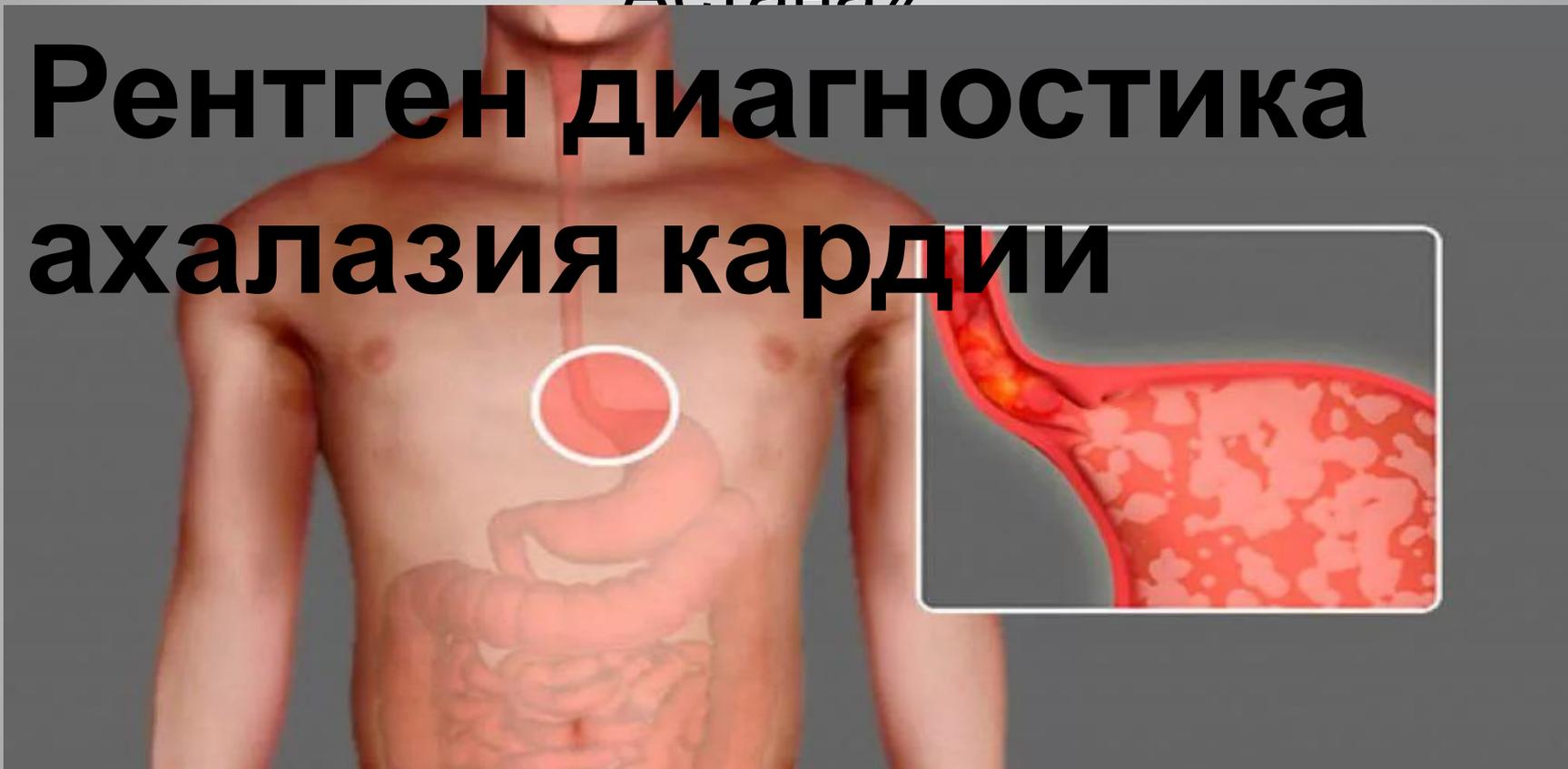


«АО Медицинский Университет
Астана»

Рентген диагностика ахалазия кардии



Выполнила : Нурбек Ж Н 150ПД

Ахалазия кардии



(греч. - отсутствие расслабления)
хроническое заболевание,
характеризующееся отсутствием или
недостаточным рефлексорным
расслаблением нижнего пищеводного
сфинктера (НПС, кардиальный сфинктер),
вследствие чего происходит непостоянное
нарушение проходимости пищевода,
вызванное сужением его отдела перед
входом в желудок (называется «кардией») и
расширением вышерасположенных
участков.

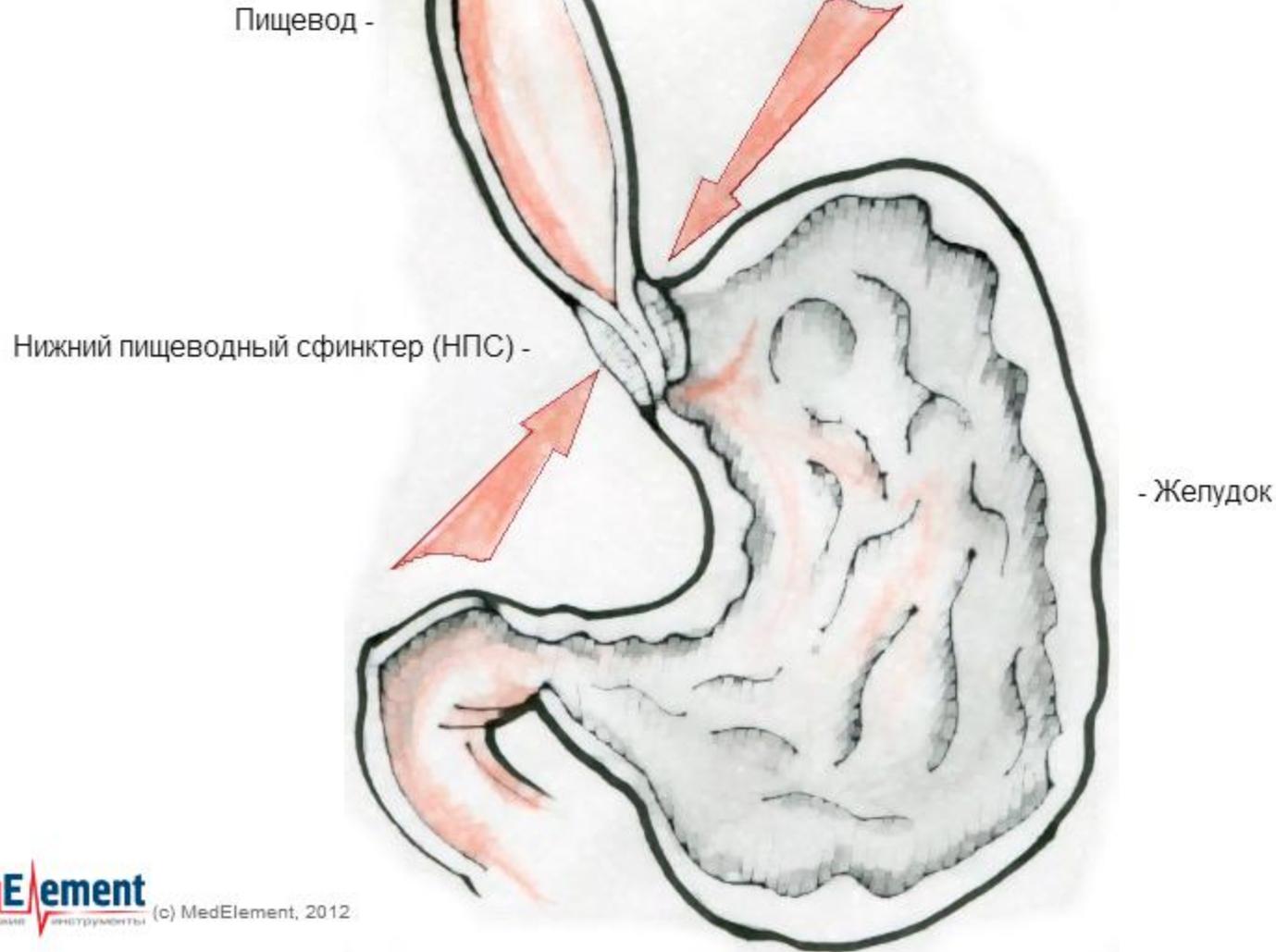
Heller Myotomy for Achalasia



Copyright© www.gastrotraining.com. All rights reserved.

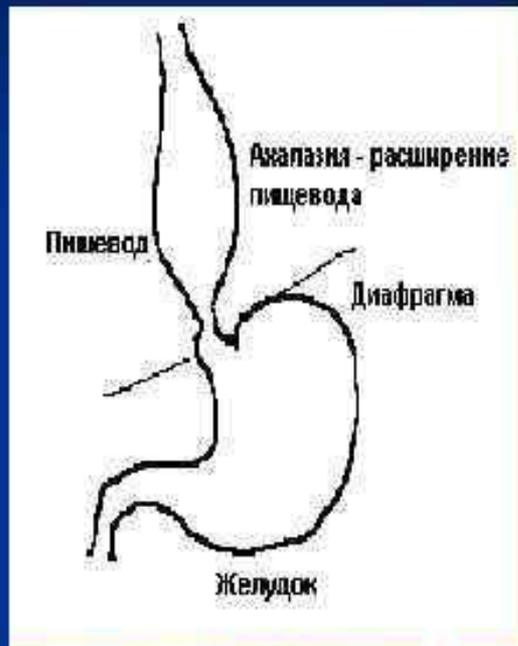
Ахалазия кардии

Achalasia Cardiac, ахалазия (греч. отсутствие расслабления) кардии (греч. входное отверстие желудка)
Характеризуется:
нарушением рефлексорного раскрытия кардиального отверстия при глотании, нарушением перистальтики, прогрессирующим снижением тонуса тубулярного отдела пищевода



Ахалазия пищевода

а - отрицание; халазис - расслабление



- Нейрогенные расстройства регуляции моторики пищевода (выпадение парасимпатических влияний)
- Рубцовые изменения терминальных отделов пищевода;
- Дефицит витамина В₁

Этиология и патогенез

Этиология ахалазии кардии до настоящего времени не известна.

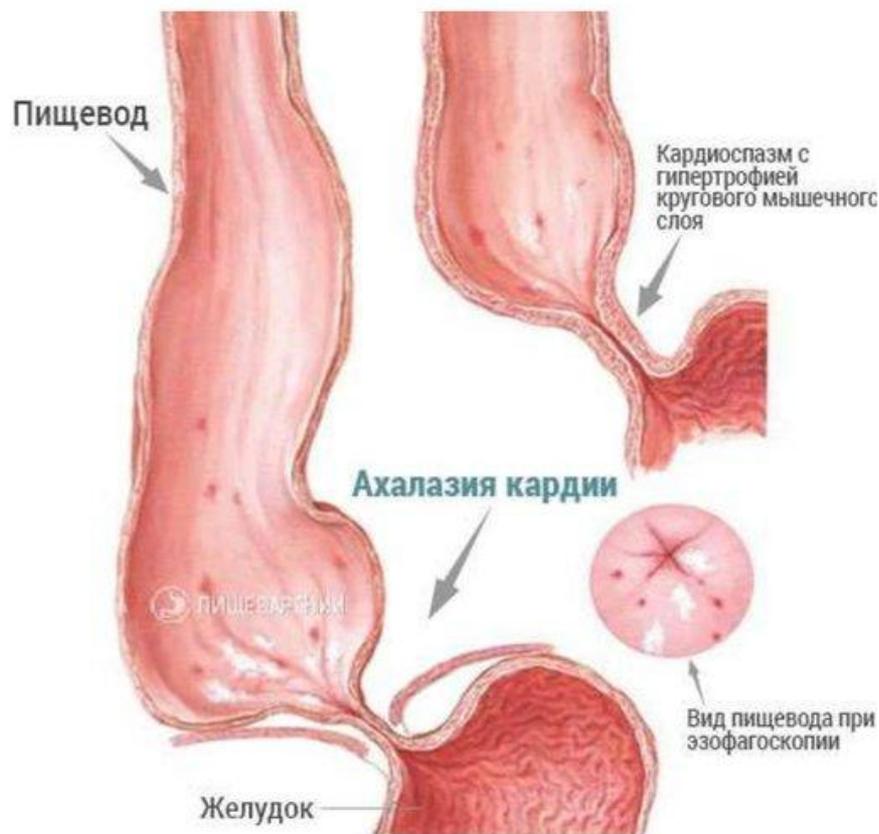
- Наблюдаются семейные случаи заболевания.
- Существует теория врожденного происхождения ахалазии кардии (Василенко В.Х., 1976).
- Предполагается возможность инфекционно-токсического поражения нервных сплетений пищевода и нарушения регуляции моторики пищевода со стороны ЦНС

Традиционно считается, что имеются многочисленные факторы, способствующие развитию данной патологии: психогенные факторы, вирусные инфекции, гиповитаминозы и другие.

Патогенез заболевания связан

с врожденным или приобретенным поражением интрамурального нервного сплетения пищевода (межмышечного - ауэрбаховского) со снижением числа ганглионарных клеток. В результате нарушается последовательная перистальтическая активность стенок пищевода и отсутствует расслабление нижнего пищеводного сфинктера (НПС) в ответ на глотание. Вследствие стойкого нарушения нервной регуляции повышается базальный тонус НПС и уменьшается его способность к рефлекторному расслаблению во время глотания. Также, нарушается перистальтика дистального и среднего (грудного) отдела пищевода - возникают беспорядочные, чаще низкоамплитудные сокращения гладкой мускулатуры.

Врожденная ахалазия кардии



- Врожденная ахалазия - следствие недоразвития нервных сплетений нижнего отдела пищевода и кардии, мышечного аппарата нижнего пищеводного сфинктера.

Пищевод

Кардиоспазм с
гипертрофией
кругового мышечного
слоя

Ахалазия кардии

ПИЩЕВАРЕНИЕ

Вид пищевода при
эзофагоскопии

Желудок

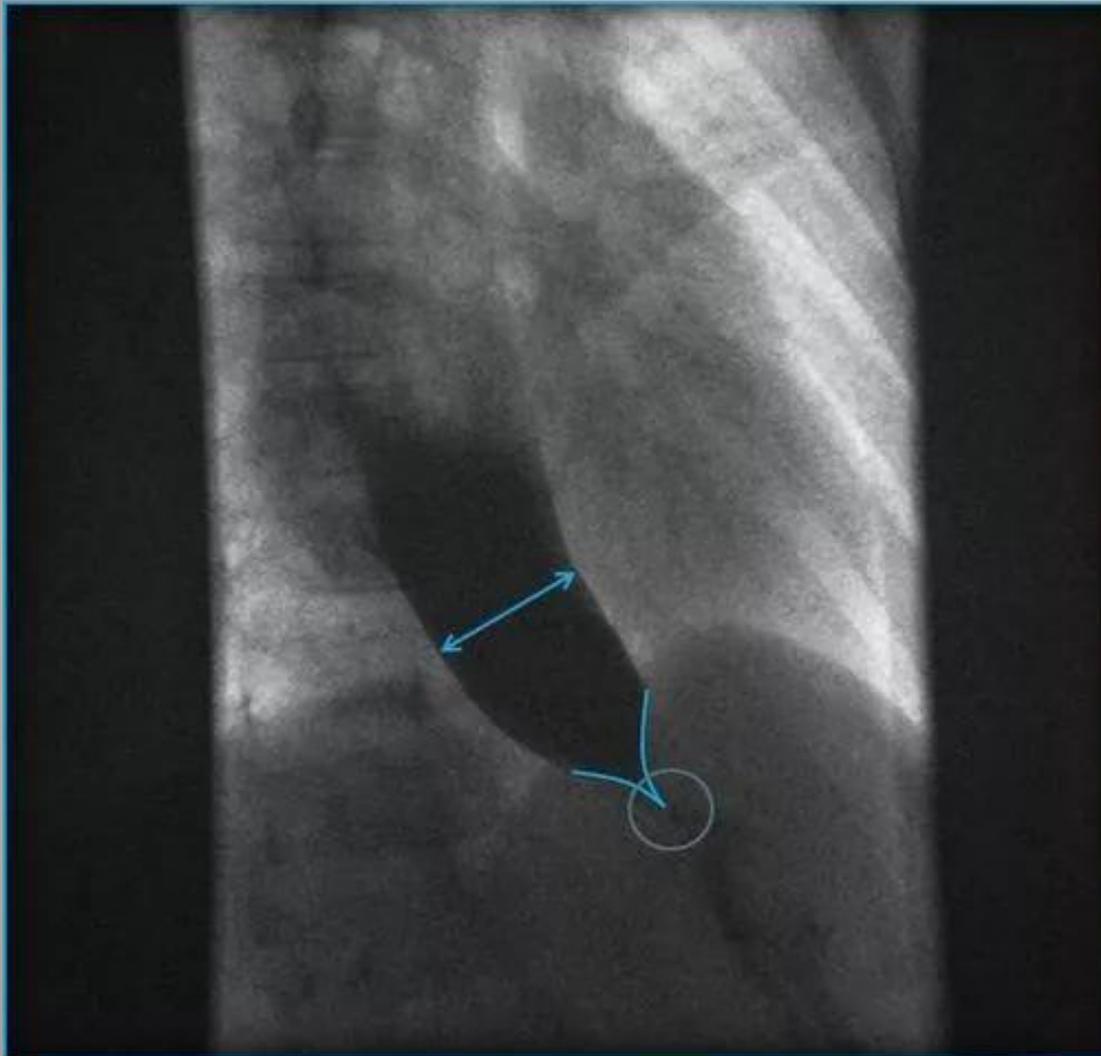
желудок



Причины возникновения

- 1 Одни ученые связывают патологию с дефектом нервных сплетений пищевода, вторичными повреждениями нервных волокон, инфекционными болезнями, недостатком в организме витамина В.
- 2 Есть и теория, по которой развитие недуга связано с нарушением центральной регуляции функций пищевода. В этом случае болезнь рассматривается в качестве нервно-психической травмы, которая привела к расстройству корковой нейродинамики и другим патологичным сдвигам.
- 3 Считается, что в самом начале процесс имеет обратимый характер, но со временем перерастает в хроническую болезнь.

Ахалазия



○ отсутствие раскрытия кардии пищевода

- Стеноз
- Супрастенотическое расширение

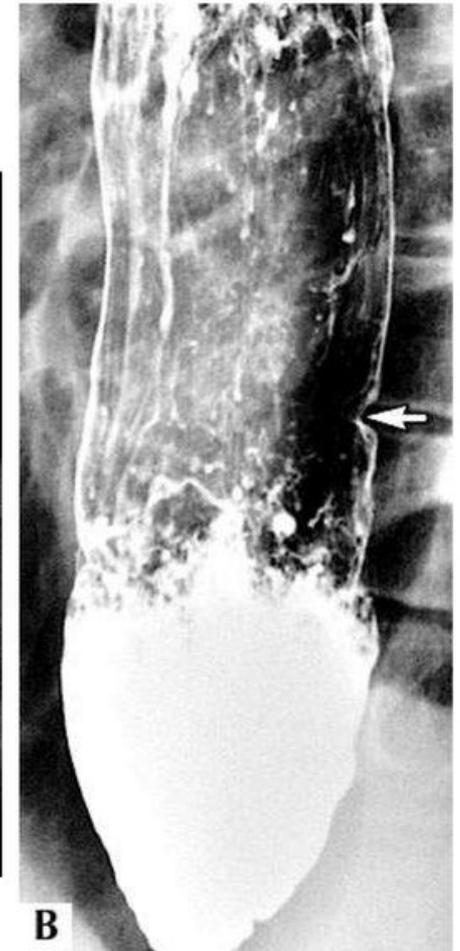
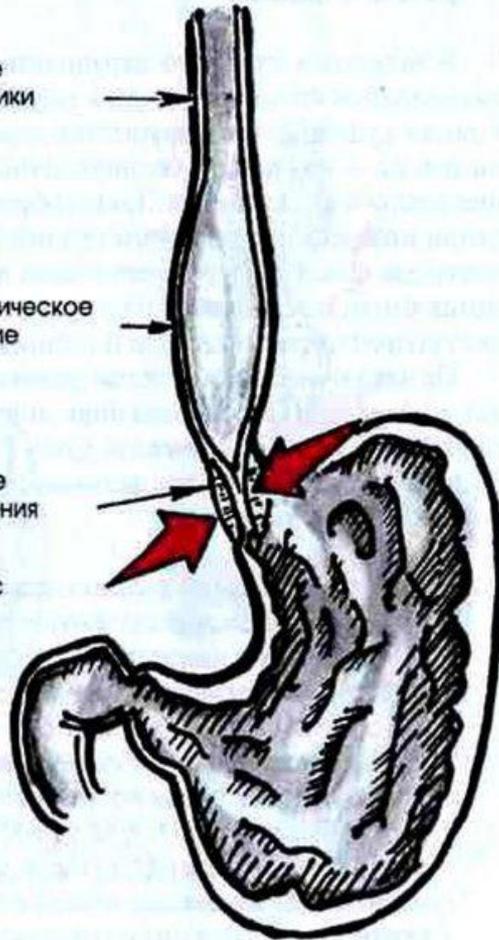
Ахалазия кардии

● Нарушение перистальтики

● Постстенотическое расширение пищевода

● Нарушение расслабления НПС

● Гипертонус НПС



Эпидемиология

Пол: Все

Возраст: преимущественно от 20 до 60 лет

Признак распространенности: Редко

Соотношение полов(м/ж): 0.3

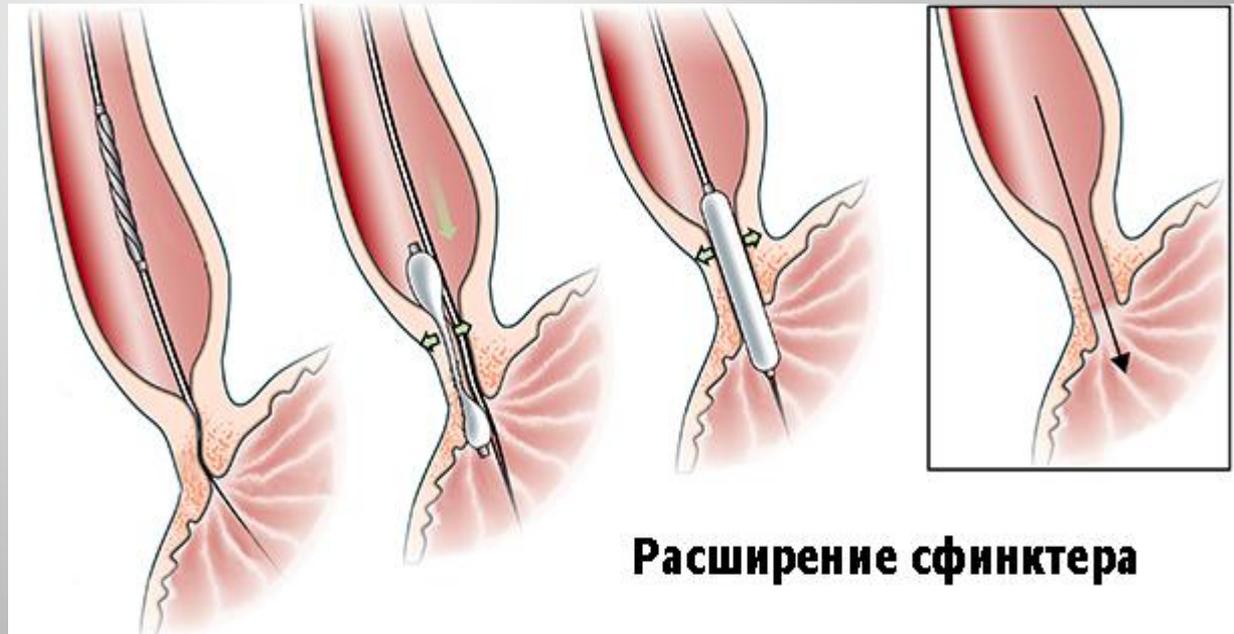
Ахалазия кардии может развиваться в любом возрасте, но наиболее часто встречается в возрасте от 20-25 до 50-60 лет.

Дети составляют 4-5% от общего количества пациентов.

Распространенность заболевания составляет 0,5 -2,0 на 100 000 населения.

Факторы и группы риска

Иногда ахалазия кардии развивается в рамках наследственных синдромов, например, **синдрома трех "А"** (Ахалазия, Алакримия, невосприимчивость к АКТГ), синдрома Альпорта, других редких заболеваний.



Классификация

Выделяют два типа заболевания.



Тип 1
(субкомпенсированный) - тонус стенок и форма пищевода сохранены.

Тип 2
(декомпенсированный) - тонус стенок потерян, пищевод искривлен и значительно расширен.

Ахалазия кардии - это нервно-мышечное заболевание пищевода, при котором нарушается прохождение пищевых масс из пищевода в желудок вследствие отсутствия рефлексорного раскрытия кардии при глотании

Классификация

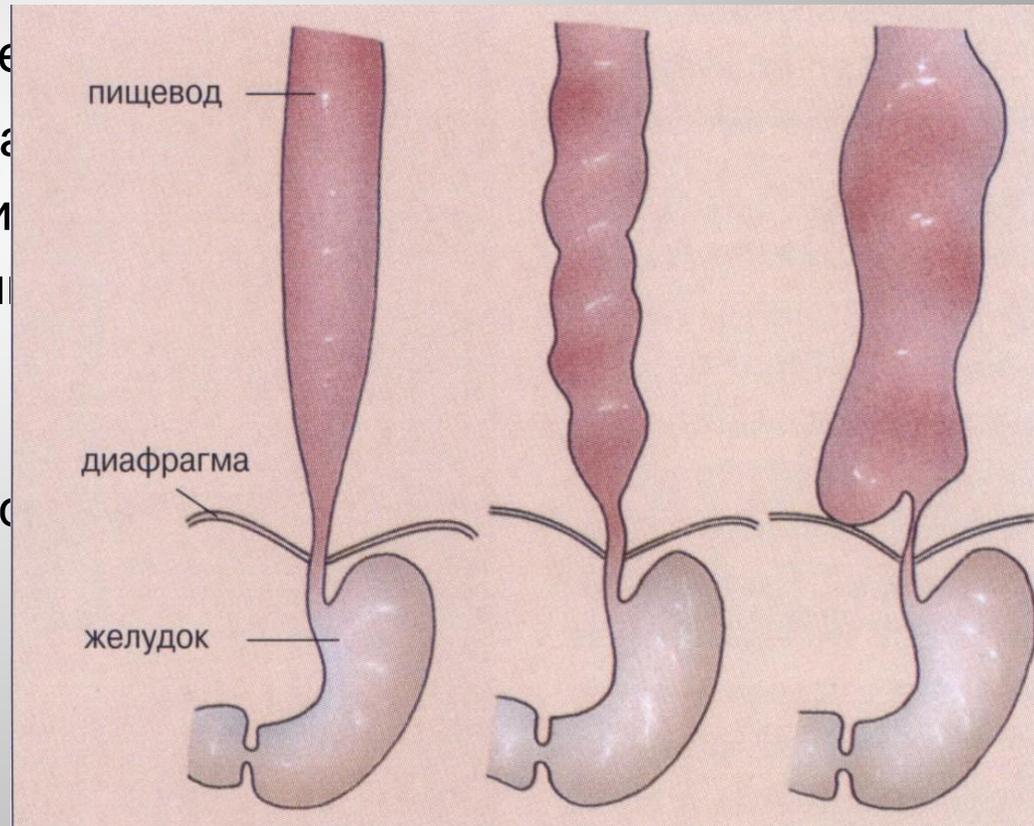
Б. В. Петровский (1962), А. Д. Федорова (1962)
различают 4 стадии:

1. раннюю - функциональный спазм перемежающейся непостоянного характера, расширение пищевода не наблюдается;
2. стойкий спазм кардии с нерезким расширением пищевода
3. рубцовые изменения мышечных слоев кардии с выраженным расширением пищевода
4. резко выраженный стеноз кардии с большой дилатацией пищевода, часто S-образной формы и эзофагитом

В зависимости от клинических проявлений и наличия осложнений, также применяют деление на несколько стадий заболевания.

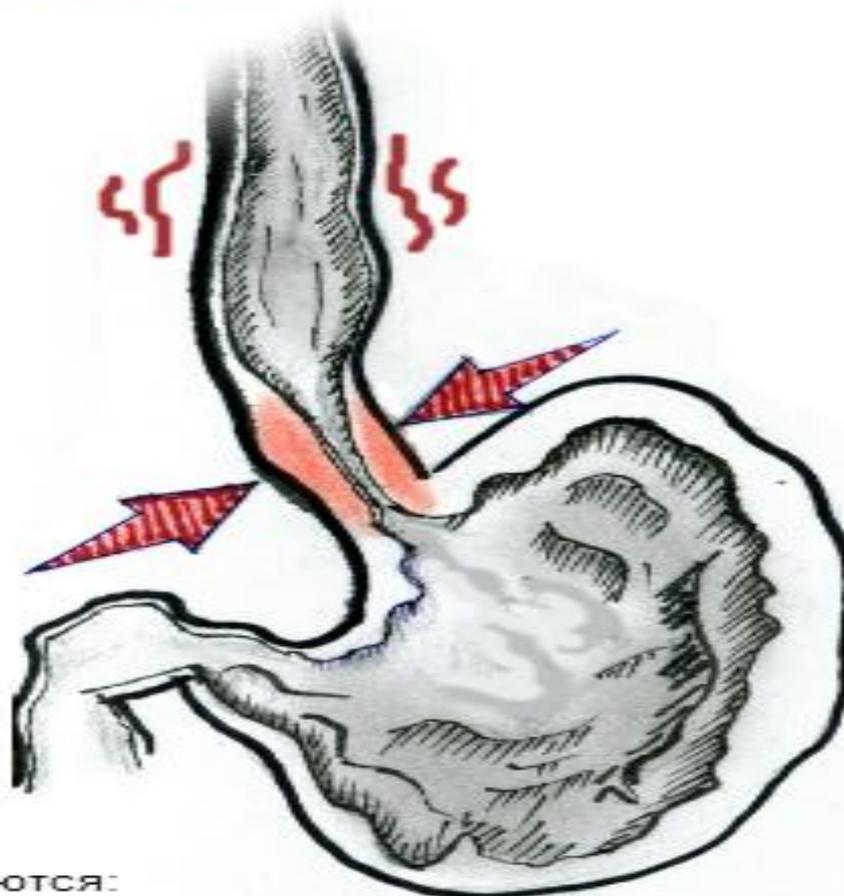
1 Стадия (функциональная) - непостоянные нарушения прохождения пищи, вследствие кратковременных нарушений расслабления НПС. Расширения пищевода нет.

2 Стадия – стабильное повышение базального тонуса НПС, значительное нарушение его расслабления при глотании и умеренное расширение пищевода выше места постоянного функционального спазма НПС.



Ахалазия кардии. 1,2 стадии

www.medelement.com

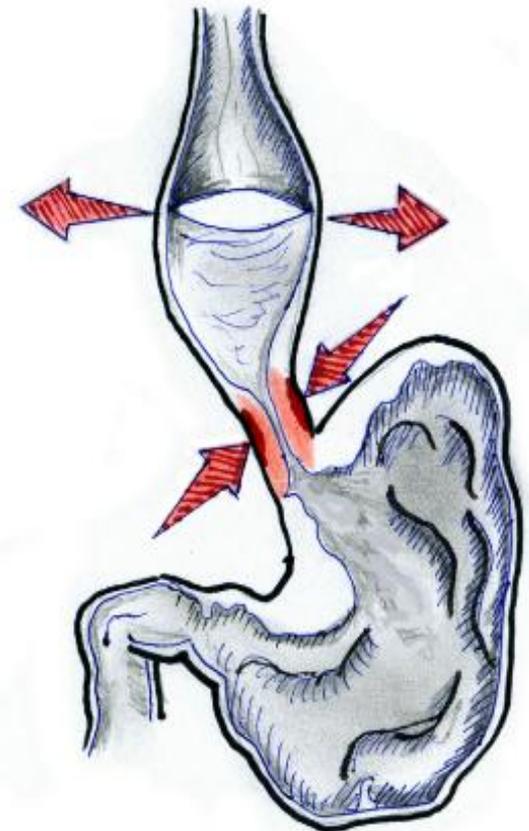


1,2 стадии характеризуются:
нарушением перистальтики,
повышенным тонусом нижнего сфинктера (НПС),
без выраженной деформации стенок пищевода
(тонус стенок и форма - в норме)

3 Стадия - наблюдаются рубцовые изменения дистальной части пищевода, что сопровождается ее резким органическим сужением (стенозом) и значительным (не менее чем в 2 раза) расширением вышележащих отделов

Ахалазия кардии. 3 стадия

www.medelement.com



3 стадия характеризуется:
рубцовыми изменениями дистальной части пищевода, стенозом и значительным (не менее чем в 2 раза) расширением вышележащих отделов

4 Стадия - выраженное рубцовое сужение пищевода в сочетании с его дилатацией, удлинением, S-образной деформацией и развитием таких осложнений, как эзофагит и параэзофагит.

Ахалазия кардии. 4 стадия

www.medelement.com

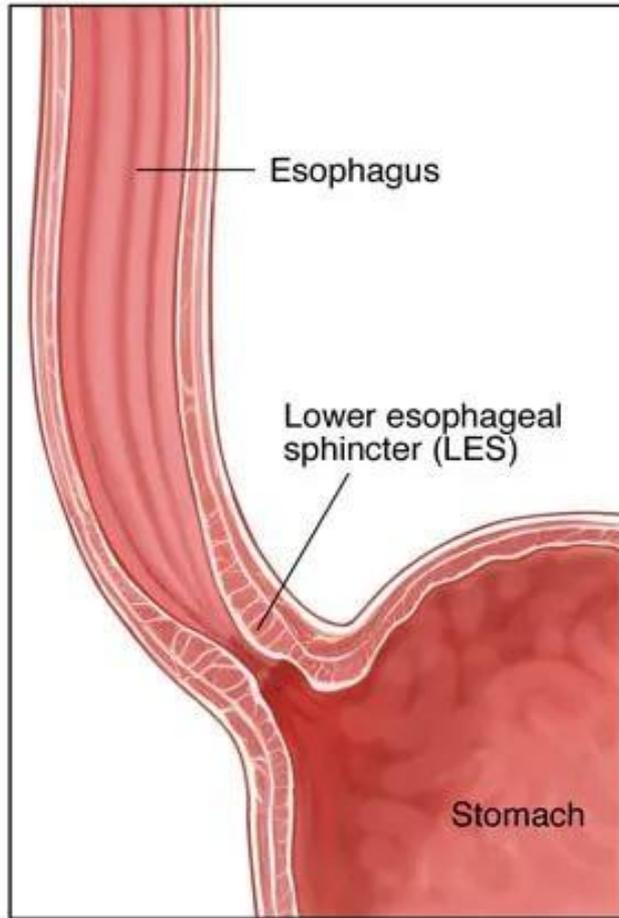


Выраженное рубцовое сужение пищевода в сочетании с его дилатацией, удлинением, S-образной деформацией и развитием таких осложнений, как эзофагит и параэзофагит

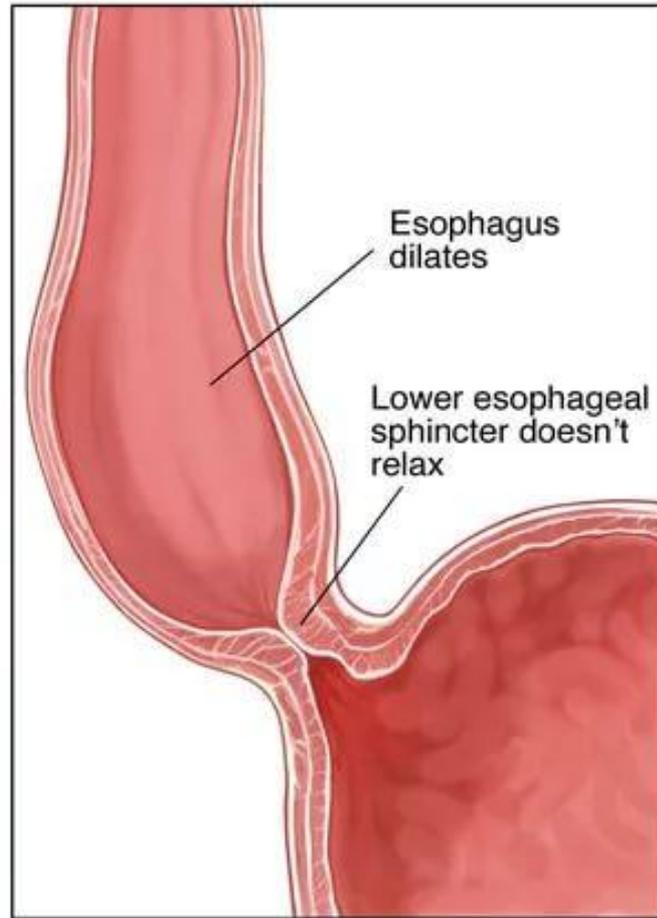
Нарушение моторики пищевода Ахалазия



Ахалазия пищевода 4 ст.



Normal



Achalasia

Esophageal Achalasia

Клинические критерии диагностики

```
graph TD; A[Клинические критерии диагностики] --> B[дисфагия, регургитация, боль в грудной клетке за грудиной, снижение массы тела, кашель ночью]; A --> C[Дисфагия - ощущение затруднения прохождения пищи, "застревание" на уровне глотки или пищевода. Является наиболее ранним и постоянным симптомом ахалазии кардии (95-100% больных). При данном заболевании дисфагия имеет некоторые важные особенности: - затруднение в прохождении пищи появляется не сразу, а спустя 2-4 секунды от начала глотания; - задержка пищевого комка ощущается больным не в области горла или шеи, а в грудной клетке;];
```

**дисфагия,
регургитация
, боль в
грудной
клетке за
грудиной,
снижение
массы тела,
кашель
ночью**

Дисфагия -

ощущение затруднения прохождения пищи, "застревание" на уровне глотки или пищевода. Является наиболее ранним и постоянным симптомом ахалазии кардии (95-100% больных).

При данном заболевании дисфагия имеет некоторые важные особенности:

- затруднение в прохождении пищи появляется не сразу, а спустя 2-4 секунды от начала глотания;
- задержка пищевого комка ощущается больным не в области горла или шеи, а в грудной клетке;



- дисфагия усиливается в результате нервного возбуждения, быстрого приема пищи, особенно плохо прожеванной;

- дисфагия уменьшается при применении различных приемов, найденных самими больными (ходьба, запивание пищи большим количеством воды, задержка дыхания, заглатывание воздуха, выполнение гимнастических упражнений).

Регургитация (срыгивание) -

это пассивное поступление в полость рта содержимого пищевода или желудка, которое представляет собой слизистую жидкость или не переваренную пищу, съеденную несколько часов назад. Симптом встречается у 60-90% больных.

Регургитация обычно усиливается после приема достаточно большого количества пищи, а также при наклоне туловища вперед или ночью, когда больной принимает горизонтальное положение («синдром мокрой подушки»).

Боли в грудной клетке

(боли в области нижней и средней трети грудины) присутствуют у около 60% больных. Они возникают при переполнении пищевода пищей и исчезают после срыгивания или прохождения пищи в желудок. Боли могут быть связаны со спазмом гладкой мускулатуры пищевода и тогда проявляются не только во время еды, но и после волнений, психо-эмоционального напряжения. Боль может локализоваться за грудиной, в межлопаточном пространстве и нередко иррадирует в шею, нижнюю челюсть и т. п.

Похудание -

типичный симптом, особенно на 3-4 стадии (при значительном расширении пищевода), часто характеризует тяжесть течения болезни. Потери массы тела могут достигать 10-20 кг и более. Чаще всего похудание связано с сознательным сокращением больными приема пищи из-за боязни появления болей и дисфагии после еды.

Другие СИМПТОМЫ

При прогрессировании заболевания могут проявляться симптомы так называемого застойного эзофагита: отрыжка тухлым, тошнота, повышение слюноотделения, неприятный запах изо рта (эти симптомы связаны с длительным застоем и разложением пищи в пищеводе).

Изредка у больных возникает изжога, вызванная процессами ферментативного расщепления пищи в самом пищеводе с образованием большого количества молочной кислоты.

У больных ахалазией икота возникает чаще чем у пациентов, страдающих дисфагией, обусловленной другими причинами.

У детей



Ахалазия кардии у детей проявляется наличием регургитации, дисфагии при проглатывании твердой и жидкой пищи, внезапной рвоты без тошноты перед ее появлением, при этом рвотные массы состоят из неизменной пищи. Характерны жалобы на боли в области нижней и средней трети грудины. У детей наблюдаются икота и отрыжка воздухом, часто - похудание и полидефицитная анемия. Могут возникать срыгивание пищей во время сна и ночной кашель, нередко легочные осложнения: бронхиты и пневмонии. Возможно появление и таких осложнений, как эзофагит, сдавление возвратного нерва, сдавление правого бронха, сдавление блуждающего нерва.

Клинические симптомы ахалазии кардии у детей могут появляться в возрасте от 5 дней до 15 лет

Диагностика

1. Анамнез и физические данные.
2. Общий анализ крови и мочи.
3. Рентгенография органов груди.
4. Эзофагогастроскопия.
5. Контрастная рентгеноскопия (с сульфатом бария).

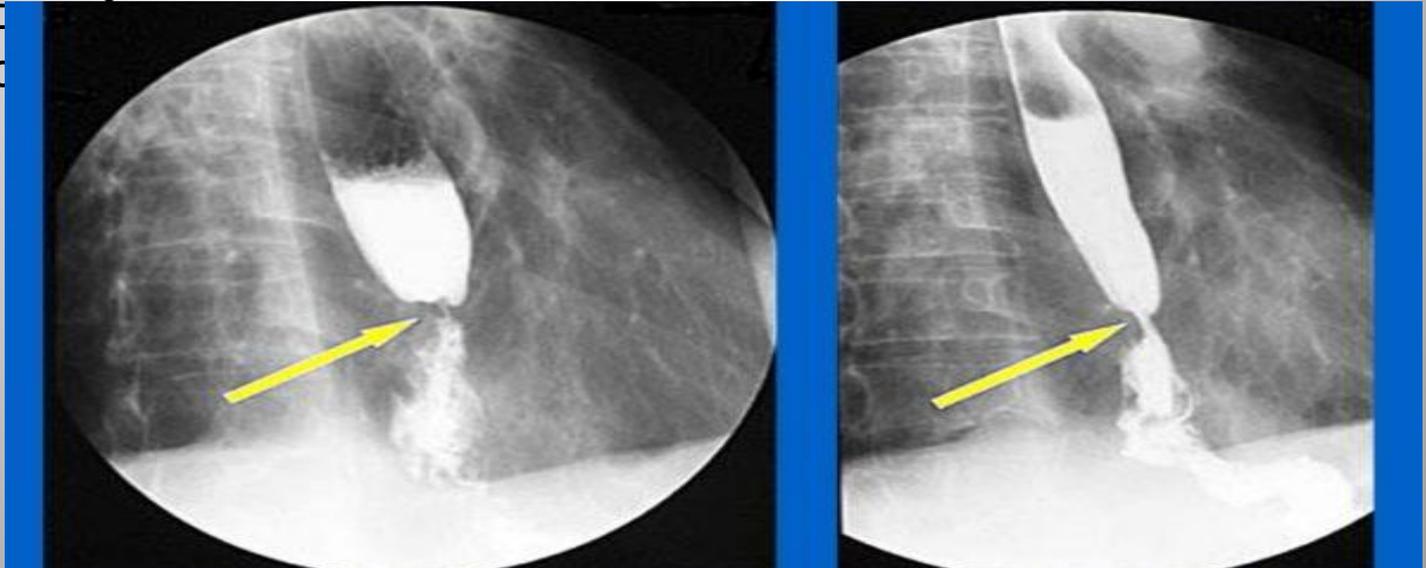
Физикальное исследование

На начальных стадиях развития заболевания, как правило, не удастся выявить существенные отклонения. Внешние признаки обнаруживаются в основном в более тяжелых и осложненных случаях - на 3-4 стадии заболевания. Потеря веса указывает на нарушение питания, понижение тургора

кожи - на обезвоживание, а также наблюдаются признаки, свидетельствующие о развитии аспирационной пневмонии.

Анамнез

Подозрение на ахалазию возникает, когда больные жалуются на дисфагию, боли в за грудиной, срыгивание, с



1. Рентгеноскопия пищевода (с его контрастированием сульфатом бария).

- Типичные признаки заболевания: расширенный просвет пищевода, отсутствие газового пузыря желудка, замедленное освобождение пищевода от контрастного вещества, отсутствие нормальных перистальтических сокращений пищевода, сужение терминального отдела пищевода ("пламя свечи").
- Чувствительность метода находится на уровне 58-95%, специфичность составляет 95%.

2. Гастроскопия (эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), ФЭГДС).

- Типичные признаки при ЭГДС: ослабление перистальтики пищевода, отсутствие адекватного расслабления НПС
- , сужение пищевода в области НПС
- и его расширение выше места сужения. В случае присоединения эзофагита наблюдаются утолщение складок, гиперемия
- слизистой, эрозии и изъязвления.
- Чувствительность ФЭГДС для выявления алахазии составляет 29-70%, специфичность - 95%.

Ахалазия пищевода.

Рентгенограмма с бариевой взвесью

1-участок сужения
пищевода;
2- супрастенотическое
расширение



3. Эзофагеальная манометрия (пищеводная манометрия).

- Характерными признаками являются отсутствие или неполная релаксация НПС
- в момент глотания, повышенное давление в области НПС
- , повышенное внутрипищеводное давление в промежутках между глотаниями, различные нарушения перистальтики грудного отдела пищевода (от акинезии до эпизодов спастических сокращений).
- Чувствительность метода составляет 80-95%, специфичность - 95%.

4. Эндоскопическое исследование пищевода.

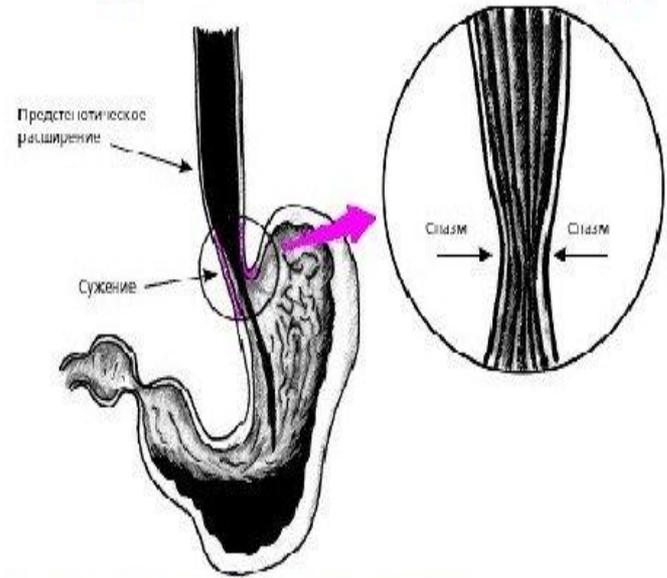
- Эндоскопические признаки ахалазии кардии: расширенный просвет пищевода и наличие в нем пищевых масс; сужение кардиального отверстия пищевода и его минимальное открытие при нагнетании в пищевод воздуха; незначительное сопротивление при проведении кончика эндоскопа через отверстие кардии; отсутствие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и пищевода Барретта.

5. Дополнительные инструментальные методы исследования:

- - ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
- - сцинтиграфия пищевода;
- - компьютерная томография органов грудной клетки.



Кардиоспазм и ахалазия кардии



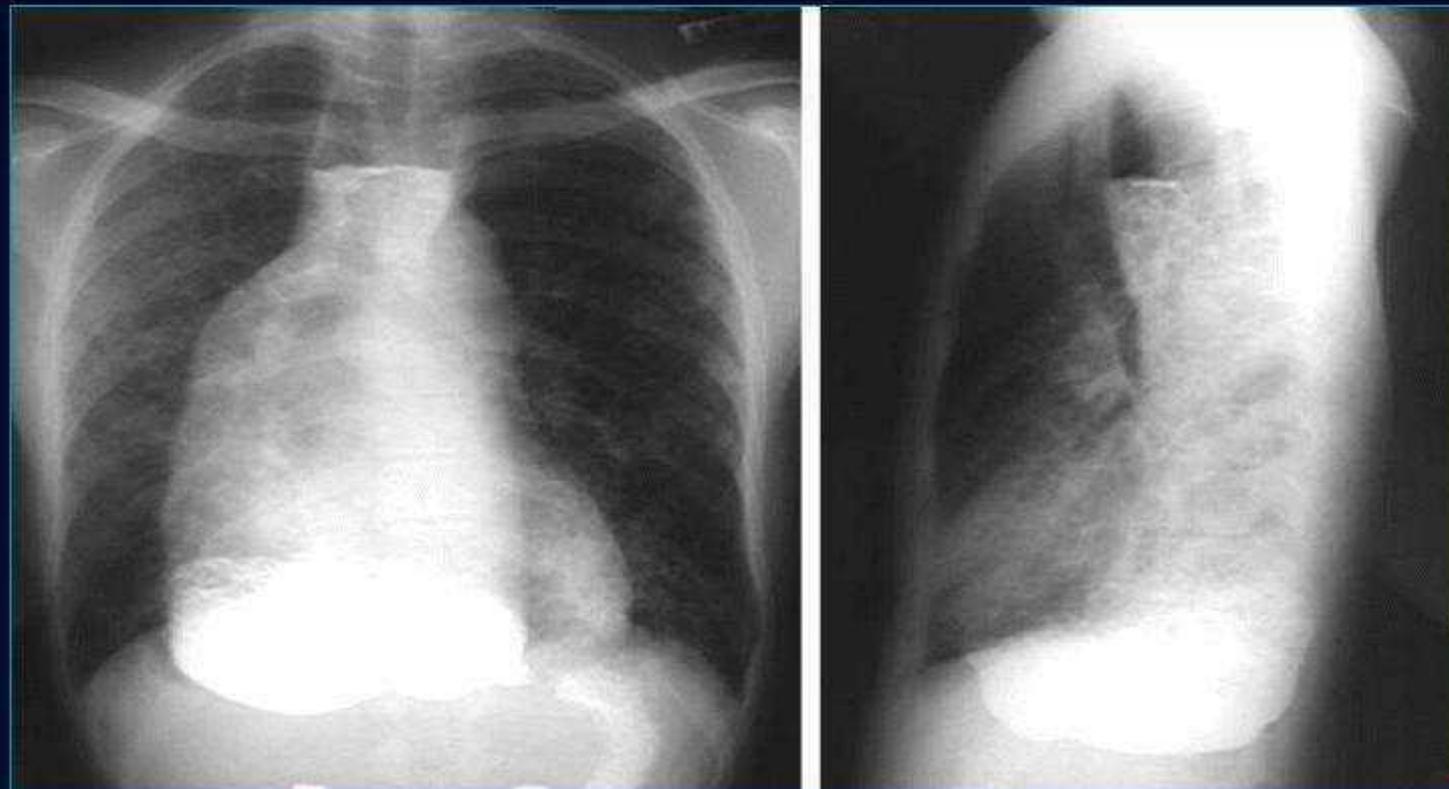
Инструментальные исследования



Рентгенологическое исследование играет ведущую роль в распознавании ахалазии. В поздних стадиях болезни, когда пищевод значительно расширен, заполнен остатками пищи и слизью, уже при обзорном исследовании грудной полости можно видеть расширение середины тени, главным образом вправо, с воздушным пузырем и уровнем жидкости в пищеводе.

Рентгенологическое исследование с использованием взвеси бария (в вертикальном положении больного) позволяет выявить ряд симптомов, характерных для ахалазии, степень выраженности которых зависит от стадии заболевания.

Расширение пищевода при ахалазии кардии



К этим симптомам относятся:

- 1) относительно равномерное расширение тени пищевода на всем его протяжении;
- 2) конусовидное или воронкообразное сужение абдоминального и наддиафрагмального сегментов пищевода;
- 3) наличие в пищеводе натошак жидкости, слизи, остатков пищи, образующих иногда горизонтальный уровень;
- 4) длительная задержка раскрытия кардии;
- 5) нарушение сократительной функции пищевода;
- 6) отсутствие или резкое уменьшение размеров газового пузыря желудка.

Рис. 15. Ахалазия пищевода. Пищевод значительно расширен, на его стенках видны волны неперистальтических сокращений. Поддиафрагмальный сегмент сужен.

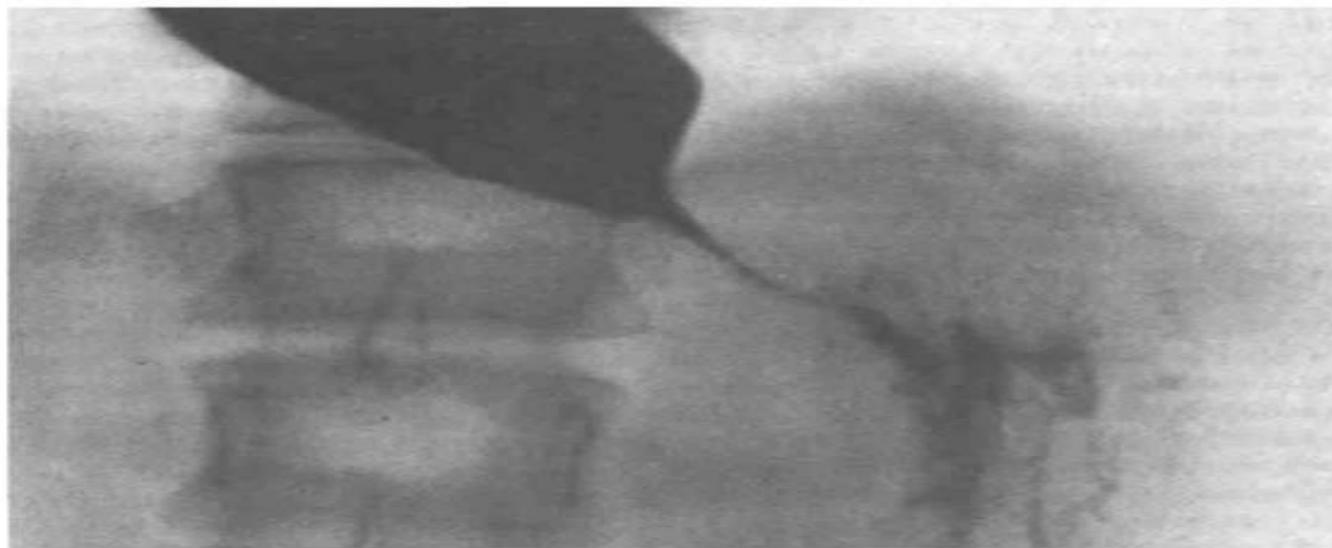
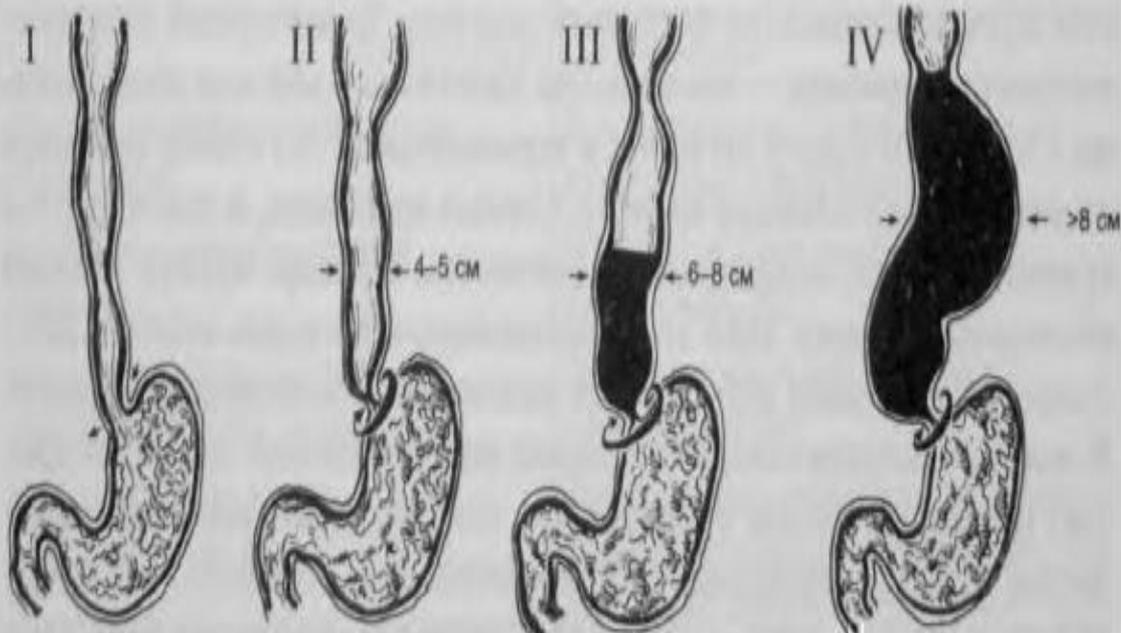


Рис. 16. Ахалазия пищевода. Типичная деформация поддиафрагмального сегмента в виде крысиного хвоста. В желудке нет воздушного пузыря.



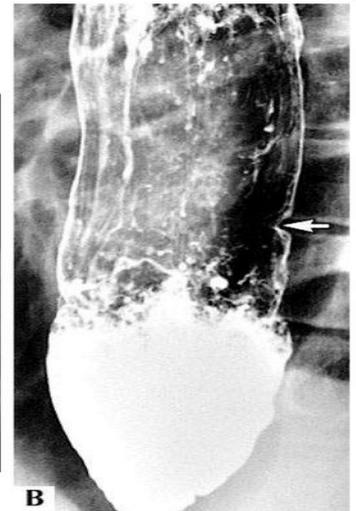
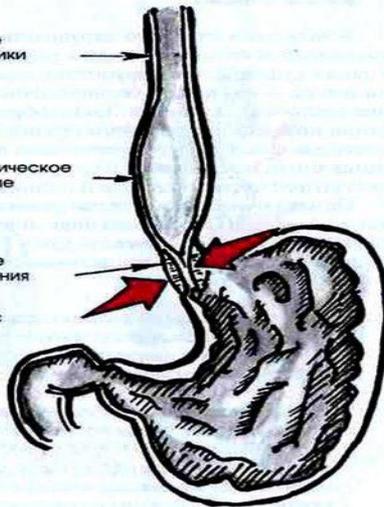
Ахалазия кардии

● Нарушение перистальтики

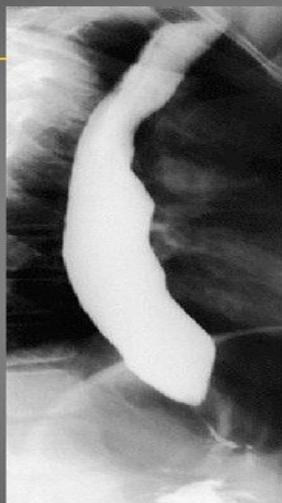
● Постстенотическое расширение пищевода

● Нарушение расслабления НПС

● Гипертонус НПС



- В рентгенологической картине ахалазии в соответствии с классификацией Б. В. Петровского и Э. Н. Ванцяиа можно выделить следующие стадии.
- В начальной, **I стадии** пищевод почти не расширен, имеет нормальную перистальтику, дистальный отдел его сужен незначительно и легко пропускает бариевую взвесь. Спазм кардии может носить и более стойкий характер. Волны перистальтики заметно ослабевают по мере их продвижения в дистальную часть пищевода.



Ахалазия

- диффузное расширение пищевода;
- сужение абдоминального отдела с четкими, ровными контурами;
- переход расширенного отдела в суженный – в виде воронки.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА



I стадия: отмечается кратковременный спазм кардии, моторика пищевода несколько усилена с возникновением сегментарных сокращений, но выраженной задержки бария в нем не отмечается, она составляет от 15—20 с до 1—1,5 мин. Дистальный отдел пищевода сужен, с ровными гладкими контурами, просвет не расширен, поперечник его 2—2,5 см. Газовый пузырь желудка небольшой;

Во II стадии

болезни пищевод заметно расширен, терминальный отдел приобретает воронкообразную заостренную форму. Нормальная перистальтика отсутствует, в пищеводе видны беспорядочные сокращения сегментарного (третичного) типа. Кардия раскрывается лишь при значительном заполнении пищевода. В момент раскрытия кардии в измененной части пищевода удается выявить складки слизистой оболочки, сохранившие продольное расположение, что имеет большое значение для дифференцирования ахалазии от рака кардии. Газовый пузырь желудка уменьшен или отсутствует.



Ахалазия, II ст.

- Диффузное расширение пищевода;
- третичные сокращения пищевода.

Ахалазия пищевода II-III стадии

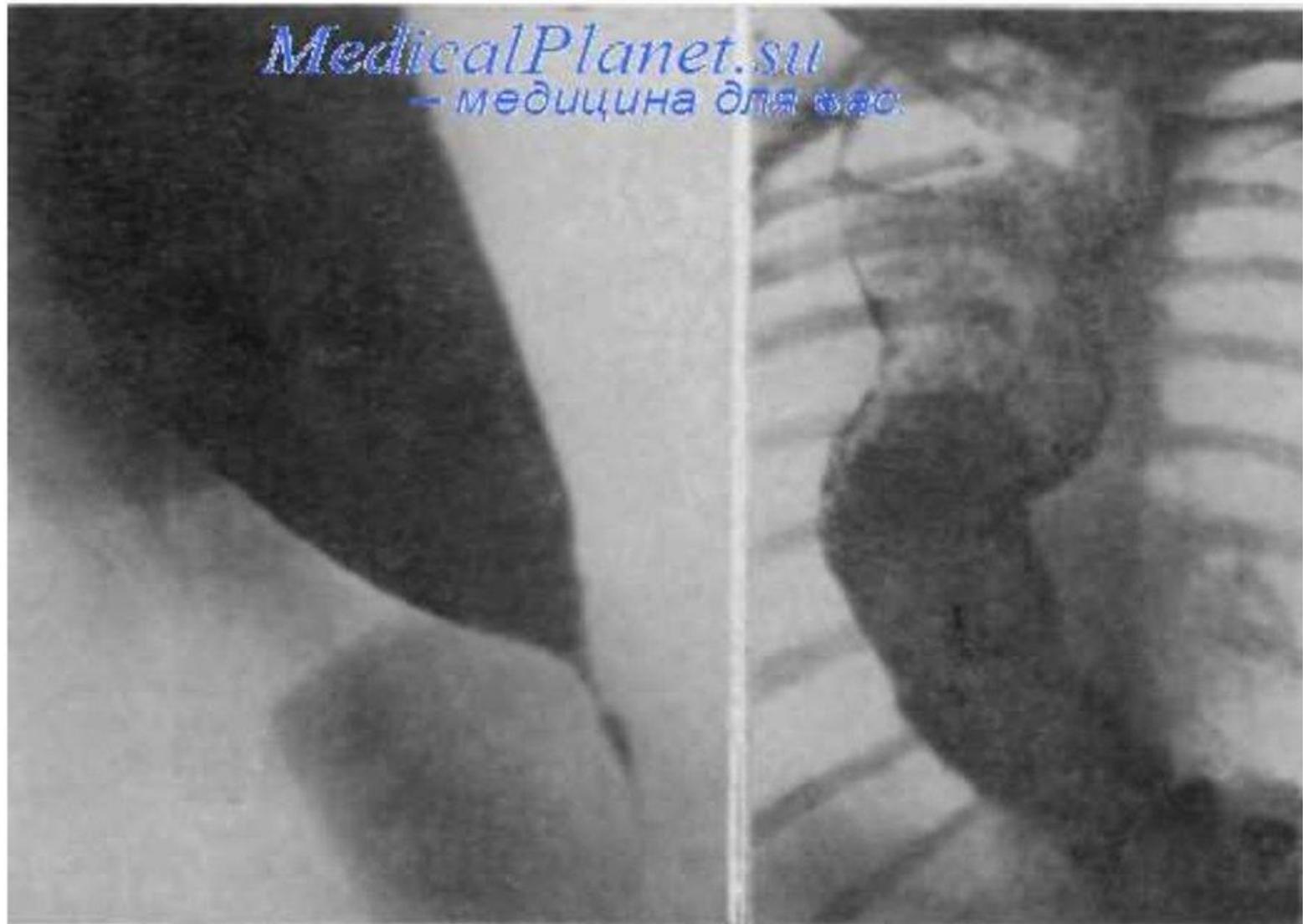




Рисунок 2. Рентгенограмма. Ахалазия кардии II типа (по В.Х. Василенко с соавт., 1976). Расширение и удлинение пищевода с атонией стенки

В III стадии болезни пищевод резко расширен, удлиннен, изогнут, атоничен, перистальтика его стенок отсутствует. В пищеводе натошак появляется большое скопление слизи и жидкости. Количество их может быть настолько велико, что требуется промывание пищевода через зонд для более

тщат



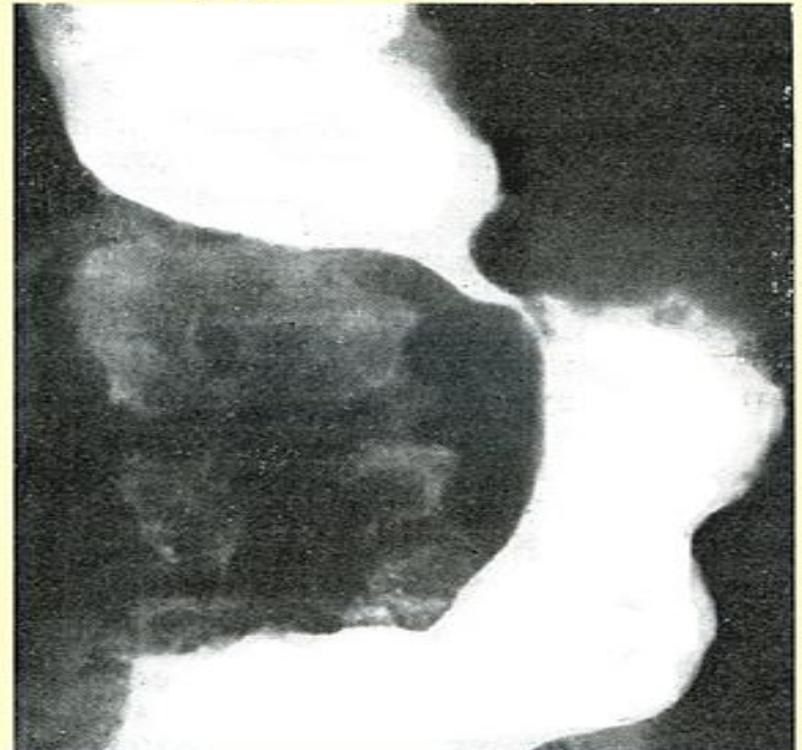
Ахалазия, III ст.

- диффузное расширение пищевода;
- задержка контраста в пищеводе;
- **пестрое контрастирование из-за наличия натошак содержимого;**
- сужение абдоминального отдела пищевода;
- воронкообразный переход расширенного отдела пищевода в суженный.

При IV стадии заболевания просвет пищевода значительно расширен (часто более 8–10 см), пищевод удлиннен и извит, имеет вид неперистальтирующего мешка вследствие отсутствия мышечного тонуса. В просвете содержится большое количество жидкости и остатков пищи. Слизистая оболочка утолщена, рыхлая, местами имеет крупноячеистый вид, иногда с эрозиями, обусловленными длительным стазом пищи или развитием кандидозного эзофагита,

отмечается поперечная складчатость слизистой оболочки из-за удлинения растяжения пищевода. Очень часто пищевод заканчивается «слепым мешком», заполненным остатками пищи, а кардия резко смещена в сторону и, как правило, находится выше дна этого «мешка».

Ахалазия
кардии IV стадии



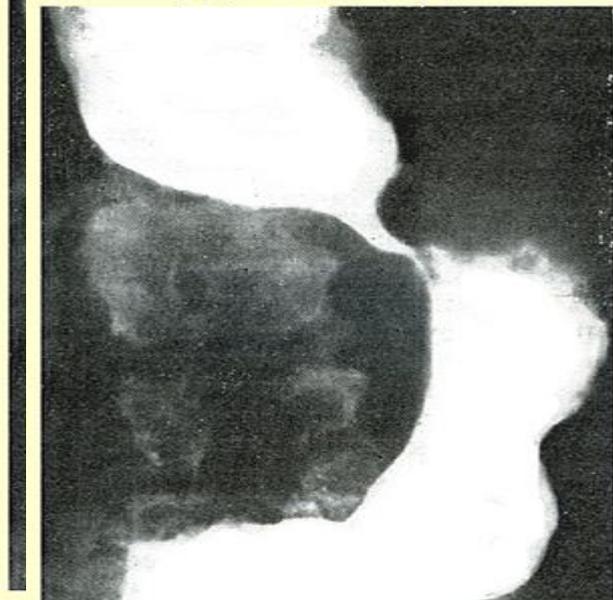




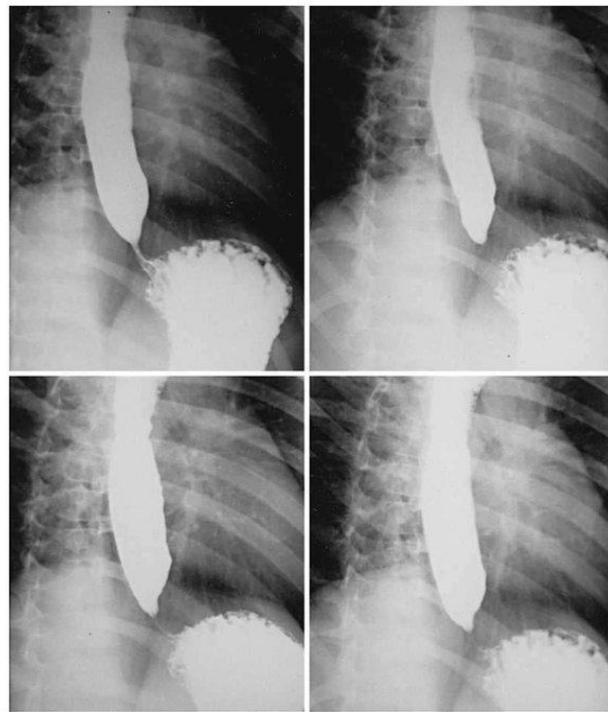
Ахалазия кардии. На обзорной рентгенограмме грудной клетки видно патологическое расширение тени средостения вправо, симптом «силуэта» отсутствует. В паракардиальной проекции справа виден уровень жидкости в районе ворот легкого. Описанная картина соответствует ахалазии кардии (а не желудку, смещенному краниально).

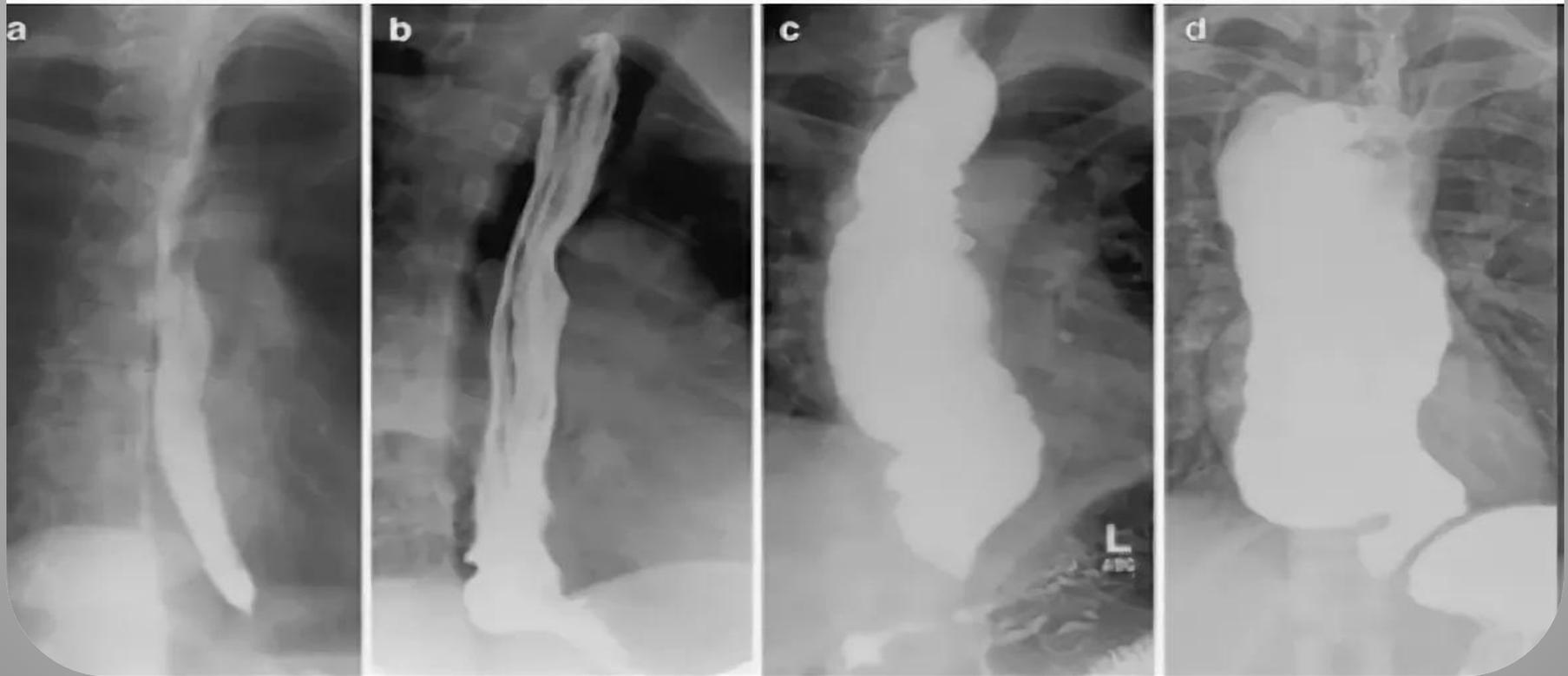
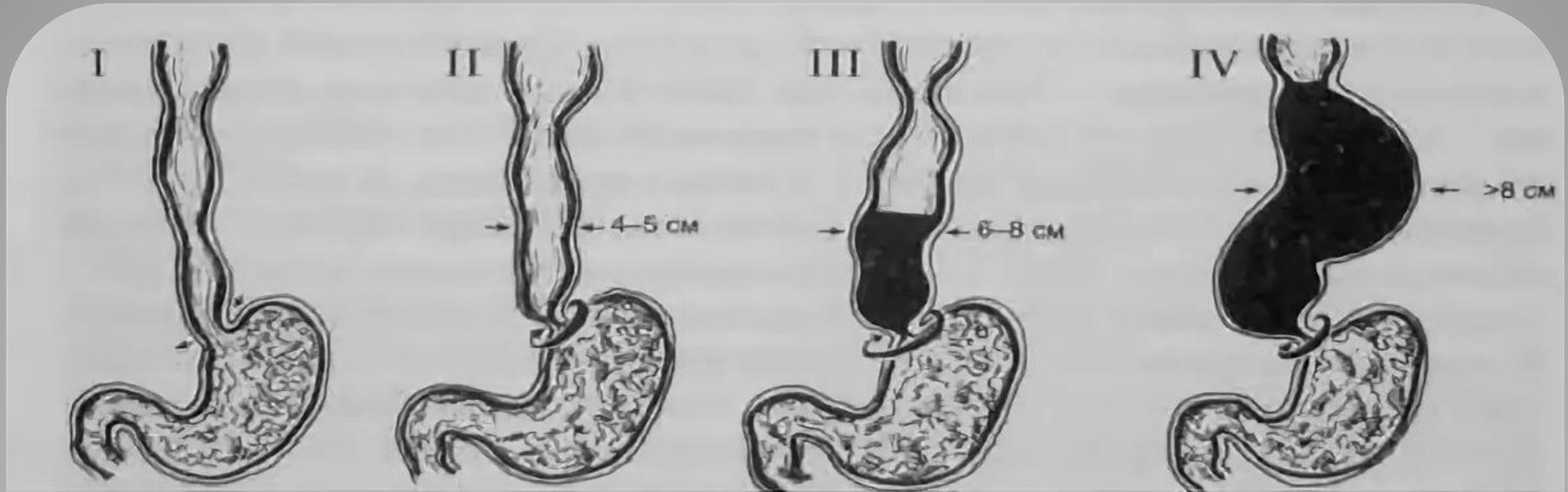
Присоединяющиеся **рубцово-фиброзные** изменения в терминальном отделе пищевода еще более нарушают его опорожнение, которое либо почти полностью отсутствует, либо происходит в небольшом объеме лишь после заполнения почти всего значительно расширенного пищевода. Чтобы вызвать расслабление кардии и эвакуацию контрастной взвеси в желудок, больному в процессе исследования предлагается использовать те приемы, которыми он пользуется сам для облегчения проглатывания пищи (натуж

Ахалазия
кардии IV стадии

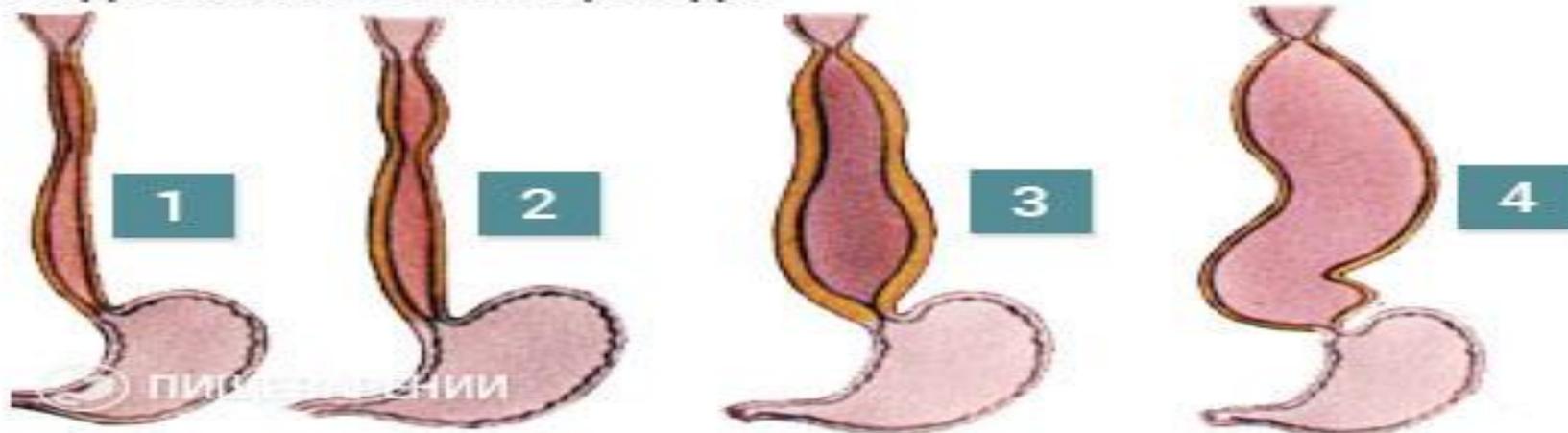


Стадии ахалазии

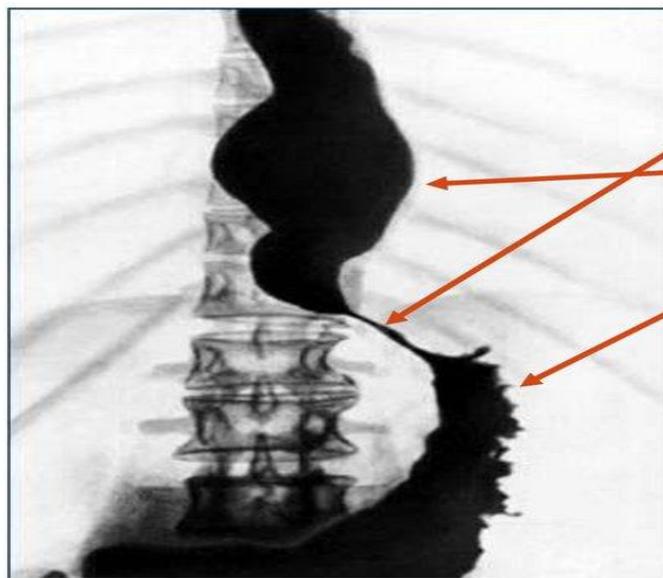




Стадии ахалазии пищевода



Рентгенография пищевода

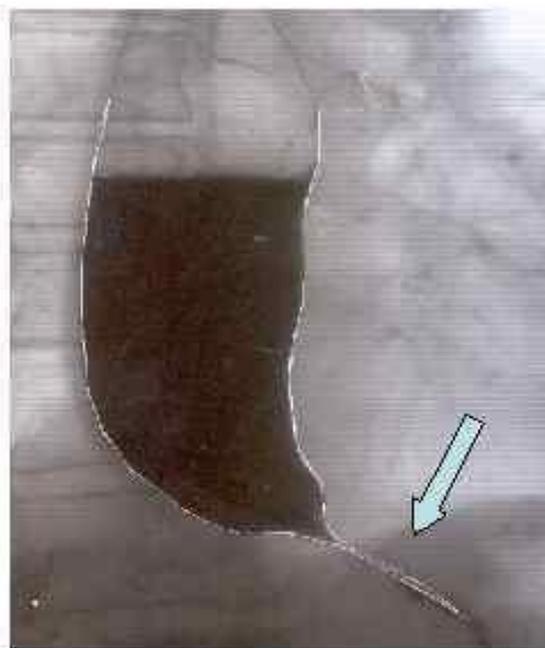


Ахалазия кардии:

- сужение кардиального сегмента пищевода особой формы («пламя свечи», «мышинный хвост»)
- расширение надстенотического отдела пищевода
- отсутствие газового пузыря желудка



Ахалазия кардии



**Симптом
«мышинного хвостика»**



Изменение формы пищевода при ахалазии



Спазм и ахалазия пищевода

Наблюдаются в пищеводно-желудочном переходе
Дисфагия



Кардиоспазм



Супрастенотическое расширение

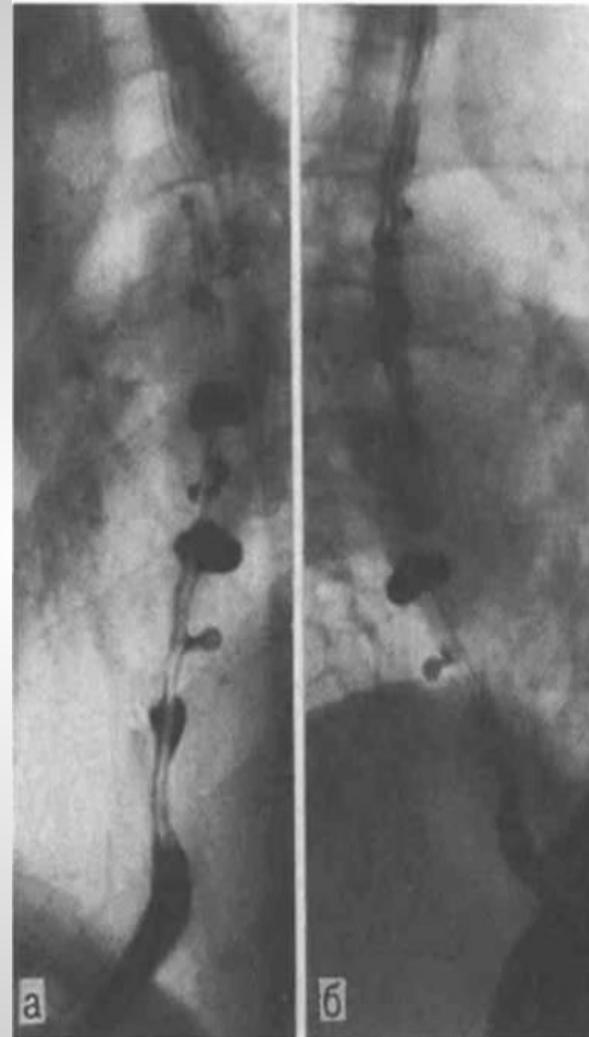


Рис 13 Нарушение третичных сокращений пищевода (позтапный спазм — а, б)

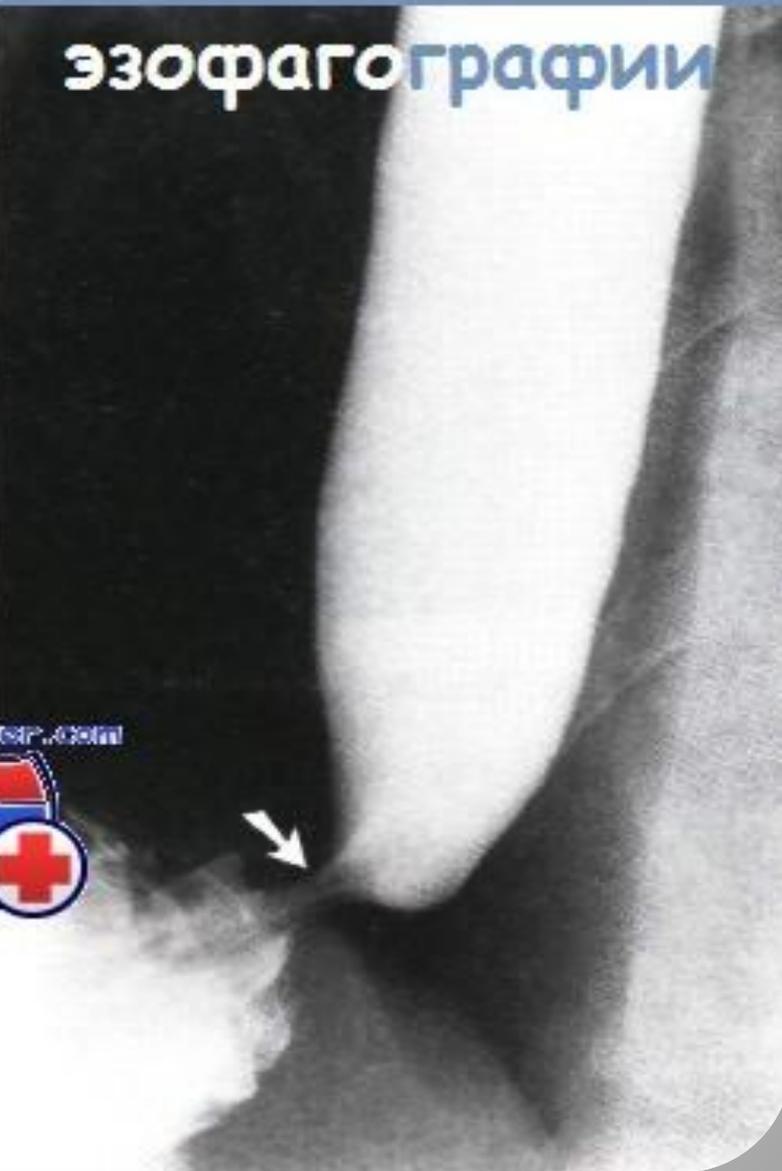
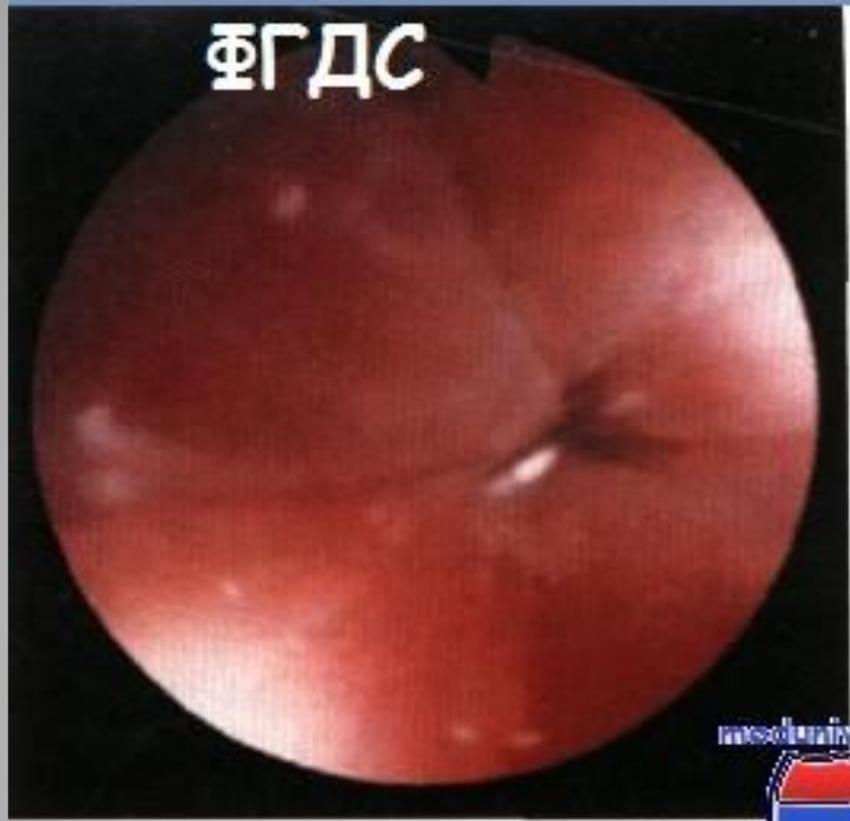
Эндоскопические признаки ахалазии:

- Расширенный просвет пищевода.
- Наличие в пищеводе пищевых масс.
- Сужение кардиального отверстия пищевода и его минимальное открытие при нагнетании в пищевод воздуха, однако при проведении кончика эндоскопа через это отверстие ощущаемое сопротивление невелико (если ощущаемое сопротивление довольно значительно, то высока вероятность сужения опухолевого происхождения).
- Отсутствие грыжи пищеводного отверстия

Ахалазия кардии пищевода при

ФГДС

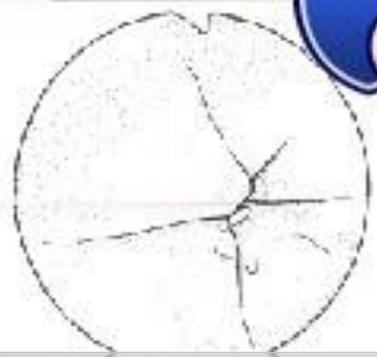
эзофагографии



medkollege.ru



Сомкнутый
сфинктер кардии



Дифференциальный диагноз



Дифференциальный диагноз проводят со следующими заболеваниями:

1. Сужение пищевода вследствие опухолевого поражения области НПС.

Клинические проявления аналогичны таковым при истинной ахалазии, однако при физикальном обследовании можно выявить лимфаденопатию

, гепатомегалию

, пальпируемое образование в брюшной полости. Псевдоахалазией называют синдром со сходными клиническими проявлениями, развивающимися при инфильтративном раке пищеводно-желудочного сочленения.

Для дифференциального диагноза необходима ФЭГДС.

2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. ГЭРБ

Основные симптомы - изжога, жжение за грудиной и регургитация

кислого желудочного содержимого. Более редким симптомом является дисфагия, обусловленная осложнениями в виде пептической стриктуры

или нарушений перистальтики пищевода. Затруднение глотания более характерно при проглатывании плотной пищи, в то время как жидкая пища проходит хорошо. Просвет пищевода не расширен. В отличие от ахалазии, в вертикальном состоянии контраст не задерживается в пищеводе.

При ФЭГДС можно выявить эрозии или изменения типичные для пищевода Баррета.

Какие патологии имеют симптомы, схожие с ахалазией кардии

- Вторичная ахалазия при раке кардии
- - Стенка утолщена вследствие опухолевой инфильтрации, имеет нечеткие контуры, просвет сужен
- - Постстенотическое расширение выражено умеренно
- - Лимфаденопатия
- - Быстрая динамика
- - Кахексия



эзофагоспазм



**Ахалазия
пищевода**



Рак пищевода

3. ИБС (Ишемическая болезнь сердца).

- По клиническим характеристикам боли при ИБС аналогичны болям при ахалазии, однако для стенокардии не характерна дисфагия. Постановка диагноза может затрудняться тем фактом, что боли при ахалазии могут купироваться нитроглицерином.
- Необходимо проводить ЭКГ и, при сомнениях в диагнозе, комплексное обследование, чтобы выявить ишемию миокарда.

4. Врожденные мембраны пищевода, стриктуры, в том числе обусловленные опухолями.

- Характерна дисфагия, в первую очередь при приеме плотной пищи. В некоторых случаях бывают рвота и регургитация
- задержавшимся пищеводным содержимым.

5. Неврогенная анорексия.

- Возможной неврогенной дисфагии обычно сопутствует рвота желудочным содержимым и похудание.

6. Другие заболевания и факторы: эзофагоспазм, поражение пищевода при склеродермии

- беременность, болезнь Шагаса (Чагаса), амилоидоз, болезнь Дауна, болезнь Паркинсона, синдром Оллгрова.

Осложнения ахалазии пищевода и кардиоспазма:

- Бezoары
- Дивертикул
- Иноpoдные тела
- Пищевод Баррета
- Плoскoклеточный рак
- Варикозное расширение вен
- Пищеводные свищи
- Перикардит
- Объемное образование шеи
- Пневмоперикард
- Аспирационные поражения легких
- Стридор, бронхообструкция
- Отслаивание подслизистого слоя пищевода

Ситуация

Пациент: Мужчина

Возраст (лет): 53

Клиника:

Жалобы на приступы дисфагии (затруднения глотания), сопровождающиеся ощущением переполнения и болью за грудиной, с последующей регургитацией в горизонтальном положении или при наклонах. Болен около года. Начало заболевания связывает с психо-эмоциональной травмой, после которой появились явления дискомфорта при глотании. Последние недели отмечает ухудшение: приступы стали чаще, боли усилились и не связаны с приемом пищи, появилась регургитация.

Лучевое исследование:

При рентгенологическом исследовании до приема контраста в правой кривой проекции в заднем средостении, ниже дуги аорты определяется уровень жидкости. При рентгеноскопии брюшной полости отмечается отсутствие газового пузыря желудка. Грудной отдел пищевода расширен до 5,5 см – 6 см, внутридиафрагмальный и брюшной сегменты его равномерно (воронкообразно) сужены. Контуры расширенного отдела и суженного участка ровные и достаточно четкие. Стенки гипотоничны, перистальтика ослаблена. Контраст задерживается над диафрагмой на несколько часов и попадает в желудок тонкой струей только после значительного наполнения пищевода.



Заключение:

Ахалазия кардии, 3 – 4 ст.

Другие методы исследования и диагностики:

ФЭГС

Заключительный диагноз:

Ахалазия кардии, 3 стадия.

Верификация: ФЭГС, экспертная оценка

Дифференциальная диагностика:

Рак пищевода

Стриктура пищевода

Симптоматическая ахалазия

Данные предоставлены:

Журавлев Ю.Ю., врач-рентгенолог,
Самара.

- Источники и литература
- I. Детская гастроэнтерология: руководство для врачей /под ред. проф. Шабалова Н.П., 2011 1.стр. 279-280
- II. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Научно-практическое издание, 2008 1.стр 397-404
- III. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения. Учебное пособие, 2 издание, 2011 1.стр 25-36
- IV. wikipedia.org (википедия) 1.суб-ссылок на 10.08.12 – нет
- 1) Ташев Ибрагим Акжолулы – доктор медицинских наук, профессор, АО «Национальный научный медицинский центр», руководитель отдела хирургии.
- 2) Жураев Шакирбай Шукирович – доктор медицинских наук, профессор, АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова» главный научный сотрудник.
- 3) Ижанов Ерген Бахчанович – доктор медицинских наук, АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова» ведущий научный сотрудник.
- 4) Сатбаева Эльмира Маратовна – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» заведующий кафедрой клинической фармакологии.
-

Источники и литература

1. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации 1.1. Аллахвердян А.С., Мазурин В.С. Неполная косая заднебоковая фундопликация при эзофагокардиомиотомии по поводу ахалазии кардии // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2007. - № 6. - С. 32-36
2. Аллахвердян А.З. Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода. - Современные достижения реконструктивной хирургии: Сб. научных трудов. - М., 1988. - С. 34-37. С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Фролов А.В. Эзофагокардиомиотомия с частичной переднезадней фундопликацией при лечении ахалазии кардии: Учебное пособие. - М., 2011. - 24 с
5. Вилявин Г.Д., Соловьев В.И., Тимофеева Т.А. Кардиоспазм. Патогенез, клиника и лечение. - М.: Медицина, 1971.
6. Воронцова Н.И. Изменения вегетативной нервной системы при функциональных заболеваниях пищевода // Клин. мед. - 1966. - № 2. - С. 33-34.
7. Гаджиев А.Н. Клиника, диагностика, лечение кардиоспазма, ахалазии кардии и диффузного эзофагоспазма: Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2001
8. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия пищевода. - М.: РНЦХ РАМН, 1999. - 273 с.
9. Гнилитский Л.А. Отдаленные результаты лечения кардиоспазма и ахалазии кардии методом пневматической кардиодилатации: Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1981
10. Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода: Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2002].
11. Гребенев А.Л. Клиническое значение исследования двигательной функции пищевода: Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1964.
12. Гребенев А.Л. Ахалазия кардии (клиника, диагностика, лечение): Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1969.
13. Гребенев А.Л. Влияние лекарственных препаратов (ацетилхолин, адреналин, папаверин, нитроглицерин и морфин) на двигательную функцию пищевода // Сов. мед. - 1987.
14. Зиверт К.Н. Спазм и стеноз кардии. - В кн. Труды 26-го Всесоюзного съезда хирургов. - М., 1962. - С. 182-186.
15. Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л. и др. Гастроэнтерология: Национальное руководство (краткое издание) / Под ред. В.Т. Ивашкина и Т.Л. Лапиной. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011.
16. Иорданская Н.И. Изменения экстра- и интрамуральной нервной системы при кардиоспазме // Казанск. мед. журн. - 1961.
17. Коган Е.М. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода. - М.: Медицина, 1968.
18. Моргенштерн А.З. Ахалазия пищевода. - М.: Медицина, 1968.