**Ахалазия пищевода**

"Рот предназначен, чтобы поглощать хорошее и извергать недоброкачественное. Но не в таком же количестве!" Г. Ратнер

**Пищевод**

Пищевод - это цилиндрическая трубка длиной 25-30 см, которая соединяет глотку с желудком. Он начинается на уровне VI шейного позвонка, проходит через грудную полость, диафрагму и впадает в желудок слева от X-XI грудного позвонка. Различают три части пищевода: шейную, грудную и брюшную. Шейная часть расположена между трахеей и позвоночником на уровне VI шейного и до II грудного позвонков. По бокам шейной части пищевода проходят возвратный гортанный нерв и общая сонная артерия.

Грудная часть пищевода располагается вначале в верхнем, а затем в заднем средостении. На этом уровне пищевод окружают трахея, перикард, грудная часть аорты, главный левый бронх, правый и левый блуждающие нервы.

Брюшная часть пищевода длиной 1-3 см соединяется с кардиальным отделом желудка. В трех местах имеет анатомические сужения: первое - на уровне VI-VII шейных позвонков; второе - IV-V грудных позвонков; третье - в месте прохода пищевода через диафрагму. Кроме того, различают и два физиологических сужения: первое - в месте пересечения пищевода с аортой и второе - в месте перехода в желудок. Стенка пищевода состоит из слизистой оболочки, подслизистой основы, мышечной и адвентициальной оболочек.

Слизистая оболочка выстлана многослойным плоским эпителием. Подслизистая основа хорошо развита, что позволяет слизистой оболочке собираться в продольные складки. В слизистой оболочке и подслизистой основе находятся железы, которые своими протоками открываются в просвет пищевода. Мышечная оболочка формируется наружным продольным и внутренним круговыми слоями.

Адвентициальная оболочка (рыхлая соединительная ткань) выстилает только шейную и грудную части пищевода, а брюшная часть покрыта висцеральным листком брюшины. Адвентиций дает возможность пищеводу изменять размер поперечного диаметра при прохождении пищевого комка.

**Ахалазия пищевода**

Ахалазия пищевода, ее также называют ахалазия кардии; кардиоспазм; аперистальтика пищевода; мегаэзофагус. Научное определение:

Ахалазия пищевода - это нейрогенное расстройство функционирования пищевода неизвестной этиологии, вызывающее нарушение его перистальтики и способности нижнего пищеводного сфинктера (мышечный жом или клапан, осуществляющий запирательный механизм между пищеводом и желудком) к расслаблению.

Итак, для этого хронического заболевания характерно непостоянное нарушение проходимости пищевода, вызванное сужением (спазмом) его нижнего отдела перед входом в желудок (называется "кардией") и расширением вышерасположенных участков. Этиология (причины) ахалазии пока не известно. Однако, работы последних лет рассматривают в числе возможных этиологических факторов инфекционный, психогенный и генетическую предрасположенность. Развиваться может в любом возрасте, но обычно начинается в период от 20 до 40 лет.

Симптомы и течение. Часто появляются жалобы на регургитацию (срыгивание) - обратный заброс съеденной пищи в полость рта с примесью слизи и слюны, чаще при наклоне вперед (например, при мытье полов, завязывании шнурков на ботинке, т.п. "симптом шнурка"). Регургитация может быть ночью (в 30% случаев), что может привести к аспирации - попаданию непереваренной пищи в легкие. Загрудинные боли напоминают таковые при стенокардии, также исчезают при приеме нитроглицерина, но никогда не связаны с физической нагрузкой. Возможен ночной кашель. Обычно происходит потеря веса - истощение, часто в результате упорной регургитации.

Для диагностирования заболевания врач использует, как основной метод исследования - рентгеноскопию, при которой видно, что пищевод расширен и часто достигает огромных размеров, но в области нижнего пищеводного сфинктера он сужен в виде клюва (некоторые сравнивают с "пламенем свечи", "хвостом морковки"). Прием нитроглицерина во время исследования, снимая спазм, отличает ахалазию кардии от других заболеваний пищевода, вызывающих стеноз кардии, прежде всего рака. Щадящая диета приносит облегчение в ранних стадиях заболевания.

Далее необходимо обратиться к врачу. Целью лечения является уменьшение давления в области нижнего пищеводного сфинктера. Вначале показана механическая или пневматическая дилатация (расслабление) сфинктера с помощью тех или иных расширяющих аппаратов. Во всем мире в среднем 75% больных лечат с помощью пневмокардиодилатации (пневматическое расслабление сфинктера). К ее преимуществам относятся: безопасность, меньшая частота осложнений, относительная дешевизна.

По данным клиник, использующих этот метод, успешное проведение пневмокардиодилатации возможно у 95-98% пациентов. С помощью нитратов (например, нитроглицерин) или антагонистов кальция (например, нифедипин) можно снизить давление в области нижнего пищеводного сфинктера и увеличить периоды между дилатациями. Если пневматическая дилатация оказалась неэффективной, применяют эзофагокардиотомию, при которой рассекаются мышечные волокна нижнего пищеводного сфинктера.

Соотношение частоты проведения кардиодилатации и кардиомиотомии составляет 3:1, но может измениться в результате более широкого внедрения перспективных методик выполнения этих процедур - эндоскопической кардиодилатации и лапароскопической миотомии, лишенной недостатков открытого вмешательства.

**Нечто интересное**

Когда А.Куссмауль в 1867 году впервые провел зондирование желудка, процедура больше напоминала известный цирковой фокус "шпагоглотатель": приговоренный к исследованию должен был проглотить жесткий линзовый гастроскоп, а попросту - металлическую трубку длиной около метра. Такое было под силу далеко не каждому, и соглашались на обследование лишь отчаянные смельчаки. Сегодня, когда в медицинской практике повсеместно используются гибкие эндоскопы с волоконной оптикой, исследование заметно упростилось и стало практически безопасным для пациента. Врачи получили прекрасную возможность собственными глазами увидеть пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку изнутри.

Современные приборы позволяют подробно рассмотреть слизистую оболочку, выстилающую эти органы, и определить, что там происходит. Опытный специалист уже в момент исследования может отдифференцировать гастрит от язвы, полипы от новообразования... Но если что-либо вызывает сомнения, через специальное отверстие эндоскопа вводят миниатюрные инструменты (щипцы, ножницы, щеточки и т. д.) и берут микроскопический кусочек слизистой для детального исследования. С.Г. Бурков

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта  [http://medicinform.net/](http://med-lib.ru/)