры зернистые |  |
| Клетки почечного эпителия |  |
| Соли |  |
| Слизь |  |
| Бакиерии |  |

Заключение: Патологических изменений не выявлено.

**ЭКГ (17.12.01)**

**ЧСС – 69/мин. Длит.Р – 0,10 сек. РQ – 0,20 сек. QRS – 0,01 сек. QT – 0,35 сек.**

Заключение:Ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси сердца, замедление A-V- проводимости.

**Рентген органов грудной клетки (17.11.02)**

Легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений, умеренный пневмосклероз, корни уплотнены; диафрагма, синусы, сердце – без особенностей. Аорта уплотнена.

**Рентгеноконтрастирование пищевода барием (20.11.02)**

После приема взвеси бария определяется равномерное расширение грудного отдела пищевода до 4-5 см., его удлинение и искривление. Расширенный пищевод постепенно переходит в суженный терминальный отдел с гладкими контурами. Терминальный отдел сужен на протяжении 1-1.2 см. Перистальтика поверхностная. Эвакуация взвеси бария замедленна. На фоне взвеси в пищеводе определяется содержимое. Газовый пузырь желудка отсутствует. Желудок, луковица и петли 12- перстной кишки без особенностей. Через 2 часа в пищеводе еще определяется некоторое количество взвеси бария.

Заключение: Кардиоспазм II-III степени.

**УЗИ органов брюшной полости**

Печень не увеличена, контуры ровные, паренхима гомогенная, повышенной эхогенности; внутри и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь неправильной формы, в просвете камней нет. Поджелудочная железа гиперэхогенная, не увеличена; селезенка не изменена; почки не увеличены с неровными контурами, паренхима 17 мм.; чашечно-лоханочная система не расширена, камней нет.

**ЭГДС (19.11.02)**

Фиброскоп введен свободно, в пищеводе - мутная жидкость. Аспирация. Просвет пищевода расширен, укорочен. Кардия на 36 см. от передних резцов по задней стенке в просвет давление извне. Слизистая белесая, рыхлая, кардия смыкается. Просвет в терминальном отделе с изгибом. Фиброскоп свободно проходит в полость желудка. Верхние отделы с изменениями контуров. Слизистая желудка эластичная, неравномерно окрашена; привратник и луковица свободно проходимы, луковица рубцово деформирована.

Заключение: Ахалазия кардии (?). Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (?). Удлинение пищевода. Рубцовая деформация луковицы.

**Клинический диагноз:**

Основное заболевание: Ахалазия кардии III степени

Осложнения основного заболевания: нет

Сопутствующие заболевания: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

**Обоснование диагноза:**

Диагноз ахалазия пищевода ставится на основании жалоб больной: на затруднение прохождения твердой и жидкой пищи по пищеводу; чувство распирания и боли за грудиной, возникающие после приема пищи, проходящие после рвоты или срыгивания; регургитацию пищи при наклоне туловища вперед и лежа; изжогу; похудание на 15 кг. за последние 6-7 месяцев; анамнестических сведений: начало заболевания в молодом возрасте (16 лет), появление первых неспецифических признаков заболевания после эмоционального стресса, длительное течение заболевания с постепенным прогрессированием симптоматики; данных физикального обследования: обращает на себя внимание удовлетворительное состояние больной, отсутствие признаков истощения интоксикации, патологии со стороны других органов и систем; лабораторно-инструментального обследования: рентгеноконтрастирование пищевода барием - расширение грудного отдела пищевода, постепенно переходящее в суженный терминальный отдел с ровными контурами, замедление эвакуации взвеси бария, кардиоспазм II-III стадии. ЭГДС - рубцовая деформация луковицы, S-образное удлинение пищевода, кардиоспазм.

Стадия III ставится на основании выявленных признаков рубцовых изменений мышечных слоев нижнего пищеводного сфинктера с выраженным расширением пищевода, отсутствии признаков эзофагита.

Диагноз грыжа пищеводного отверстия диафрагмы ставится на основании данных эндоскопического обследования.

## Дифференциальный диагноз

1. Проводится с доброкачественными, злокачественными опухолями пищевода, рубцовыми стриктурами после химических ожогов, стенозами при пептическом эзофагите, туберкулезом, сдавлениями извне.
2. Доброкачественные опухоли отличает медленный рост (на протяжении нескольких лет), при этом дисфагия также нарастает медленно. На ренгенограмме выявляются четкие, ровные контуры дефекта наполнения, стенки эластичные, рельеф слизистой сохранен. Окончательные различия проводятся на основании цитологического исследования материала.

Рубцовым стриктурам пищевода всегда предшествует химический или термический ожог пищевода в анамнезе.

Для злокачественных опухолей характерно относительно быстрое, неуклонное прогрессирование заболевания; первым симптомом заболевания часто является дисфагия, в то время как боль присоединяется вторично. Характерно затруднение прохождения сначала твердой, а затем жидкой пищи, наличие выраженного интоксикационного синдрома, симптомы поражения других органов при наличии метастазирования. На рентгенограмме выявляются дефект наполнения, ригидность стенок, неравномерные контуры пищевода, обрыв складок слизистой оболочки вблизи опухоли. Как и в случае доброкачественных опухолей, постановка диагноза осуществляется на основании данных биопсии органа.

Кроме того, злокачественную опухоль пищевода необходимо дифференцировать со сдавлением его опухолью средостения, аневризмой аорты, внутригрудным зобом, увеличенными лимфоузлами. При всех этих состояниях на ренгенограмме/КТ определяется смещение пищевода.

1. **Этиология и патогенез**
2. К настоящему моменту этиологические факторы, приводящие к развитию заболевания, остаются до конца неизвестными. К наиболее вероятным причинам развития заболевания относят: дегенерацию ауэрбахова сплетения, конституциональную неврастению с возникновением неврогенной дискоординации моторики пищевода, рефлекторные дисфункции пищевода, инфекционно-токсические поражения нервных сплетений пищевода и нижнего пищеводного сфинктера или сочетания вышеуказанных причин. Пусковым фактором являются эмоциональный стресс или длительное физическое напряжение. Определяющими симптомами ахалазии кардии являются отсутствие расслабления или недостаточное расслабление нижнего пищеводного сфинктера после акта глотания, дисфагия. Изменяются тонус и перистальтика всего пищевода: вместо пропульсивных перистальтических сокращений, обеспечивающих пассаж пищевого камка в норме, появляются непропульсивные волны и несегментарные сокращения стенки пищевода, вследствие чего происходит задержка пищи в просвете пищевода. Длительный застой пищевых масс, слизи и слюны приводит к значительному расширению его просвета, развитию рефлюкс-эзофагита и периэзофагита, еще больше усугубляет нарушение перистальтики пищевода и соответственно пассажа пищи.

## Лечение

1. Общие принципы

А. Консервативная терапия

Проводится только в начальных стадиях заболевания, а также в качестве дополнения к кардиодилятации и при подготовке больных к оперативному лечению.

Диета: дробное питание механически и химически щадящей пищей. Последний прием пищи должен осуществляться за 3-4 часа до сна.

Баллонная дилатация пищевода и кардии под контролем УЗИ/рентгена.

В.Хирургическое лечение.

Проводится 10-15% больных при невозможности проведения баллонной кардиодилатации (особенно у детей); частых рецидивах заболевания, несмотря на повторные курсы кардиодилатации; разрывах пищевода; резкой рубцовой деформации кардиального сфинктера (IV стадия по Петровскому); подозрении на рак пищевода.

В настоящее время применяется экстрамукозная кардиотомия Геллера с фундапликацией по Ниссену (для предупреждения развития пептического эзофагита).

2. Для данной больной показана баллонная дилатация пищевода и кардии под эндоскопическим рентгено-телевизионным контролем.

**Прогноз**

Прогноз при данном заболевании в общем благоприятный, однако, учитывая длительность заболевания и наличие рубцовой деформации кардиального сфинктера, возможно развитие рецидивов болезни, что потребует проведения оперативного лечения и соответственно ухудшит прогноз.

Качество жизни в целом удовлетворительное, как правило, проведение данного вида лечения позволяет вернуться к полноценному труду.