

СИНДРОМ ДИСФАГИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА НЕОПУХОЛЕВОГО И ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

ВЫПОЛНИЛ: БАРАХОЕВ М.С 514П/Г

ЛЕЧ



ВВЕДЕНИЕ

- Дисфагия (греч. dys- + phagein - есть, глотать) - это затрудненное глотание; симптом заболеваний пищевода, смежных с ним органов или неврогенных расстройств акта глотания. Иногда нарушение глотания достигает степени афагии (полной невозможности глотания).
- Дисфагия у 25% больных имеет функциональный характер, а у 75% пациентов ее причиной становится органическое заболевание глотки, пищевода и кардии. Каждый 10-й случай дисфагии обусловлен состояниями, требующими хирургического вмешательства.

ДИСФАГИЯ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

- Причинами дисфагии могут быть заболевания и травмы глотки (химические ожоги) и (дисфагия возможна, например, при остром тонзиллите, паратонзиллярном абсцессе, аллергическом отеке тканей глотки, при переломе предъязычной кости - *dysphagia Valsalvae*), поражения нервной системы и мышц, участвующих в акте глотания (при бульбарных параличах, бешенстве, ботулизме, тетании, невритах подъязычного нерва, дерматомиозите и др.), а также функциональные расстройства регуляции глотания при неврозах;

-
- По продолжительности различают перемежающуюся (пароксизмальную) и стойкую (постоянную) дисфагию. Первая обусловлена гипермоторной дискинезией пищевода. Подобная дискинезия нередко сопровождает течение таких заболеваний, как грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагиты различного генеза, опухоли пищевода. Постоянная дисфагия наблюдается в большинстве случаев у больных с органической патологией и проявляется затрудненным прохождением преимущественно твердой пищи

КЛИНИКА

- Сопутствующие дисфагии симптомы имеют важное диагностическое значение. Регургитация в нос и трахеобронхиальная аспирация при глотании являются признаками паралича мышц глотки и трахеопищеводного свища. Если дисфагии предшествует хриплый голос, первичное поражение локализуется в гортани. Хриплый голос может быть обусловлен ларингитом, вторичным к желудочнопищеводному рефлюксу. Икота заставляет предположить поражение дистального отдела пищевода. Рвота характерна для органического поражения дистального отдела пищевода (ахалазия кардии, кардиоэзофагеальный рак, стриктуры пищевода и т.д.). Дизартрия, дисфония, птоз, атрофия языка и гиперактивные сокращения жевательных мышц являются признаками бульбарного и псевдобульбарного паралича.

-
- Выделяют орофарингеальную и пищеводную дисфагию.
 - Больные с орофарингеальной дисфагией предъявляют жалобы на скопление пищи во рту или невозможность ее проглотить либо затруднение в течение не более 1 с после глотка. У этих пациентов наблюдается аспирация до, во время или после глотания. Вследствие аспирации во время глотания возможно появление кашля или удушья. Возможны назофарингеальная регургитация, гнусавость, птоз, фотофобия и нарушения зрения, а также слабость, нарастающая к концу дня. Причинами орофарингеальной дисфагии являются афты, кандидоз, нарушение мозгового кровообращения. Реже она возникает на фоне болезни Паркинсона, globus histericus, псевдобульбарного паралича, миастении, болезни Шегрена, полиомиелита, ботулизма, синингобульбии.

-
- При дисфагии, обусловленной поражением пищевода, ощущения затруднения при глотании локализованы ретростернально или у мечевидного отростка, возникают после нескольких последовательных глотательных актов. При наличии пищеводной дисфагии пациенты не всегда могут определить область поражения. Так, лишь 60-70% из них могут правильно указать уровень задержки пищи в пищеводе. Определение времени, прошедшего от момента глотка до появления дисфагии, может служить более объективной и простой первичной оценкой уровня поражения. Дисфагия шейного отдела пищевода проявляется сразу после глотка - через 1-1,5 с, дисфагия средней трети пищевода - через 4-5 с, дистальная дисфагия - через 6-8 с.

ДИАГНОСТИКА

- При физикальном обследовании больных с дисфагией особое внимание следует уделить осмотру полости рта и глотки, пальпации щитовидной железы. Необходимо тщательно исследовать лимфатические узлы печени для исключения метастатического характера их поражения, легких - для исключения острой аспирационной пневмонии и кожи - для исключения склеродермии, других коллагеновых и кожных заболеваний, при которых поражаются слизистые оболочки и возможно вовлечение в процесс пищевода (пузырчатка, буллезный эпидермолиз и др.).

-
- При заболеваниях глотки и органических поражениях нервной системы дисфагия обычно сочетается с другими субъективными и объективными симптомами, облегчающими распознавание основной болезни. Дисфагия может быть связана с поражением возвратного нерва, приводящего к развитию пареза гортани и дисфонии. Эта особая форма носит название дисфагии люзория (Lusoria), впервые ее описал David Bayford I . Обычно помимо нарушения прохождения пищи по пищеводу данному виду дисфагии свойственны боль в грудной клетке, затруднение дыхания, вызванные сдавлением трахеи.
 - David Bayford в 1974 г. ввел латинский термин arteria Lusoria, так он дословно описал аномальную правую подключичную артерию: «It may be called lusoria, from Lusus Naturae that gives rise to it», что дословно в переводе с латинского означает «уродец от рождения». David Bayford не только ввел в медицинскую терминологию понятие arteria Lusoria, но и подробно описал дисфагию - наиболее частый синдром, наблюдающийся у таких больных.

-
- Группа заболеваний, также протекающих с синдромом дисфагии и характеризующихся воспалительными и деструктивными изменениями слизистой оболочки пищевода (возможно, и более глубоких слоев его стенки), определяется термином «эзофагиты». Данная патология может возникать под воздействием различных этиологических факторов: химических (кислот, щелочей и т.д.), термического (ожог), механического (травматизация инородным телом), инфекционного происхождения (грибковые, вирусные, бактериальные, паразитарные), быть обусловленной лекарственными препаратами, лучевым воздействием и др. Анамнез играет важную роль в распознавании эзофагита. Помимо дисфагии, при эзофагитах больные обращают внимание на боль за грудиной (одинофагию) различной интенсивности - от незначительного саднения или жжения до выраженной боли, с иррадиацией в шею, межлопаточное пространство и нижнюю челюсть, что обусловлено глубиной поражения. Возможно развитие изжоги, срыгивания, гиперсаливации. При эзофагоскопии выявляется диффузный отек и гиперемия слизистой оболочки пищевода, серозный,

-
- геморрагический или слизисто-гнойный экссудат, эрозии или язвы различных размеров и формы, фибриновые пленки, легко или с трудом отделяющиеся от глубже расположенных тканей. При рентгенологическом исследовании выявляются снижение тонуса пищевода, отечные и утолщенные складки слизистой оболочки, а при наличии язвенных поражений - депо бариевой взвеси.

-
- В качестве ведущего синдрома дисфагия отмечается у больных с таким сравнительно редко встречаемым заболеванием, как ахалазия кардии. Ахалазия кардии (от греч. а - отсутствие, *chalasis* - расслабление) - заболевание, в основе которого лежит отсутствие рефлекторного расслабления нижнего пищеводного сфинктера при глотании, сопровождающееся нарушением тонуса и перистальтики грудного отдела пищевода, что в результате приводит к дилатации верхней части пищевода. Различают два типа ахалазии кардии.
 - I тип характеризуется умеренным сужением дистального отрезка пищевода и незначительным супрастенотическим расширением пищевода (до 6 см). При этом сохраняется его цилиндрическая или овальная форма.

-
- При ахалазии кардии II типа отмечается выраженное сужение дистальной части пищевода и его значительное супрастенотическое расширение (иногда до 16-18 см), из-за чего пищевод часто принимает N-образную форму. В зависимости от вида дискинезии грудного отдела пищевода выделяют гипермоторную и гипомоторную формы ахалазии кардии, а в зависимости от тяжести клинического течения заболевания - стадии компенсации и декомпенсации.

-
- Эндоскопическое исследование проводится после тщательной подготовки больных и промывания пищевода с помощью толстого желудочного зонда с целью удаления застойного содержимого. При эндоскопии выявляют расширение пищевода (часто с атонией его стенки), признаки застойного эзофагита (отек и гиперемия слизистой оболочки), иногда с участками метаплазии эпителия (лейкоплакию). Вход в кардию закрыт. Однако эндоскоп проводится в желудок без большого сопротивления, в отличие от сужения, обусловленного злокачественной опухолью. Обнаружение при манометрии недостаточного расслабления нижнего пищеводного сфинктера и уменьшение или отсутствие перистальтики в дистальной части пищевода подтверждают подозреваемую ахалазию.

-
- Около 2% всех случаев дисфагии обусловлены наличием дивертикулов пищевода мешковидных выпячиваний его стенки, обращенных в просвет средостения. Они могут быть врожденными и приобретенными, истинными (стенка которых представлена всеми слоями стенки пищевода) и ложными (образованные выпячиванием слизистого и подслизистого слоев через дефект в мышечном слое). Вследствие повышения давления в просвете пищевода образуются дивертикулы, называемые пульсионными. Дивертикулы, возникающие в результате сращений между пищеводом и окружающими органами, обозначаются как тракционные. Дивертикулы могут располагаться в области задней стенки дистального отдела глотки (глоточно-пищеводные, или ценкеровские), средней трети (бифуркационные) или нижней трети пищевода (эпифренальные). Дисфагия служит основной жалобой больных с ценкеровскими дивертикулами. Характерно, что первый и второй глотки не вызывают каких-либо затруднений. Ощущение препятствия появляется при последующем заполнении дивертикула. Возможны также жалобы на регургитацию пищи, неприятный запах изо рта и наличие объемного образования в области шеи. Распознается дивертикул Ценкера, как правило, рентгенологически. Эндоскопическое обследование противопоказано из-за опасности перфорации дивертикула.

ЛЕЧЕНИЕ

- Основным методом лечения ахалазии кардии является баллонная пневмокардиодилатация. Противопоказаниями к ее применению являются портальная гипертензия с варикозным расширением вен пищевода, выраженный эзофагит, заболевания крови, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью. В последнее время применяют дилатацию в течение 2 дней, повторяя эту процедуру 5-6 раз. Рецидив наблюдается у 10% больных. Предпринимаются также попытки введения ботулотоксина в область нижнего пищеводного сфинктера.

ЛЕЧЕНИЕ

- Хирургическое лечение проводят по следующим показаниям:
- 1) при невозможности проведения кардиодилатации (особенно у детей);
- 2) при отсутствии терапевтического эффекта от повторных курсов кардиодилатации;
- 3) при рано диагностированных разрывах пищевода, возникающих во время кардиодилатации;
- 4) при амотильной форме (III-IV стадия по Б.В. Петровскому);
- 5) при раке 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.

-
- Кардиоластику диафрагмальным лоскутом по Б.В. 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. 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.

-
- Кардиоластику дном желудка производят из торакотомии 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.

-
- Лечение эзофагитов включает в себя назначение механически, химически и термически щадящей диеты. При деструктивных формах больные переводятся на парентеральное питание. При развитии стриктур решается вопрос о проведении бужирования или операции пластики пищевода.

-
- 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.

ДИСФАГИЯ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

- Дисфагия может развиваться как при доброкачественных, так и при злокачественных новообразованиях пищевода. Внутрипросветные опухоли могут быть как эпителиальными (аденомами, папилломами), так и неэпителиальными (лейомиомами, фибромами, липомами, гемангиомами и др.). Внутрестеночные (интрамуральные) опухоли всегда являются неэпителиальными. Доброкачественные опухоли пищевода (особенно при их небольших размерах) во многих случаях протекают бессимптомно. Опухоли больших размеров, а также изъязвленные опухоли вызывают дисфагию, боли в грудной клетке, срыгивание и могут стать причиной пищеводно-желудочного кровотечения

КЛИНИКА

- Ведущей жалобой больных злокачественными опухолями, в общей структуре которых основную часть (более 95%) занимают плоскоклеточный рак и аденокарцинома пищевода, служит дисфагия. Однако данный симптом появляется при сужении более чем на 2/3 просвета пищевода, поэтому не является ранним. Жалобы больных могут быть сосредоточены на общих симптомах: слабости, утомляемости, снижении работоспособности, прогрессирующем похудении. В ряде случаев эти симптомы наблюдаются раньше местных, указывающих на поражение пищевода.

-
- При значительном стенозировании пищевода присоединяются регургитация и пищеводная рвота (иногда с прожилками крови), способные, в свою очередь, вызвать аспирационные осложнения. При изъязвлении опухоли возникают боли в грудной клетке и одинофагия. Прорастание опухоли в трахею и крупные бронхи проявляется мучительным кашлем и стридорозным дыханием. При возникновении пищеводно-бронхиального или пищеводно-трахеального свищей кашель возникает при приеме пищи. В таких случаях нередко развиваются аспирационные пневмонии и абсцессы легких. При прорастании опухолью возвратного гортанного нерва присоединяется охриплость голоса. Поражение симпатического ствола обуславливает появление на пораженной стороне синдрома Горнера (птоз, миоз, энофтальм), а вовлечение в процесс диафрагмального нерва сопровождается нарушением экскурсии диафрагмы и возникновением икоты.

ДИАГНОСТИКА

- При объективном обследовании пациентов на ранних стадиях рака пищевода изменений чаще не обнаруживается. У больных с далеко зашедшими стадиями опухоли обращают на себя внимание бледная окраска кожных покровов, часто с землистым оттенком, возможны неприятный запах изо рта вследствие распада опухоли, увеличение лимфатических узлов шеи, в ряде случаев асцит (как признак метастатического поражения печени).

-
- и рентгенологическом обследовании внутрипросветные доброкачественные опухоли дают картину округлого дефекта наполнения с четкими очертаниями и без нарушений перистальтики стенки пищевода в месте опухоли, а интрамуральные опухоли выглядят как краевой дефект наполнения с ровными краями и сохраненными складками слизистой оболочки над опухолью. Злокачественная опухоль с экзофитным ростом и распадом с изъязвлением выявляется по дефекту наполнения с неровными, «изъеденными» краями. При эндофитном (инфильтративном) росте определяется плоский дефект наполнения, циркулярно суживающий просвет пищевода. Стенка пищевода над этим участком становится ригидной.

-
- Дополнительно могут проводиться компьютерная томография и эндосонография. Важным методом диагностики новообразований пищевода является эзофагогастроскопия с биопсией. При экзофитном росте определяется бугристая опухоль, выступающая в просвет пищевода, кровоточащая при контакте. При эндофитном росте отмечается ригидность стенки пищевода в месте поражения, а при изъязвлении опухоли - язвы неправильной формы с бугристыми, неровными краями. В тех случаях, когда опухоль располагается интрамурально, а ее доброкачественный характер не вызывает сомнений, выполнение биопсии не рекомендуется, так как это вызывает развитие спаек между слизистой оболочкой и опухолью и затрудняет последующее оперативное вылушивание опухоли.

-
- Рентгенография - первичный, скрининговый метод, ее нужно выполнять после глотка сначала жидкой, а затем густой взвеси бария, при необходимости в горизонтальном положении.
 - Эзофагогастроскопию с обязательным осмотром кардиального отдела желудка также выполняют всем больным при отсутствии противопоказаний.
 - Тонометрию проводят в обязательном порядке перед проведением внутрипищеводной рНметрии для определения уровня установки зондов, она позволяет определить наличие и характер двигательных нарушений пищевода, измерить давление в области нижнего пищеводного сфинктера для исключения ахалазии кардии.
 - Внутрипищеводная рН-метрия - наиболее значимый метод в современной диагностике ГЭРБ. Показатели внутрипищеводного рН, составляющие в норме 7,0, снижаются при каждом эпизоде гастроэзофагеального рефлюкса ниже 4,0. Подсчитываются также их общая частота и продолжительность.

-
- Эндосонография позволяет судить о состоянии всех слоев стенки пищевода и окружающих его органов средостения, помогает выявить опухоли пищевода (особенно расположенные в подслизистом слое) и оценить состояние регионарных лимфатических узлов, что важно при решении вопроса об оперативном лечении. Метод представляет собой ультразвуковое исследование, выполняемое с помощью введения ультразвукового датчика в пищевод при эзофагоскопии.

ЛЕЧЕНИЕ

- Оперативное вмешательство при полипах и интрамуральных опухолях различно. При полипах небольших размеров на тонкой, длинной ножке можно удалить опухоль через эзофагоскоп специальной петлей с коагуляцией ножки для предупреждения кровотечения. Полипы на широком основании иссекают с последующим укреплением линии шва лоскутом диафрагмы на ножке. Основным принципом хирургического лечения доброкачественных интрамуральных опухолей и кист пищевода является применение органосохраняющих операций, т.е. их энуклеации. Опухоль почти всегда удаляют без повреждения слизистой оболочки пищевода. В случае случайного повреждения слизистой оболочки разрыв необходимо ушить двухрядными швами. Отдаленные результаты операций хорошие.

-
- Показания к операции. При решении вопроса об оперативном лечении следует учитывать, что операция при раке пищевода чрезвычайно сложна, травматична и, несмотря на прогресс хирургии, анестезиологии и реаниматологии, сопровождается высокой летальностью. Следует различать два понятия - операбельность и резектабельность. Под операбельностью понимают возможность оперировать больного. Неоперабельными больные при раке пищевода бывают по двум причинам: 1) вследствие распространенности очага поражения (наличие отдаленных метастазов, эзофаготрахеального свища и др.); 2) вследствие общих противопоказаний к тяжелой операции (преклонного возраста больных в сочетании с «дряхлостью», сердечно-легочной недостаточностью и др.). Резектабельность - это возможность удалить опухоль. Возможность или невозможность ее удаления обычно становится ясной только во время операции. Таким образом, больной может быть вполне операбелен, но опухоль может оказаться нерезектабельной.

-
- Лечение рака пищевода в значительной мере зависит от локализации опухоли. Так, рак шейного и верхнегрудного отделов пищевода, расположенный выше дуги аорты, протекает чрезвычайно неблагоприятно: рано прорастает в окружающие органы и дает метастазы. Неудовлетворительные результаты операций заставили хирургов отказаться от резекции пищевода у этих больных в пользу лучевой терапии. На начальных стадиях рака этих отделов пищевода можно и нужно выполнять радикальную операцию.

-
- В ряде случаев лучевая терапия позволяет перевести опухоль из сомнительно резектабельной в резектабельную. При раке среднегрудного отдела пищевода, как правило, выполняют экстирпацию пищевода по Добромыслову-Тореку. В отдельных случаях у крепких молодых людей допустима одномоментная операция типа Суита с наложением высокого пищеводно-желудочного анастомоза. При раке нижнегрудного отдела пищевода выполняют резекцию пищевода и накладывают пищеводно-желудочный анастомоз.

ЛИТЕРАТУРА

- Основная литература:

- Хирургические болезни. /Под редакцией М.И. Кузина. Изд-е 3. - М., «Медицина», 2005

- Хирургические болезни. /Под редакцией Ю.Л. Шевченко. – М., 2001.

- Хирургические болезни. /Под редакцией А.Ф. Черноусова. 2010.

- Хирургия пищевода. /Под редакцией А.Ф. Черноусова- М., 2000