

ЛЕКЦИЯ

«ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА»



Методы исследования

- **Рентгенологическое** исследование пищевода, для лучшего контрастирования к бариевой взвеси добавляют разваренную крупу, муку и др.
- Для выявления изменений в пищеводе замедляют прохождение контрастного вещества путем приема его в положении лежа, в положении Тренделенбурга и приема густой массы.
- **Рентгеноскопию**, с которой начинают исследование, комбинируют с **рентгенографией**
- Движение стенок пищевода может быть изучено с помощью **рентгенокимографии** (дифференцируют различные функциональные заболевания пищевода (ахалазия, эзофагоспазм)).
- Специальные методы исследования – **пневмомедиастинум** (предложен Condorelli, 1936). Для выполнения пневмомедиастинографии лучше использовать закись азота, которая быстро всасывается. Значительно дольше всасываются кислород (1—2 сут) и воздух (3—4 сут).

Методы исследования

- С целью изучения толщины стенок пораженного участка пищевода используют **париетографию** - на фоне **пневмомедиастинума** после приема бариевой взвеси пищевод раздувают через дуоденальный зонд.
- Компьютерная графия
- Ядерный магнитный резонанс
- Ультразвуковое исследование (в т.ч. эндоскопическое)

Фармакологические пробы:

- **Нитроглицерин** (1—2 таблетки под язык) и **амилнитрит** (вдыхание паров из раздавленной ампулы) используют в дифференциальной диагностике ахалазии и рака кардии. В отличие от рака при ахалазии тонус сфинктера снижается и бариевая взвесь проходит в желудок. Проба с **холиномиметиками**. Введение этих препаратов больным с ахалазией (1,5—10 мг мехолила, 0,1 г **ацетилхолина**, 1 мл 0,025% раствора **карбохолина** внутримышечно) вызывает сокращения пищевода, регистрируемые при рентгенологическом исследовании. При побочных явлениях внутривенно вводят атропина сульфат.

Методы исследования

Эзофагоскопия:

- Следует различать **диагностическую и лечебную эзофагоскопию**. Диагностическую эзофагоскопию применяют для уточнения диагноза (визуальный осмотр, взятие участков ткани для гистологического и цитологического исследований). К лечебной эзофагоскопии прибегают с целью удаления инородных тел, прижигания язв, иссечения небольших полипов.
- **Противопоказаниями** к эзофагоскопии являются аневризма аорты, инфаркт миокарда, инсульт, гипертоническая болезнь III стадии; декомпенсированные пороки сердца; туберкулез гортани или легких с кавернозным процессом; резко выраженная эмфизема легких; острые заболевания пищевода, в том числе ожоги и др.
- При выполнении эзофагоскопии **по жизненным показаниям**, например, для удаления инородных тел или определения источника массивного кровотечения, противопоказания к исследованию не учитывают.

Методы исследования

- **Эзофагоманометрия** является незаменимым исследованием при дифференциальной диагностике различных нервно-мышечных заболеваний пищевода, а также грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Методы выявления желудочно-пищеводного рефлюкса:

- **Проба с метиленовым синим** - в горизонтальном положении через тонкий зонд в желудок вводят раствор метиленового синего (3 капли 2% раствора на 300 мл кипяченой воды. Затем зонд подтягивают и устанавливают в пищеводе выше кардиального отверстия. При наличии рефлюкса через зонд отсасывают окрашенную жидкость.
- **Перфузионная проба.** При зондировании пищевода вливать в него капельно 0,1 М раствор хлористоводородной кислоты со скоростью 100—120 капель в 1 мин. - жжение и боль за грудиной.
- **Кислотный клиренс, определение разности потенциалов** и др.

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА И ПИЩЕВОДНО-ТРАХЕАЛЬНЫЙ СВИЩ

Первые описания атрезии пищевода и некоторых других аномалий пищевода относятся к XVII в. Без хирургического лечения дети с атрезией пищевода обычно умирают в ближайшие дни после рождения. Предположение о возможности соединения двух участков атрезированного пищевода высказал Holmes (1869). В 1924 г. Wing произвел такую операцию, однако ребенок умер от причины, не связанной с операцией на пищеводе. Первые успешные операции выполнили независимо друг от друга Leven и Ladd в 1939 г.

Атрезия пищевода встречается у 1 из 3000—4000 новорожденных.

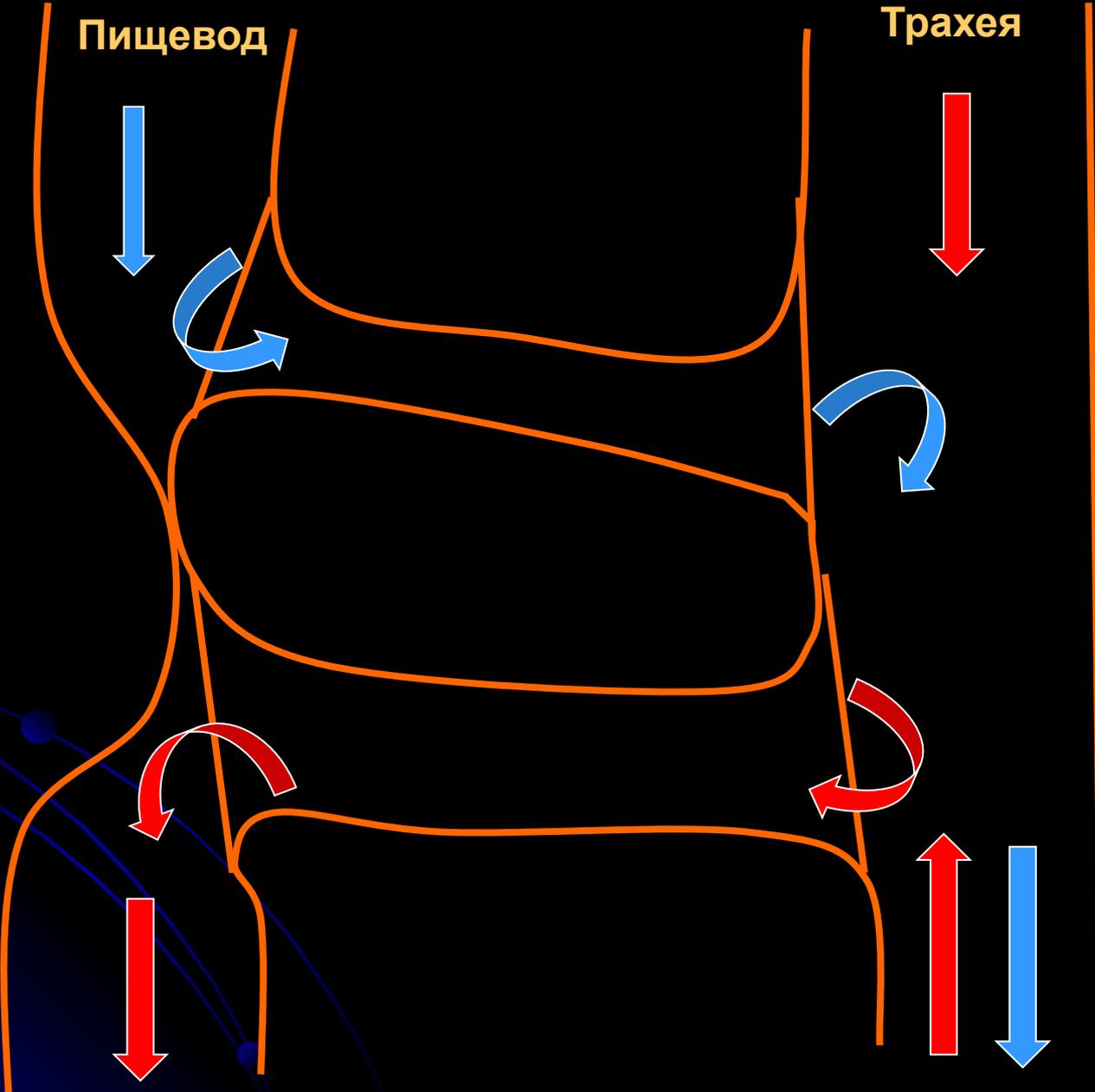
Различают следующие основные виды аномалий пищевода:

- атрезия без свища;
- атрезия со свищом проксимального сегмента;
- атрезия со свищом дистального сегмента;
- атрезия со свищом обоих сегментов;
- свищ без атрезии.

Наиболее часто (в 90% случаев) встречается атрезия со свищом дистального сегмента.

Пищевод

Трахея



Атрезия пищевода возникает вследствие нарушения **разделения трахеи и пищевода** и быстрого роста трахеи. Быстро растущая трахея уносит аборальный сегмент пищевода вниз, не давая возможности сформироваться пищеводу. При наиболее частом варианте атрезии со свищом нижнего сегмента проксимальный сегмент имеет длину 1—3,5 см и диаметр до 10 мм. Свищ проксимального сегмента располагается в средней части трахеи на расстоянии около 5 см от дистального сегмента. Во многих случаях отверстие находится на боковой поверхности пищевода.

У половины больных атрезия пищевода сочетается с **пороками развития сердечно-сосудистой системы** (дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок, коарктация аорты, тетрада Фалло и др.) и желудочно-кишечного тракта (атрезия заднего прохода, кишечника, желчных путей). Могут иметь место аномалии мочеполовой и нервной систем. Сопутствующие аномалии значительно ухудшают прогноз и обуславливают неблагоприятный исход заболевания.

Атрезия пищевода выявляется уже в первые часы и дни жизни новорожденного.

Характерными признаками ее являются постоянное выделение слюны и слизи изо рта и носа, сильный кашель, одышка и цианоз, возникающие при каждой попытке кормления ребенка. При атрезии со свищом дистального сегмента воздух поступает в желудок, поэтому определяется вздутие живота. Отсутствие воздуха в желудке указывает на наличие атрезии без свища или атрезии со свищом проксимального сегмента. Большую опасность представляет аспирационная пневмония, возникающая вследствие аспирации пищи и скапливающейся во рту слюны, при пищеводно-трахеальном свище — вследствие затекания в дыхательные пути через свищевой ход. Сначала поражается верхняя доля правого легкого, затем в процесс вовлекаются оба легких. Большинство неблагоприятных исходов обусловлено поражением легких.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА И ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА

- Инородные тела пищевода являются довольно частой и опасной патологией. Среди таких больных **21—25%** нуждаются в квалифицированной помощи.
- Большинство пациентов с инородными телами — **дети**.
- Чаще всего в пищеводе застревают **рыбьи и птичьи кости** (70—90%), зубные протезы, монеты, пуговицы, булавки, гвозди
- Основными причинами попадания инородных тел в пищевод являются поспешная еда, небрежное приготовление пищи, **профессиональные привычки** сапожников, портных, плотников держать во рту гвозди, иголки, булавки, плохо пригнанные съемные зубные протезы, привычка у детей брать случайные предметы в рот, **преднамеренное проглатывание**.
- Проглоченное инородное тело может выйти естественным путем или задержаться в пищеводе. Этому способствуют различные патологические состояния пищевода — стриктуры, опухоли, дивертикулы, спазм, ахалазия.
- В **96,5%** случаев инородные тела обнаруживают в здоровом пищеводе.

- Преимущественной локализацией инородных тел в пищеводе являются места физиологических сужений.
- Наиболее часто инородные тела задерживаются в нижнем отделе глотки и ниже перстнеглоточной мышцы, на уровне яремной вырезки грудины (в 75% случаев), в области правого бокового изгиба пищевода, обусловленного дугой и нисходящей частью аорты.
- Реже они задерживаются в средней трети грудной части пищевода, на уровне дуги аорты и бифуркации трахеи (15%) и в нижней трети (10%).



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Зависит от **величины, формы, локализации, длительности** нахождения инородного тела.

- Приблизительно в **10%** случаев не отмечается каких-либо **СИМПТОМОВ**.
- Жалобы на **боль, ощущение сдавления** в горле или за грудиной, которое усиливается при глотании. Болевые ощущения могут отсутствовать, если инородное тело имеет ровную, гладкую поверхность. Боль **иррадирует** в спину, межлопаточную область. Характерны **дисфагия, регургитация, слюнотечение**.
- При травме стенки пищевода может наблюдаться **кровотечение**.
- Крупные инородные тела вызывают полную **непроходимость** пищевода. Этому способствуют спазм мускулатуры и воспалительный отек слизистой оболочки.

- Дальнейшее течение зависит от размеров, характера, места нахождения инородного тела и присоединившихся осложнений.
- Изъязвление стенки пищевода может вызвать **раннее кровотечение**. Осложнения со стороны верхних дыхательных путей и легких обусловлены **аспирацией, сдавлением** трахеи, воспалительной реакцией с отеком гортани, образованием пищеводно-трахеального свища. При сдавлении трахеи появляются одышка, стридорозное дыхание, цианоз.
- Иногда в клинической картине преобладают признаки **внезапно возникшего удушья**. Описаны случаи, когда массивные инородные тела закрывали вход в гортань и наступала смерть вследствие асфиксии.

- **При повреждении стенки пищевода** и присоединении воспалительных явлений возникает **постоянная боль** в области шеи, в спине, за грудиной. Быстро **нарастает дисфагия**. Общее состояние больного ухудшается, **повышается температура тела**, появляется озноб. На шее, чаще слева, появляется болезненная **припухлость**, **отмечается крепитация**. Больной стремится занять положение, в котором давление на стенки пищевода бывает минимальным. Если инородное тело локализуется в шейной части пищевода, он вытягивает шею и **наклоняет голову вниз**. При задержке инородного тела в грудной части пищевода больной **предпочитает лежать в согнутом положении**. При глотании появляется болезненное выражение лица.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- перфорация пищевода, местные воспалительные процессы, кровотечение из крупных сосудов.
- травматический эзофагит, который характеризуется умеренной болью при глотании, легкой дисфагией.
- В поврежденной слизистой оболочке пищевода, особенно если инородное тело не удалено, может образоваться абсцесс. Он проявляется острой болью, иррадиирующей в область шеи и в спину. Боль усиливается при кашле, глотании. Отмечается прогрессирующая дисфагия. Рентгенологически определяется кратковременная задержка контрастного вещества в месте бывшего инородного тела. При эзофагоскопии выявляются резкая гиперемия, отечность слизистой оболочки, иногда изъязвление. Абсцесс может вскрыться во время эзофагоскопии.

- В неблагоприятных случаях возможно распространение гнойного воспаления на глубжележащие слои и **развитие флегмоны пищевода**. Чаще локализуется на задней стенке шейной части пищевода. При этом характерны высокая температура тела (до 40 °С), боль в шее, усиленное слюноотделение, резко затрудненное глотание, зловонный запах изо рта, ощущение удушья. При эзофагоскопии определяются отечность, гиперемия и выбухание задней стенки пищевода. Абсцесс следует обязательно вскрыть
- При распространении гнойного процесса на весь подслизистый слой пищевода развивается **диффузный флегмонозный эзофагит**. Слизистая оболочка пищевода частично некротизируется. Процесс переходит на окружающие ткани. Большинство больных **умирают через 2—3 дня от интоксикации**. Лечение заключается в широкой медиастинотомии, применении антибиотиков, дезинтоксикационной терапии.

- Тяжелым осложнением, почти всегда заканчивающимся летальным исходом, является перфорация или аррозия близлежащих крупных сосудов (аорта, общая сонная артерия, яремная вена) с последующим профузным кровотечением.



Диагностика

- Обследование начинают с осмотра зева и глотки с помощью **гортанного зеркала**. После осмотра глотки переходят к **рентгенологическому исследованию** пищевода, выявляют рентгеноконтрастные металлические инородные тела (монеты, иглы, булавки и др.).
- Для выявления мелких инородных тел больной глотает **густую бариевую взвесь**, которая оседает на инородном теле. После проглатывания 1 чайной ложки взвеси больному дают несколько глотков воды, смывающей барий со стенок пищевода. Осевший на инородном теле барий делает видимым его при рентгеноскопии и на рентгенограммах. При глотании в результате смещения пищевода наблюдается маятникообразное качание осевших на инородном теле частиц бария.
- При отрицательных данных рентгенологического исследования и продолжающихся жалобах больного на боль, дисфагию, при начинающихся воспалительных явлениях показана **диагностическая эзофагоскопия**.



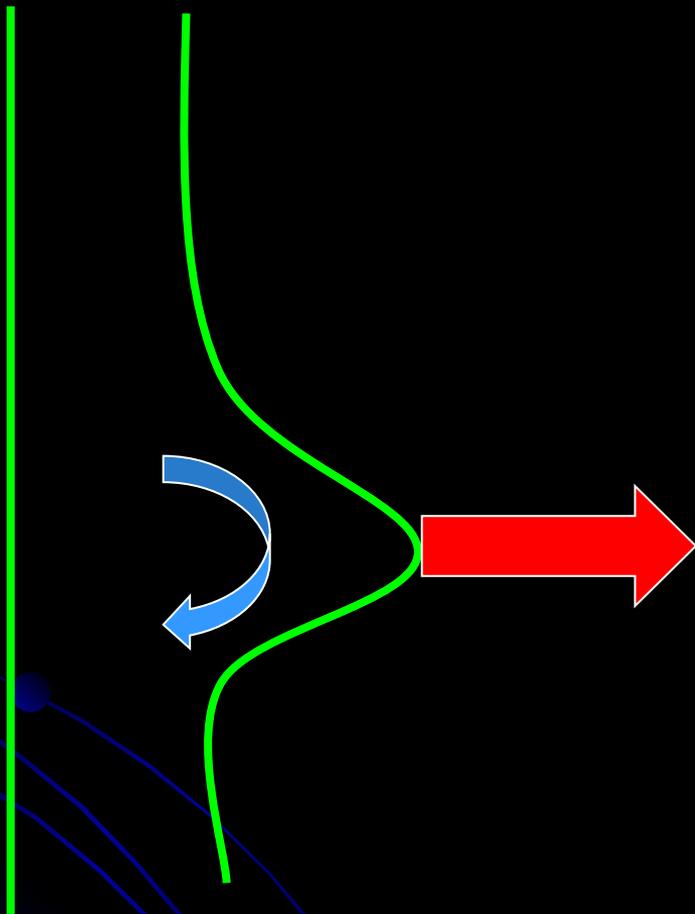
Пациентка, 49 лет, во время еды случайно проглотила мясную кость. При рентгеноскопии неотчетливо определялась тень инородного тела в верхней части грудного отдела пищевода на уровне тел первого-второго грудных позвонков. После одного глотка водной взвеси сульфата бария и затем нескольких глотков воды на рентгенограммах было установлено инородное тело в указанной части пищевода неправильной формы и размерами 2,5x2,5x0,7 см.

ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

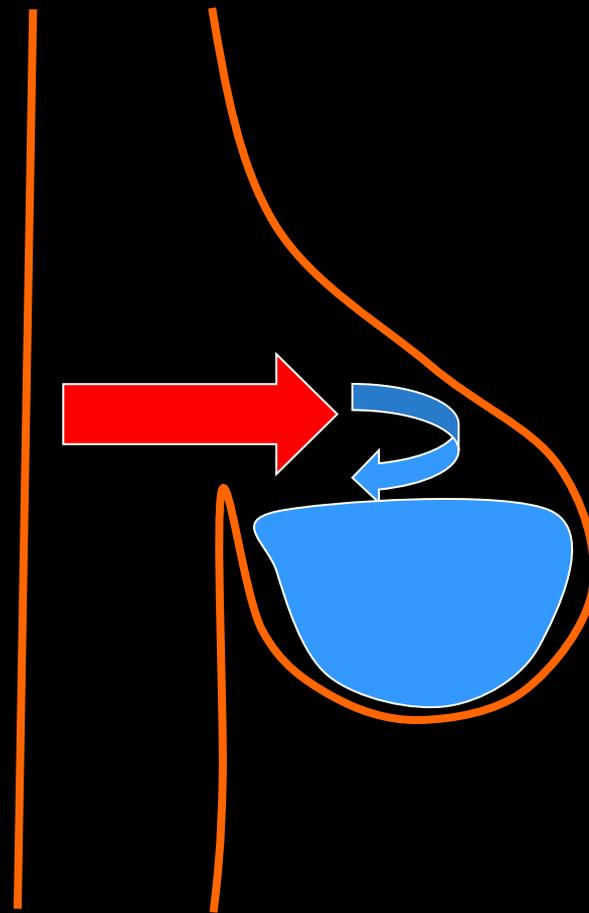
Дивертикул — одно из наиболее часто встречающихся доброкачественных заболеваний пищевода. Первые описания дивертикулов пищевода принадлежат **Ludlow** (1764) и **Deguisse** (1804).

Rokitansky (1840) разделил все дивертикулы пищевода на **пульсионные и тракционные**. Он подробно описал эпибронхиальные дивертикулы, а **Zenker** (1877) — пульсионные дивертикулы в области шеи, на границе пищевода и глотки (пищеводно-глоточные, или **ценкеровские**, дивертикулы).

- Глоточно-пищеводные дивертикулы составляют 63,1% всех дивертикулов, бифуркационные — 16,5%, эпифренальные — 20,4%



Тракционный дивертикул



Пульсионный дивертикул

КЛАССИФИКАЦИЯ

- фаринго-эзофагеальные (ценкеровские, пограничные);
- бифуркационного уровня;
- эпифренальные.



Глоточно-пищеводные (ценкеровские) дивертикулы

По мнению Zenker (1877), ведущим в возникновении шейных дивертикулов является повышение внутрипищеводного давления, которое постепенно приводит к выпячиванию слизистой оболочки через слабые участки мышечной стенки пищевода в месте перехода глотки в пищевод.

Различают **три стадии** возникновения и развития глоточно-пищеводных дивертикулов:

- 1) **выпячивание** слизистой оболочки пищевода через слабые участки мышечной оболочки;
- 2) **формирование** шарообразного дивертикулярного **мешка**;
- 3) увеличение размеров дивертикула, в результате чего он может опускаться в средостение. При этом **просвет дивертикула становится как бы продолжением пищевода.**

В запущенных случаях дивертикул может вмещать **до 1,5 л жидкости**. Переполненный дивертикул сдавливает просвет пищевода, вызывая дисфагию.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

Симптоматология шейных дивертикулов пищевода зависит от стадии развития и широко варьирует в зависимости от их размеров и способности опорожняться.

Выделяют характерную **триаду симптомов** больших глоточно-пищеводных дивертикулов:

- **регургитация застоявшейся пищи,**
- **постоянное наличие в глотке слизи,**
- **бурлящий шум при надавливании на глотку.**

Небольшие выпячивания слизистой оболочки обычно клинически не проявляются. По мере увеличения дивертикула больной начинает ощущать **небольшую боль, легкую дисфагию, кашель, тошноту, неприятный запах изо рта**. В стадии полностью сформировавшегося дивертикула симптомы зависят от степени его наполнения и опорожнения. Вследствие наполнения мешка пищей и воздухом возникают **булькающие звуки, слышимые на расстоянии**, нарушается глотание, вплоть до **внезапной остановки пищи во время еды**. Это заставляет больных есть медленно, придавая определенное положение голове и шее. Иногда после еды или питья ночью может наступить **регургитация**.

Наиболее яркая клиническая картина отмечается в третьей стадии заболевания, когда сильнее всего выражены дисфагия, регургитация, симптомы сдавления окружающих органов, кашель, легочные осложнения. Чтобы облегчить глотание, больные массируют или сдавливают шею руками. Периодически по мере накопления содержимого наблюдается срыгивание застоявшихся пищевых масс. При отсутствии срыгиваний больные опорожняют дивертикул путем выдавливания его содержимого в рот или промывания. Опорожнение дивертикула обычно приносит облегчение. Вследствие аспирации возникают легочные осложнения.

При осмотре больного в этой стадии заболевания отмечается выпячивание на боковой поверхности шеи слева, мягкой консистенции, уменьшающееся при надавливании. Иногда в нем определяется шум плеска (симптом Купера).

- Сдавление трахеи вызывает затрудненное дыхание,
- сдавление возвратного нерва — охриплость голоса,
- сдавление крупных венозных стволов — затруднение венозного оттока от шеи и головы. Длительный застой вызывает также воспалительный процесс в дивертикуле и окружающих тканях.

Диагноз глоточно-пищеводных дивертикулов основывается на данных клинического и рентгенологического исследований. Обычно уже после первых глотков бариевой взвеси в шейной части пищевода заполняется мешок с четкими ровными контурами. Эзофагоскопию при шейном дивертикуле применяют редко, поскольку рентгенологическое исследование позволяет точно поставить диагноз.

Бифуркационные дивертикулы не имеют характерной симптоматики.

Нередко их случайно обнаруживают во время рентгенологического исследования пищевода.

В клинически выраженных случаях больные жалуются на затрудненное глотание, боль в грудной клетке, отрыжку, срыгивание.

Эпифренальные дивертикулы:

- 1) нарушения функции пищевода (спазм, ахалазия, дискоординация моторики), что проявляется дисфагией, регургитацией, рвотой, аспирацией;
- 2) задержка и разложением пищи в дивертикуле, вследствие чего отмечаются плохой запах изо рта, неприятные вкусовые ощущения, срыгивания пищи с неприятным запахом, местные болевые ощущения.

НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

Характеризуются нарушениями моторики пищевода, его функциональных сфинктеров и кардии:

1. **Нарушения функции верхнего, глоточно-пищеводного сфинктера (ахалазия).**
2. **Нарушения моторики пищевода:** а) диффузный спазм; б) сегментарный спазм.
3. **Нарушения функции нижнего пищеводного сфинктера:** а) гипертония сфинктера; б) недостаточность сфинктера.
4. **Сочетанные нарушения:** а) ахалазия кардии; б) гипертоническая ахалазия — сочетание диффузного спазма пищевода и ахалазии кардии.

Нарушения функции верхнего пищеводного сфинктера

Ахалазия верхнего пищеводного сфинктера (*globus hystericus*) (впервые описана Asherson, 1950). Чаще всего страдают женщины в возрасте от 18 до 30 лет с невротическими и истероидными проявлениями в анамнезе.

Заболевание начинается **внезапно**. У здоровых людей возникает ощущение **сдавления в горле**; **невозможно проглотить пищу и даже слюну**, появляются **загрудинная боль, кашель, рвота, резкое беспокойство, возбуждение, чувство страха**. Вначале приступы носят кратковременный характер, но затем становятся постоянными, при этом ухудшается проходимость пищи. Для предотвращения приступов больные пытаются принимать только жидкую пищу. Во время поспешной еды пища может выбрасываться через рот и нос. Со временем в результате расширения нижней части глотки **возникает одностороннее или двустороннее вздутие на шее**.

Различают две формы ахалазии верхнего пищеводного сфинктера:

Первая — динамическая, нервно-мышечная, форма характеризуется поражением интрамуральных нервных ганглиев. Вначале кратковременный спазм перстнеглоточной мышцы становится постоянным.

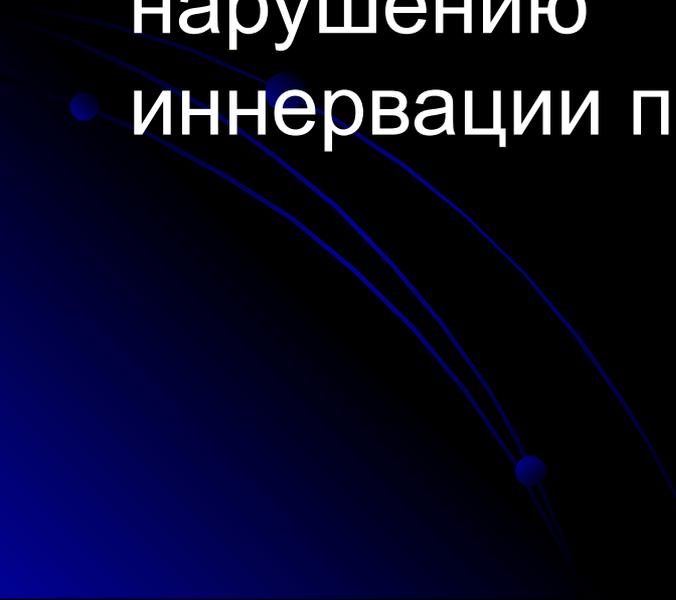
При второй — пассивной, миопатической, интерстициальной, форме в мышцах обнаруживается диффузный интерстициальный фиброз. В этих случаях нарастает дисфагия в связи с наступающей полной непроходимостью пищевода.

Консервативное лечение (атропина сульфат, амилнитрит, но-шпа).

Операция заключается во внеслизистом рассечении перстнеглоточной мышцы посередине по задней поверхности пищевода и глотки.

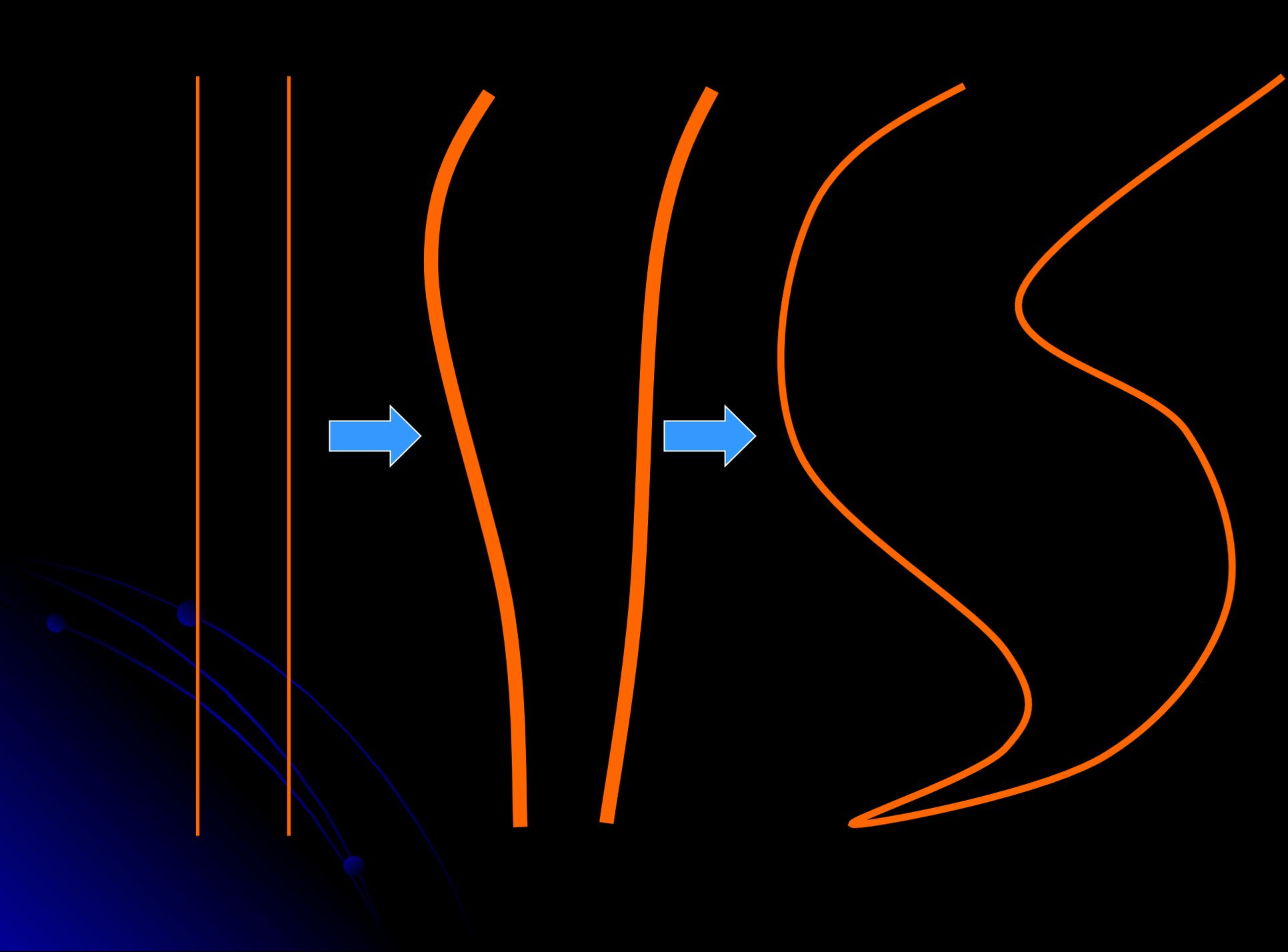
Ахалазия кардии (кардиоспазм)

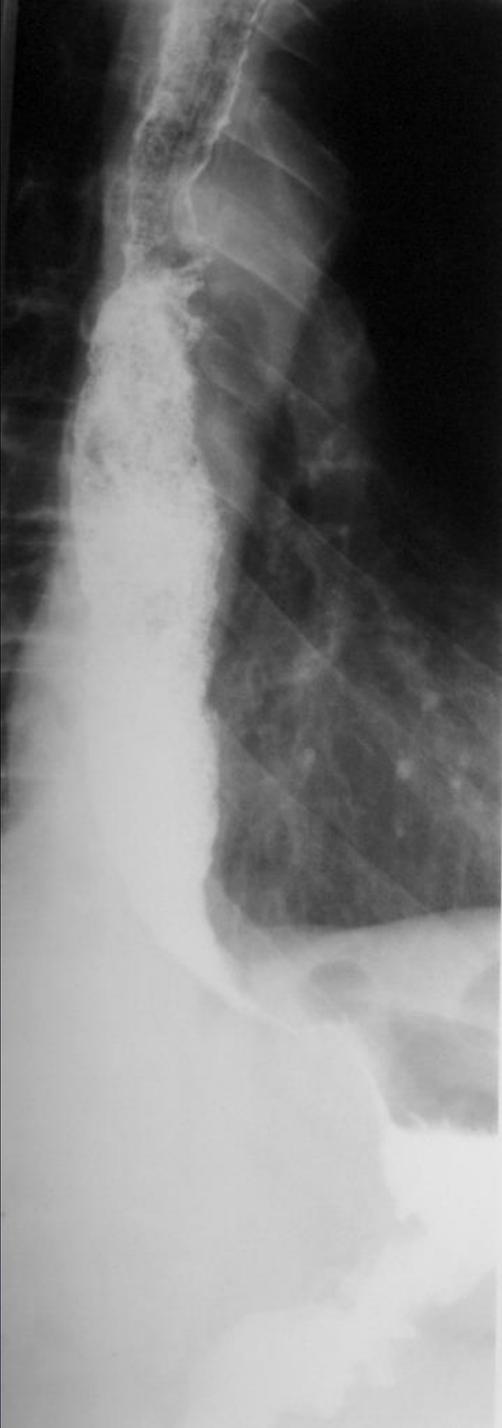
Этиология связана с изменениями в интрамуральных нервных сплетениях пищевода - дегенерация ганглиозных клеток мышечно-кишечного (ауэрбаховского) сплетения, приводящая к нарушению парасимпатической иннервации пищевода.



Различают четыре стадии заболевания:

- функциональный спазм без расширения пищевода;
- стойкий спазм с умеренным расширением пищевода;
- рубцовое изменение мышечных слоев с выраженным расширением пищевода;
- кардиостеноз с большим расширением пищевода и S-образным искривлением его.





68

8.12.04



Ахалазия пищевода

Клиническая картина

- дисфагия,
- регургитация,
- загрудинная боль

Наиболее ранний и характерный симптомом — дисфагия. Вначале дисфагия носит **преходящий характер**, затем становится **постоянной**. Обычно возникает внезапно, иногда во время быстрой, торопливой еды. Большинство больных легче глотают теплую или горячую пищу.

По мере прогрессирования заболевания больные вырабатывают различные приемы, облегчающие прохождение пищи в желудок — заглатывание воздуха во время еды, глубокий вдох с натуживанием, запрокидывание головы, энергичная ходьба, подпрыгивание на месте. Однако в выраженных стадиях заболевания эти приемы не помогают, и часть пищи остается в пищеводе. У некоторых больных **в пищеводе скапливается до 2 л жидкости**.

- Регургитация отмечается у 70% больных - появляется во время и вскоре после еды. Более выражен этот симптом в поздних стадиях заболевания, когда пищевод вмещает иногда до 2 л жидкости.
- Часто регургитация наблюдается во время сна - этот признак ахалазии называют симптомом мокрой подушки. В редких случаях отмечаются шум плеска, бульканье за грудиной. Опасно попадание содержимого пищевода во время сна в дыхательные пути, поэтому больные спят сидя. Характерны приступы ночного кашля (симптом ночного кашля) - у 66-89% больных.
- Нередко отмечаются ощущение давления и боль за грудиной, возникающие вследствие растяжения и спазма мускулатуры пищевода. При присоединении эзофагита боль принимает жгучий характер. У больных с ахалазией кардии могут быть симптомы сдавления средостения, которые характеризуются тахикардией, ощущением удушья, набуханием шейных вен, цианозом. При сдавлении возвратного нерва может появиться охриплость голоса, при сдавлении правого главного бронха — ателектаз легкого.

Осложнения:

- истощение;
- анемия;
- эзофагит;
- изъязвление пищевода;
- легочные осложнения (аспирационная пневмония, бронхит, абсцесс легкого, бронхоэктазы);
- рак;
- самопроизвольный разрыв пищевода;
- образование пищеводно-трахеального и пищеводно-пищеводного свищей

Лечение

- **Консервативное лечение** включает диету, лекарственные средства и кардиодилатацию.
- Пища должна быть размельченной или кашицеобразной, химически щадящей, с достаточным содержанием белков и витаминов. Медикаментозное лечение включает местные анестезирующие и спазмолитические средства, м-холинолитики, витаминные, седативные препараты, физиотерапию. В последнее время применяют α -адреноблокаторы и антагонисты кальция.
- Для лечения ахалазии кардии применяют два основных метода — **кардиодилатацию и оперативное вмешательство.**

Операции:

Операции на расширенном пищеводе:

- Иссечение части стенки пищевода
- Трансплевральная эзофагопликация
- Эзофагэктомия с последующей пластикой
- Сегментарная резекция пищевода в сочетании с операцией Геллера
- Иссечение части стенки расширенного пищевода в сочетании с операцией Геллера

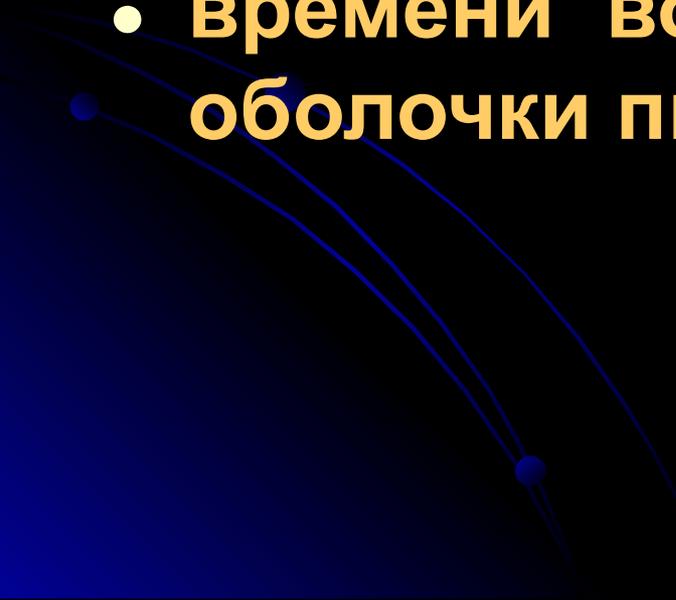
Операции на суженном участке пищевода:

- А. Рассечение суженного участка.** 1. Внеслизистая эзофагокардиомиотомия 2. Тотальная демускуляризация кардии. 3. Внеслизистая эзофагокардиомиотомия с фундопликацией. 4. Миотомия с пилоропластикой. 5. Миотомия с левосторонней спланхникэктомией. 6. Миотомия с низведением пищевода в брюшную полость. 7. Эндоскопическая миотомия.
- Б. Рассечение суженного участка с пластикой его.** 1. Кардиопластика. 2. Внеслизистая эзофагокардиомиотомия с пластикой: лоскутом диафрагмы, сальником, желудком, лоскутом передней стенки желудка, аллопластика.
- В. Резекция суженного участка.** 1. Резекция кардии 2. Резекция кардии и нижней трети грудной части пищевода 3. Перемещение кардии 4. Резекция кардии с интерпозицией сегмента тонкой или ободочной кишки.
- Обходные анастомозы.** 1. Эзофагогастростомия 2. Обходная эзофагоэюностомия 3. Эзофагогастростомия с резекцией желудка по Финстереру 4. Эзофагогастростомия с резекцией желудка по Ру.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА

- Химические ожоги пищевода возникают при случайном или преднамеренном (с суицидной целью) приеме агрессивных жидкостей внутрь.
- В настоящее время чаще всего причиной таких ожогов оказывается уксусная эссенция (80% раствор уксусной кислоты). В США ежегодно регистрируется 400—500 ожогов пищевода на 100 000 жителей, из них 5000—8000 — у маленьких детей. При случайном приеме агрессивных веществ летальность составляет около 2%, при попытках самоубийства — 20—30%.

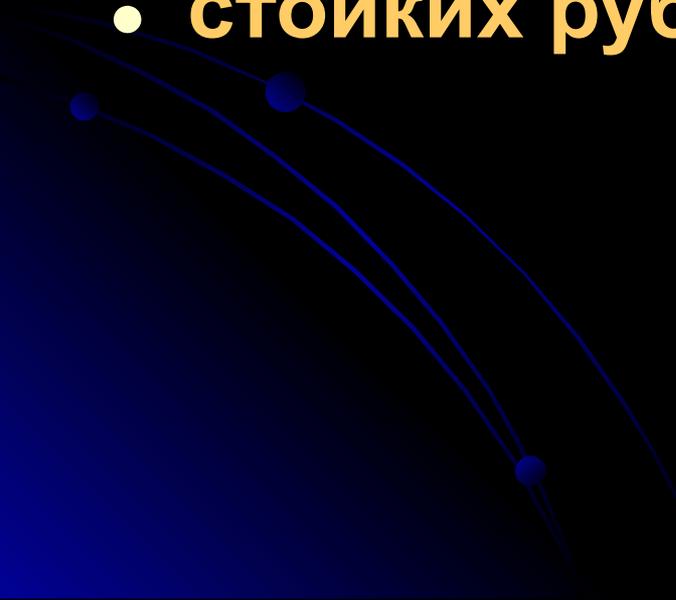
Тяжесть химического ожога, а также его общее токсическое воздействие на организм зависят от:

- **концентрации принятого вещества,**
 - **количества,**
 - **химической природы и**
 - **времени воздействия на слизистые оболочки пищеварительного тракта.**
- 

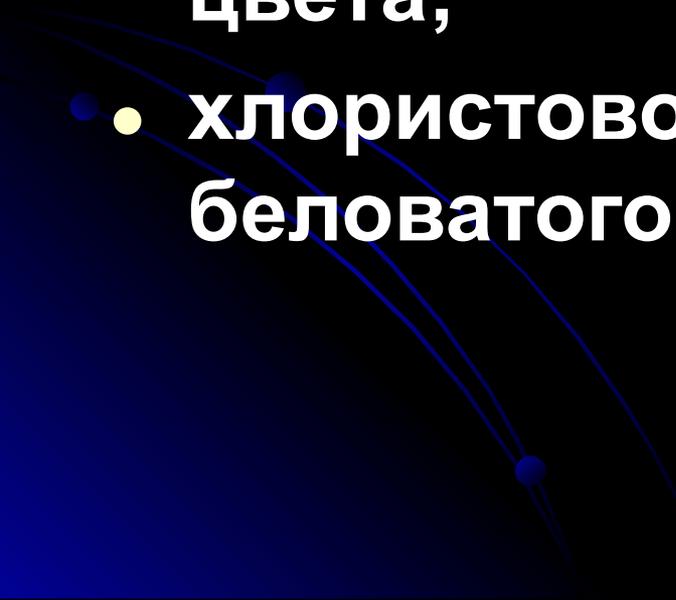
- **Неорганические кислоты** вызывают денатурацию белков и развитие плотного **коагуляционного некроза**, препятствующего проникновению кислоты. Однако при этом могут возникать тяжелые осложнения вследствие болевого шока и интоксикации.
- **Щелочи** вызывают глубокий и обширный **колликвационный некроз** (мягкое омертвление) тканей пищеварительного тракта, сопровождающийся диффузией принятого вещества в глубжележащие ткани.

- При проглатывании **уксусной эссенции** **местные изменения в пищеводe менее выражены**, однако **из-за отсутствия плотного струпа развивается очень тяжелая интоксикация**. Наступает резкое закисление крови и гемолиз эритроцитов (**уксусная кислота — гемолитический яд**), что влечет за собой развитие **гемоглобинурийного нефроза и токсического гепатита с острой почечной и печеночной недостаточностью**, как правило, с **плохим прогнозом**.

**Патологические изменения,
развивающиеся в тканях пищевода,
принято разделять на 4 стадии:**

- **некроза,**
 - **язв и грануляций,**
 - **рубцевания,**
 - **стойких рубцовых сужений.**
- 

Можно распознать :

- уксусную кислоту и нашатырный спирт — по характерному запаху;
 - серную кислоту — по черному или серому струпю;
 - азотную — по наличию корки желтого цвета;
 - хлористоводородную — по корке беловатого цвета.
- 

Постоянна **саливация**, нередко возникает **осиплость голоса**. При развившемся отравлении уксусной кислотой **моча окрашена от слабого розовато-красного до темно-коричневого цвета**; в крови выявляются **метаболический ацидоз** и **повышенное содержание свободного гемоглобина**. В случаях отравления щавелевой кислотой в крови и моче определяется **оксалат кальция**. При осложнении ожога кровотечением появляются **кровавая рвота или мелена**, а при **медиастините усиливается за грудиная боль** и присоединяется **лихорадка**.

В течении ожогов пищевода различают:

- острую стадию;
- латентный период
- стадию рубцовой непроходимости.



- **Ранние и поздние осложнения** зависят от глубины повреждения, степени инфицирования и характера лечения.
- Наиболее частым поздним осложнением является **образование стриктуры**, которая развивается **через 6 недель после ожога**.
- у 36,9% больных стриктуры образуются в верхней трети грудной части пищевода,
- у 45,8% — в средней ее трети,
- у 15,1% — в нижней трети;
- у 2,2% больных наблюдаются множественные сужения.
- Ожоги кислотой могут не вызывать тяжелого поражения пищевода, но в то же время возникают рубцовые сужения желудка преимущественно (79%) в антральной части.

Ранние осложнения ожогов пищевода

- **Острый ограниченный или диффузный медиастинит** - после перфорации пищевода в результате глубокого поражения его стенки, а также вследствие лимфогенного или гематогенного инфицирования средостения.

При молниеносной форме наступает внезапная тяжелая интоксикация, которая быстро приводит к смерти. При остром медиастините наблюдается клиническая картина, характерная для септического состояния. Больной отмечает жажду, усиление боли в груди, озноб, который сменяется проливным потом. Пульс до 120—140 в 1 мин, одышка (до 40 дыханий в 1 мин).

Рентгенологически иногда определяются расширение тени средостения, признаки эмфиземы средостения, одно- или двустороннего плеврита.

- **Серозно-фибринозный и гнойный перикардит.** Клиническая картина характеризуется ухудшением общего состояния: возникает боль в области сердца, усиливается за грудиной боль, особенно при глубоком вдохе, повышается температура тела до 41 °С, нарастает одышка. В связи с затруднением притока крови к сердцу набухают яремные вены, больной принимает вынужденное положение полусидя, опершись руками о кровать. Рентгенологически наблюдается увеличение размеров сердца; тень его приближается к треугольнику, уменьшается амплитуда пульсации. При пункции перикарда получают серозно-фибринозный выпот или гной.
- **Плеврит** (серозный, гнойный).
- **Пневмония** (5—8%).
- **Абсцессы легкого** (пара- и метапневмонические) наблюдаются у некоторых больных с тяжелой степенью ожога пищевода. У истощенных и обезвоженных больных абсцессы легкого развиваются также гематогенным и аспирационным путем.

- **Пищеводно-бронхиальные и пищеводно-трахеальные свищи.** При рентгенологическом исследовании виден заброс бариевой взвеси из пищевода в бронх или трахею.
- **Аррозии крупных сосудов средостения** — грозное и довольно редкое осложнение, которое почти всегда приводит к смерти.
- **Острый ожоговый гастрит и перигастрит.** Химические вещества, попадая в желудок, вызывают острый ожог слизистой оболочки желудка, образование множественных язв, которые могут пенетрировать в соседние органы, сальник или перфорировать в брюшную полость.
- **Желудочно-кишечное кровотечение** возникает при аррозии сосудов желудка вследствие непосредственного действия химического вещества или в результате гнойных процессов в стенке желудка.

Лечение ожогов пищевода и их осложнений

- Для обезболивания и борьбы с шоком вводят **промедол** или морфина гидрохлорид.
- При ожоге едкой **щелочью** желудок промывают слабым раствором уксусной (1 часть столового уксуса на 20 частей воды), 1% раствором лимонной или виннокаменной кислоты.
- При отравлении **кислотами** используют 2% раствор натрия гидрокарбоната, магния окись.
- Не извлекая зонд, больному дают выпить несколько глотков 5—10% раствора новокаина, а затем слабый раствор нейтрализующих веществ или теплую воду (молоко, сырые яйца).

- Через 2 дня в желудок - тонкий хлорвиниловый зонд для введения питательных веществ.
- Если ожог пищевода значительный и больной в течение 5—7 дней не может начать принимать жидкость через рот, накладывают гастростому.
- Необходимо постоянно отсасывать слизь из трахеи и бронхов и поддерживать проходимость дыхательных путей.
- В крайне тяжелых случаях накладывают трахеостому.

- Раннее (профилактическое) бужирование пищевода необходимо начинать рано, спустя 7—15 дней с момента ожога пищевода.



Частота рубцовых сужений пищевода составляет 50—70%.

- У 60% больных клиническая симптоматика развивается в течение 1 месяца,
- у 80%— через 2 месяца,
- у 99%— через 8 месяцев после ожога.



Позднее лечебное бужирование следует применять только через 6 недель после ожога, так как при бужировании пищевода в более ранние сроки разрушаются грануляции и молодая соединительная ткань. В этот период наиболее часто встречается перфорация пищевода. В случае применения стероидной терапии пищевод наиболее податлив к растяжению на 4—6-й неделе после ожога.

Различают следующие способы бужирования пищевода:

- 1) вслепую через рот;
- 2) под контролем эзофагоскопа;
- 3) без конца;
- 4) по нити;
- 5) по металлической струне-проводнику.

РАК ПИЩЕВОДА

- Составляет 85% всех заболеваний пищевода.
- Среди злокачественных опухолей человека рак пищевода составляет 5—10% и занимает шестое место среди злокачественных опухолей у мужчин, уступая по частоте раку желудка и легких.

Различают формы рака пищевода:

- 1) узловой, или экзофитный;
- 2) язвенный, или эндофитный;
- 3) склерозирующий, или скирр.



- **Узловой рак встречается у 30—35% больных.** Опухоль растет в просвет пищевода, напоминая по внешнему виду тутовую ягоду или цветную капусту. В последующем опухоль рано распадается, кровоточит, размеры ее уменьшаются, что приводит к исчезновению нарастающей до того дисфагии. При гистологическом исследовании чаще всего выявляется плоскоклеточный или базальноклеточный рак.
- **Язвенный рак наблюдается у 60—65% больных.** Опухоль возникает в виде небольшого узелка, быстро изъязвляется. Язва располагается по длиннику пищевода, имеет плотные, приподнятые, валикообразные, бугристые, изъеденные края, легко кровоточит. Язвенный рак рано дает метастазы в регионарные и отдаленные лимфатические узлы. Гистологически - плоскоклеточный ороговевающий или неороговевающий рак с распадом и изъязвлением.
- **Склерозирующий рак встречается у 5—10% больных.** Опухоль обычно распространяется по окружности пищевода, вызывая его **сужение** вплоть до полной непроходимости. Метастазы и прорастание средостения отмечаются поздно. Гистологически - плоскоклеточный

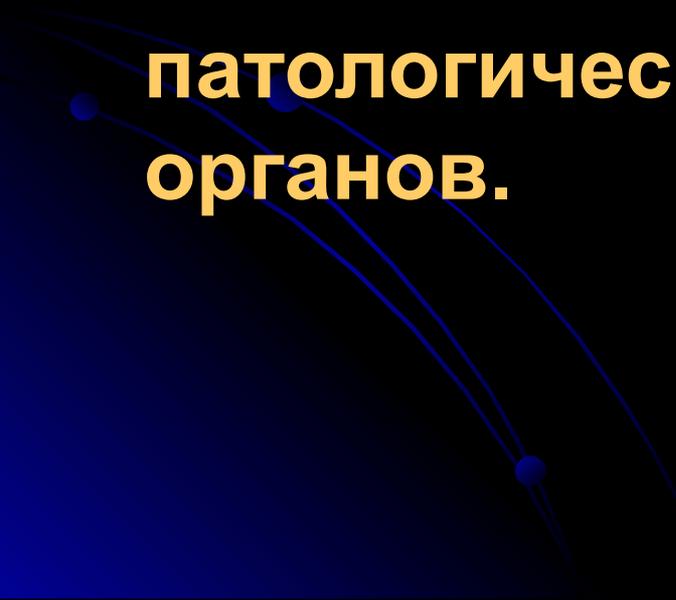
Карцинома пищевода (эндоскопически)



Карцинома пищевода (макропрепарат)

Клиническая картина

Клинические признаки рака пищевода подразделяют на три основные группы:

- **симптомы поражения пищевода;**
 - **общие симптомы («малые признаки»)**
 - **симптомы вовлечения в патологический процесс соседних органов.**
- 

- **Дисфагия** — наиболее характерный признак рака пищевода, встречающийся у 70—95% больных.
- В начальных стадиях может возникнуть **внезапно** во время торопливой еды и при проглатывании больших порций твердой пищи и носит выраженный характер.
- **После приема жидкости** или вызванной самим больным рвоты она обычно **исчезает**, и больной длительное время может не придавать ей значения.
- Преходящий характер дисфагии в начальных стадиях заболевания объясняется ее функциональным происхождением — нарушением рефлекторной регуляции акта глотания.
- В последующем дисфагия постепенно усиливается и приобретает стойкий характер или же появляются частые приступы острой дисфагии.

- **Усиленное слюноотделение** - 10—30 % больных, является ранним симптомом заболевания.
- **Боль** (самостоятельно или связана с дисфагией), отличается своим характером (тупая, острая), локализацией (в области шеи, грудной клетки, в надречной области), иррадиацией (в ту или иную часть грудной клетки или брюшной полости).

Клинические «маски» рака пищевода (51 %):

- ларинго-трахеальная,
 - сердечная,
 - плевро-пульмональная,
 - гастритическая,
 - невралгическая,
 - смешанная.
- 