

Заболевания пищевода

Анатомия пищевода

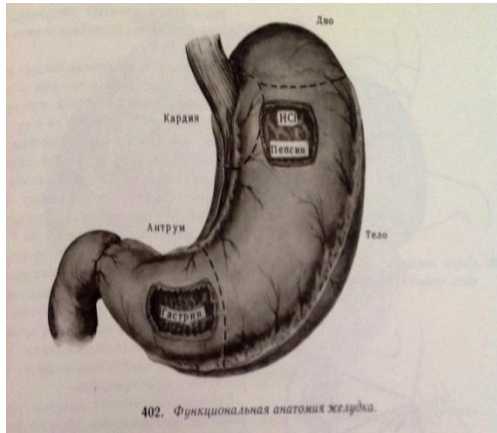
- Пищевод это полая, мышечная трубка длиной 25-30 см.
- Расположен глубоко в заднем средостении позади трахеи и кпереди от позвоночника.
- Начинается от нижнего края перстневидного хряща (6 шейный позвонок), и заканчивается на уровне 11 грудного позвонка, переходом в кардиальную часть желудка

Анатомические ориентиры деления пищевода на отделы

- Шейный отдел – длина 5-6 см, начинается от перстневидного хряща до яремной вырезки.
- Грудной отдел – 15- 18 см.
- Брюшной отдел – 1-3 см.

Физиологические сужения

- **Верхнее** – на уровне глоточно - пищеводного перехода, 12- 16 см от передних резцов верхней челюсти. Диаметр сужения 14 мм.
- **Среднее**- диаметр 15-17 мм, находится на уровне бифуркации трахеи.
- **Нижнее сужение** – диаметр 16-19 мм, соответствует нижнедиафрагмальной части пищевода (Th₉-T₁₀ - 37-45 см)



1. Место перехода пищевода в желудок –анатомическая кардия.
2. Справа пищевод впадает косо.
3. Слева между стенкой пищевода и дном желудка образуется угол (Гисса).
4. Со стороны просвета желудка, кардиальной вырезке соответствует складка слизистой оболочки – клапан Губарева.
5. Угол Гисса и клапан Губарева предотвращают желудочно-пищеводный рефлюкс.

-Толщина стенки пищевода 3-4мм.

-Состоит из 3-х слоев:

а) наружно-соединительнотканного;

б) среднего-мышечного;

в) внутреннего – слизистой оболочки.

Между слоями пищевода располагаются его основные сосудисто-нервные образования. Отсутствие серозной оболочки создает неблагоприятные условия для заживления пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных анастомозов.

- Артериальное кровоснабжение пищевода.

Шейный отдел из нижних щитовидных артерий, реже из височных, подключичных артерий.

Физиология пищевода.

- Пищевод не имеет самостоятельного значения в акте пищеварения.
- Произвольным является акт глотания.
- Вне глотания сокращения отсутствуют.
- Плотные пищевые массы продвигаются по пищеводу с активным участием его перистальтики.
- Жидкая и полужидкая пища могут достичь желудка без участия мускулатуры пищевода.
- После попадания пищи в желудок кардия вновь смыкается.
- Быстрота продвижения пищевого кома зависит от его формы, величины, консистенции, t и т.д.
- В среднем акт глотания длится 5-8 сек

Запирательная функция кардии.

- Нижние 3-4 см пищевода в обл. кардии обладают особыми свойствами.
- Запирательная функция обеспечивается нижним отрезком пищевода, углом Гисса, дном желудка с газовым пузырем .
- Разница между давлением в области нижнего пищеводного сфинктера и желудком сост. 10-20 мм. рт.ст.

Повреждения пищевода

1. Открытые
2. Закрытые

- Изолированные повреждения встречаются редко из-за глубокого расположения.
- Наиболее часто они встречаются в шейном отделе (тупая травма, колото-резанная рана, огнестрельное ранение).
- Такие ранения, как правило, бывают сочетанными и сопровождаются массивным кровотечением и нарушением проходимости дыхательных путей.

Повреждение внутригрудного и абдоминального отделов

- Чаще всего они закрытые (падение с высоты, сдавление грудной клетки и живота).
- Наиболее часто встречаются повреждения со стороны просвета (бужирование, кардиодилатация, эзофагоскопия).
- Спонтанный разрыв пищевода (во время рвоты). Давление в желудке при рвоте может повышаться до 200 мм. рт. ст.

Клиническая картина

- Резкая боль за грудиной и эпигастрии.
- Симптомы шока.
- Быстрое развитие медиастинита, плеврита, перитонита.

Диагностика

- Обзорная рентгенография шейного отдела, грудной клетки, брюшной полости.
- Рентгеноконтрастное исследование пищевода.
- Фиброэзофагоскопия.
- Фибробронхоскопия.

Лечение

1. Оперативное.
2. Консервативное – можно проводить при небольших дефектах пищевода (до 0,5 см).
 - исключить питание через рот;
 - мощная антибактериальная терапия;
 - ежедневный рентгенологический контроль за пищеводом и околопищеводной клетчаткой, плевральной полостью.

При застарелых повреждениях (несколько суток), осложненных медиастинитом, флегмоной шеи - применяют только наружное дренирование в обл. шеи (2-х просветная трубка, накладывают гастростому для питания).

Инородные тела пищевода

- Они бывают самые разнообразные.
- Чаще всего **маленькие дети** проглатывают монеты, пуговицы, детали игрушек, камешки.
- **Душевнобольные**- гвозди, черенки ложек, карандаши.
- **Вредные профессиональные привычки**- Портные, сапожники, плотники.

Клиническая картина

Может быть обусловлена как самим инородным телом, так и вызванными им осложнениями.

- Боль в горле, дисфагия.
- У 75% при проглатывании инородное тело не находят. Жалобы связаны с поверхностной травмой стенки пищевода.
- Массивные инородные тела вызывают сдавление дыхательных путей, кашель от затекания в них слюны.

- Длительное пребывание инородного предмета в пищеводе вызывает реактивный отек тканей, иногда некроз и перфорацию стенки.
- Развиваются периэзофагеальный абсцесс, глубокая флегмона шеи, медиастинит, плеврит, остеомиелит позвоночника, сепсис, аррозивные кровотечения из крупных сосудов.
- **Пример.** Фельдшер из Моздока
- Перфорация пищевода и аорты рыбьей костью.

Диагностика

- Оценка жалоб и анамнеза.
- Данные физикального исследования.
- Эндоскопическое исследование.
- Обзорная рентгенография и рентгенография с водорастворимым контрастом.

Лечение

- 1. Удаление инородного тела, чаще всего эндоскопическое.
- 2. После удаления необходимо тотчас провести контрольную эзофагоскопию (для выявления дефекта стенки пищевода).
- 3. Наблюдение в течении 2-3 дней.

Химические ожоги пищевода

- Возникают при случайном или преднамеренном (суицид) проглатывании химических веществ.
- Концентрированные кислоты (серная, уксусная, соляная).
- Щелочи (нашатырный спирт, каустическая сода, едкий натр).
- Соли тяжелых металлов (сулема, медный купорос и т.д.).

- После проглатывания химического агента возникает ожог слизистой языка, щек, зева, глотки, пищевода, желудка.
- Выраженный отек и гиперемия слизистых оболочек.
- Резкий спазм мускулатуры.

Концентрированные кислоты

- Обладают прижигающим и дегидратирующим действием и обуславливают развитие **коагуляционного некроза**.
- Образующаяся при этом корочка предохраняет от дальнейшего повреждения глублежащих тканей .

Концентрированные щелочи

- Вызывают более тяжелые ожоги, которые обладают свойствами растворения белков и омыления жиров.
- В результате этого, щелочи проникают глубже в ткани, чем кислоты (**каликвационный некроз**).

Химические ожоги

1. **Легкая степень** – поражаются только поверхностные слои эпителия слизистой оболочки.
 - Развивается десквамативный эзофагит, наступает полное выздоровление.
2. **Средняя степень** - поражается слизистая оболочка на всю глубину с распространением на подслизистый слой.
 - Развивается некротически- язвенный эзофагит.
 - Рубцовая стриктура.

- **Тяжелая степень**- Стенка пищевода поражается на всю глубину.
- В процесс вовлекается периэзофагеальная клетчатка, плевра.
- Может возникнуть перфорация от разъедающего действия концентрированной кислоты или щелочи.

Клиническое течение

- **1-ый острый период** (до 2-х недель)- характеризуется выраженными воспалительными и дегенеративно-дистрофическими изменениями.
- **2-ой период мнимого благополучия** (2-3 нед.). Происходит отторжение некротических тканей, образуются грануляции. Дисфагия исчезает.
- **3-ий период формирования рубцовой стриктуры** (3-4 нед.). Происходит эпителизация, замещение грануляций фиброзной тканью (соединительной). Вновь появляется дисфагия.

- 4-ый период – формирование рубцовой стриктуры (2-6 мес.). Прогрессирует дисфагия.

Клиническая картина

- Сильные боли во рту, по ходу пищевода.
- При сопутствующем ожоге гортани и голосовых связок развивается асфиксия.
- Многократная, очень болезненная рвота.
- Развивается полная дисфагия. Из-за болей не может проглотить каплю воды.
- Нарастает гипертермия, олигоанурия.
- При глубоких некрозах развивается гнойный медиастинит.
- При перфорации желудка –перитонит.

- В тяжелых случаях интоксикация бывает настолько выраженной, что больные умирают от нарастающей полиорганной недостаточности.

Лечение

- 1. Противошоковые мероприятия, наркотические анальгетики, сердечные средства.
- 2. Дезинтоксикационная терапия (р-р глюкозы и электролитов, плазма, гемодез).
- 3. Промывание желудка (через нос) большим количеством теплой воды.

Нейтрализация химического агента (2% р-р бикарбоната натрия или 0,1% р-р соляной кислоты).

При отравлении уксусной эссенцией- только чистой водой.

- 3-а. Антибиотики, гормональная терапия (преднизолон, гидрокортизон).
- 4. Теплое кислое или щелочное питье, альмагель, активированный уголь, молоко, яичные белки, сливочное и растительное масло.
- 5. При сопутствующем ожоге дыхательных путей-аспирация слизи из гортани, трахеи- трахеостомия
- 6. Питание – только жидкая пища- молоко, сливки, сырые яйца, мороженное, сливочное масло.
- 7. Через 5-7 дней при отсутствии эффекта – гастростома.
- Раннее бужирование 8-10 дня

Разновидности бужирования

Нейро-мышечные заболевания

- **Кардиоспазм**- стойкое спастическое сужение терминального отдела пищевода.

Проявляется:

- дисфагией;
- гипертрофией;
- атонией мускулатуры;
- расширение просвета пищевода.

Т.о. при данном варианте течения заболевания наблюдается истинный спазм кардии.

- При кардиоспазме наблюдается повышенное давление кардии, градиент пищеводно-желудочного давления достигает 20 мм. рт.ст. и больше (норма 10+3 мм. рт. ст.).
- При начальных стадиях появляется усиленная моторика пищевода.
- Морфологически находят дегенеративно-дистрофические изменения в преганглионарных нейронах блуждающих нервов и меньшей степени – постганглионарных нейронов Ауэрбахова сплетения пищевода.

При ахалазии

- Напротив, поражаются постганглионарные нейроны. В результате выпадает рефлекс раскрытия кардии на глоток. Монометрически находят нормальный или даже сниженный градиент пищеводно-желудочного давления.
- Основные причины различной ахалазии и кардиоспазма являются разный уровень поражения симпатической нервной системы и связанные с этим изменения чувствительности гладкой мускулатуры к нижнему сфинктеру.

Классификация кардиоспазма

1. Стадия – пищевод не расширен, рефлекс раскрытия кардии сохранен, но моторика усилена.
2. Рефлекс раскрытия кардии отсутствует, отмечается расширение пищевода до 4-5 см.
3. Значительное расширение пищевода до 6-8 см, задержка в нем пищи и жидкости.

4 -ая стадия

- Резкое расширение, удлинение и искривление пищевода с атонией стенок. Длительная задержка жидкости и пищи.

Клиническая картина.

- Заболевание проявляется в 20-40 летнем возрасте.
- Возникает в связи с психической травмой.

Симптомы:

- дисфагия,
- отрыжка,
- срыгивание.

- Дисфагия- усиливается при волнении, иногда носит парадоксальный характер – твердая пища проходит, жидкая задерживается.
- Больные часто пищу запивают водой.
- Регургитация –сначала сразу после еды.
- При прогрессировании (4 ст.) может наблюдаться во время сна (с-м мокрой подушки).
- Это грозит опасностью аспирации и развитием легочных осложнений.

- Распирающие боли- возникают после еды по ходу пищевода.
- Застойный эзофагит- приводит к образованию язв, рубцов.
- Бессоница.
- Плохой аппетит.
- Астенизация.

Методы исследования

- Рентгеноскопия.
- Эндоскопия.
- Монометрическое исследование

Рентгенологический признак

- Расширение пищевода с наличием узкого сегмента в терминальном отделе.
- В супрастенотическом отделе (натошак) определяется значительное количество жидкости.
- Газовый пузырь натошак отсутствует.
- В дистальном отделе пищевода – воронкообразное сужение.
- Контрастная взвесь поступает а желудок тонкой струйкой (с-м редиски).

- При заполнении пищевода бариевой взвесью в определенный момент под действием силы тяжести барий проваливается вне акта глотания (проба Хурста).
- Нитроглицериновая проба – для дифференциальной диагностики с органическим сужением.

Эзофагоскопия

- В начальных стадиях она не информативна.
- В далеко зашедших стадиях вида большая зияющая полость пищевода. Слизистая воспалена, отечна. Определяются эрозии и язвы.
- При «S» образном пищеводе трудно достигнуть кардии, **но последняя легко проходима.**
- Если не проходит – следует думать о органическом стенозе (стриктура, рак).

Лечение

- Первые публикации о бужировании пищевода относятся к 1821 г.
- В 1898 г. Russel ввел в практику простейший кардиодилататор с резиновым баллончиком на конце.

Оперативные методы лечения

Ахалазия кардии

Симптомы сходны с кардиоспазмом:

- дисфагия,
- регургитация,
- распирающие боли в груди после еды.
- Симптомы нарастают медленно.
- Плохо проходит полужидкая пища, потом жидкая.

Рентгенологическое исследование

- Пищевод атоничный, расширенный, неперестальтирующий.
- Открытие кардии на глоток не происходит.
- Накопленная в пищеводе контрастная масса в определенный момент падает в желудок вне зависимости от глотка и перистальтики.

Эндоскопическое исследование

- Характерных признаков нет.
- Лечение — во многом схоже с кардиоспазмом.

Рак пищевода

- Это наиболее частое заболевание пищевода.
- По России она составляет 7-10 чел. На 100 тыс. населения.
- В северных районах встречается чаще (100 на 100 тыс.).
- Причины возникновения не известны.
- Ряд хронических заболеваний предрасполагают этому (ожоги, рубцовые стриктуры, кардиоспазм, пищеводные грыжи).

- Имеют значение некоторые вредные привычки (употребление слишком горячей или твердой пищи, злоупотребление алкоголем, курение).

Основные формы

- Эпителиальные (95 -97 % плоскоклеточный рак).
- Реже железистый (3-5 % аденокарцинома).

Локализация рака

Среднегрудной – 60 %

Верхнегрудной – 10 %

Классификация рака пищевода

- 1ст. Опухоль в пределах слизистой оболочки.
- 2ст. Опухоль прорастает в подслизистый слой и мышечный. Имеются единичные узлы (регионарные).
- 3ст. Опухоль прорастает все слои, клетчатку. Имеются регионарные лимфоузлы.
- 4ст. Прорастает в соседние органы. Отдаленные MTS

Клиническая картина

- **Дисфагия.** У одних возникает рано, у других при опухоли больших размеров с сужением просвета пищевода.
- Постоянная дисфагия отмечается при прорастании $2/3$ - $3/4$ окружности пищевода.
- В дальнейшем больные переходят на полужидкую пищу.
- При раке $n/3$ пищевода и раке кардии с переходом на пищевод дисфагия нередко появляется и при значительном распространении.

- Боль за грудиной и спине.
- Чувство дискомфорта или инородного тела в горле.
- Гиперсаливация.
- Регургитация.
- Тошнота.
- Отрыжка.
- Осиплость голоса (рекуренс)
- Похудание.

Диагностика

- 1. Рентгенологический метод.
- 2. Эндоскопический.

Лечение

- 1. Основной – хирургическим метод.
 - 2. Комбинированный.
 - 3. Паллиативный.
-
- Лучевую терапию добавляют к хирургическому и при неоперабельных формах.

Виды операций

- Добромыслова -Торека