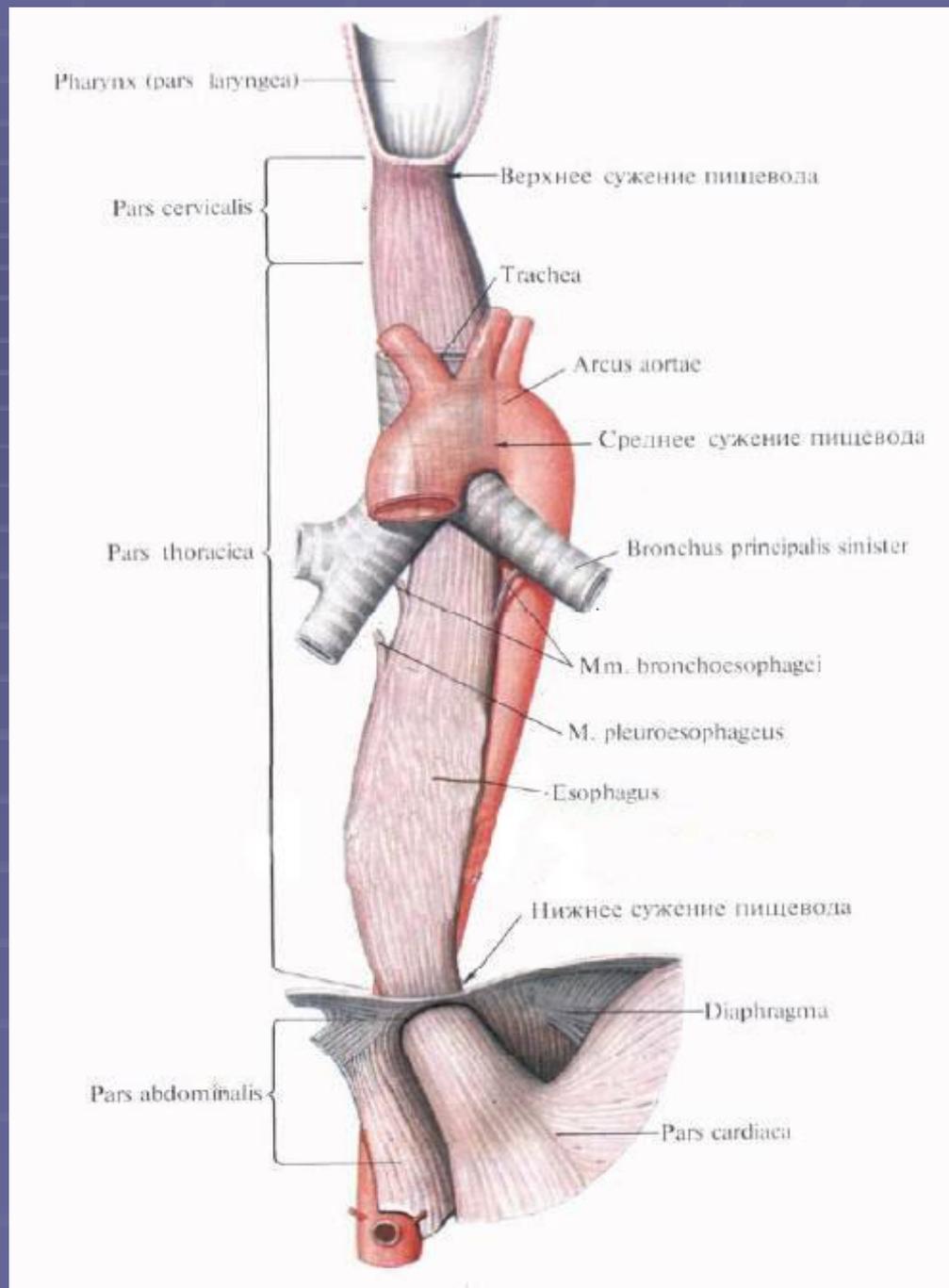


Неопухолевые заболевания пищевода

Санкт-Петербург 2009

Пищевод. Строение.

Пищевод – мышечная трубка длиной около 35 см, по которой пища из глотки поступает в желудок, изнутри он выстлан слизистой оболочкой, снаружи окружен соединительной тканью. Пищевод начинается на уровне VI шейного позвонка и достигает XI грудного позвонка. Выделяют три части: шейную, грудную и брюшную.



Классификация неопухолевых заболеваний пищевода :

I. Пороки развития:

1. Врожденная атрезия пищевода.
2. Врожденные бронхопищеводные и пищеводно-трахеальные свищи.
3. Врожденные стенозы пищевода.
4. Врожденная халазия.
5. Врожденный короткий пищевод.
6. Врожденные эзофагеальные кисты.
7. Удвоение пищевода.

II. Повреждения:

1. Травматические повреждения:
 - а) наружные (открытые)
 - б) внутренние (закрытые)
2. Химические ожоги пищевода и их последствия.

III. Дивертикулы:

1. Пульсионные
2. Тракционные

IV. Нарушение моторики пищевода:

1. Ахалазия кардии
2. Эзофагоспазм
3. Халазия кардии
4. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

I. Пороки развития

1. Врожденная атрезия пищевода – полное отсутствие просвета пищевода на каком-либо участке или на всем его протяжении. Атрезия в 40% случаев сочетается с другими пороками развития. В первые часы и дни у новорожденных отмечают постоянное выделение слюны и слизи изо рта и носа, могут возникать сильный кашель, одышка и цианоз в результате аспирации содержимого пищевода в дыхательные пути.

2. Врожденные бронхопищеводные и пищеводно-трахеальные свищи – встречаются у 0,05% новорожденных и сочетаются с заращением пищевода. Они возникают вследствие нарушения процесса развития и сохранения сообщения между передней кишкой и дыхательной трубкой.

3. Врожденный стеноз пищевода – может развиваться в результате гипертрофии мышечной оболочки, наличия в стенке пищевода фиброзного или хрящевого кольца, образования слизистой оболочки тонких мембран или сдавления пищевода извне кистами, аномальными сосудами. Небольшие стенозы длительное время протекают бессимптомно и проявляются дисфагией лишь при приеме грубой пищи. При выраженном стенозе отмечаются дисфагия, срыгивание во время и после еды, расширение пищевода.

4. Врожденная халазия (недостаточность кардии) – следствие недоразвития нервно-мышечного аппарата нижнего пищеводного сфинктера или выпрямления угла Гиса. Клиническая картина обусловлена недостаточностью кардии, сопровождающейся желудочно-пищеводным рефлюксом.

5. Врожденный короткий пищевод – порок развития, при котором часть желудка оказывается расположенной выше диафрагмы. Клиническая картина аналогична проявлениями врожденной халазии.

6. Врожденные эзофагеальные кисты

– располагаются интрамурально, параэзофагеально. Выстланы кисты бронхиальным, пищеводным эпителием. Клиника: у детей кисты могут вызывать дисфагию, кашель, нарушение дыхания, цианоз. Кисты могут осложняться медиастенитом при инфицировании, кровотечением и озлокачествлением.

7. Удвоение пищевода – редкая аномалия.

Просвет второго, аномального пищевода может иметь сообщение с основным каналом пищевода, иногда он полностью заполнен секретом, выделяемым слизистой оболочкой. Аномальная трубка может быть полностью замкнута, тогда она имеет вид кист, которые могут сообщаться с трахеей или бронхом. По мере роста кист развиваются симптомы сдавления пищевода и дыхательных путей. При этом у больных проявляются дисфагия, кашель, одышка.

Диагностика врожденных аномалий

Диагноз врожденной аномалии у новорожденных устанавливают при введении в пищевод (по тонкому катетеру) небольшого количества подкрашенного изотонического раствора. В случае атрезии жидкость тотчас выделяется наружу, а при пищеводно-трахеальном свище попадает в трахею и вызывает кашель. Для уточнения характера порока производят рентгенологическое исследование, при котором в просвет пищевода вводят контрастное вещество. Главную роль в диагностике пороков развития пищевода играют эзофаго- и бронхоскопия. Лечение врожденных пороков оперативное.

II. Повреждения

1. Травматические повреждения:

Наружные (открытые) повреждения – наблюдаются при проникающих ранениях шеи, груди или живота. Обычно они сочетаются с множественными повреждениями соседних органов — щитовидной железы, трахеи, легких, сердца, органов брюшной полости, крупных сосудов.

Внутренние (закрытые) повреждения пищевода – возможны во время диагностических и лечебных мероприятий при эзофагоскопии, бужировании пищевода, кардиодилатации, а также при попадании в него инородных тел. Пролезни стенки пищевода могут возникать при длительном нахождении в нем жесткого зонда. Перфорация стенки пищевода возможна при различных его заболеваниях — опухолях, пептической язве, химических ожогах. Травма пищевода может произойти во время операций на органах средостения и легких.

Также наблюдаются случаи спонтанного разрыва пищевода. Факторами, предрасполагающими к этому, являются алкогольное опьянение, переедание, рвота, резкое повышение внутрибрюшного напряжения при подъеме тяжестей, родах. Разрыв пищевода может возникать при попытке сдержать рвоту или при нарушении координации функции верхнего и нижнего пищеводных сфинктеров. Повышение давления в желудке и пищеводе в случае закрытия к этому моменту верхнего пищеводного сфинктера приводит к продольному разрыву его стенки, чаще непосредственно над диафрагмой.

Клиническая картина и диагностика.

- Закрытые повреждения шейного отдела пищевода сопровождаются болями в области повреждения, выделением слюны и крови из раны, слюнотечением.
- Для повреждений грудного отдела пищевода характерны боли в области мечевидного отростка, иррадиирующие в левое плечо. Больные жалуются на слюнотечение, боли при глотании. При полном разрыве стенки пищевода наблюдается кровавая рвота, медиастинальная и подкожная эмфизема.
- Наружные травмы шейного отдела пищевода сопровождаются болью при глотании, подкожной эмфиземой на шее. Если хирургическая помощь не будет оказана в ранние сроки, то через 12—20 ч развиваются периезофагит, гнилостная флегмона шеи, медиастинит.

- При повреждении грудного отдела пищевода преобладают симптомы, обусловленные проникающим ранением грудной клетки, повреждением легких, развивающимся вслед за этим гемо- и пневмотораксом. На этом тяжелом фоне больные отмечают резкую боль за грудиной, повышенное слюноотделение, ощущение инородного тела в пищеводе.
- Ранения брюшного отдела пищевода являются лишь составной частью повреждений внутренних органов брюшной полости. Проникающие ранения брюшной полости часто осложняются перитонитом, резко ухудшающим общее состояние больного. Температура тела принимает гектический характер, нарастает одышка и тахикардия, увеличиваются лейкоцитоз и СОЭ, развивается синдром системной реакции на воспаление, который может перерасти в сепсис и полиорганную недостаточность. При несвоевременном или неадекватном лечении больные погибают в ближайшие дни.

Таким образом, диагностика повреждений пищевода основывается на данных анамнеза и объективного исследования больного. При рентгенологическом исследовании грудной клетки трудно выявить повреждение пищевода, так как симптомы проникающего ранения груди и живота в виде эмфиземы средостения, расширения его тени, гемопневмоторакса не являются патогномоничными только для повреждений пищевода. Известную помощь может оказать исследование пищевода с водорастворимым контрастным веществом в положении больного лежа на спине, на правом и левом боку, на животе. Вытекание контрастного вещества за пределы пищевода может служить доказательством нарушения целостности его стенки. В сомнительных случаях используют эзофагоскопию.

Лечение.

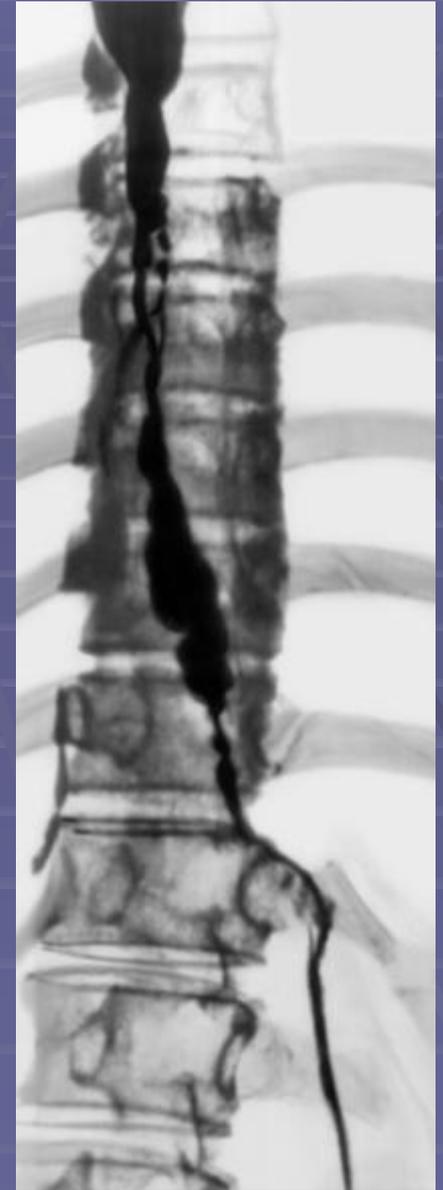
- Консервативное лечение используют при закрытых повреждениях, особенно при неполном разрыве стенки пищевода. Пострадавшим не разрешается принимать пищу через рот, назначают парентеральное питание и антибиотики широкого спектра действия.
- Хирургическое лечение (радикальное или паллиативное) показано при обширных повреждениях пищевода, наличии сообщений его просвета со средостением, плевральной полостью.
- Ушивание дефекта в стенке пищевода возможно лишь в течение первых суток с момента его повреждения. После экономного иссечения краев раны дефект ушивают двумя рядами швов в продольном направлении. Средостение и плевральную полость дренируют для аспирации экссудата, введения антибиотиков.
- Паллиативные операции (эзофагостомия, гастростомия, еюностомия, медиастинотомия, дренирование клетчаточных пространств шеи и плевральной полости) показаны при ранениях пищевода, когда упущено время для радикальной операции, и при тяжелых сопутствующих заболеваниях.

2. Химические ожоги пищевода и их последствия.

- Химические ожоги пищевода возникают вследствие случайного или преднамеренного (попытка суицида) проглатывания концентрированных растворов кислот (соляная, серная, уксусная), щелочей (каустическая сода, нашатырный спирт) и других жидкостей, обладающих агрессивными свойствами. Повреждения пищевода, вызванные приемом кислот (чаще уксусной) или щелочей (чаще нашатырного спирта, каустической соды), носят название коррозивного эзофагита. Эти вещества чаще принимают с суицидальной целью или по ошибке. Тяжелое повреждение верхних отделов пищеварительного тракта бывает также при приеме раствора перманганата калия, пергидроля, ацетона. Механизм их воздействия на ткани иной, чем кислот и щелочей.

- При одновременных химических ожогах ротовой полости, гортани, трахеи и бронхов могут возникать отек легких, острая дыхательная недостаточность. Это бывает при воздействии паров концентрированных кислот и щелочей, при приеме уксусной кислоты и нашатырного спирта вследствие их летучести.

Рентгенограмма пищевода
при наличии
послеожогового пищеводно-
медиастинального свища.
Определяется затек
рентгеноконтрастного
вещества в средостение



Патологоанатомическая картина.

- Наиболее выраженные изменения возникают в местах физиологических сужений пищевода. Условно выделяют четыре стадии патологоанатомических изменений: I — гиперемия и отек слизистой оболочки, II — некроз и изъязвления, III — образование грануляций, IV — рубцевание.
- Вслед за гиперемией и отеком слизистой оболочки быстро наступает некроз тканей. К концу первой недели начинается отторжение некротизированных участков эпителия от подлежащих тканей и образование поверхностных или глубоких изъязвлений. Поверхностные изъязвления быстро эпителизируются (в течение 1—2 мес), глубокие заживают медленнее, с образованием грануляций и рубцовой соединительной ткани, иногда в течение 2—6 мес. Рубцово-язвенный процесс в пищеводе после химических ожогов может длиться годами. У отдельных больных рубцовые сужения пищевода могут возникать даже по прошествии 10—20 лет с момента ожога.

Клиническая картина и диагностика.

- Тяжесть поражения зависит от характера и количества принятого вещества, его концентрации, степени наполнения желудка в момент отравления, сроков оказания первой помощи.
- Кислоты вызывают коагуляционный некроз тканей с образованием плотного струпа, который препятствует проникновению вещества в глубь тканей, уменьшает попадание его в кровь. Едкие щелочи вызывают колликвационный некроз (образование водорастворимого альбумината, который переносит щелочь на здоровые участки ткани), характеризующийся более глубоким и распространенным поражением стенки пищевода.
- По тяжести поражения в острой стадии выделяют три степени ожога пищевода: I — легкую, II — средней тяжести и III — тяжелую.

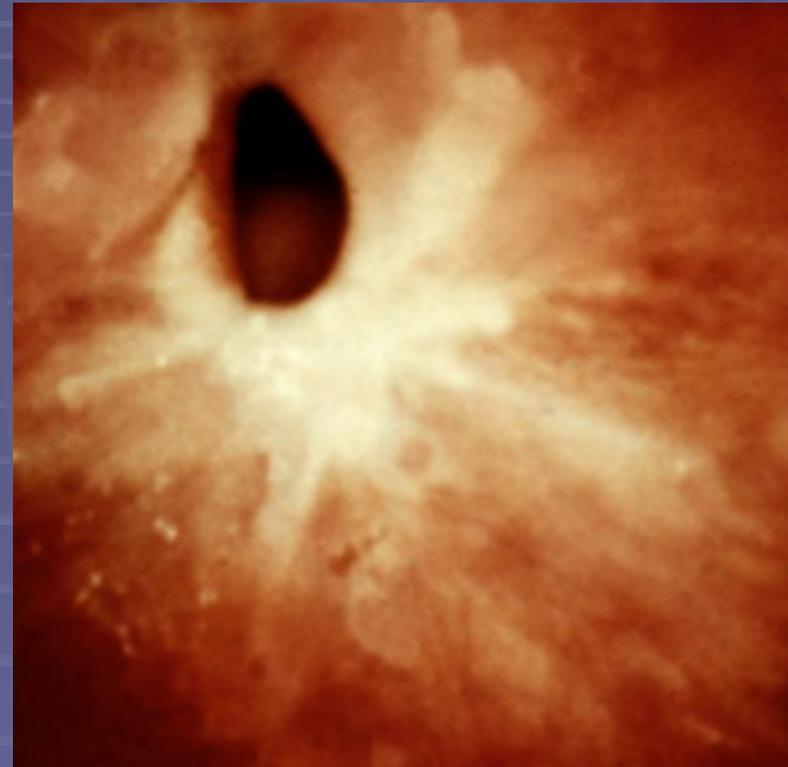
- Ожог I степени возникает при приеме внутрь небольшого количества едкого вещества в малой концентрации или при проглатывании слишком горячей пищи. Повреждаются поверхностные слои эпителия слизистой оболочки на ограниченном участке пищевода.
- Ожог II степени характеризуется обширным некрозом, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки.
- При III степени некроз захватывает слизистую оболочку, подслизистый и мышечный слои, распространяется на параэзофагеальную клетчатку и соседние органы.

Лечение.

- Для снятия боли вводят обезболивающие средства. Уменьшения саливации и спазма пищевода можно достичь применением атропина, пирензепина, ганглиоблокаторов. Для выведения яда из организма назначают обильное питье с последующей искусственной рвотой. Если позволяют условия, срочно промывают желудок и рот большим количеством жидкости. При ожоге кислотами внутрь дают препараты, нейтрализующие кислоту. При отравлении щелочами вводят 1 — 1,5% раствор уксусной или лимонной кислоты, в первые 6—7 ч вводят антидоты.
- В стационаре проводят противошоковую и дезинтоксикационную интенсивную терапию, назначают сердечные гликозиды, преднизолон (по 2 мг/кг в сутки).
- При отравлении уксусной эссенцией и развитии внутрисосудистого гемолиза назначают 5% раствор натрия бикарбоната, проводят форсированный диурез.
- При острой почечной недостаточности показано проведение гемодиализа. Больным с ожогом гортани в случае появления признаков асфиксии накладывают трахеостому. При перфорации пищевода показано срочное оперативное вмешательство.
- В течение всего острого периода заболевания необходим тщательный уход за полостью рта.

Рубцовые сужения пищевода.

Послеожоговые стриктуры имеют значительную протяженность и чаще расположены в местах физиологических сужений пищевода. Они могут быть одиночными и множественными, полными и неполными. Ход стриктуры часто бывает извилистым, просвет эксцентрично расположенным. При резких сужениях возникает супрастенотическое расширение пищевода.



Эндоскопическая картина рубцовой стриктуры пищевода.

Клиническая картина и диагностика.

- Основной симптом стриктуры пищевода — дисфагия, которая появляется с 3—4-й недели от начала заболевания. Вначале она нерезко выражена. С течением времени сужение прогрессирует, выраженность дисфагии увеличивается, может развиться полная непроходимость пищевода. При высоких стенозах пища во время глотания может попадать в дыхательные пути, вызывая ларингоспазм, приступы мучительного кашля и удушье.

- Одним из наиболее частых осложнений рубцового сужения пищевода является обтурация его пищей. Для ее устранения необходима неотложная эзофагоскопия с извлечением пищевого комка. У больных со стенозами часто развиваются хронические воспалительные заболевания бронхов и легких вследствие регургитации пищи и аспирации ее в дыхательные пути.
- Диагноз стриктуры пищевода подтверждают данные анамнеза, рентгенологического и эзофагоскопического исследования. Эти исследования позволяют определить степень сужения.

Лечение.

- Основным методом лечения стриктуры пищевода после химического ожога является бужирование, которое приводит к стойкому выздоровлению 90—95% больных.
- Раннее бужирование (с 9—11-х суток после ожога) носит профилактический характер. Позднее бужирование проводят с целью расширения уже развившегося сужения пищевода, начинают его с 7-й недели.
- Бужирование показано всем больным с послеожоговыми стриктурами пищевода. Перед ним через сужение проводят тонкий металлический проводник, по которому вводят бужи, что позволяет уменьшить опасность перфорации пищевода. Противопоказаниями являются продолжающийся медиастинит, бронхопищеводный свищ. Для достижения стойкого клинического эффекта лечение бужированием необходимо проводить в течение многих недель и даже месяцев.

Применяют следующие виды
бужирования:

- 1) "слепое", нерентгеноконтрастными бужами, без эзофагоскопического и рентгенологического контроля;
- 2) бужирование полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику;
- 3) бужирование под контролем эзофагоскопа;
- 4) "бужирование без конца";
- 5) ретроградное.

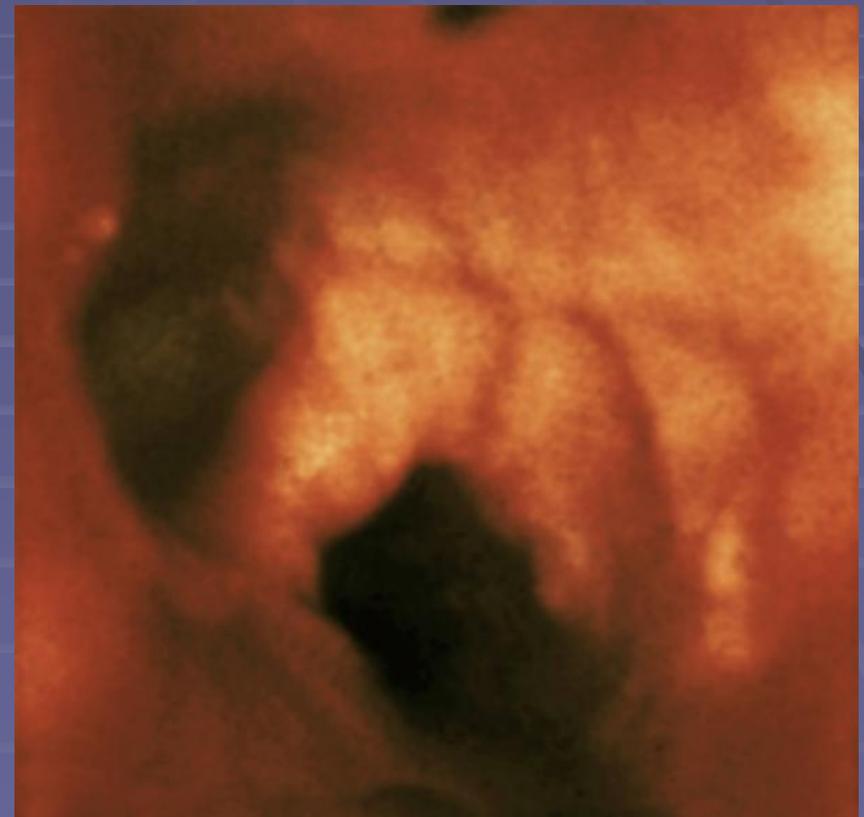
Показания к операции:

- 1) полная облитерация просвета пищевода;
- 2) неоднократные неудачные попытки проведения бужа через стриктуру;
- 3) быстрое рецидивирование рубцовых стриктур после повторных бужирований;
- 4) наличие пищеводно-трахеальных или бронхопищеводных свищей;
- 5) выраженные распространенные стриктуры;
- 6) перфорации пищевода при бужирований.

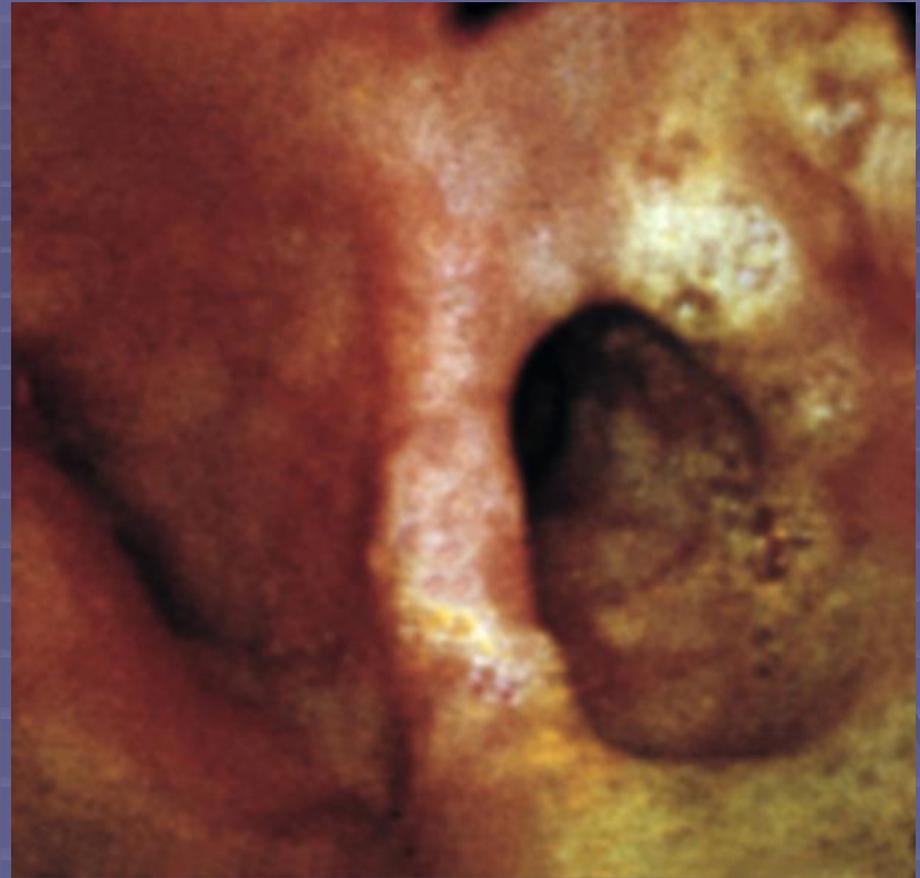
III. Дивертикулы

Различают пульсионные и тракционные дивертикулы.

- Пульсионные дивертикулы образуются вследствие выпячивания слизистой оболочки под действием высокого внутрипищеводного давления, возникающего во время сокращения пищевода.



- Тракционные дивертикулы обусловлены развитием воспалительного процесса в окружающих тканях (медиастинальный лимфаденит, хронический медиастинит, плеврит) и образованием рубцов, которые вытягивают все слои стенки пищевода в сторону пораженного органа.

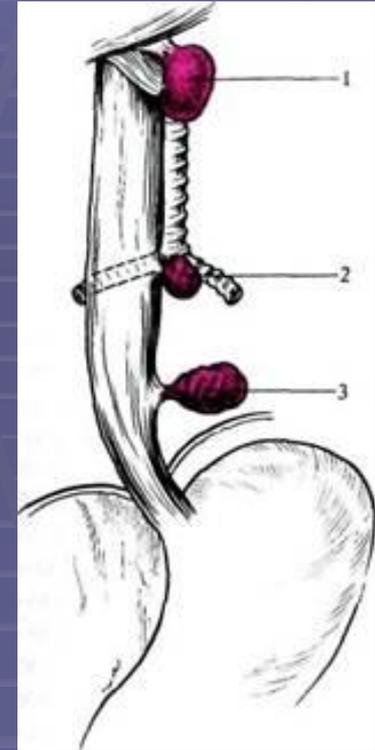


В зависимости от расположения дивертикулы подразделяют на

- глоточно-пищеводные (ценкеровские, составляющие 62% всех дивертикулов пищевода),
- эпибронхиальные (бифуркационные, среднепищеводные, составляющие 17%),
- эпифренальные (эпидиафрагмальные, составляющие 21%).

Различают:

- истинные дивертикулы, стенка которых содержит все слои пищевода,
- ложные, в стенке которых отсутствует мышечный слой.



- 1 — глоточно-пищеводный (Ценкера);
2 — эпибронхиальный;
3 — эпифренальный.



Формирование дивертикула Ценкера.

Пульсионные глоточно-пищеводные (ценкеровские) дивертикулы образуются в задней стенке глотки, непосредственно над входом в пищевод, где мышечная оболочка глотки представлена слабыми пучками нижнего констриктора глотки (*m. constrictor pharyngis inferior*). Выпячивание слизистого и подслизистого слоев глотки происходит на уровне верхнего пищеводного сфинктера между косыми волокнами *m. thyreopharyngeus* и более горизонтальными волокнами *m. cricopharyngeus* (в треугольнике Киллиана). Это наиболее слабое место в задней стенке глотки. Пульсионный дивертикул не может развиваться, если отсутствует препятствие дистальнее него, создающее условия для повышения давления в глотке при прохождении пищи.

Клиническая картина и диагностика

- Жалобы пациентов с глоточно-пищеводным дивертикулом Ценкера зависят не от величины дивертикула, а от степени нарушения функции *m. cricopharyngeus*. В ряде случаев дивертикул размером 3 мм причиняет пациенту больше неприятностей, чем дивертикул в 3 см и более.
- Пациенты обычно предъявляют жалобы на затруднение при проглатывании пищи, ощущение кома в горле, регургитацию недавно съеденной пищей, возникающую без всяких напряжений. Иногда слышны булькающие шумы при проглатывании жидкости, удушье, кашель вследствие аспирации жидкости в трахею.
- Отмечается повышенная саливация. При дивертикулах больших размеров на шее при отведении головы назад выявляется выпячивание, имеющее мягкую консистенцию, уменьшающееся при надавливании. После приема воды над ним можно определить шум плеска. При длительной задержке пищи в дивертикуле появляется гнилостный запах изо рта.

Лечение

- Стандартной операцией при дивертикуле Ценкера является удаление выделенного из окружающих тканей мешка дивертикула через разрез впереди *m. sternocleidomastoideus*.
- Перед операцией в пищевод вводят толстый зонд, что значительно облегчает проведение операции. Выделенный дивертикул пересекают у основания, его сшивают непрерывным или узловатым швом.
- Удаление дивертикула может быть произведено с помощью сшивающего аппарата, наложенного на основание дивертикула. Затем на предварительно введенном зонде производят экстрамукозную эзофагомиотомию длиной несколько сантиметров, следя за тем, чтобы были пересечены все волокна *m. cricopharyngeus* (крикофарингеальная миотомия).



а



б

Удаление дивертикула.

а — выделение дивертикула и экстрамукозная экзифагомия;
б — иссечение дивертикула.

Тракционные эпибронхиальные дивертикулы, имеющие строение стенки пищевода, образуются в результате воспалительного (чаще туберкулезного) процесса в окружающих пищевод лимфатических узлах. В большинстве случаев протекают бессимптомно, часто случайно обнаруживаются при рентгенологическом исследовании желудка.

- Образующиеся рубцы вытягивают все слои стенки пищевода в сторону. Тракционные дивертикулы обычно имеют небольшие размеры, треугольную форму. Крайне редко при обострении воспаления в близлежащих лимфатических узлах происходит некроз стенки дивертикула с образованием пищеводно-бронхиального или пищеводно-трахеального свища.
- При воспалительном процессе может произойти эрозия в близлежащем сосуде средостения с опасным кровотечением из пищевода. В этих случаях возникает необходимость в срочной операции разъединения свища, закрытия дефекта в органах и интерпозиции здоровой ткани между ними. В случае нарушения моторной функции и повышения давления в пищеводе в этой области могут появиться пульсионные дивертикулы, более характерные для эпифренальных дивертикулов.

IV. Нарушение моторики пищевода

1. Ахалазия кардии

Ахалазия — нервно-мышечное заболевание, проявляющееся стойким нарушением рефлексорного открытия нижнего пищеводного сфинктера при приближении к нему проглоченной пищи.

Первые симптомы болезни чаще проявляются в возрасте 20—40 лет, чаще болеют женщины.

Этиология и патогенез

- Этиологические факторы неизвестны. Предполагают, что причинами ахалазии могут быть дегенерация межмышечного ауэрбахова сплетения, конституциональная нейрогенная дискоординация моторики пищевода, рефлекторная дисфункция пищевода, инфекционное или токсическое поражение нервных сплетений и нижнего пищеводного сфинктера.
- Разрешающим фактором является стресс или длительное эмоциональное напряжение. Важное значение имеет функциональное состояние нижнего пищеводного сфинктера. У здоровых людей в покое он находится в состоянии тонического сокращения, а после акта глотания расслабляется.

- 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. Пища долго задерживается в пищеводе. Это вызывает длительный застой пищи, слюны и слизи в пищеводе, приводит к значительному расширению его просвета, развитию эзофагита и периэзофагита, что усугубляет нарушения перистальтики.

Клиническая картина и диагностика

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. Иногда наблюдают парадоксальную дисфагию: плотная пища проходит в желудок лучше, чем жидкая и полужидкая.

Степень дисфагии может зависеть от температуры пищи: с трудом проходит или не проходит теплая пища, а холодная — без труда.

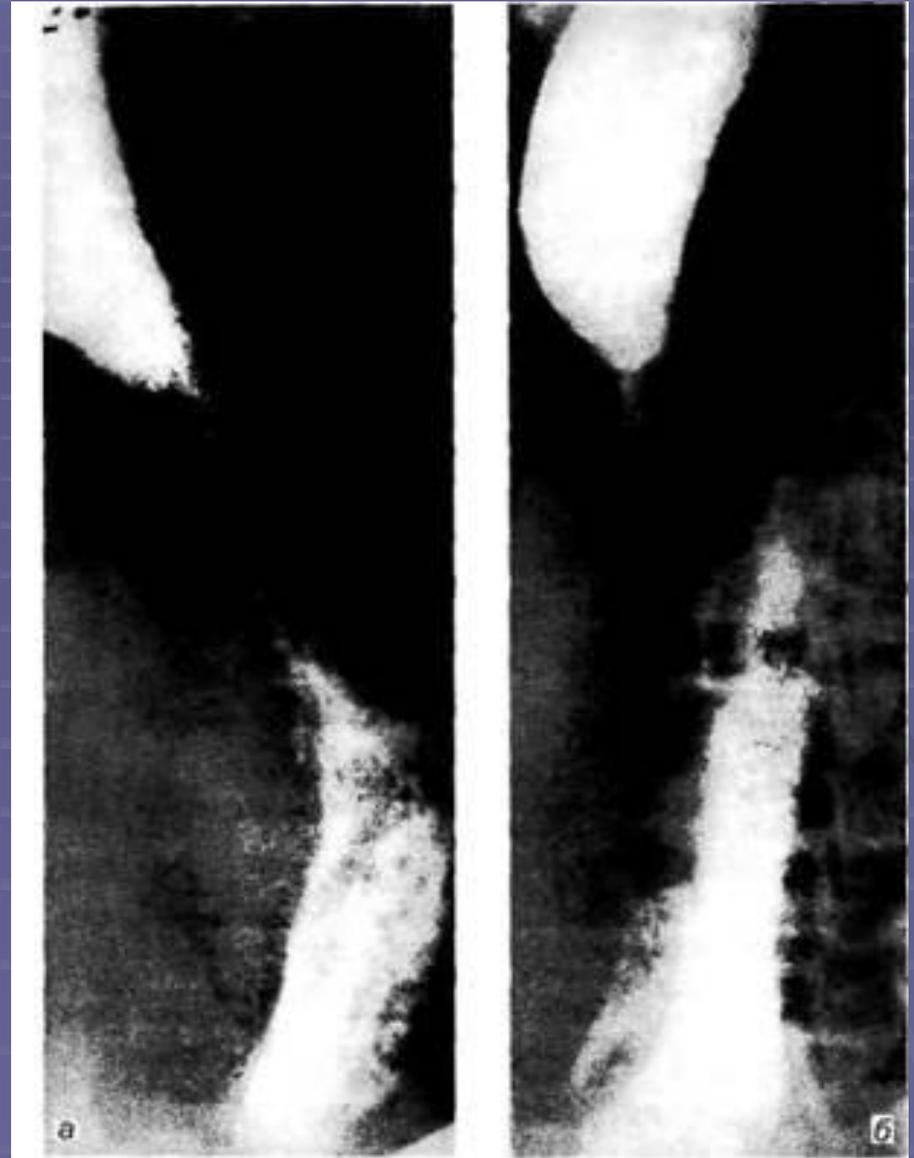
Больные постепенно находят приемы для облегчения прохождения пищи в желудок (ходьба, гимнастические упражнения, заглатывание воздуха и слюны, прием большого количества теплой воды и т. д.). Выраженную кахексию при ахалазии наблюдают редко.

- Регургитация при небольшом расширении пищевода наступает после нескольких глотков пищи. При значительно расширенном пищеводе она бывает более редкой, но обильной. Регургитация обусловлена сильными спастическими сокращениями пищевода, возникающими при его переполнении. В положении лежа и при сильном наклоне туловища вперед возникает механическое давление содержимого пищевода на глоточнопищеводный (верхний пищеводный) сфинктер, который растягивается. Ночная регургитация связана с некоторым снижением тонуса верхнего пищеводного сфинктера.

- Боль за грудиной может быть связана со спазмом пищеводной мускулатуры. Они устраняются приемом нитроглицерина, атропина, нифедипина (коринфара). Однако у большинства больных боль возникает при переполнении пищевода и исчезает после срыгивания или прохождения пищи в желудок. У части больных возникают приступы спонтанной боли за грудиной по типу болевых кризов.
- Отрыжка воздухом, тошнота, повышенное слюноотделение, жжение по ходу пищевода, неприятный запах изо рта также обусловлены задержкой и гниением пищи в пищеводе.
- Многие больные стесняются своего недостатка, становятся замкнутыми, болезненно обидчивыми.

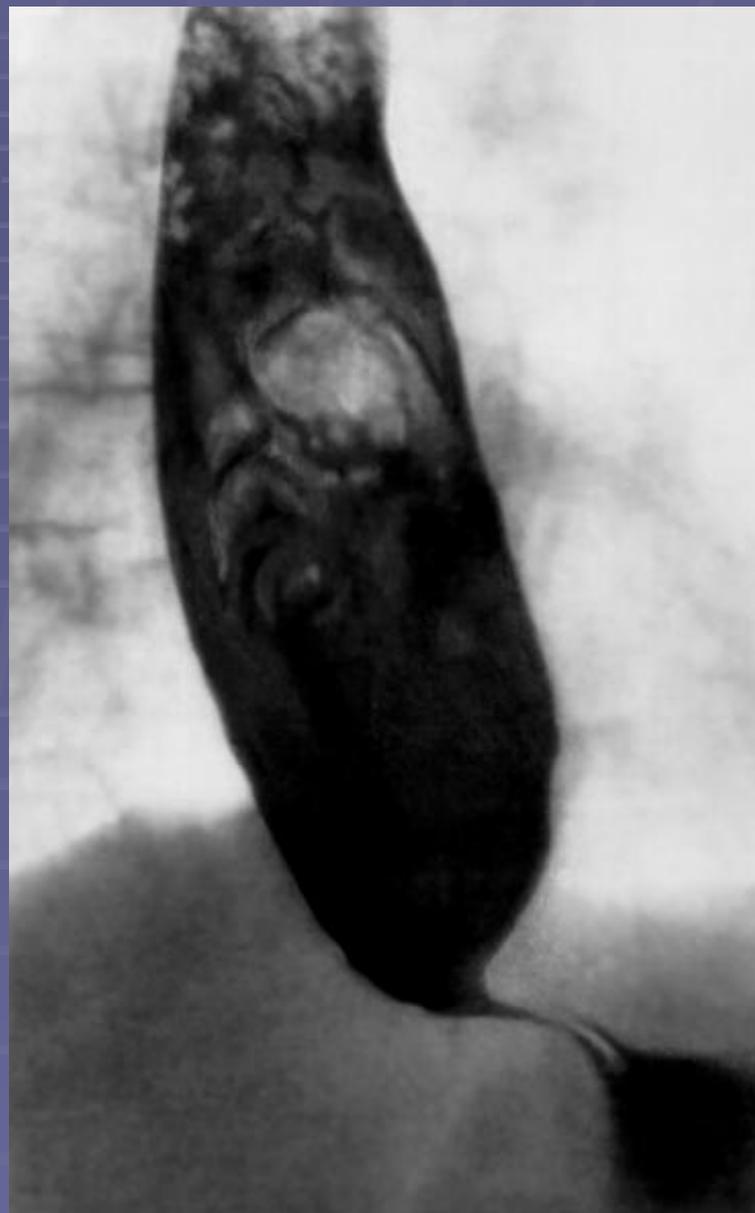
- По характеру клинической картины выделяют четыре стадии ахалазии [Петровский Б. В., 1962]: I стадия — непостоянный функциональный спазм без расширения пищевода; II стадия — стабильный спазм с нерезким расширением пищевода; III стадия — рубцовые изменения (стеноз) мышечных слоев нижнего пищеводного сфинктера с выраженным расширением пищевода; IV стадия — резко выраженный стеноз кардии с большой дилатацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода и эзофагитом.

- Основным рентгенологическим признаком ахалазии является сужение терминального отдела пищевода с четкими, ровными, изменяющимися при перистальтике контурами, имеющими форму перевернутого пламени свечи



Ахалазия кардии. Рентгенограмма.

Резкое расширение пищевода при ахалазии.



Лечение

- Консервативную терапию при ахалазии применяют только в начальных стадиях заболевания, а также используют как дополнение к кар-диодилатации 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 (коринфар и аналогичные препараты). При эзофагите промывают пищевод 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.

- 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) ахалазии; 5) подозрение на рак пищевода. Хирургическому лечению подлежат 10—15% больных ахалазией.

2. Эзофагоспазм

- Эзофагоспазм — заболевание пищевода, обусловленное спастическими сокращениями его стенки при нормальной функции нижнего пищеводного сфинктера. Составляет 6% всех функциональных заболеваний пищевода. Чаще возникает у мужчин и в основном у лиц среднего и пожилого возраста.
- Этиология. У ряда больных эзофагоспазм обусловлен висцеро-висцераль-ными рефлексам и сочетается с другими заболеваниями. Выделяют также идиопатический (первичный) эзофагоспазм, причиной которого являются нарушения функции нервной системы.
- Патологоанатомическая картина. Макроскопические изменения в пищеводе отсутствуют или имеются признаки эзофагита, иногда отмечают утолщение мышечной оболочки пищевода.

Клиническая картина и диагностика.

- Больные предъявляют жалобы на различной интенсивности боли за грудиной во время прохождения пищи по пищеводу, нарушение глотания. Иногда боли возникают вне приема пищи; в этом случае их бывает трудно отдифференцировать от болей, обусловленных стенокардией. Для эзофагоспазма характерны непостоянство дисфагии, ее парадоксальный характер, что позволяет отдифференцировать данное заболевание от рака, стриктур пищевода.
- При рентгенологическом исследовании пищевода выявляется деформация его в виде четок, псевдодивертикулов, штопора. Диаметр пищевода 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.

Лечение

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

3. Халазия кардии

- Заболевание связано с нарушением замыкательной функции нижнего пищеводного сфинктера, что приводит к возникновению желудочно-пище-водного рефлюкса и развитию пептического рефлюкс-эзофагита.
- Нижний пищеводный сфинктер обладает "односторонней проходимостью". Для продвижения содержимого пищевода через кардию бывает достаточным давление 4 мм рт. ст.; в обратном же направлении движение возможно лишь при повышении давления до 80 мм рт. ст. В норме давление в области нижнего пищеводного сфинктера выше, чем в пищеводе и желудке (в среднем 22—28 мм рт. ст.). Оно обусловлено тоническим сокращением циркулярных мышечных волокон, препятствующим желудочно-пищеводному рефлюксу. Наибольшее значение имеет поддиафрагмальная часть нижнего пищеводного сфинктера и пищевода, которая препятствует рефлюксу при значительной разности давления в грудной и брюшной полостях. Попаданию желудочного содержимого в пищевод препятствуют "слизистая розетка" в области пищеводно-желудочного соустья, острый угол Гиса, складки Губарева (складка слизистой оболочки у места соединения пищевода с желудком), замыкальный рефлекс на нижний пищеводный сфинктер при раздражении слизистой оболочки субкардиального отдела желудка пищей и др.
- Наиболее часто (в 50% случаев) недостаточность нижнего пищеводного сфинктера бывает при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.

4. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

- Под термином "гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь" (ГЭРБ) понимают определенный клинический симптомокомплекс, возникающий в результате заброса содержимого желудка в пищевод вне зависимости от того, возникают ли при этом морфологические изменения дистального отдела пищевода или нет.
- В первом случае говорят об "эндоскопически позитивной ГЭРБ (или рефлюкс-эзофагите - РЕ)", во втором - об "эндоскопически негативной ГЭРБ". Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – это хроническое заболевание, протекающее с периодическими обострениями и, как правило, постепенно прогрессирующее.

Этиология и патогенез

- По современным представлениям, ГЭРБ рассматривается как заболевание с первичным нарушением моторики пищевода и желудка. Ведущее место в ее патогенезе занимает нарушение функции антирефлюксного барьера, которое может возникать вследствие первичного снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), увеличения числа его спонтанных расслаблений, структурных изменений НПС, например, при сопутствующей грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Важную роль в развитии заболевания играет также снижение химического (вследствие уменьшения нейтрализующего действия слюны и бикарбонатов пищеводной слизи) и объемного (в результате угнетения вторичной перистальтики и ослабления тонуса грудного отдела пищевода) эзофагеального клиренса, то есть способности пищевода нейтрализовывать и удалять обратно в желудок попавшее в него кислое желудочное содержимое. Другими патогенетическими факторами ГЭРБ являются повреждающие свойства рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты), снижение резистентности слизистой оболочки пищевода, нарушение опорожнения желудка, повышение внутрибрюшного давления.
- Определенную этиологическую роль играют вынужденное положение тела с наклоном туловища, избыточная масса тела, курение и злоупотребление алкоголем, прием определенных лекарственных препаратов, снижающих тонус гладких мышц (нитратов, блокаторов кальциевых каналов, эуфиллина, холинолитиков и др.), некоторые заболевания (например, системная склеродермия) и физиологические состояния (беременность).

СИМПТОМЫ

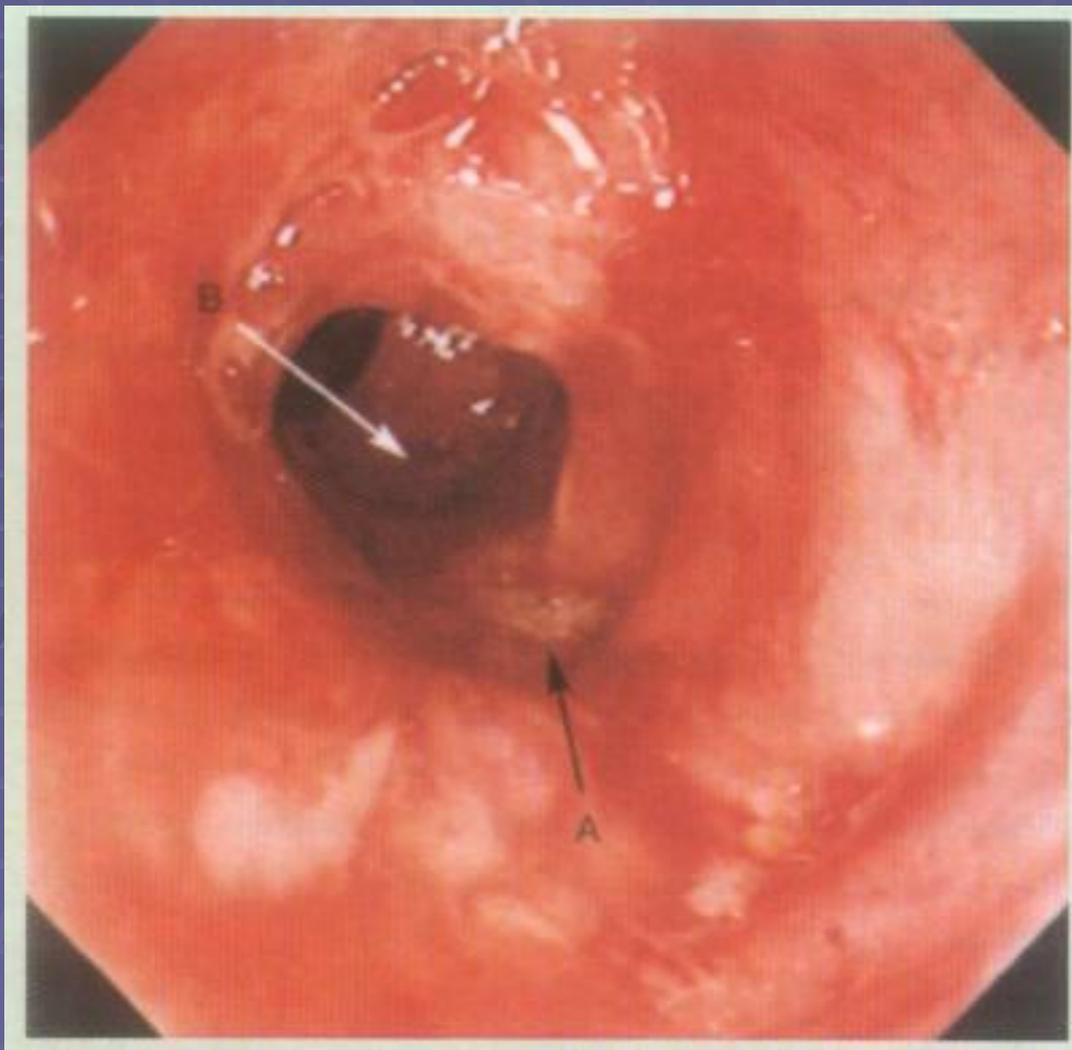
- Характерные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни - изжога, отрыжка, срыгивание, болезненное и затрудненное глотание. Особенно мучительно их проявление по ночам.
- Одним из наиболее характерных симптомов ГЭРБ является боль в эпигастральной области (чуть ниже проекции солнечного сплетения), появляющаяся вскоре после еды и усиливающаяся при наклонных движениях. Часто источник болей может локализоваться в области грудной клетки, имитируя сердечные боли. При этом, в подавляющем большинстве случаев (более 70%) при детальном инструментальном обследовании (ЭКГ, затем ЭГДС) выявлялась патология пищевода - ГЭРБ и дискинезия пищевода.
- В настоящее время доказано, что целый ряд бронхолегочных и ЛОР-заболеваний фактически являются осложнениями ГЭРБ. Среди них: хронический кашель, пневмонии, фарингиты, злокачественные поражения гортани и глотки, голосовых связок и прочее. По данным ряда зарубежных авторов, причиной необъяснимого кашля в 10% случаев является ГЭРБ. При этом кашель чаще всего бывает длительным (от 1 года до 5 лет), сухим (без отхождения мокроты). Этот кашель может быть единственным проявлением ГЭРБ и пациенты могут связывать его возникновение с простудой.

Диагностика

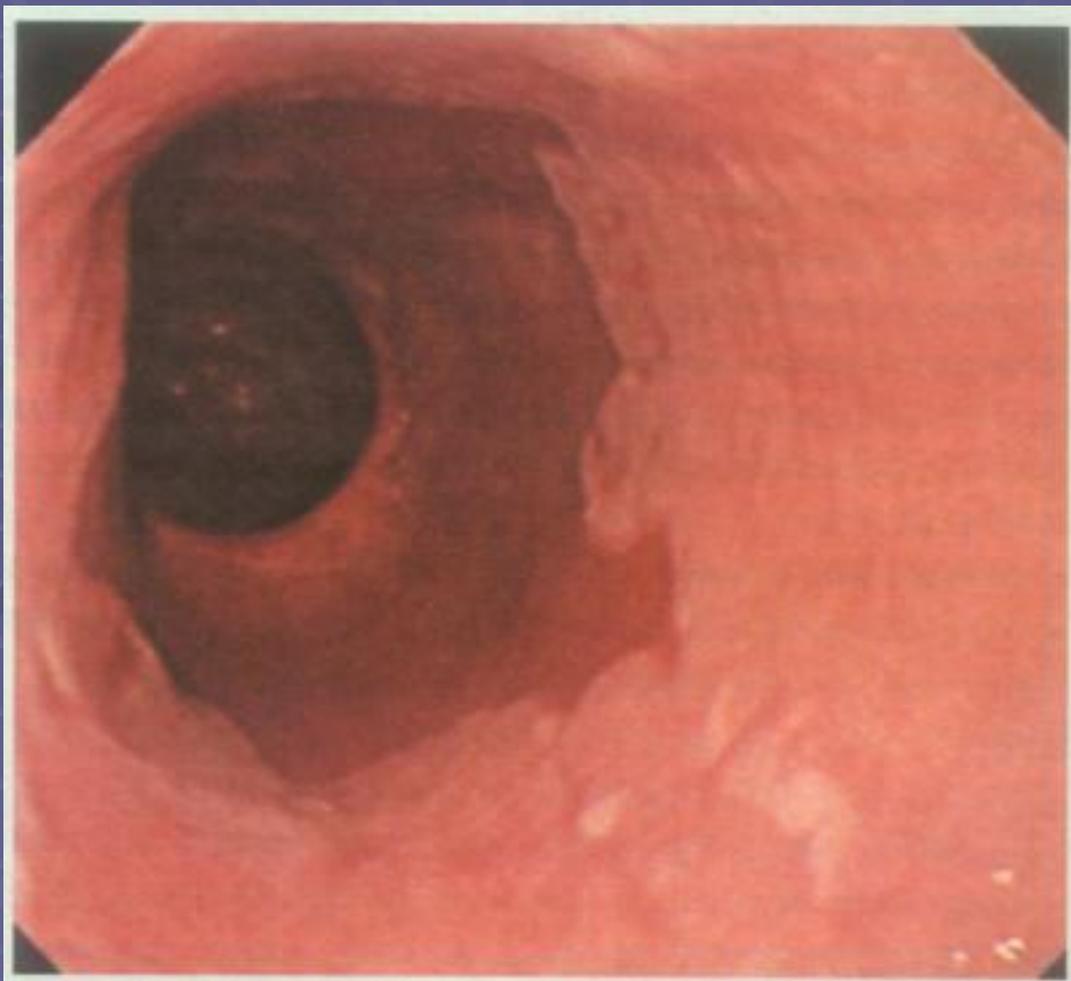
- Основной метод диагностики ГЭРБ - эндоскопия. С ее помощью можно подтвердить наличие рефлюкс-эзофагита и оценить степень его тяжести. В зависимости от глубины и распространенности изменений слизистой пищевода различают 4 степени эзофагита. Наиболее тяжелые из них III и IV степени, при которых развиваются язвенные поражения на большом протяжении, встречаются хронические язвы пищевода, стенозирование и т. д. Существует мнение, что для распознавания рефлюкс-эзофагита квалифицированное рентгеновское исследование больного опытным рентгенологом в разных положениях (положение Тренделенбурга и др.) предпочтительнее эндоскопии. В последнее время для оценки эзофагеального клиренса используют сцинтиграфию пищевода с радиоактивным технецием. Задержка изотопа в пищеводе более чем на 10 минут свидетельствует о замедлении эзофагеального клиренса.
- В специализированных стационарах основное диагностическое значение приобретает суточное рН-мониторирование, позволяющее осуществлять раннюю диагностику ГЭРБ, задолго до возникновения клинических проявлений эзофагита.

Классификация

- Помимо выделения эндоскопически позитивной и негативной ГЭРБ используется также оценка степени тяжести имеющегося рефлюкс-эзофагита (РЭ) по Savari-Miller, которая предусматривает выделение 4 степеней тяжести РЭ.
- При степени 0 наблюдается интактная слизистая оболочка пищевода. При РЭ I степени тяжести эндоскопически обнаруживается картина преимущественно катарального эзофагита, а единичные эрозии захватывают менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода. При РЭ II степени тяжести эрозии становятся сливными и захватывают уже до 50% поверхности слизистой оболочки дистального участка пищевода. При РЭ III степени отмечаются циркулярно расположенные сливные эрозии, занимающие практически всю поверхность слизистой оболочки пищевода ("булыжная мостовая"). Наконец, IV степень тяжести РЭ характеризуется образованием пептических язв и стриктур пищевода, а также развитием тонкокишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода (синдром Барретта).



Рефлюкс-эзофагит.
Стрелка (А)
указывает на
изъязвление
слизистой оболочки
пищевода, стрелка
(В) – на стриктуру
пищевода



Пищевод Баррета.
Тонкокишечная
метаплазия
слизистой
оболочки
пищевода

Клиническая картина

- Наиболее характерным симптомом ГЭРБ является изжога. Под понятием изжога обычно понимают своеобразное чувство жжения или тепла различной интенсивности, возникающее за грудиной (в нижней ее трети) и/или в подложечной области, которая встречается более чем у 80% больных и возникает вследствие длительного контакта кислого желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода. Изжога усиливается при погрешностях в диете, приеме алкоголя и газированных напитков, при физическом напряжении и наклонах туловища, а также в горизонтальном положении больного. Другими частыми симптомами служат отрыжка и срыгивание. Еще одним симптомом, наблюдающимся примерно у 20% больных ГЭРБ является дисфагия. Под дисфагией понимают расстройство глотания, нарушение движения пищевого комка по глотке и пищеводу, а также неприятные ощущения, обусловленные задержкой пищи в этих органах. Она чаще всего носит перемежающийся характер и возникает на ранних стадиях заболевания, как правило, вследствие гипермоторной дискинезии пищевода. Появление стойкой дисфагии, сопровождающееся одновременным уменьшением изжоги, может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода.

- Характерным симптомом ГЭРБ являются боли в эпигастральной области или области мечевидного отростка, возникающие вскоре после еды и усиливающиеся при наклонах туловища.
- К внепищеводным симптомам ГЭРБ относятся боли в грудной клетке, напоминающие иногда приступы стенокардии, упорный кашель, дисфония. Эпизоды гастроэзофагеального рефлюкса способны провоцировать также возникновение различных нарушений сердечного ритма (экстрасистолию, преходящую блокаду ножек пучка Гиса и др.). В результате гастроэзофагеального рефлюкса могут возникать повторные пневмонии и хронический гастрит, ларингит, фарингит, разрушение зубов.

Диагностика

- Основной метод диагностики ГЭРБ - эндоскопия. С ее помощью можно подтвердить наличие рефлюкс-эзофагита и оценить степень его тяжести. В зависимости от глубины и распространенности изменений слизистой пищевода различают 4 степени эзофагита. Наиболее тяжелые из них III и IV степени, при которых развиваются язвенные поражения на большом протяжении, встречаются хронические язвы пищевода, стенозирование и т. д. Существует мнение, что для распознавания рефлюкс-эзофагита квалифицированное рентгеновское исследование больного опытным рентгенологом в разных положениях (положение Тренделенбурга и др.) предпочтительнее эндоскопии. В последнее время для оценки эзофагеального клиренса используют сцинтиграфию пищевода с радиоактивным технецием. Задержка изотопа в пищеводе более чем на 10 минут свидетельствует о замедлении эзофагеального клиренса.
- В специализированных стационарах основное диагностическое значение приобретает суточное рН-мониторирование, позволяющее осуществлять раннюю диагностику ГЭРБ, задолго до возникновения клинических проявлений эзофагита.

Лечение

- Несмотря на значительное количество исследований, посвященных терапии ГЭРБ, до настоящего времени не выработана определенная единая концепция лекарственного лечения больных. Основными целями медикаментозного лечения больных ГЭРБ являются предотвращение возникновения рефлюкса, уменьшение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищеводного клиренса, а также устранение диффузных и очаговых патологических поражений слизистой оболочки пищевода и повышение ее защитных свойств. При этом лечение должно быть комплексным, включающим в себя как прием лекарственных препаратов, так и нормализацию образа жизни.
- Изменение образа жизни (lifestyle modification) полностью сохраняет свою значимость в лечении больных ГЭРБ. Пациенты должны прекратить курение, употребление спиртных и газированных напитков. При наличии ожирения необходимо стремиться к нормализации массы тела. Необходимо отказаться от приема острой, очень горячей или очень холодной пищи, употребления кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также лука, чеснока, перца, жиров, шоколада. Больные должны избегать переедания. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за несколько часов до сна. Нежелательным является прием препаратов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (теофиллина, прогестерона, антидепрессантов, нитратов, антагонистов кальция), а также оказывающих неблагоприятное действие на слизистую оболочку пищевода (нестероидные противовоспалительные средства, доксициклин, хинидин).
- Вероятность возникновения гастроэзофагеального рефлюкса уменьшается при подъеме головного конца кровати на 15-20 см. Больным необходимо воздерживаться от физических упражнений, связанных с наклонами туловища, избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, ношения тугих поясов и ремней.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!