

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

<sup>1</sup>*Вижинис Е.И.,* <sup>2</sup>*Ченик Д.И.,* <sup>1</sup>*Шулейко А.Ч.,* <sup>2</sup>*Кожевникова Т.В.,*  
<sup>2</sup>*Маковская М.М.,* <sup>2</sup>*Чернявский А.Н.,* <sup>2</sup>*Довнар А.Ю.*  
<sup>1</sup>*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*  
<sup>2</sup>*УЗ «Минская областная клиническая больница»*

**Введение.** Одной из причин непрохождения пищи по пищеводу в желудок (дисфагии) является ахалазия пищевода. В структуре заболеваемости ахалазия занимает первое место среди доброкачественной патологии пищевода. Ведущую роль в этиологии и патогенезе ахалазии отводят нарушению интрамуральной иннервации врожденного или приобретенного генеза. Основным признаком ахалазии, в отличие от кардиоспазма, является отсутствие перистальтики пищевода. Прогрессирующее течение заболевания, неэффективность консервативного лечения требует применения хирургических вмешательств. К «закрытым» относятся различные виды кардиодилатации, к «открытым» - кардиомиотомия в различных модификациях.

**Цель.** Изучить результаты диагностики и оперативного лечения пациентов с ахалазией пищевода.

**Материалы и методы.** С 2020 по 2022 годы в клинике хирургии БелМАПО на базе УЗ «МОКБ» обследовано и оперировано 38 пациентов с ахалазией пищевода. Все пациенты были женского пола. Основными клиническими симптомами были дисфагия, регургитация (симптом мокрой подушки), боли за грудиной. Для диагностики выполняли УЗИ, КТ, КТА, МРТ, видеоэзофагогастроскопию. 8 пациентам выполнили эндосонографию (эндо-УЗИ), позволившую определить степень поражения стенки пищевода. Всем пациентам выполнили рентгеноконтрастное полипозиционное исследование пищевода и желудка. Пневмокардиодилатацию производили дилататорами «Modi – Globe», «Micro – Tech (Nanyig)», под рентгенологическим или видеоэндоскопическим контролем. Показаниями к операции были: невозможность проведения кардиодилататора за кардию; неэффективность трех курсов пневмокардиодилатации; сочетание с другой хирургической патологией.

**Результаты и обсуждение.** Пневмокардиодилатацию выполнили 30 (78,9%) пациентам. 18 (60,0%) потребовались два и более сеанса дилатации. Все пациенты после манипуляции отметили стойкий положительный эффект, восстановление пассажа пищевых масс по пищеводу. В 2 (6,6%) наблюдениях имела место клиника незначительного желудочно – кишечного кровотечения из продольных эрозий стенки пищевода. Остановлено консервативными мероприятиями. Оперировали 8 (21,0%) пациентов. Выполняли лапароскопическую внеслизистую кардиомиотомию с эзофагофундопликацией по Дору у 5 (62,5%) пациентов, по Ниссену – у 3

(47,5%). У одного пациента с ахалазией 3 – 4 степени при выполнении лапароскопической кардиомиотомии, в связи с выраженным рубцовым процессом, внеслизистое рассечение выполнить не удалось. Конверсия. Произвели продольную кардиомиотомию по типу Геллера с переходом на пищевод и желудок с формированием широкого ззофого – гастрального соустья и последующей эзофагофундопликацией. Летальных исходов не было.

**Выводы.** Баллонная пневмокардиодилатация является эффективным методом устранения дисфагии при ахалазии кардии. При наличии показаний необходимо выполнение лапароскопической кардиомиотомии с эзофагофундопликацией.