

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедры госпитальной хирургии им. проф. А.М.Дыхно с курсом ПО.

Реферат на тему
Заболевания пищевода.

Выполнил: врач-ординатор 2
года обучения специальности
«Торакальная хирургия».
Кафедры госпитальной
хирургии им. проф.
А.М.Дыхно с курсом ПО
Гаврилов Эдуард Борисович.

Красноярск 2020г.

Анатомия и физиология пищевода

Пищевод - мышечная трубка длиной примерно 25 см (от глотки до кардиального отдела). Шейный отдел - 5 см, грудной отдел - 15 см, кардиальный отдел 3-4 см.

Анатомия: пищевод - полая цилиндрическая трубка, соединяющая глотку с желудком и расположенная на уровне C6-Th11.

Отделы:

Шейный отдел. У взрослых простирается от уровня перстневидного хряща (C6) до яремной вырезки рукоятки грудины (Th2). Длина около 5-8 см.

Грудной отдел - от яремной вырезки рукоятки грудины до пищеводного отверстия диафрагмы (Th10). Его длина 15-18 см. С практической точки зрения в грудном отделе пищевода целесообразна следующая топография:

Верхняя часть - до дуги аорты.

Средняя часть, соответствующая дуге аорты и бифуркации трахеи;

Нижняя часть - от бифуркации трахеи до пищеводного отверстия диафрагмы.

Брюшной отдел. Длина 2.5 - 3 см. переход пищевода в желудок, как правило, соответствует Th11.

Физиологические сужения пищевода:

1. Верхнее - у места перехода нижней части глотки в пищевод (C6-C7).
2. Среднее - при перекресте с левым бронхом (Th4-Th5).
3. Нижнее - в месте прохождения пищевода через отверстие диафрагмы (Th10). Здесь расположен нижний сфинктер пищевода, препятствующий забрасыванию кислого желудочного содержимого в пищевод.

Пищевод как анатомическое и функциональное продолжение глотки нередко подвержен тем же заболеваниям, что и глотка, и часто сочетающимися с ними. В равной степени это относится и к заболеваниям желудка.

Лица, страдающие заболеваниями пищевода, — это глубокие невротики, поведение которых отличается мнительностью, крайним беспокойством, суетливостью, настороженностью к продуктам питания. Они истощены, быстро утомляются, интересы их ограничены беспокойством и заботами о собственном здоровье. Другой крайностью психического состояния таких больных служат проявления апатико-абулического синдрома, крайними

выражениями которого являются полное отсутствие эмоций, полнейшая безучастность к своей личности и состоянию своего здоровья на основании непреодолимого убеждения в своей обреченности. Обычно этот синдром встречается при опухолях лобной доли головного мозга, но может быть обусловлен и соматогенными заболеваниями, например опухолью пищевода или его невروزами. Обычно невротические состояния таких лиц приводят к канцерофобии, которая у них доминирует во всех жалобах и значительно более выражена, чем у истинных онкологических больных.

Классификация болезней пищевода

I. Воспалительные болезни (эзофагиты):

1. А. Острые эзофагиты.

1. Острые неспецифические эзофагиты:

- a) острый катаральный эзофагит;
- b) острый язвенно-некротический эзофагит;
- c) острый флегмонозный эзофагит.

1. Специфические (инфекционные) острые эзофагиты:

- a) гриппозный эзофагит;
- b) дифтерийный эзофагит;
- c) герпетический эзофагит.

1. Хронические эзофагиты.

1. Хронические неспецифические эзофагиты:

- a) хронический полиэтиологический эзофагит;
- b) хронический фиброзный эзофагит.

1. Хронические специфические эзофагиты:

- a) туберкулез пищевода;
- b) сифилис пищевода;
- c) актиномикоз пищевода;

- d) пемфигус пищевода.

II. Трофические болезни пищевода:

1. Пептическая язва пищевода.
2. Контактная язва пищевода.
3. Синдром Пламмера — Винсона.
4. Склеродермия пищевода.

III. Сосудистые болезни пищевода:

1. Варикозное расширение вен пищевода.
2. Ангиома пищевода.
3. Геморрагический ангиоматоз пищевода.

IV. Аномалии развития пищевода:

1. Врожденные стенозы пищевода.
2. Врожденные аномалии размера и положения пищевода.
3. Дивертикулы пищевода.

V. Нейромускулярные дисфункции пищевода:

1. Спазмы пищевода.
 1. Спазм верхнего сужения пищевода:
 - a) острый спазм;
 - b) хронический спазм.
 1. Спазм нижнего сужения:
 - a) острый спазм;
 - b) хронический спазм.
1. Спазмы пищевода по протяжению.
2. Спазмы пищевода у детей.
3. Атония и паралич пищевода.
 1. Параличи центрального генеза.
 2. Параличи периферического генеза.
4. Расширения пищевода.

VI. Повреждения пищевода:

1. Химические ожоги пищевода.
 1. Острая фаза химического ожога пищевода.

2. Подострая фаза химического ожога пищевода.
3. Хроническая фаза химического ожога пищевода.
2. Механические повреждения пищевода.
 1. Ранения пищевода.
 2. Перфорации пищевода.
 3. Инородные тела пищевода.

VII. Опухоли пищевода:

1. Доброкачественные опухоли пищевода:
 - a) полип пищевода;
 - b) лейомиома пищевода;
 - c) редкие доброкачественные опухоли пищевода.
1. Злокачественные опухоли пищевода:
 - a) эпителиома (рак) пищевода;
 - b) саркома пищевода.

Среди всех заболеваний пищевода:

Рак пищевода - 60-80% (3.4% от всех опухолей, 6-е место)

Саркома пищевода - 0.04%

Кардиоспазм 5.1%

Рубцовые стриктуры 0.7%

Дивертикулы 0.6%

Пороки развития пищевода 0.3%

СИМПТОМАТОЛОГИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПИЩЕВОДА.

Дисфагия - затрудненное глотание, проявляющееся чувством застревания (расстройство любой фазы акта глотания). Важнейшим признаком поражения пищевода. Дисфагия вызывается как функциональными (нет каких-либо видимых изменений пищевода, нарушена только его двигательная функция),

так и органическими причинами (сужение пищевода после химического ожога, опухоли). Для органических поражений характерно появление дисфагии сначала при приеме твердой пищи, а затем жидкой. При функциональных расстройствах или сразу затруднено продвижение жидкой и твердой пищи, или вначале затруднено проглатывание жидкой пищи, затем твердой

1. Высокая внутрипищеводная дисфагия: спазмы и стриктуры устья пищевода, дивертикулы Ценкера, инородные тела, острые и хронические воспаления слизистой рта, глотки, гортани. Очень мучительна, вызывает страх перед едой.
2. Средняя внутрипищеводная дисфагия: эзофагиты, язвы, стриктуры, опухоли, дивертикулы. Дисфагия при любой пище - эзофагит, жидкой пищей (симптом Лихтенштейна) - функциональная патология, твердой - органическое сужение (опухоль, стеноз, стриктура).
3. Низкая дисфагия: халазия и ахалазия, ГПОД, рефлюкс-эзофагиты, язвы, стриктуры, опухоли, эпифренальные дивертикулы.

Дисфагия на твердую пищу имеется при обструкции пищевода вследствие стриктуры, пищеводной мембраны или кольца, опухоли. Дисфагия на жидкую пищу - признак функциональных нарушений моторики пищевода вследствие ахалазии, диффузного спазма, склеродермии.

Боль - частое проявление. Локализуется на уровне поражения. Иррадиация за грудину, в шею, челюсть, плечо, в спину, эпигастральную область. Боль может быть связана с приемом пищи и сочетаться с дисфагией, натощак, после еды, спонтанно по ночам. При функциональных заболеваниях пищевода боли за грудиной могут возникать также при эмоциональных нагрузках.

Изжога ощущение жжения за грудиной, усиливающееся при наклоне вперед. Натощак или после сытной еды. В большинстве случаев проявление рефлюкс-эзофагита.

Отрыжка и срыгивание -непроизвольные резкие выбрасывания в рот из полости пищевода или желудка воздуха или смеси воздуха с желудочным содержимым.

Запах изо рта может быть признаком воспаления в пищеводе.

Кровотечение из пищевода алой кровью.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

1. *Контрастная рентгеноскопия пищевода.* Выполняется серия снимков до и после приема контрастного вещества (обычно сульфат бария). Позволяет оценить расположение пищевода в грудной полости, его размеры, ширину просвета, состояние стенки (дефект наполнения или симптом «ниши»), а также определить возможные нарушения прохождения пищи, в том числе гастроэзофагальный рефлюкс. При выполнении провоцирующих проб (наклон туловища вперед или принятие горизонтального положения) можно выявить параэзофагальную грыжу, оценить ее тип и размеры.
2. *Эзофагоскопия.* Относится к эндоскопическим методам диагностики. Проводится натощак после предварительной местной анестезии. Позволяет определить состояние слизистой оболочки пищевода (наличие воспаления, эрозий), оценить их локализацию, распространенность, выполнить биопсию слизистой оболочки с последующим гистологическим исследованием. Метод позволяет оценить проходимость пищевода и его сфинктеров, в ряде случаев выполнить бужирование.
3. *Суточная рН-метрия.* Специальный датчик регистрирует изменения рН в нижней трети пищевода в течение суток, затем результаты подвергаются компьютерной обработке. Метод позволяет определить количество, общую продолжительность и характер (кислый желудочный или щелочной панкреатический и желчный) гастроэзофагального рефлюкса.
4. *Эзофагоманометрия (Эзофаготономография).* Метод используется при различных дискинезиях пищевода. В его основе лежит измерение парциального давления в различных участках пищевода, включая сфинктеры. Метод позволяет зарегистрировать нарушение тонуса пищевода и его сфинктеров, как в покое, так и при акте глотания.
5. *Компьютерная томография.* Проводится при подозрении на эндофитную опухоль пищевода. Помимо самого пищевода позволяет оценить состояние смежных органов, в том числе регионарных лимфоузлов.
6. *Функциональные тесты.* К ним относится желудочное зондирование с применением метиленового синего, стандартный кислотный рефлюксный тест, кислотный перфузионный тест Бернштейна и Бейкера, тест Степенко. Используются для диагностики гастротзофагального рефлюкса.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика заболеваний пищевода, по сути, сводится к выявлению причин основных симптомов дисфагии и болей за грудиной.

Дисфагия может наблюдаться при эзофагите, раке пищевода, ахалазии кардии, дивертикулах пищевода, инородных телах пищевода, склеродермии (системной), воспалительных заболеваниях глотки и гортани, поражении нервной системы и мышц, участвующих в глотании.

Большинство вышеуказанных заболеваний имеют характерные клинические проявления, поэтому дифференциальный диагноз затруднений не вызывает. Парадоксальный характер дисфагии практически исключает органическую стенозирующую патологию пищевода (опухоль) и более характерен для функциональных заболеваний пищевода или эзофагитов.

Боль за грудиной при заболеваниях пищевода чаще всего требует дифференциальной диагностики с ишемической болезнью сердца. Основные отличия болевого синдрома приведены далее.

Признаки	Патология пищевода	ИБС
Возраст	Любой	Чаще пожилой
Пол	Одинаково часто у мужчин и женщин	Чаще у мужчин
Локализация боли	Чаще в нижней трети грудины и в области верхней трети мечевидного отростка	Обычно за грудиной
Иррадиация боли	Редко в область верхушки сердца	В левую руку, левое плечо, левую лопатку
Связь боли с глотанием	Характерна	Не характерна
Связь боли с приемом пищи	Чаще во время еды, реже после	Иногда после обильной пищи
Связь с физической нагрузкой	Мало характерна	Боль появляется на высоте нагрузки
Диспептические проявления	Характерны	Не характерны
ЭКГ	Нормальная	Ишемические изменения (горизонтальное смещение ST книзу от изолинии, отрицательный симметричный зубец Т)
ЭГДС = ФГДС (выполняется после предварительной ЭКГ)	Эзофагит, эрозии слизистой пищевода	Нормальная слизистая оболочка пищевода

Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы приходится дифференцировать со всеми заболеваниями органов пищеварения, проявляющимися болями в

эпигастрии и за грудиной, отрыжкой рвотой и дисфагией. Чаще это хронический гастрит, язвенная болезнь, хронический панкреатит, заболевания желчевыводящих путей и толстого кишечника. При этом необходимо тщательно анализировать симптоматику данных заболеваний и производить ЭГДС и рентгеноскопию желудка, которые практически всегда позволяют подтвердить или исключить наличие ГПОД.

Довольно часто ГПОД приходится дифференцировать с ИБС (при наличии загрудинных болей и нарушении ритма сердца). Для загрудинной боли, обусловленной ГПОД, характерно ее появление в горизонтальном положении, купирование боли в вертикальном положении или после приема щелочей, наличие выраженной изжоги, возникающей после еды, отсутствие ишемических изменений на ЭКГ. Однако не следует забывать, что возможно сочетание ГПОД и ИБС, особенно у пожилых людей, более того грыжа пищеводного отверстия может спровоцировать обострение ИБС.

Клиника

Рефлюкс-эзофагит

Целесообразно запомнить термин "рефлюкс-эзофагит". Рефлюкс - это обратный заброс, в нашем случае заброс желудочного содержимого в пищевод, в норме этого быть не должно, так как между пищеводом и желудком есть мышечный клапан. Эзофагит - воспаление пищевода. Таким образом, рефлюкс-эзофагит - это воспаление пищевода вследствие заброса в него кислого желудочного содержимого.

Основными факторами риска развития РЭ являются состояния, при которых, во-первых, снижается тонус нижнего пищеводного сфинктера; во-вторых, повышается внутрижелудочное давление; в-третьих, замедляется эвакуация из желудка. Нередко наблюдается сочетание двух - трех указанных причин. В силу этого к факторам риска следует отнести грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Способствуют повышению внутрижелудочного давления язвенная болезнь, ожирение, беременность. Внутрижелудочное давление повышается при быстрой и обильной еде, употреблении в повышенном количестве жиров, особенно тугоплавких, изделий из муки, острых приправ. Существенно снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера алкоголь, курение, шоколад, кофе. Есть ряд широко применяемых лекарственных препаратов, также способствующих снижению тонуса нижнего сфинктера пищевода: нитраты, антагонисты кальция, наркотические препараты. **Двумя постоянными признаками рефлюкс-эзофагита являются изжога и боли за грудиной во время еды, а также в покое. Оба признака возникают или**

усиливаются при наклоне туловища вперед, при переедании, сильном кашле, подъеме тяжестей, резком напряжении мышц брюшного пресса. Они также вызываются употреблением кофе, томатов, цитрусовых, шоколада, алкоголя. При изжоге и болях помогают прием питьевой соды, молока, противокислотных средств (альмагель, маалокс, фосфалюгель, ренни) Больных беспокоят также отрыжка, срыгивания, при тяжелых формах может появиться дисфагия.

Лечение рефлюкс-эзофагита проводится специалистом-гастроэнтерологом. До назначения лечения необходимо пройти обследование, где подтверждается диагноз воспаления пищевода. Однако многое для достижения эффекта лечения зависит от больного. Большое значение имеет снижение массы тела, у больных с повышенным весом высоко стоит диафрагма, повышается внутрижелудочное давление и усиливается заброс в пищевод. Самый простой и эффективный способ снижения веса - уменьшение суточного калоража пищи. В диете следует отказаться от продуктов, снижающих тонус пищеводного клапана или сфинктера - кофе, крепкий чай, шоколад, жирные сорта мяса. Следует отказаться от курения и приема алкоголя. Последний прием пищи должен быть за 3-4 часа до сна. Спать рекомендуется с приподнятым на 15-20 см головным концом кровати.

Из лекарственных средств в современных условиях применяются представители трех групп препаратов блокаторы H-2 гистаминовых рецепторов (ранитидин, фамотидин), блокаторы протоновой помпы (омепразол) и модуляторы моторики желудочно-кишечного тракта (метоклопрамид, цизаприд). Средства первых двух групп снижают кислотность желудочного сока, последние повышают тонус желудочно-пищеводного сфинктера. Конкретные рекомендации по приему и дозам лекарственных средств дает врач.

Воспалительные заболевания пищевода

Виды воспалительных заболеваний пищевода столь же многочисленны и разнообразны, как и воспалительные заболевания глотки, и часто их объединяют одни и те же этиологические факторы.

Острые неспецифические эзофагиты

Этиопатогенез. Острый неспецифический эзофагит чаще всего является вторичным, индуцированным воспалительными процессами, протекающими в соседних анатомических областях или на расстоянии.

Клинические формы. Катаральный эзофагит проявляется легкой дисфагией и ощущением жжения за грудиной. В первые дни больной жалуется на болезненность при глотании, боль в шее и за грудиной, жажду, выделение тягучей слизи или слюны. При эзофагоскопии определяется диффузная

гиперемия и отек слизистой, иногда ее поверхностные островковые изъязвления. Воспаление, если оно не поддерживается патогенным фактором, может продолжаться несколько дней.

В качестве лечебных средств применяют препараты висмута, молочнокислые продукты, сульфаниламиды, седативные и обезболивающие средства, жидкую пищу.

Язвенно-некротический эзофагит — редкое заболевание, возникающее как осложнение банальных инфекций ВДП. Общее состояние больного тяжелое: высокая температура тела ($38-39^{\circ}\text{C}$), сильные боли в области пищевода, невыносимые при акте глотания пищевого комка и жидкости, из-за чего акт глотания практически полностью нарушен. Больной находится в вынужденном положении (лежит на боку с поджатыми коленями, или сидит, наклонив туловище вперед). Слизистая оболочка покрыта ложным крупом (серым налетом); местами выявляются глубокие изъязвления и некротические участки.

Лечение включает устранение источника первичной инфекции, назначение антибиотиков, сульфаниламидов, парентерального питания в острой стадии, затем жидкой пищи, своевременной профилактики образования рубцовых стенозов путем бужирования. В тяжелых случаях язвенно-некротического эзофагита показана гастростомия и питание через свищ в желудке.

Флегмонозный эзофагит выражается в двух формах — локализованной и диффузной.

Локализованная форма проявляется кольцевидным ограниченным подслизистым абсцессом.

Симптомы: постоянные спонтанные боли за грудиной, усиливающиеся при глубоком вдохе или попытке проглотить порцию жидкости, иррадиирующие в спину (межлопаточное пространство); дисфагия. Локализация абсцесса в шейном отделе проявляется припухлостью в надключичной области, болезненной при пальпации и при движениях головой. При локализации в грудном отделе боли носят разлитой характер с иррадиацией в спину и эпигастральную область. Наблюдается напряжение передней брюшной стенки. Абсцесс чаще всего прорывается в просвет пищевода, что является самым благоприятным исходом заболевания, однако он может опорожниться в плевральное пространство, трахею с образованием пищеводно-трахеального свища, а также в средостение.

Лечение абсцесса пищевода при его грудной локализации и нарастающих клинических явлениях — хирургическое, проводимое путем эндоскопического рассечения его капсулы и отсасывания гнойного содержимого. При шейной локализации периезофагеального абсцесса его

вскрытие производят наружным доступом. При наличии выраженного отека в области входа в пищевод, распространяющегося на преддверие гортани, и появлении первых признаков удушья показана срочная трахеотомия, поскольку такие отеки обладают коварным свойством лавинообразного нарастания.

Острые инфекционные эзофагиты

Обычно возникают как осложнение гриппа, кори, скарлатины, дифтерии или как первичное проявление этих инфекций.

Гриппозный эзофагит может проявляться в двух формах — легкой катаральной и тяжелой язвенно-некротической; выделяют также паралитическую форму.

Гриппозный катаральный эзофагит возникает как слабовыраженный синдром в общей клинической картине гриппозной инфекции и мало чем отличается от описанной выше картины катарального эзофагита. Эволюция заболевания протекает благоприятно, выздоровление наступает через 6-10 дней.

Язвенно-некротическая форма близка по своему клиническому течению к флегмонозному эзофагиту.

Лечение: общее противогриппозное, местное — в зависимости от патоморфологических проявлений.

Дифтерийный эзофагит относится к редким заболеваниям. Он может возникнуть при тяжелом течении дифтерии глотки с распространением на гипогарингс и пищевод. При фиброэзофагоскопии стенки пищевода покрыты темно-серыми или желтоватыми налетами, плотно спаянными с подлежащей тканью, кровоточащей при удалении пленок. Местами определяются участки изъязвления и некроза слизистой оболочки. В удаленных пленках выявляются бактерии Клебса — Леффлера.

Осложнения возникают в виде паралича пищевода и его стриктур.

Диагноз как дифтерийного эзофагита, так и его последствий в виде параличей и стриктур достаточно труден. Обычно параличи устанавливают косвенным образом по наличию невритического паралича мягкого неба и мышц гипогарингса, стенозы — по характерной клинической картине непроходимости пищевода и данным эзофагоскопии и рентгенографического исследования.

Лечение входит в общее лечение дифтерийной инфекции — серотерапия, пенициллинотерапия, стимулирование функций жизненно важных органов, обезболивающие, седативные средства; щадящая жидкая диета, охлажденные

слизистые отвары с суспензией пенициллина; контроль функции почек, при дифтерийных полиневритах — препараты витаминов группы В. При рубцовом стенозе пищевода и невозможности питания естественным путем производят гастростомию и бужирование с целью расширения его стриктуры.

Хронические эзофагиты

Они могут проявляться незаживающими язвами, длительно текущим воспалением, возникать при рубцовых стенозах и опухолях. Хронические эзофагиты делят на неспецифические и специфические (туберкулез, сифилис, актиномикоз).

Хронический неспецифический эзофагит.

Этиопатогенез. Заболевание, как правило, возникает в результате длительного раздражения слизистой оболочки, утраты ею защитных свойств и инфицирования обычной патогенной или условно патогенной микрофлорой, в редких случаях — как осложнение острого эзофагита.

Симптомы и клиническое течение. Наиболее частым симптомом является ощущение жжения за грудиной или в эпигастральной области, возникающее при прохождении пищевого комка по пищеводу, сопровождающееся иногда ощущением медленного продвижения пищи.

Длительное течение хронического неспецифического эзофагита, проявляющееся дисфагией, кровотечениями, повторным инфицированием пищевода, приводит к возникновению патоморфологических изменений его тканей (ретрактивный фиброз стенок, малигнизация изъязвленной слизистой), к ухудшению общего состояния больного.

Диагноз устанавливают при помощи оценки анамнеза, оценки состояния больного и данных эндоскопического и лучевого обследования пищевода.

Лечение проводится в гастроэнтерологическом отделении.

Хронические специфические эзофагиты.

К этим формам эзофагита относятся заболевания, вызванные туберкулезной и сифилитической инфекцией, актиномицетами и др.

Туберкулез пищевода возникает крайне редко, поскольку быстрое прохождение инфицированной мокроты не способствует фиксации туберкулезной палочки в слизистой оболочке. Возможно гематогенное и лимфогенное инфицирование пищевода.

Чаще всего туберкулез пищевода встречается на уровне бифуркации трахеи (до 50%), несколько реже — в верхней и очень редко — в нижней трети пищевода. Макроскопически проявляется в двух формах: язвенной и склеротической.

Симптомы и клиническое течение. Наличие язв сопровождается чувством жжения и болью при проглатывании пищи, исчезающими в промежутках между актами глотания. При склеротической форме преобладают явления дисфагии, ухудшающей общее состояние больного, так как первичный процесс (в легких, лимфатических узлах) усугубляется ввиду невозможности полноценного питания.

Прогрессирование язвенного процесса при одновременном поражении туберкулезной инфекцией глотки приводит к резкому нарушению акта глотания и появлению сильных спонтанных болей, особенно в ночное время.

Прогноз при начальных формах туберкулеза пищевода осторожный. При запущенных формах, проявляющихся обширными и глубокими поражениями, сопровождающимися кахексией больного и прогрессированием первичного процесса, неблагоприятный.

Диагноз весьма затруднителен, особенно при стертых формах первичного туберкулеза. Диагноз может быть установлен с определенной вероятностью лишь при эзофагоскопии, которую следует проводить у всех больных туберкулезом легких, предъявляющих жалобы на затруднение глотания.

При эзофагоскопии выявляются макроскопические признаки поражения стенки пищевода, а также проводится биопсия туберкулезных инфильтратов. Обнаружение в биоптате эпителиоидных и гигантских клеток среди творожистого распада, нейтрофилов, остатков тканей и гноя делает достоверным диагноз туберкулеза.

Дифференциальный диагноз проводят с сифилисом и новообразованиями.

Лечение проводится во фтизиатрическом отделении.

Сифилис пищевода может возникнуть в любой стадии этого заболевания, но наиболее часто — в третичном периоде.

Патоморфологически проявляется в двух формах — язвенной и гуммозной, которые идентичны изменениям, возникающим при сифилисе глотки. При размягчении сифилитических инфильтратов образуются язвы, имеющие вид «штампованных вырубок» в стенке пищевода с приподнятыми краями, некоторые из них обнаруживают тенденцию к распространению по поверхности, некоторые — к поражению всей толщи стенки пищевода с образованием перфораций. Язвы могут распространяться на соседние органы

с образованием пищеводно-трахеальных или пищеводно-бронхиальных свищей.

Симптомы и клиническое течение. Первые симптомы сифилиса пищевода, как правило, возникают через много лет после первичного заражения этой инфекцией и обнаруживаются лишь после того, как возникает дисфагия. Чаще всего при сифилисе пищевода возникает подозрение на наличие онкологического заболевания. Поскольку почти все формы сифилиса пищевода обладают выраженной тенденцией к склерозированию и образованию стриктур, наиболее ранним и частым симптомом при этом заболевании является дисфагия и затруднение прохождения пищи. Этот признак прогрессирует постепенно.

Диагноз. В распознавании заболевания большую роль играет анамнез с указанием на факт заболевания сифилисом в прошлом. Данные рентгенографии не имеют патогномонического значения.

При эзофагоскопии обнаруживают язвы, гуммозные инфильтраты, стриктуры и звездообразные рубцы. Язвы обычно не кровоточат и безболезненны.

Прогноз определяется своевременностью диагностики и степенью развития общей сифилитической инфекции, а также своевременным и качественным этиологическим лечением. При образовании пищеводно-трахеальных свищей прогноз усугубляется возможными аспирационными пневмониями, бронхитами как специфической, так и банальной этиологии. При фистулах, проникающих в средостение, прогноз серьезный ввиду возможности возникновения гнойного медиастинита.

Лечение общее специфическое. При перфорациях пищеводно-трахеальных или бронхиальных свищей предпринимают попытки пластического закрытия дефектов стенок трахеи (бронха) и пищевода. При медиастините как последняя возможность спасти больного производят медиастинотомию на фоне интенсивной антибиотикотерапии. При склеротических стенозах проводят бужирование.

Актиномикоз пищевода — заболевание редкое, его возникновение возможно лишь при условии повреждения слизистой оболочки пищевода и задержки в нем инфицированных элементов.

Морфологически заболевание проявляется экстенсивно растущей опухолью, поражающей на своем пути все ткани и дающей вторичные очаги в легкие, печень, другие органы брюшной полости и в другие анатомические области.

Симптомы и клиническое течение. Заболевание обнаруживают, когда возникают значительные разрушения пищевода, сопровождающиеся болью и дисфагией. Иногда в отрыгиваемой слизи обнаруживают кровянистые

выделения, а при микроскопии — актиномицеты. Клинически заболевание протекает очень тяжело и, как правило, заканчивается летальным исходом.

Диагноз устанавливают на основании данных, полученных при эзофагоскопии и биопсии.

Дифференцируют от злокачественной опухоли.

Прогноз серьезный, поскольку актиномикоз пищевода чреват осложнениями, связанными с поражением средостения и органов грудной клетки.

Лечение подразделяется на местное и общее. Местное лечение малоэффективно, особенно при распространенной форме. Применяют диатермокоагуляцию, рентгенотерапию. При общем лечении назначают макро- и микроэлементы (калия йодид), пенициллин (бензилпенициллин, феноксиметилпенициллин), противомикробные средства в комбинации (ко-тримоксазол), тетрациклины (доксциклин, метациклин).

Сосудистые заболевания пищевода.

Подразделяются на травматические (первично возникающие) и «генуинные», возникающие при различных заболеваниях пищевода и связанных с ним анатомически органов брюшной полости, а также при некоторых системных сосудистых заболеваниях.

Основным признаком любого сосудистого заболевания пищевода являются пищеводные кровотечения, они могут возникать при незначительных ранениях слизистой оболочки, например инородным телом, при прорастании опухоли пищевода в медиастинальный сосуд или в нисходящую часть аорты. Чаще всего наблюдаются кровотечения из сосудов пищевода при повреждении его стенки жестким эзофагоскопом, аррозии сосуда язвенным процессом или распадающейся опухолью, при врожденном или приобретенном варикозном расширении вен.

Кровотечение может возникать спонтанно, при натуживании, поднятии тяжести, гипертензии, банальных желудочно-кишечных заболеваниях, лихорадочных состояниях. Оно может повторяться, возникать без всяких симптомов среди полного здоровья и угрожать жизни. Кровотечения из пищевода могут возникать при ангиоме и геморрагическом ангиоматозе, относящемся к одному из проявлений болезни Ослера, для которой характерны множественные наследственные телеангиэктазии, локализующиеся преимущественно на губах и слизистой оболочке носа.

Лечение при пищеводных кровотечениях определяется его этиологией и предусматривает комплекс общих гемостатических приемов, применяемых при кровотечениях из ЛОР-органов, например при носовых и глоточных кровотечениях. При пищеводных кровотечениях эзофагоскопия жестким инструментом категорически противопоказана.

Аномалии развития пищевода

Врожденная атрезия пищевода и пищеводно-трахеальные свищи

Встречаемость: встречается 1 случай на 7-8 тысяч новорожденных (Rosenquist). Наиболее часто встречается полная атрезия пищевода в сочетании трахеобронхиальным свищом: проксимальный конец пищевода атрезирован, а дистальный соединен с трахеей. Реже встречается полная атрезия пищевода без трахеобронхиального свища.

К порокам развития пищевода относятся дисгенезии формы, размера и положения. Эти аномалии нередко сочетаются с дисгенезиями трахеи.

Дисгенезии пищевода проявляются его частичным или полным сужением, агенезией (отсутствие пищевода), гипогенезией различных частей пищевода, пищеводно-трахеальными врожденными свищами. Чаще всего встречается комбинация полной непроходимости пищевода с пищеводно-трахеальным свищом (1, 2, 3, 4). Реже наблюдается комбинация сужения пищевода с пищеводно-трахеальным свищом (6) или та же комбинация, но без сужения пищевода (7).

Типичные пороки развития пищевода: 1 — атрезия пищевода; 2-4 — варианты атрезии пищевода, сочетающейся с различными видами пищеводно-трахеальных свищей; 5 — врожденное сужение пищевода; 6 — врожденное сужение пищевода, сочетающееся с пищеводно-трахеальным свищом; 7 — врожденный пищеводно-трахеальный свищ без сужения пищевода

Встречаемость: встречается 1 случай на 7-8 тысяч новорожденных (Rosenquist). Наиболее часто встречается полная атрезия пищевода в сочетании трахеобронхиальным свищом: проксимальный конец пищевода атрезирован, а дистальный соединен с трахеей. Реже встречается полная атрезия пищевода без трахеобронхиального свища.

Пороки развития пищевода обычно обрекают новорожденных либо на быструю голодную смерть, либо на травматичные оперативные вмешательства. Кроме собственно пороков пищевода могут иметь место так называемые врожденные дисфагии, которые обусловлены пороками развития органов, сопредельных с нормальным пищеводом (аномальное отхождение правой сонной и подключичной артерий от дуги аорты или слева от ее нисходящей части), что обуславливает давление этих сосудов на пищевод в месте перекреста.

Девииции пищевода возникают при аномалиях развития грудной клетки и смещении расположенных в ней органов и средостения, которое может смещать пищевод относительно его нормального положения. Отклонения пищевода делят на врожденные и приобретенные. Врожденные соответствуют аномалиям развития грудного скелета; приобретенные, возникающие значительно более часто, обусловлены тракцией какого-либо рубца, захватившего стенку пищевода, либо давлением извне, обусловленным такими заболеваниями, как зоб, опухоли средостения и легких, лимфогранулематоз, аневризма аорты, давление позвоночника и др..

Лечение аномалий пищевода находится в компетенции торакального хирурга.

Врожденные стенозы пищевода

Как правило, стеноз расположен на уровне аортального сужения.

Клиника: хиатальная грыжа, эзофагит, ахалазия. При значительном сужении пищевода возникает супрастенотическое расширение пищевода. Симптомы, как правило не проявляются до введения в пищевой рацион ребенка твердой пищи.

Диагностика:

Клинические проявления

Фиброэзофагогастроскопия

Контрастное исследование пищевода

Лечение: в большинстве случаев достаточно расширения пищевода путем дилатации или бужирования. Оперативное лечение проводится в случае неуспешного консервативного.

Врожденная мембранная диафрагма пищевода

Диафрагма состоит из соединительной ткани, покрытой ороговевающим эпителием. В этой диафрагме часто есть отверстия, через которые может проникать пища. Локализуется почти всегда в верхнем отделе пищевода, гораздо реже - в среднем отделе.

Клиника: основным клиническим проявлением является дисфагия, которая возникает при введении в рацион ребенка твердой пищи. При значительных отверстиях в мембране пища может попадать в желудок. Такие пациенты как правило тщательно все пережевывают, чем предотвращают застревание пищи в пищеводе. Мембрана под действием остатков пищи часто воспаляется

Диагностика:

1. Клинические проявления
2. Контрастное исследование пищевода

Лечение: постепенное расширение пищевода зондами различного диаметра. При диафрагме полностью перекрывающей просвет необходимо удаление ее под эндоскопическим контролем.

Врожденный короткий пищевод

Считается, что при внутриутробном развитии развитие пищевода идет медленнее, а часть желудка, проникая через диафрагму формирует нижний отдел пищевода. Врожденный короткий пищевод встречается при синдроме Марфана, встречаются семейные случаи заболевания.

Клиника: клинические проявления аналогичны таковым при скользящей хиатальной грыже - боли в грудной клетке после еды, изжога, может быть рвота.

Диагностика:

Клинические проявления

Часто дифференцировать врожденный короткий пищевод от скользящей хиатальной грыжи можно только при операции

Фиброэзофагогастроскопия

Лечение: при симптоматике - хирургическое, как правило, при отсутствии сращений пищевода и аорты можно восстановить нормальное положение пищевода и желудка путем его растяжения.

Врожденные пищеводные кисты

Кисты располагаются интрамурально, параэзофагеально. Выстланы такие кисты бронхиальным, пищеводным эпителием.

Клиника: у детей кисты могут вызывать дисфагию, кашель, нарушение дыхания, цианоз. У взрослых кисты как правило, меньше 4 см, если более 4 см то клиническая симптоматика такая же как и при лейомиомах. Кисты могут осложняться медиастинитом при инфицировании, кровотечением и озлокачествлением.

Лечение: удаление кисты при фиброгастроскопии.

Дивертикулы пищевода

Наиболее часто встречаются дивертикулы грудного отдела пищевода - бифуркационные, несколько реже - ценкеровские. Среди больных значительно преобладают мужчины. В большинстве случаев патология встречается в зрелом возрасте - от 40 до 60 лет.

По механизму возникновения различают пульсионные, тракционные и смешанные дивертикулы. В действительности нередко дивертикул, образовавшийся вначале как тракционный (последствие операции, воспалительного процесса), затем развивается по пульсионному механизму (к прогрессированию выпячивания приводит повышение внутрипищеводного давления).

Фарингоэзофагеальные (ценкеровские) дивертикулы своим устьем располагаются на задней стенке глотки на уровне перстневидного хряща, где имеется область (треугольник Лаймера-Геккермана), не прикрытая мышцами. Повышение давления в глотке и области «рта» пищевода и дискоординация работы мышц могут привести к формированию дивертикула значительных размеров.

Бифуркационные дивертикулы располагаются преимущественно на передней или переднеправой стенке пищевода и не бывают столь больших размеров, как ценкеровские. Воспалительные процессы в лимфатических узлах и других образованиях средостения приводят к развитию спаечного процесса, рубцеванию и вытягиванию стенки пищевода. Такой механизм образования дивертикулов подтверждают операционные наблюдения, при которых всегда

находят плотные сращения дивертикула с лимфатическими узлами, трахеей, бронхом. В дальнейшем к тракционному механизму может присоединиться пульсионный.

Эпифренальные дивертикулы обычно располагаются на передней или правой стенке пищевода в нижней трети его и могут достигать значительных размеров. Эти дивертикулы являются пульсионными. Основную роль в их образовании играет врожденная слабость стенки пищевода в этой области.

Релаксационные (функциональные) дивертикулы являются следствием нарушенной иннервации пищевода и представляют собой ограниченные выпячивания стенки при повышении давления в просвете пищевода (в процессе глотка). При расслаблении пищевода они исчезают.

Спаечные дивертикулы имеют тракционное происхождение, связаны с воспалительными процессами в средостении. Они также обычно выявляются во время перистальтической деятельности пищевода и исчезают в покое.

Клиника. Ценкеровский дивертикул в начальной стадии может проявляться только неопределенным «дискомфортом» (некоторая неловкость при глотании, периодически «царапанье» в области глотки). При увеличении размеров мешка симптоматика становится более богатой. Вследствие попадания пищи в дивертикул и сдавления пищевода появляется дисфагия, которая облегчается после опорожнения дивертикула. После еды, особенно в положении лежа, наблюдается регургитация непереваренных пищевых масс из дивертикула; у больных появляется неприятный запах изо рта. Регургитация во время сна пищевых масс и слизи приводит к развитию легочных осложнений. Из других осложнений дивертикула заслуживают упоминания изъязвления и перфорации пищевода, кровотечения; в редких случаях развивается рак. При больших ценкеровских дивертикулах в области шеи может быть видна эластичная опухоль, которая при нажатии на шею может исчезать, так как наступает опорожнение мешка.

Бифуркационные дивертикулы, особенно небольшие с широкой шейкой, протекают бессимптомно, чаще всего являясь случайной рентгенологической находкой. Основными симптомами при дивертикулах бифуркационного отдела пищевода служат различной выраженности дисфагия, загрудинные боли или боли в спине. Дисфагия при небольших дивертикулах зависит от сегментарного эзофагита в области шейки и спазма пищевода. Боли могут быть вызваны как дивертикулитом и перидивертикулитом, так и сегментарным эзофагитом.

Эпифренальные дивертикулы при небольших размерах и широкой шейке могут протекать бессимптомно. При значительных размерах дивертикула и возникновении дивертикулита больные жалуются на дисфагию, срыгивание, загрудинные боли, тяжесть за грудиной после еды. В ряде случаев боли

напоминают боли при стенокардии. В некоторых случаях клиническая картина весьма сходна с таковой при кардиоспазме или грыже пищеводного отверстия. Диагностика в данном случае осложняется тем, что эпифренальный дивертикул нередко сочетается с этими заболеваниями (до 20% случаев).

Диагностика. В распознавании дивертикулов рентгенологическое исследование играет основную роль. Показано тщательное, многоосевое исследование в различных положениях больного. Задача состоит не только в том, чтобы выявить дивертикул, но и точно локализовать его, определить, на какой стенке он расположен, какова шейка (узкая, широкая), как длительно задерживается бариевая взвесь, имеются ли нарушения проходимости пищевода и явления сопутствующего эзофагита. Необходимо тщательно обследовать стенки дивертикула, так как возможно развитие в нем полипа и рака. Следует помнить о возможности формирования эзофагомедиастинальных и эзофагореспираторных свищей.

Эндоскопическое исследование показано при подозрении на свищ, рак или полип, для уточнения роли дивертикула как возможного источника кровотечения и в ряде случаев для установления показаний к хирургическому лечению в плане выявления дивертикулита и изъязвлений дивертикула. Некоторую помощь в диагностике может оказать эзофагоманометрия, при которой в области дивертикула определяется снижение давления покоя. В случае сегментарного эзофагита в ответ на глоток здесь может быть зафиксирован спазм пищевода.

Лечение. Консервативное лечение показано при небольших быстро опорожняющихся дивертикулах без явлений дивертикулита, при скудной клинической картине. Лечение должно быть направлено на уменьшение возможности развития дивертикулита (или ликвидации его в тех случаях, когда больному противопоказано оперативное лечение). Перед каждым приемом пищи рекомендуется употреблять ложку растительного масла. Пища не должна быть излишне горячей или холодной. Следует избегать острой пищи и спиртных напитков. Пищу необходимо тщательно разжевывать. В некоторых случаях целесообразно на время назначить больному полужидкую диету. После еды следует выпивать несколько глотков воды для механического очищения дивертикула. В случаях сочетания дивертикула с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы назначают лечение, направленное на борьбу с рефлюкс-эзофагитом.

Хирургическое лечение показано при осложнениях дивертикула пищевода (дивертикулит, изъязвление, свищи, кровотечение, рак и др.). При фарингоэзофагеальном дивертикуле в настоящее время выполняют только дивертикулэктомию из шейного доступа как наиболее радикальное вмешательство при этом заболевании.

При бифуркационных и эпифрекальных дивертикулах производят дивертикулэктомию или инвагинацию дивертикула. Дивертикулэктомию выполняют из правостороннего торакального доступа. Уточняют область локализации дивертикула и рассекают медиастинальную плевру. Пищевод выделяют лишь настолько, чтобы можно было выполнить операцию. Брать его на держалку в большинстве случаев нет необходимости. Дивертикул выделяют из окружающих тканей до шейки и иссекают. Отверстие в пищеводе ушивают, накладывают отдельные швы на медиастинальную плевру. Если мышечная оболочка пищевода выражена слабо, то требуется пластическое укрытие швов, которое лучше всего сделать лоскутом диафрагмы. Инвагинация дивертикула чаще дает рецидивы и поэтому применяется лишь при небольших дивертикулах, главным образом при сочетанных операциях (например, при наличии эпифренального дивертикула и грыжи пищеводного отверстия).

Аномалии сосудов

Врожденные аномалии аорты и крупных сосудов могут сдавливать пищевод и вызывать дисфагию. Например, аномальная правая надключичная артерия. Как правило, дисфагия проявляется в первые 5 лет жизни. Иногда встречается двойная дуга аорты, которая окружает трахею и пищевод и при еде возникает цианоз и кашель, а позже присоединяется дисфагия

Лечение заключается в удалении соединительно-тканного кольца, связывающего сосуд и пищевод без вмешательства на сосудах.

Повреждения пищевода

1. Травматические повреждения (наружные и внутренние).
2. Ожоги и их последствия.
3. Травматические повреждения.

Классификация:

1. Внутренние (закрытые) - повреждения со стороны слизистой оболочки
2. Наружные (открытые), со стороны соединительнотканной оболочки или брюшины. Как правило, сопровождаются повреждением кожных покровов тела при ранениях шеи, грудной клетки и живота.

Этиология:

- 1) Ятрогенные диагностические и лечебные мероприятия (эзофагоскопия, бужирование, кардиодилатация и назогастральная интубация ЖКТ), трахеостомия, интубация трахеи. Травма пищевода во время операций на органах грудной клетки, шеи и живота.
- 2) Инородные тела.
- 3) Заболевания пищевода, ведущие к перфорации его стенки (опухоли, язвы, химические ожоги и т.п.).

Разрывы пищевода чаще всего происходят после рвоты (75% случаев), напряжения и кашля: синдром Мэллори-Вейс - разрыв слизистой оболочки пищевода, что проявляется кровотечением после сильного приступа рвоты. Хирургическое вмешательство требуется в 10% случаев; спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхава) обычно происходит выше места перехода пищевода в желудок. Диагноз подтверждается присутствием воздуха в левом средостении. Показано немедленное хирургическое вмешательство.

Ранения шеи, грудной клетки, живота, нанесенные холодным или огнестрельным оружием.

Разрывы пищевода при закрытых повреждениях тела.

Различают полные и неполные повреждения пищевода. Неполное повреждение - разрыв в пределах одной или нескольких оболочек, но не всей толщи органа. Полное повреждение - на всю глубину стенки органа. При локализации в шейном отделе развивается около- или запищеводная гнойно-некротическая флегмона шеи; в грудном отделе - медиастенит, а при повреждениях плевры - плеврит, перикарда - перикардит, в брюшном отделе - перитонит.

Клиника:

- 1) Боль по ходу пищевода.
- 2) Ощущение инородного тела в пищеводе.
- 3) Гиперсаливация.
- 4) Кровавая рвота.
- 5) Подкожная эмфизема.
- 6) Выделение слюны через рану.

Диагностика:

Рентгенологическое исследование: обзорная рентгенография - эмфизема средостения или клетчатки шеи, гидропневмоторакс, пневмоперитонеум. Контрастная рентгенография (на спине, боку, на животе) - определение размера дефекта и его локализацию.

Эзофагоскопия жестким эзофагоскопом под наркозом.

Лечение:

Консервативное: полное исключение энтерального питания, медикаментозная коррекция нарушений гомеостаза, антибиотикотерапия направленного действия.

Хирургическое: задача хирургического лечение - устранение дефекта.

Радикальные операции: устранение дефекта в стенке пищевода и дренирование околопищеводной клетчатки тем или иным доступом.

Паллиативные операции: в зависимости от уровня повреждения выполняют дренирование флегмоны: в шейном и верхнегрудном отделах до уровня Th4-Th5 - шейная боковая медиастиномия. В нижней трети грудного отдела пищевода - нижняя трансабдоминальная медиастиномия по Савиных. Гастростомия выполняется в послеоперационном периоде для облегчения питания больного.

Инородные тела пищевода

Общее:

Причины попадания инородных тел в пищевод: непреднамеренные (случайного проглатывание), преднамеренные (у психически больных).

Уровень задержки инородного тела: острые инородные тела застревают в начальном отделе пищевода, крупные и без острых углов предметы - в местах физиологических сужений.

Причины способствующие задержке инородного тела: спазм мускулатуры пищевода, в ответ на раздражение слизистой оболочки инородным телом и патологические изменения стенки (опухоли, дивертикулы, стриктуры).

Ранняя перфорация стенки возможна при попадании острых инородных тел. Некрозы, пролежни и поздняя перфорация стенки при больших инородных телах без острых углов.

Клиника:

Чувство страха.

Боль постоянная или при глотании, локализуемая: в горле, в области яремной ямки, за грудиной.

Дисфагия обусловлена спазмом мускулатуры пищевода и воспалительным отеком его слизистой оболочки.

Регургитация, вплоть до полной непроходимости пищевода.

Осложнения:

Кровотечение из поврежденных сосудов различной степени выраженности.

Травматический эзофагит и перфорация стенки вследствие длительного пребывания инородного тела.

Диагностика:

Жалобы

Инструментальные методы: многоосевое рентгенологическое исследование рентгенконтрастных инородных тел позволяет уточнить диагноз и определить их расположение; эзофагоскопия показана во всех случаях, так как дает возможность не только верифицировать инородное тело, но и удалить его.

Лечение:

Консервативное: удаление тела с помощью жесткого эзофагоскопа

Хирургическое: эзофагостомия, удаление инородного тела, зашивание стенки пищевода. Показания: перфорация стенки, кровотечение, неудачная попытка эндоскопического удаления.

Химические ожоги пищевода

Едкие вещества (щелочи и кислоты) вызывают тяжелые ожоги пищевода. Часты суицидальные попытки среди взрослых и несчастные случаи у детей, связанные с приемом уксусной эссенции, щелочей или детергентов (например, хлорной извести). Наиболее опасные крепкие щелочи, применяемые в быту. Меньшим повреждающим действием обладают аммиакосодержащие моющие, отбеливающие и дезинфицирующие вещества, некоторые медикаментозные средства. Кислоты вызывают больше повреждений в желудке, чем в пищеводе. Раннее появление ожогов полости рта (или их отсутствие) и наличие дисфагии не отражает степени повреждения пищевода. Оценка степени повреждения требует срочного

проведения эндоскопии. При лечении ожогов пищевода рекомендуют немедленно назначать кортикостероиды и антибиотики широкого спектра действия. У выживших возможно развитие стриктур и карциномы пищевода в отдаленных сроках.

Этиология:

Случайный или преднамеренный (с суицидальной целью прием внутрь концентрированных кислот (уксусная эссенция, аккумуляторные электролит) или щелочек (нашатырный спирт, каустическая сода).

Патогенез:

Кислоты вызывают коагуляционный некроз тканей с образованием плотного струпа, который препятствует проникновению вещества вглубь и уменьшает попадание его в кровь.

Щелочи вызывают колликвационный некроз, который способствует переносу и распространению щелочи на здоровые участки. Ожоги щелочами характеризуются более глубоким и распространенным поражением стенки пищевода.

Принятое внутрь вещество, помимо местного, оказывает и общетоксическое действие с развитием полиорганной недостаточности (прежде всего печеночно-почечной).

Выделяют 4 стадии патолого-анатомических изменений:

- I Гиперемия и отек слизистой оболочки
- II Некроз и изъязвление слизистой оболочки
- III Образование грануляционной ткани
- IV Рубцевание

Степень морфологических изменений зависит от концентрации едкого вещества, его количества, степени наполнения желудка, сроков оказания первой помощи, характера принятого вещества.

Клинически выделяют три степени ожога пищевода:

- I Гиперемия и отек слизистой оболочки
- II Поражение слизистой оболочки и подслизистой основы
- III Поражение всех оболочек пищевода

Клиника:

1) Острая стадия (5-10 суток):

Боль в области рта, глотки, за грудиной, в эпигастральной области.

Гиперсаливация.

Дисфагия.

Шок в ближайшие часы после травмы.

Ожоговая токсемия через несколько часов начинается превалировать.

2) Стадия мнимого благополучия (7-30 сут): в результате отторжения некротизированных тканей пищевода приблизительно с конца 1-й недели становится несколько более свободным.

Осложнения: пищеводные кровотечения, перфорации стенки пищевода, при наличии обширных раневых поверхностей развивается сепсис.

3) 3 стадия - образование стриктуры (от 2 до 6 мес, иногда годами). На стенке пищевода различной протяженности вялозаживающие участки. Раневые поверхности покрыты струпом, легко кровоточат. Дисфагия может дойти до степени полной непроходимости пищевода. При высокорасположенных стриктурах ларингоспазм, кашель, удушье обусловлены попаданием пищи в дыхательные пути.

Лечение:

Ожоги:

Промывание полости рта и желудка растворами антидотов.

Обильное питье (вода, молоко) с последующим вызыванием рвоты.

Обязательное раннее (в первые часы) промывание желудка (объем жидкости по возрасту - от 1 до 5 л).

Интенсивная противошоковая терапия.

Седативные препараты (пипольфен, супрастин).

Дезинтоксикационная терапия. При развитии острой почечной недостаточности - методы экстракорпорального очищения крови (вплоть до гемодиализа).

Инфузионная терапия под контролем диуреза (по показаниям - форсированный диурез), антибиотикотерапия.

Кортикостероидная терапия.

Питье рыбьего жира, растительного масла.

При ожогах 2-3 степени раннее (с 7-8 дня) бужирование соответствующим возрастному просвету пищевода бужом.

Лечение осложнений:

Раннее бужирование пищевода в течение 1-1.5 месяца в сочетании с кортикостероидами и лидазой.

В стадии образования стриктуры основной метод лечения - бужирование.

Показания: бужирование показано всем больным с послеожоговыми стриктурами пищевода (если удастся провести через сужение металлический проводник).

Противопоказания: медиастенит, бронхопищеводный свищ.

Виды бужирования:

"Слепое" - через рот.

Полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику (наиболее часто).

Под контролем эзофагоскопа. Показано, когда возникают затруднения при проведении проводника.

По принципу "бужирование без конца" (при наличии гастростомы у больных с извитыми и множественными стриктурами).

Ретроградное (через гастростому).

Показания к оперативному лечению:

1. Полная облитерация просвета пищевода.
2. Неоднократные неудачные попытки проведения бужа через стриктуру.
3. Рецидив стриктуры после бужирования.

4. Пищеводно-трахеальные, пищеводно-бронхиальные свищи.
5. Перфорация пищевода при бужировании.
6. Более двух лет с момента ожога.

Типы операций:

При сегментарных стриктурах - частичная пластика пищевода.

При обширных стриктурах - тотальная пластика пищевода с предгрудинными или внутригрудинным расположением трансплантата из тонкой или толстой кишки.

Нарушения моторики пищевода

Ахалазия кардии

Ахалазия кардии - нервно-мышечное заболевание всей гладкой мускулатуры пищевода, проявляющееся беспорядочной перистальтикой пищевода, нарушением прохождения пищевых масс в желудок, стойким нарушением рефлекторного открытия нижнего пищеводного сфинктера при глотании, дисфагией.

При ахалазии кардии изменяются тонус и перистальтика всего пищевода. Вместо распространяющихся к желудку перистальтических сокращений появляются непропульсивные (не обеспечивающие пассаж) волны, к ним присоединяются сегментарные сокращения стенки пищевода. Пища долго задерживается в пищеводе и поступает в желудок вследствие механического раскрытия нижнего пищеводного сфинктера под влиянием гидростатического давления столба жидкости над ним. Длительный застой пищевых масс, слюны и слизи в пищеводе приводит к значительному расширению его просвета, развитию эзофагита и периезофагита, что усугубляет нарушения перистальтики пищевода.

Клиника. Для ахалазии характерна триада симптомов: дисфагия, регургитация, боли. Дисфагия - основной и в большинстве случаев первый симптом заболевания. В одних случаях она возникает внезапно среди полного здоровья, в других - развивается постепенно. Усиление дисфагии у большинства больных отмечают после нервного возбуждения, во время поспешной еды, при приеме плотной, сухой и плохо прожеванной пищи. У ряда больных степень дисфагии зависит от температуры пищи: с трудом проходит или не проходит теплая пища, а холодная проходит.

Больные постепенно находят приемы для облегчения прохождения пищи в желудок (ходьба, гимнастические упражнения, заглатывание воздуха и

слюны, прием большого количества теплой воды и т. д.). При ахалазии кардии регургитация наступает через несколько часов после приема пищи, провоцируется наклонами туловища вперед или горизонтальным положением тела. Моторика пищевода угнетена, а сегментарные сокращения отсутствуют.

Регургитация в положении лежа и при сильном наклоне туловища вперед обусловлена механическим давлением содержимого пищевода на глоточно-пищеводный (верхний пищеводный) сфинктер и его растяжением. Ночная регургитация связана с некоторым снижением тонуса верхнего пищеводного сфинктера. Однако у большинства больных боли возникают при переполнении пищевода и исчезают после срыгивания или прохождения пищи в желудок. У части больных возникают приступы спонтанных болей за грудиной по типу болевых кризов.

Нередкими осложнениями ахалазии бывают повторные аспирационные бронхопневмонии, абсцессы легких, пневмосклероз. Особенно часто эти осложнения встречаются у детей.

Диагностика. Рентгенологически при ахалазии кардии терминальный отдел пищевода обычно имеет закругленную форму, его суженная часть нередко располагается эксцентрично, характерен симптом нависания стенки пищевода над сужением. Холинолитики на кардию не действуют, а начало опорожнения пищевода зависит от высоты столба бариевой взвеси и наступает при повышении гидростатического давления (положительная проба Хурста).

При эзофагоскопии выявляют утолщенные складки слизистой оболочки, участки гиперемии, эрозии, изъязвления. Как правило, конец эзофагоскопа удается провести через суженный участок, что подтверждает преимущественно функциональный характер изменений. Слизистая оболочка в месте сужения чаще всего не изменена.

Эзофаготономография является основным методом ранней диагностики ахалазии, так как нарушения сократительной способности пищевода и нижнего пищеводного сфинктера возникают значительно раньше клинических симптомов заболевания. Исследование проводят многоканальным зондом с резиновыми баллончиками или «открытыми» катетерами, регистрирующими сокращения пищевода и изменения внутрипищеводного давления. В норме после акта глотания по пищеводу распространяется перистальтическая волна, нижний пищеводный сфинктер в этот момент открывается и давление в пищеводе падает. После прохождения перистальтической волны сфинктер вновь закрывается. При ахалазии кардии отсутствует рефлекторное расслабление нижнего пищеводного сфинктера при глотании и остается без изменений внутрипросветное давление.

В сомнительных случаях для подтверждения диагноза ахалазии используют фармакологические пробы. Нитроглицерин, амилнитрит у больных с нарушениями моторики пищевода снижают тонус мышечной оболочки пищевода и нижнего пищеводного сфинктера, что облегчает прохождение содержимого пищевода в желудок. Введение холинотропных лекарственных препаратов (ацетилхолина, карбахолина) оказывает стимулирующее действие на мышечный слой пищеводной стенки и на нижний пищеводный сфинктер. При кардиоэзофагеальном раке и органических стенозах пищевода обе пробы бывают отрицательными.

Лечение. Консервативную терапию при ахалазии применяют только в начальных стадиях заболевания, а также используют как дополнение к кардиодилатации и при подготовке больных к оперативному лечению. Пища должна быть механически и термически щадящей. Питание дробное, последний прием пищи за 3--4 ч до сна.

Уменьшения дисфагии в I--II стадиях заболевания можно добиться применением нитропрепаратов, ганглиоблокаторов, антагонистов кальция -- нифедипина (коринфара, или фенигидина) и др. При эзофагите применяют промывание пищевода слабым раствором антисептических средств.

Основным методом лечения ахалазии является кардиодилатация с помощью баллонного пневматического кардиодилататора. Она заключается в насильственном растяжении суженного участка пищевода. Кардиодилатацию можно проводить в любой стадии заболевания. Противопоказаниями к ее применению являются портальная гипертензия с варикозным расширением вен пищевода, выраженный эзофагит, заболевания крови, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью.

Пневматический кардиодилататор состоит из рентгеноконтрастной резиновой трубки-зонда, на конце которого укреплен гантелевидной формы баллон. Давление в баллоне создают грушей и контролируют манометром. В начале лечения применяют расширители меньшего размера и создают в них давление 180--200 мм рт. ст., в последующем применяют баллоны большего диаметра и постепенно увеличивают в них давление до 300--320 мм рт. ст. Длительность процедуры растяжения пищевода составляет 30--60 с, промежуток между сеансами -- 2--4 дня. В последнее время применяют дилатацию в течение 2 дней, повторяя эту процедуру 5--6 раз. Рецидив наблюдается у 10% больных. Обычно во время растяжения больные испытывают умеренную боль за грудиной и в подложечной области. После процедуры больным назначают постельный режим и голод на 2--3 ч до исчезновения боли.

Хирургическое лечение проводят по следующим показаниям: 1) невозможность проведения кардиодилатации (особенно у детей); 2)

отсутствие терапевтического эффекта от повторных курсов кардиодилатации; 3) рано диагностированные разрывы пищевода, возникающие во время кардиодилатации; 4) амотильная форма (III--IV стадия по Б. В. Петровскому); 5) подозрение на рак пищевода. Хирургическому лечению подлежат 10--15% больных ахалазией.

В настоящее время применяют внеслизистую кардиомиотомию, т. е. экстрамукозную кардиотомию Геллера из абдоминального доступа: на зонде продольно рассекают мышечную оболочку терминального отдела пищевода на протяжении 8--10 см. Кардиотомию Геллера сочетают с фундопликацией по Ниссену для предупреждения развития пептического эзофагита. У 90% больных результаты операции хорошие.

Кардиоспазм

Считается, что при кардиоспазме поражается парасимпатический отдел вегетативной нервной системы, в основном интрамуральный аппарат--ауэрбахово сплетение, а также волокна блуждающего нерва. В результате поражения нервно-рефлекторной дуги нарушается рефлекс раскрытия кардии. Необходимо отметить, что нарушение рефлекса раскрытия кардии и нарушение моторики пищевода -- два процесса, протекающих одновременно.

Клиника кардиоспазма весьма характерна. Начало кардиоспазма чаще внезапное, тогда как при ахалазии кардии больные чаще отмечают постепенное развитие болезни. Нередко в анамнезе имеется указание на связь появления симптомов с психической травмой или тяжелыми переживаниями. Обычно больные жалуются на дисфагию, как правило, длительно существующую. В начальных стадиях кардиоспазма дисфагия имеет интермиттирующий характер, т.е. периодически проходит полностью и возникает вновь под влиянием различных эмоциональных нагрузок и стрессов. Иногда дисфагия носит парадоксальный характер, т. е. не проходит жидкость и хорошо проходит твердая пища. Нередко, для того чтобы преодолеть непроходимость, больные вынуждены запивать пищу водой и прибегать к повторным глотательным движениям. Обычно дисфагия усиливается при волнении. Весьма часты жалобы на регургитацию непереваренной пищи. Регургитация в ночное время может приводить к аспирации содержимого пищевода в дыхательные пути с развитием бронхита и пневмонии. Многие больные жалуются на боли после еды, которые носят распирающий характер и «отдают» в спину. Более острыми бывают боли натошак, что связано с сегментарными спазмами пищевода.

Диагностика. Характерными рентгенологическими признаками кардиоспазма служат расширение в той или иной степени пищевода и наличие «узкого сегмента» в области физиологической кардии. Стенки пищевода, в том числе

в суженной части, сохраняют эластичность. При наличии эзофагита складки слизистой оболочки в супрастенотическом отделе грубые, зернистые, при изъязвлении имеют пятнистый характер. Периодически при определенном столбе бария происходят не связанные актом глотания раскрытие кардии и опорожнение пищевода. Кардия в это время представляется достаточно широкой с сохраненными складками слизистой оболочки. Это еще раз говорит о том, что сужение в области кардии носит функциональный характер. Если в области кардии определяется органическое сужение, то это указывает на наличие другой патологии: опухоли пищевода, пептической стриктуры и т. д. Для дифференциальной диагностики функциональных и органических сужений целесообразно использовать пробу с нитроглицерином.

При малейшем сомнении в диагнозе, а также в случае, когда при рентгенологическом исследовании подозревается наличие опухоли в сочетании с кардиоспазмом, показана эзофагоскопия. Если инструментом удастся дойти до *vestibulum gastroesophageale* (а это при S-образном пищеводе не всегда легко) и пройти через кардию в желудок, становится ясно, что речь идет о кардиоспазме. При эзофагоманометрии кардиоспазм характеризуется высоким градиентом пищеводно-желудочного давления больше 20 мм рт.ст. Также характерно парадоксальное повышение давления на глоток.

Лечение. Основным методом лечения кардиоспазма является расширение физиологической кардии пневматическим кардиодилататором. При этом повторными дилатациями удастся вызвать парез *vestibulum gastroesophageale* и таким образом уменьшить градиент давления в области кардии и восстановить пассивный пассаж пищи. Дилатация металлическим расширителем Штарка весьма опасна и в настоящее время применяется редко.

Самым тяжелым осложнением дилатаций является разрыв пищевода, который случается примерно у 0,5--1 % больных. Такого больного надо немедленно оперировать, ушить разрыв пищевода двухрядным швом и прикрыть линию шва лоскутом диафрагмы на ножке по Петровскому или дном желудка.

В тех случаях, когда рецидив заболевания наступает слишком быстро и повторение дилатаций не приводит к стойкому положительному результату, а также в случае невозможности провести дилататор следует прибегнуть к оперативному вмешательству. Многие ранее широко применявшиеся операции (анастомозы пищевода с желудком по методу Гейровского и др.) в настоящее время оставлены из-за частых рецидивов и нередко развивающегося после операции тяжелого рефлюкс-эзофагита.

Наилучшие результаты дают две операции -- кардиоластика диафрагмальным лоскутом по Петровскому и кардиоластика дном желудка, хотя и эти вмешательства также не свободны от осложнений.

Кардиоластику диафрагмальным лоскутом по Петровскому выполняют из левостороннего трансторакального доступа. Из купола диафрагмы выкраивают прямоугольный лоскут на ножке, не рассекая пищеводного отверстия диафрагмы. На передней поверхности пищевода и кардии делают Т-образный разрез мышечного слоя до подслизистой оболочки. Поперечный разрез проходит по передней полуокружности на 6--7 см выше кардии. Вертикальный разрез должен быть продолжен на кардиальный отдел желудка (рис. 2). Затем мышечный слой пищевода и серозно-мышечный желудка отслаивают в стороны, кардию расширяют пальцем, вворачивая стенку желудка в просвет пищевода. В образовавшийся дефект мышц вшивают подготовленный лоскут диафрагмы. Отверстие диафрагмы, образовавшееся после выкраивания лоскута, ушивают.

Кардиоластика дном желудка. Производят торакотомию в седьмом межреберье слева. Как и при предыдущей операции, мобилизуют пищевод и производят миокардиотомию. Дно желудка подшивают к краям образовавшегося дефекта в мышечной оболочке пищевода. Для предупреждения развития рефлюкс-эзофагита следует окутать дном желудка не менее 2/3 окружности пищевода. Желудок подшивают к пищеводу отдельными шелковыми швами. Из осложнений во время оперативного вмешательства следует отметить возможность ранения слизистой оболочки во время миотомии. В таких случаях слизистую оболочку зашивают и заканчивают операцию как обычно.

Эзофагоспазм

Эзофагоспазм - заболевание пищевода, обусловленное спастическими сокращениями его стенки при нормальной функции нижнего пищеводного сфинктера. У ряда больных эзофагоспазм обусловлен висцеро-висцеральными рефлексам и сочетается с другими заболеваниями.

Клиника. При первичном диффузном эзофагоспазме дисфагия перманентная, иногда имеющая парадоксальный характер: твердая и грубая пища проходит беспрепятственно, а жидкая и полужидкая, наоборот, может задерживаться. К косвенным признакам относятся повышенная саливация, быстрое снижение массы тела больного, нарастающая слабость и анемия. Интермиттирующие боли за грудиной, не имеющие определенной взаимосвязи с едой и исчезающие надолго в периоды ремиссии, отличают клиническое течение диффузного эзофагоспазма от кардиоспазма и ахалазии кардии.

Диагностика. При рентгенологическом исследовании пищевод имеет деформацию в виде четок, псевдодивертикулов, штопора; диаметр его выше и ниже сужений не изменен, стенки эластичны, складки слизистой оболочки продольные, перистальтика неравномерная и нерегулярная. При повторных рентгенологических исследованиях обычно сохраняется один и тот же тип нарушения перистальтики.

Эзофагоскопия имеет значение только для исключения органических заболеваний пищевода, часто она бывает затруднена из-за сильных загроудинных болей, возникающих во время исследования.

Эзофаготономография выявляет спастические сокращения пищевода в виде волн различной формы и амплитуды, одновременно регистрируют и перистальтические сокращения. Определяют постоянное рефлекторное расслабление нижнего пищеводного сфинктера. Фармакологическая проба с ацетилхолином и карбахолином отрицательная.

Течение заболевания длительное, дисфагия то усиливается, то исчезает почти бесследно. При вторичном (рефлекторном) эзофагоспазме симптомы обычно проходят при излечении основного заболевания. Трудоспособность, как правило, не нарушена.

Лечение. При консервативном лечении эзофагоспазма назначают щадящую диету, препараты нитрогруппы, спазмолитические и седативные средства, витамины. При отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии проводят хирургическое лечение -- производят эзофагомиотомию (по типу кардиомиотомии Геллера) до уровня дуги аорты. Результаты, как правило, незначительные.

В отличие от кардиоспазма и ахалазии кардии при первичном диффузном эзофагоспазме дисфагия не ликвидируется пневмокардиодилатациями, которые в лучшем случае не уменьшают, а в ряде случаев даже усугубляют ее. Эффективным методом является только комплекс терапевтических мероприятий, включающий:

- спазмолитические препараты - галидор по 0.05 г 3-4 раза в день, но-шпу - по 0.04 г 3-4 раза в день, 2% раствор папаверина по 2 мл внутримышечно 1 раз в день, 0,2% раствор платифиллина по 1 мл 1 раз в день внутримышечно;
- нейролептики и транквилизаторы - эглонил по 100 мг внутримышечно 1 раз в день в течение 7-10 дней, настойка пустырника - по 1 столовой ложке 4 раза в день;
- витамины В6 (5% раствор по 1 мл 1 раз в день внутримышечно) и В12 (0,01 % раствор по 1 мл 1 раз в день внутримышечно);
- иглорефлексотерапию с влиянием на точки общего и местного воздействия - 7-10 процедур на курс.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М.Дыхно с курсом ПО.

Рецензия ассистента кафедры госпитальной хирургии им. проф. А.М.Дыхно с курсом ПО Дударева Александра Александровича на реферат ординатора второго года обучения специальности «Торакальная хирургия» Гаврилова Э.Б. по теме: «Заболевания пищевода».

Рецензия на реферат - это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защитить свою точку зрения. Написание реферата проводится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности «Торакальная хирургия»:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный.
Структурированность.	+
Наличие орфографических ошибок.	+
Владение терминологией.	+
Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы.	+
Логичность доказательной базы.	+
Умение аргументировать основные положения, выводы.	+
Соответствие текста реферата его теме.	+
Круг использования известных научных источников.	+
Умение сделать общий вывод.	+

Итоговая оценка: положительная / отрицательная.

Комментарии рецензента:

Дата: 17.03.2020

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: