

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №1

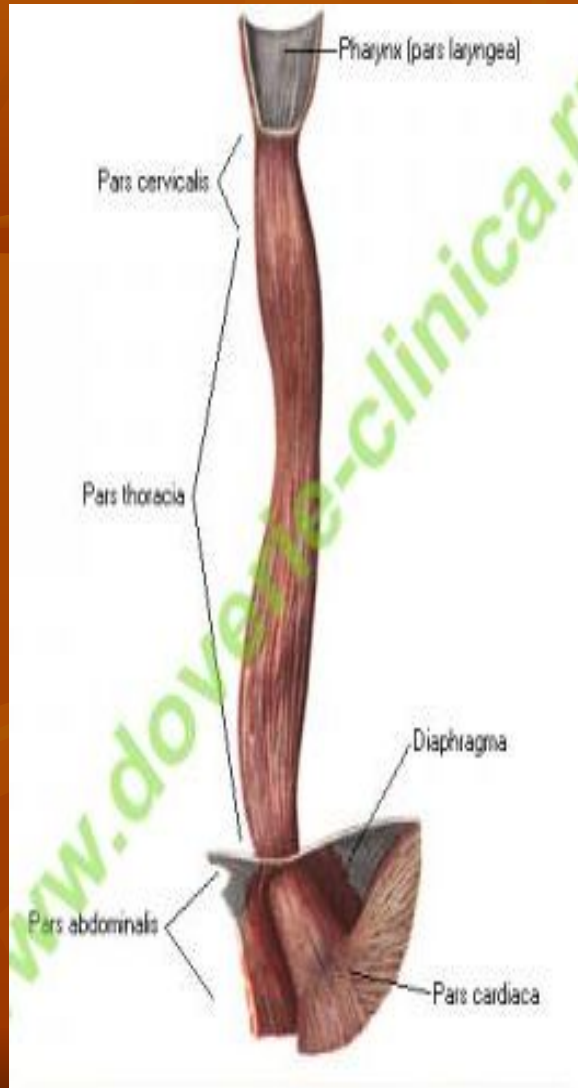
ЛЕКЦИЯ:

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

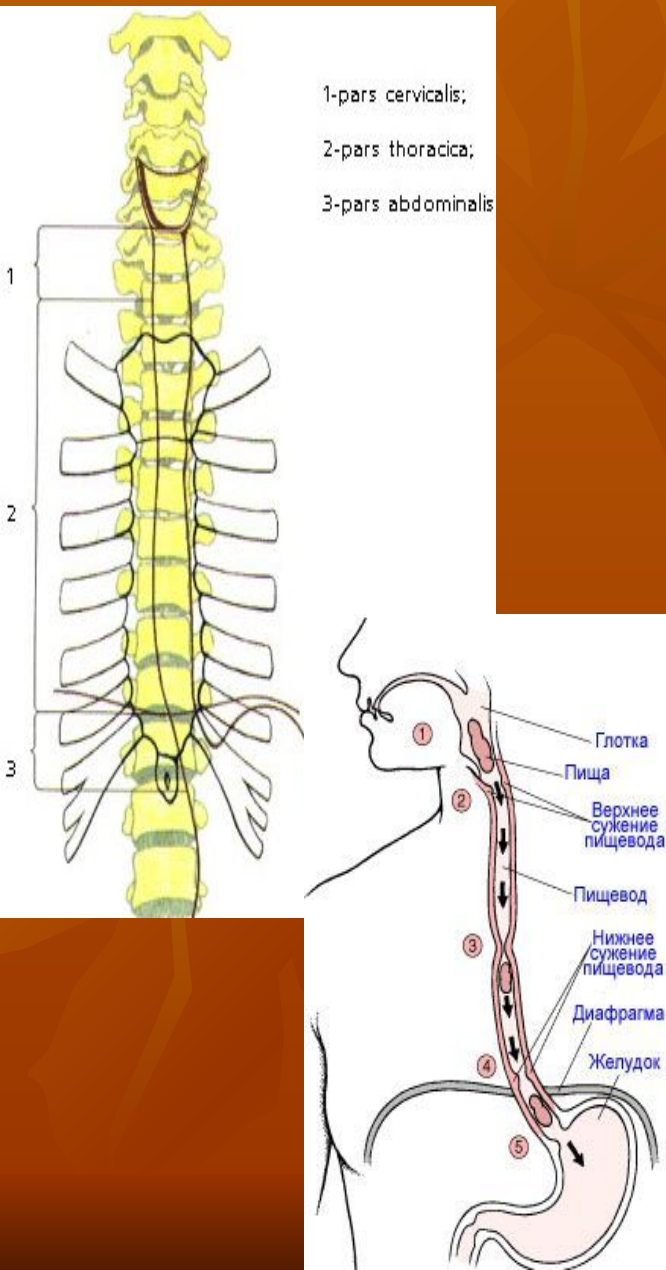
Доцент А.Ю. Сидоров

АНАТОМИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

**ПИЩЕВОД ПРЕДСТАВЛЯЕТ
СОБОЙ ПОЛУЮ, ГИБКУЮ,
СОЕДИНЯЮЩУЮ ГЛОТКУ С
ЖЕЛУДКОМ,
РАСТЯГИВАЮЩУЮСЯ
ТРУБКУ, ВЫСТЛАННУЮ
ВНУТРИ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКОЙ И
ОКРУЖЕННУЮ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНЬЮ.**



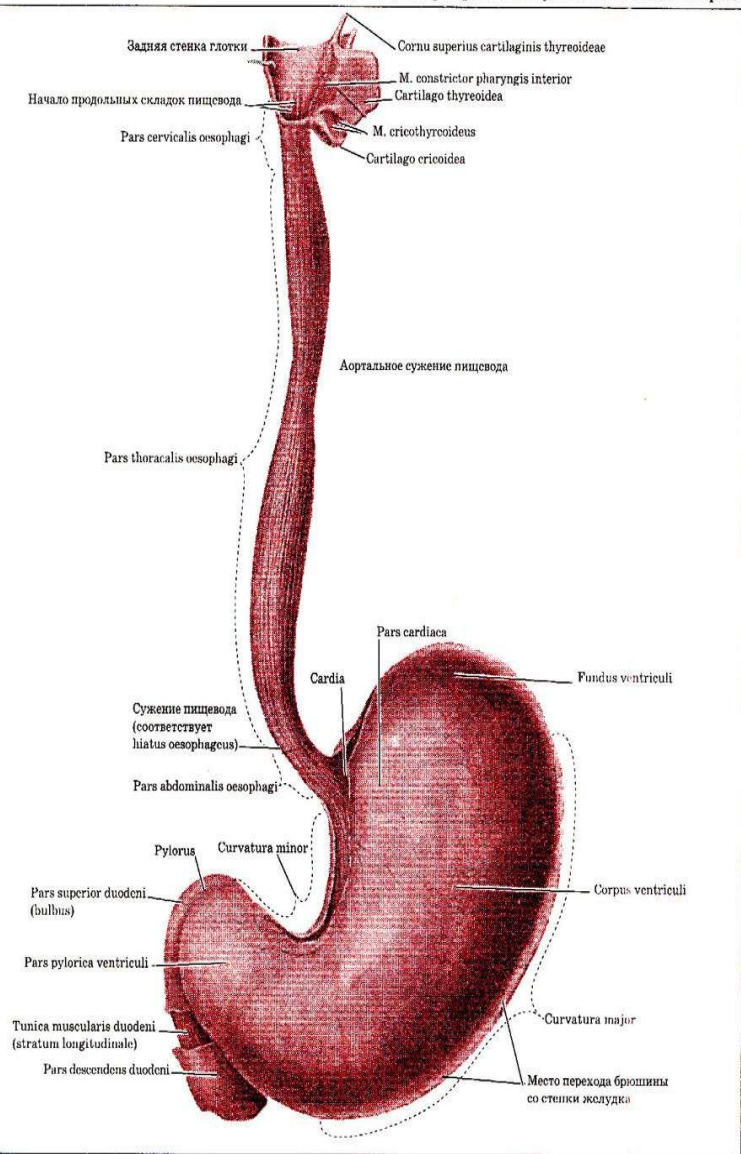
ПРОТЯЖЕННОСТЬ ПИЩЕВОДА



У взрослого человека пищевод **начинается** в месте перехода глотки в пищевод на уровне **VI шейного позвонка**, на границе нижнего края перстневидного хряща и **оканчивается** в месте перехода в желудок, на уровне **XI грудного позвонка**. Длина его в среднем 25-30 см у мужчин и 23-24 см у женщин и зависит от длины тела.

СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА

518. Пищевод, *oesophagus*, и желудок, *ventriculus*; спереди



В пищеводе имеется 3 сужения:

перстневидноглоточное (крикофарингеальное) сужение, самое узкое место в пищеводе и названо Киллианом «ртом» пищевода;

бронхиальное сужение расположено на месте пересечения пищевода с левым бронхом на уровне V — VI грудных позвонков;

диафрагмальное сужение - сегмент пищевода в области прохождения через диафрагмальное кольцо на уровне X - XI грудных позвонков.

СТРОЕНИЕ ПИЩЕВОДА

- Пищевод окружен слоем рыхлой соединительной ткани, в которой проходят лимфатические и кровеносные сосуды, оба блуждающих нерва и ветви симпатической цепочки. Наличие этого слоя обеспечивается перистальтические движения пищевода.
- В стенке пищевода различают три слоя: слизистую оболочку, подслизистый и мышечный (циркулярный и продольный) слои. Серозной оболочки у пищевода нет, кроме его абдоминального отдела.

СТРОЕНИЕ ПИЩЕВОДА

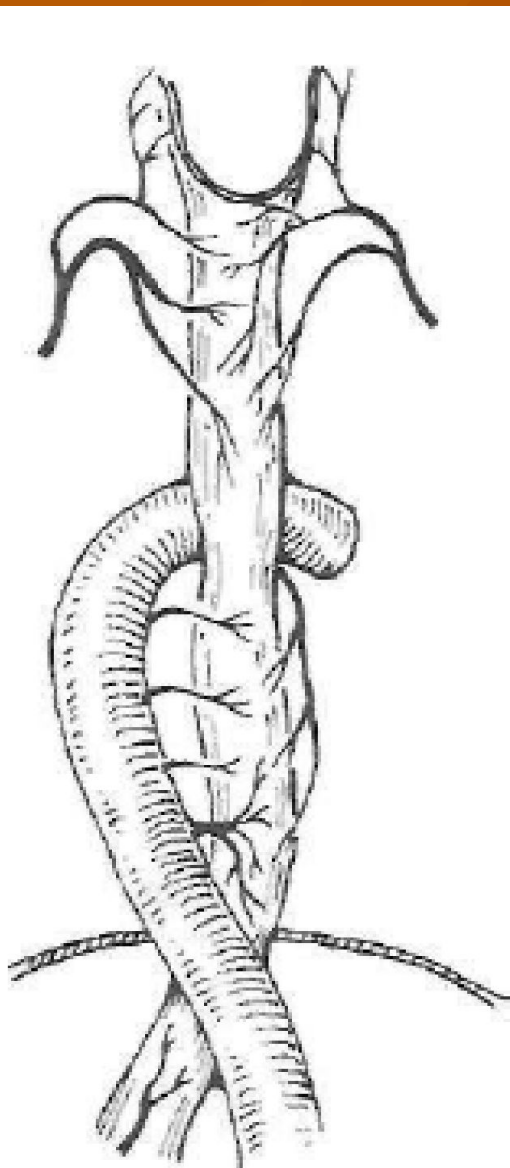
- Слизистая оболочка состоит из эндотелия , *tunica propria, muscularis mucosae* и желез.
- Эпителий пищевода выше диафрагмы многослойный, плоский, без рогового слоя и сходен с эпителием слизистой полости рта. Ниже диафрагмы эпителий резко меняет структуру и переходит в цилиндрический, напоминая эпителий желудка.

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА

Шейный отдел получает кровь от нижних щитовидных, фарингеальных, непостоянных ветвей от подключичных артерий (артерии Люшка).

Грудной отдел - от бронхиальных артерий, от пищеводных артерий, отходящих непосредственно от нисходящей аорты, а иногда от межреберных артерий.

Брюшной отдел - от эзофагофундальных ветвей, идущих от левой желудочной и нижней диафрагмальной артерии.



Кровоснабжение (продолжение)

■ Отток крови из вен пищевода совершается по венам, соответствующим артериям, питающим пищевод. Из нижней трети пищевода венозная кровь через ветви левой желудочной вены, верхние ветви селезеночной вены направляется в портальную систему. Некоторая часть венозной крови из этого отдела пищевода отводится левой нижней диафрагмальной веной в систему нижней полой вены (портокавальный анастомоз).

ЛИМФООТТОК В ПИЩЕВОДЕ



Лимфоотток в
продольных лимфатиче-
ских сосудах в верхних
2/3 пищевода идет вверх
(околотрахеальные,
превертебральные,
трахеобронхиальные,
бифуркационные узлы), а
в нижней 1/3 пищевода —
вниз (лимфоузлы средо-
стения и кардиального
отдела желудка).

ИННЕРВАЦИЯ

Источником иннервации пищевода являются блуждающие нервы и пограничные стволы симпатических нервов. В стенке пищевода формируются связи между левыми и правыми стволами блуждающих и симпатических нервов. Слизистая оболочка пищевода, а обладает *тепловой, болевой и тактильной чувствительностью*.

Самая чувствительная зона пищевода - область перехода в желудок. Она и подвержена больше патологическим процессам.

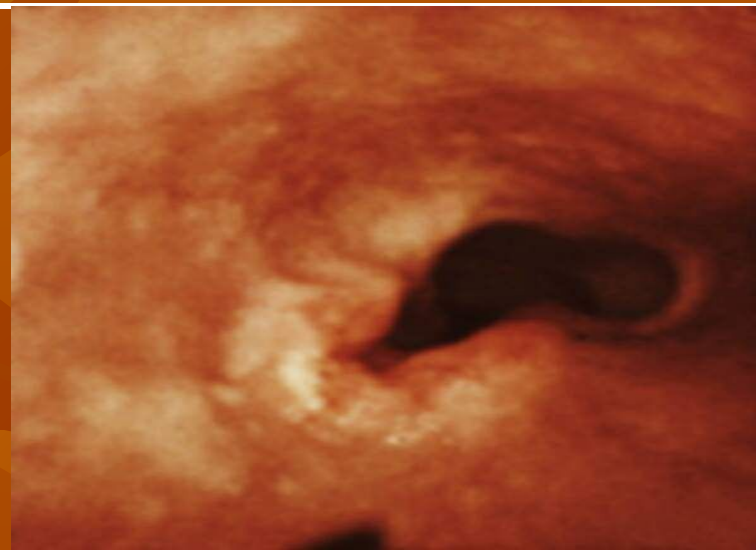
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВОДА

- 1) рентгеноскопия (обзорная, с жидкой бариевой взвесью, двойное контрастирование);
- 2) эзофагоманометрия;
- 3) эзофагоскопия;
- 4) цитологические исследования;
- 5) биопсия;
- 6) пробы на пищеводно-желудочный рефлюкс;
- 7) пневмомедиастенография;
- 8) радиоизотопная диагностика.

РЕНТГЕНОГРАММЫ И ЭЗОФАГОСКОПИЯ



МНОЖЕСТВЕННЫЕ МАЛЕНЬКИЕ ЯЗВЫ ПИЩЕВОДА



КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

І. Пороки развития:

- 1) сужение пищевода
- 2) врожденная полная непроходимость
- 3) полное отсутствие пищевода (атрезия)
- 4) врожденный пищеводно-трахеальный свищ.

■ ІІ. Повреждения:

- 1) травматические: наружные, внутренние
- 2) ожоги и их последствия (стриктуры).

КЛАССИФИКАЦИЯ ПИЩЕВОДА

■ III. Заболевания:

- 1) дивертикулы: пульсионные и тракционные
- 2) воспалительные процессы: эзофагит, туберкулез, сифилис, пептическая язва.

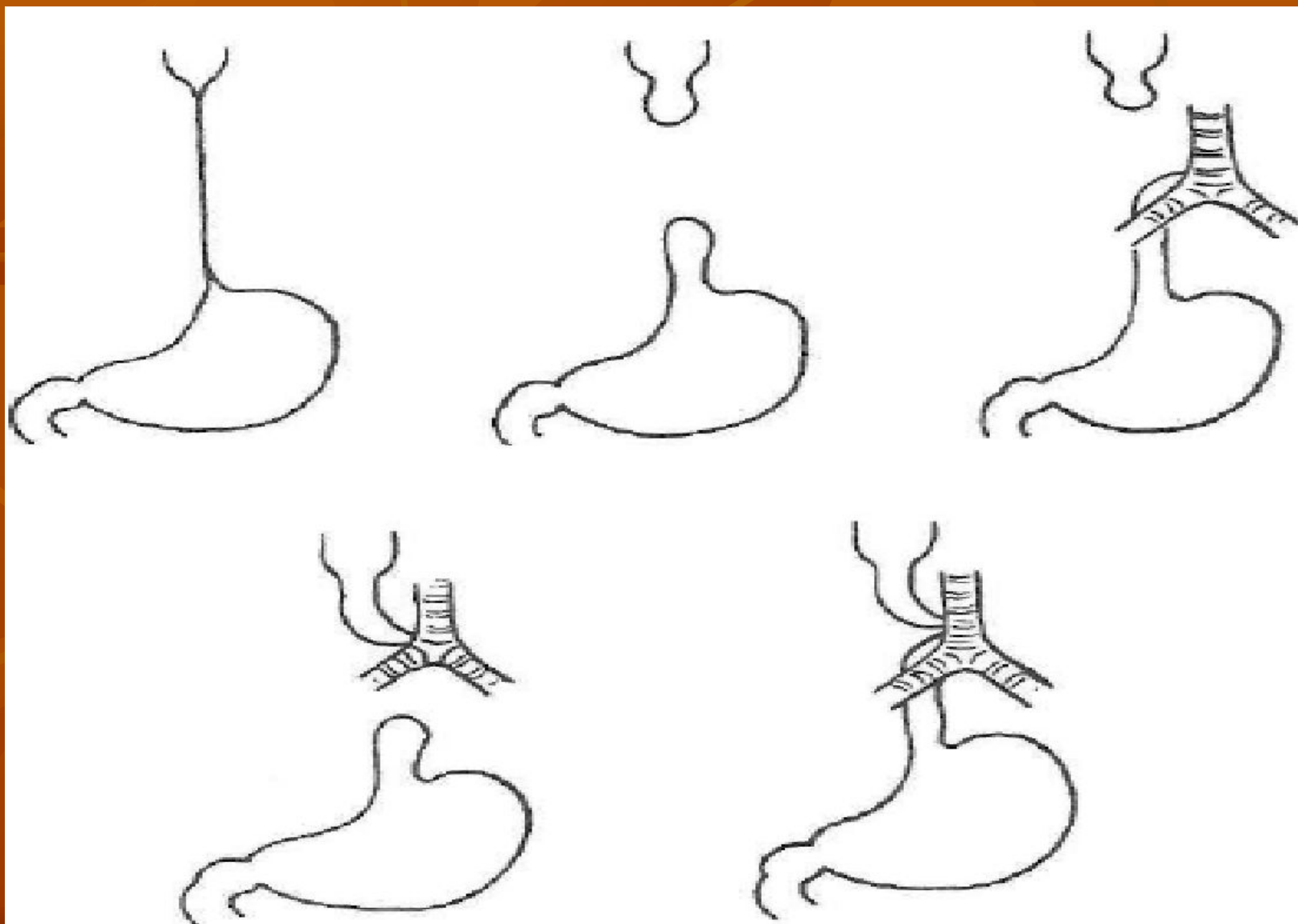
■ IV. Опухоли:

- 1) доброкачественные (лейомиомы, липомы, невриномы, фибромы, миксомы, ангиомы).
- 2) злокачественные (рак, саркома).

■ V. Кардиоспазм:

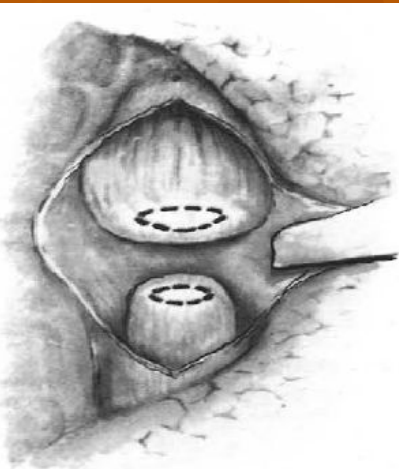
- 1) ахалазия 2) эзофагоспазм.

ВРОЖДЕННЫЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

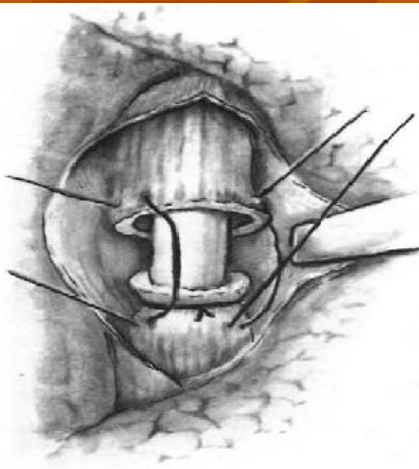


6. Виды врожденных атрезий пищевода.

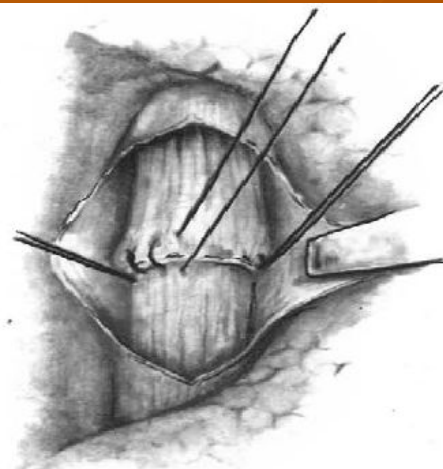
ОПЕРАЦИИ ПРИ АТРЕЗИЯХ ПИЩЕВОДА



а



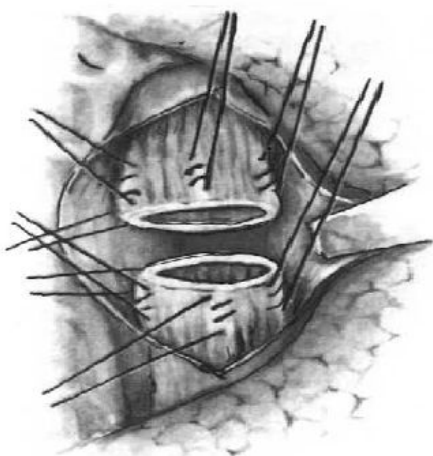
б



в

18. Операция при атрезии пищевода. Анастомоз с применением внутреннего дренажа по Даниелю.

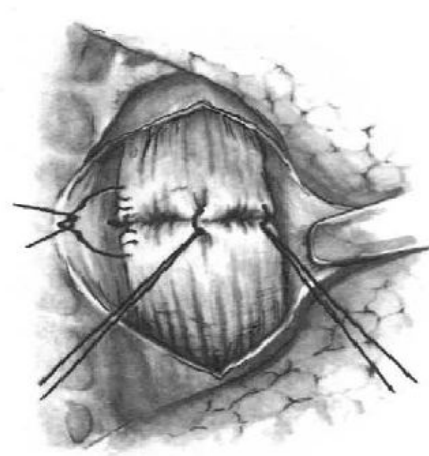
а — г — этапы операции.



а



б



в

19. Операция при атрезии пищевода. Анастомоз между концами пищевода конец в конец по Ледду.

а—г — этапы операции.

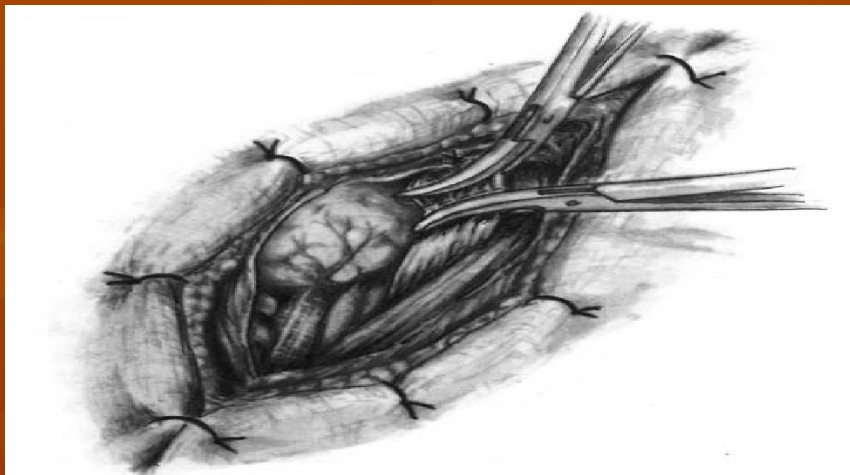
ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА



4. Разрыв шейного отдела пищевода. Кожный разрез.



6. Разрыв шейного отдела пищевода. Обнажение места повреждения пищевода.



5. Разрыв шейного отдела пищевода. Пересечение лопаточно-подъязычной мышцы.

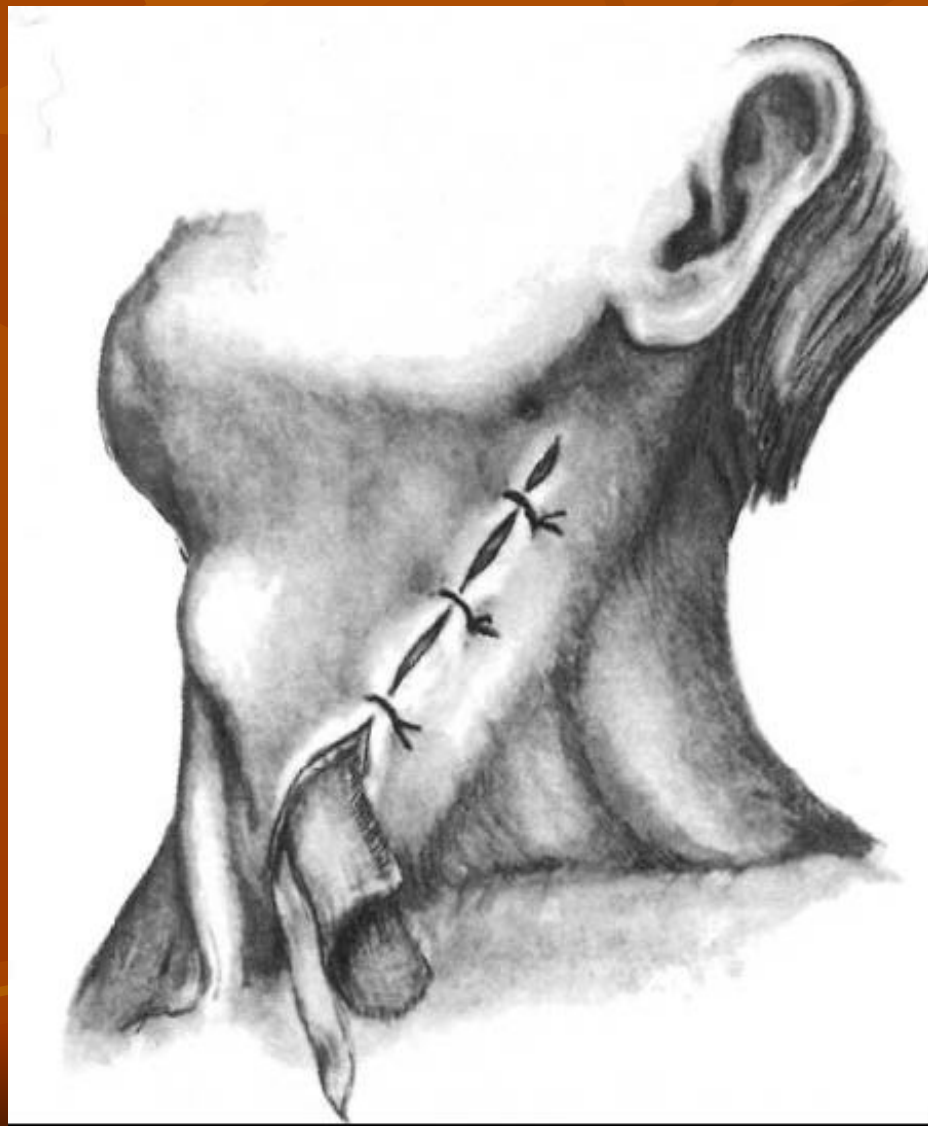


7. Разрыв шейного отдела пищевода. Наложение шва на слизистую оболочку раны пищевода.

Наложение второго ряда швов



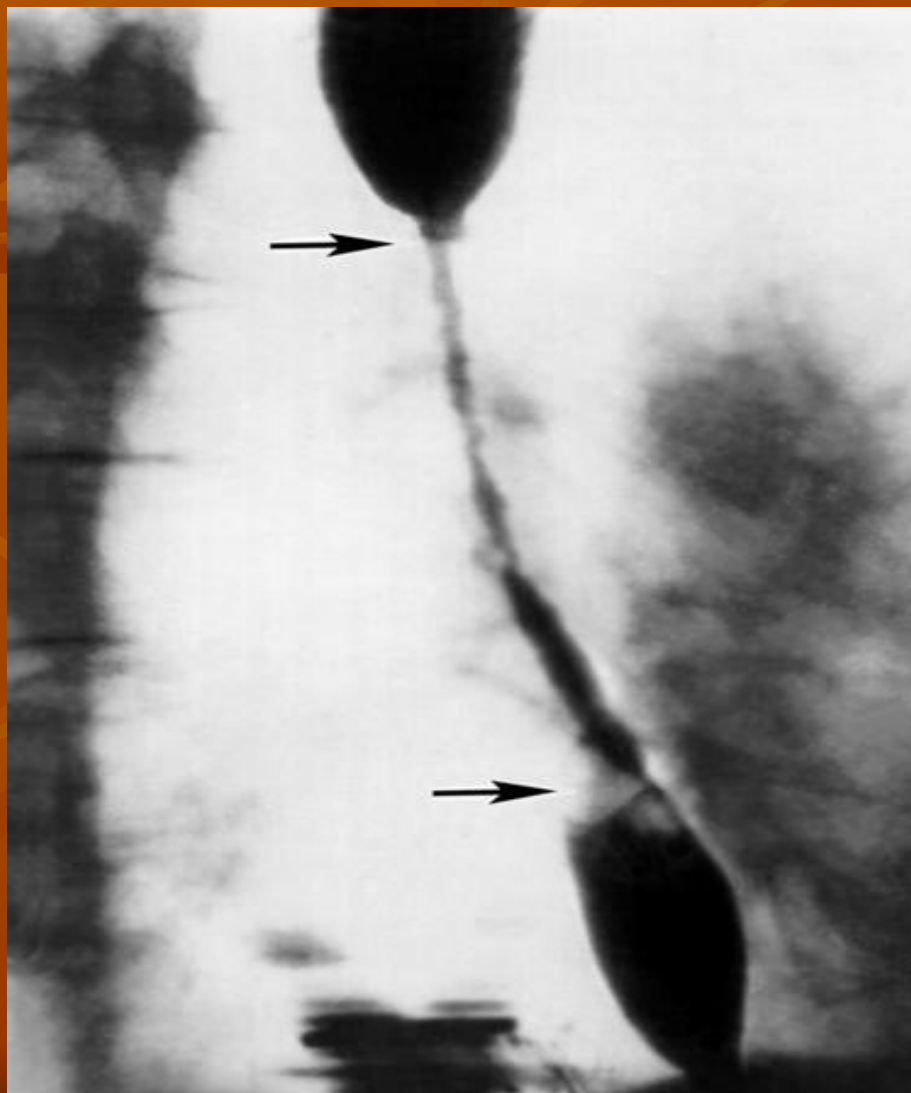
Окончательный вид операции



ОЖОГИ ПИЩЕВОДА

- Ожоги пищевода чаще бывают химическими (чаще каустическая сода, уксусная кислота) и лишь изредка термическими. Термические ожоги чаще бывают у детей.
- Щелочи вызывают глубокий и обширный *колликвационный некроз* («мягкое омертвление») мягких тканей пищеварительного тракта, затем к нему присоединяется инфекция, расширяющая зону воспаления.
- Кислоты обуславливают менее глубокий сухой *коагуляционный некроз*.

ОЖОГИ ПИЩЕВОДА



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.

ПОЛНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПИЩЕВОДА



СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОЖОГА ПИЩЕВОДА

В зависимости от глубины поражения тканей различают ожоги трех степеней: легкая степень (катаральные явления, заживление в течение 1-2 недель); средняя степень (кроме слизистой оболочки поражается подслизистый и мышечный слои). Эту степень еще делят на 4 стадии: некроз слизистой; отторжение некротических участков (через 2 недели); развитие грануляций (3 неделя); образование рубцов (до 1 месяца и позже). Тяжелая степень - ожог всех слоев, иногда и окружающей клетчатки с развитием медиастинита.

КЛИНИКА

- Основными симптомами ожога пищевода являются боль, мучительная рвота, дисфагия, шок, интоксикация.
- **РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:** острый ограниченный или диффузный медиастинит, серозно-фибринозный и гнойный перикардит, плеврит, эмпиема плевры, пневмония, абсцессы легкого, пищеводно-бронхиальные и пищеводно-трахеальные свищи, эрозии крупных сосудов средостения, острый ожоговый гастрит и перигастрит, желудочно - кишечные кровотечения.

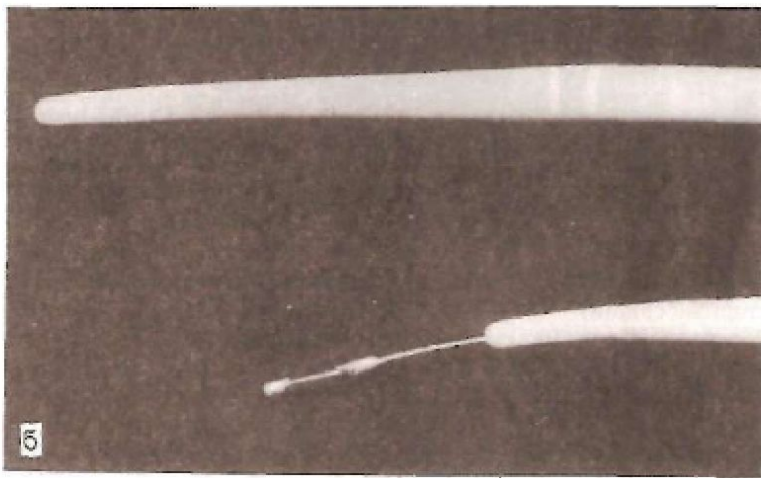
ЛЕЧЕНИЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- При неотложной помощи дают нейтрализующие вещества (раствор уксуса, 2% раствор углекислой соды, молоко, новокаин, взвесь медицинского угля и сернокислой магнезии, уменьшающих некроз тканей, 1% раствор лимонной или виннокаменной кислоты, препараты предупреждающие развитие шока, антибиотики, дезинтоксикационная терапия.

ЛЕЧЕНИЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)



а



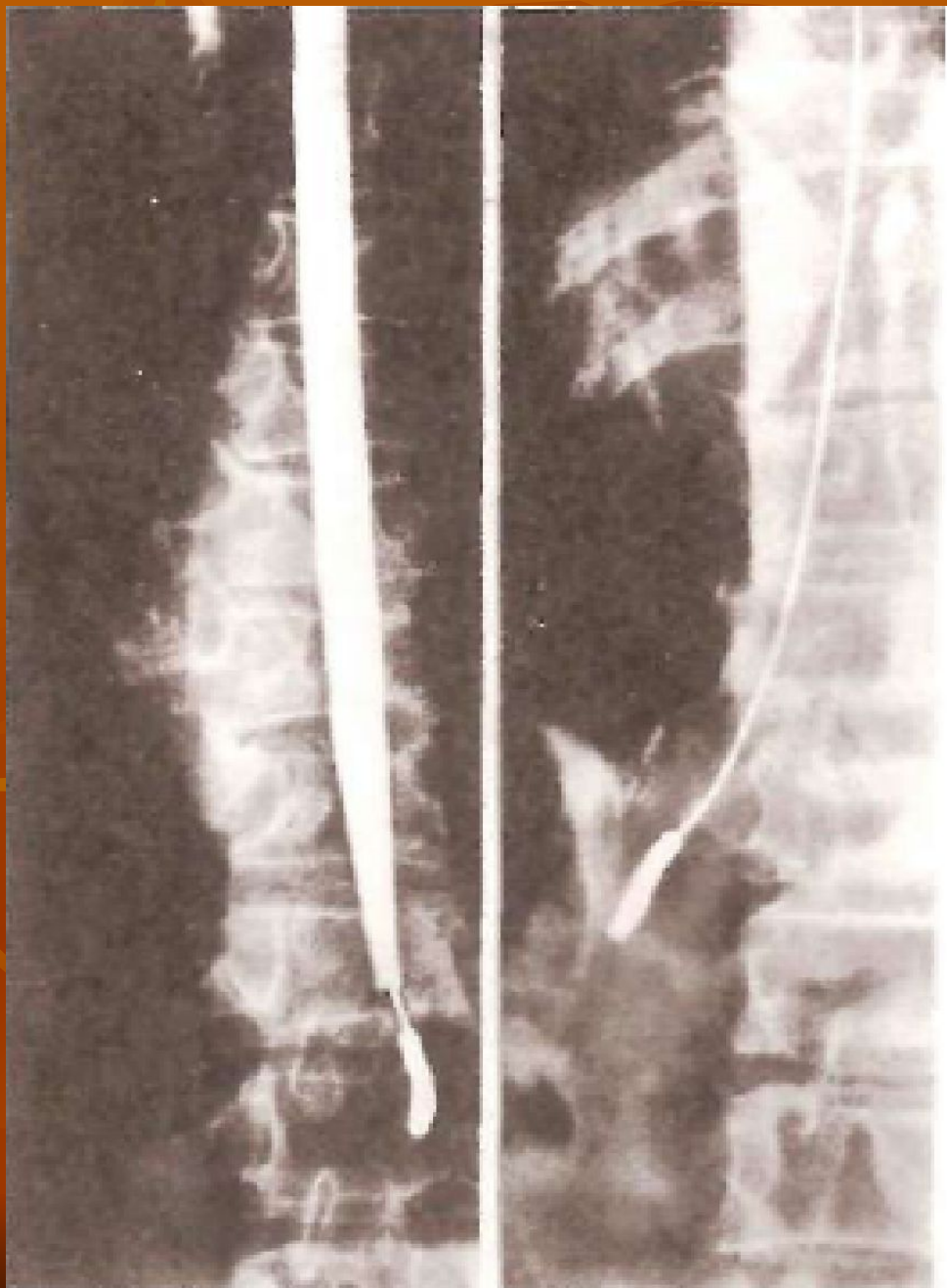
б

Через два дня после
ожога через нос в
желудок тонкий
дуоденальный зонд для
питания.

Раннее или позднее
бужирование пищевода.
Гастростома.

Рис. 16. Металлическая струна-проводник (а), буж без струны и со струной-проводником (б).

БУЖ ПО СТРУНЕ ПРОВОДНИКА



ДИЛАТАТОР

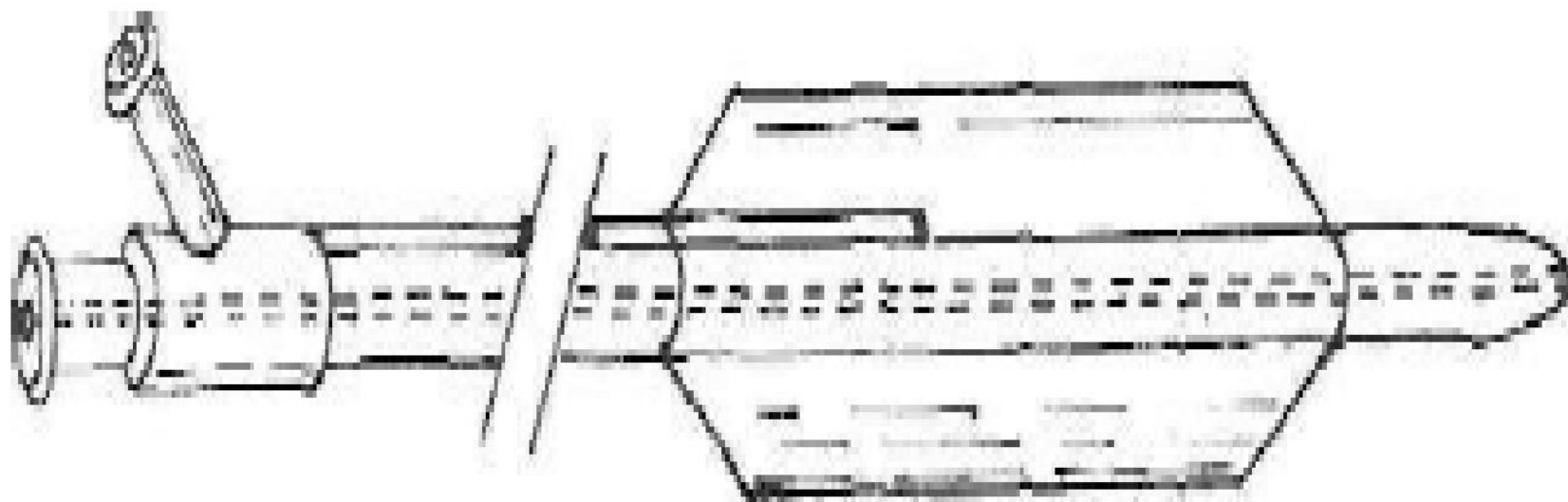
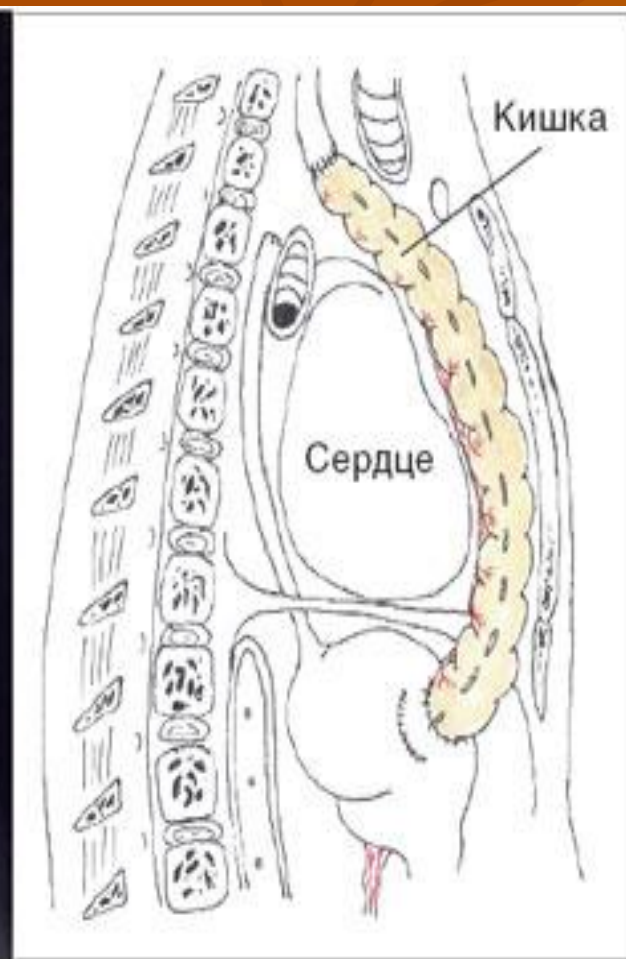
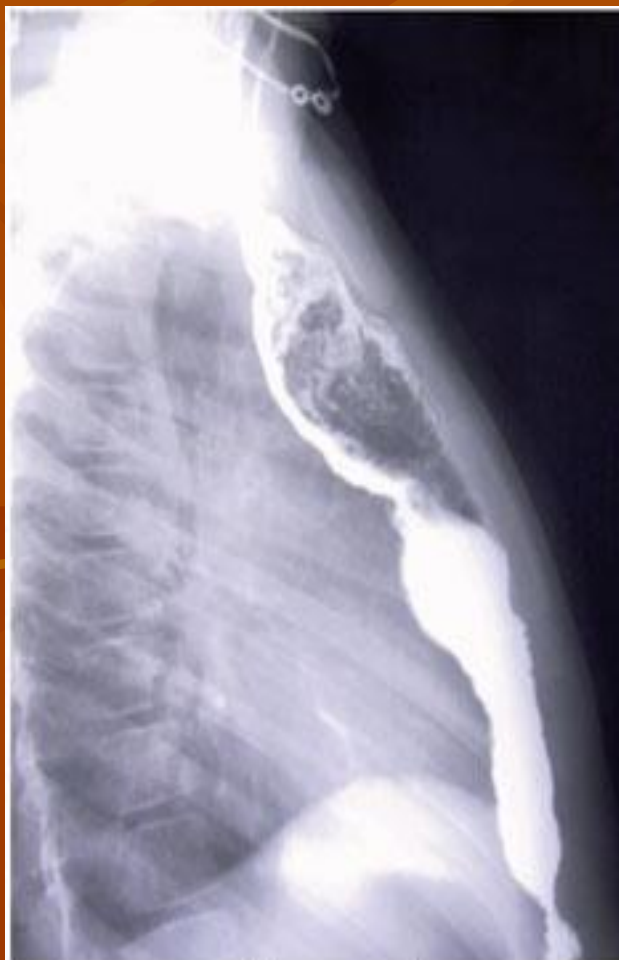
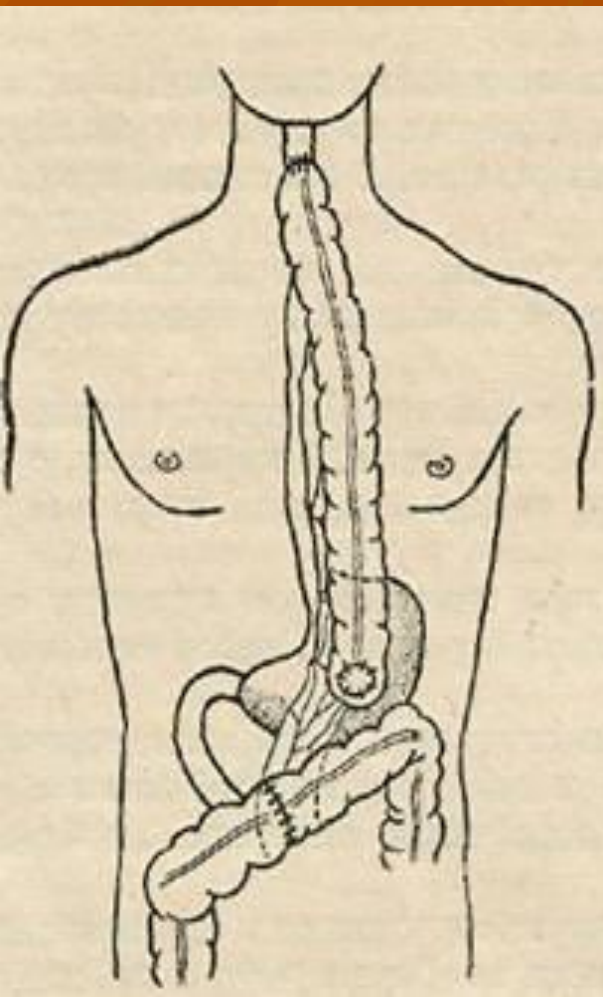


Рис. 18. Конструкция баллонного гидростатического дилататора.

Операции:

- **тотальная предгрудинная,**
- **загрудинная (трансмедиальная),**
- **внутригрудная пластика пищевода.**

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ



Колоэзофагопластика в заднем средостении.

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ

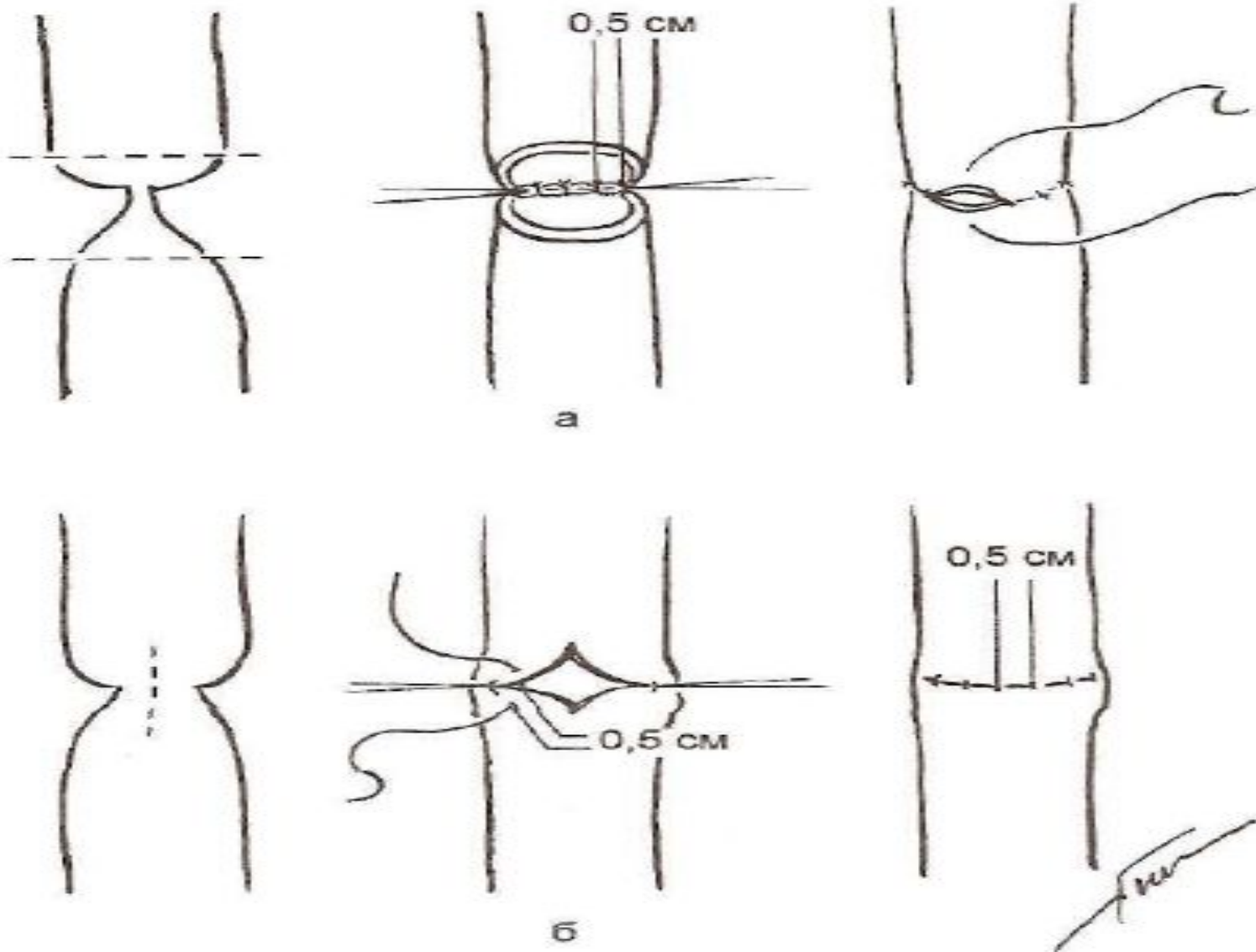


Рис. 19. Основные виды местной эзофагопластики при коротких ожоговых стриктурах, а — резекция стриктуры с анастомозом «конец в конец»; б — продольное рассечение с поперечным ушиванием.

ЭЗОФАГОПЛАСТИКА

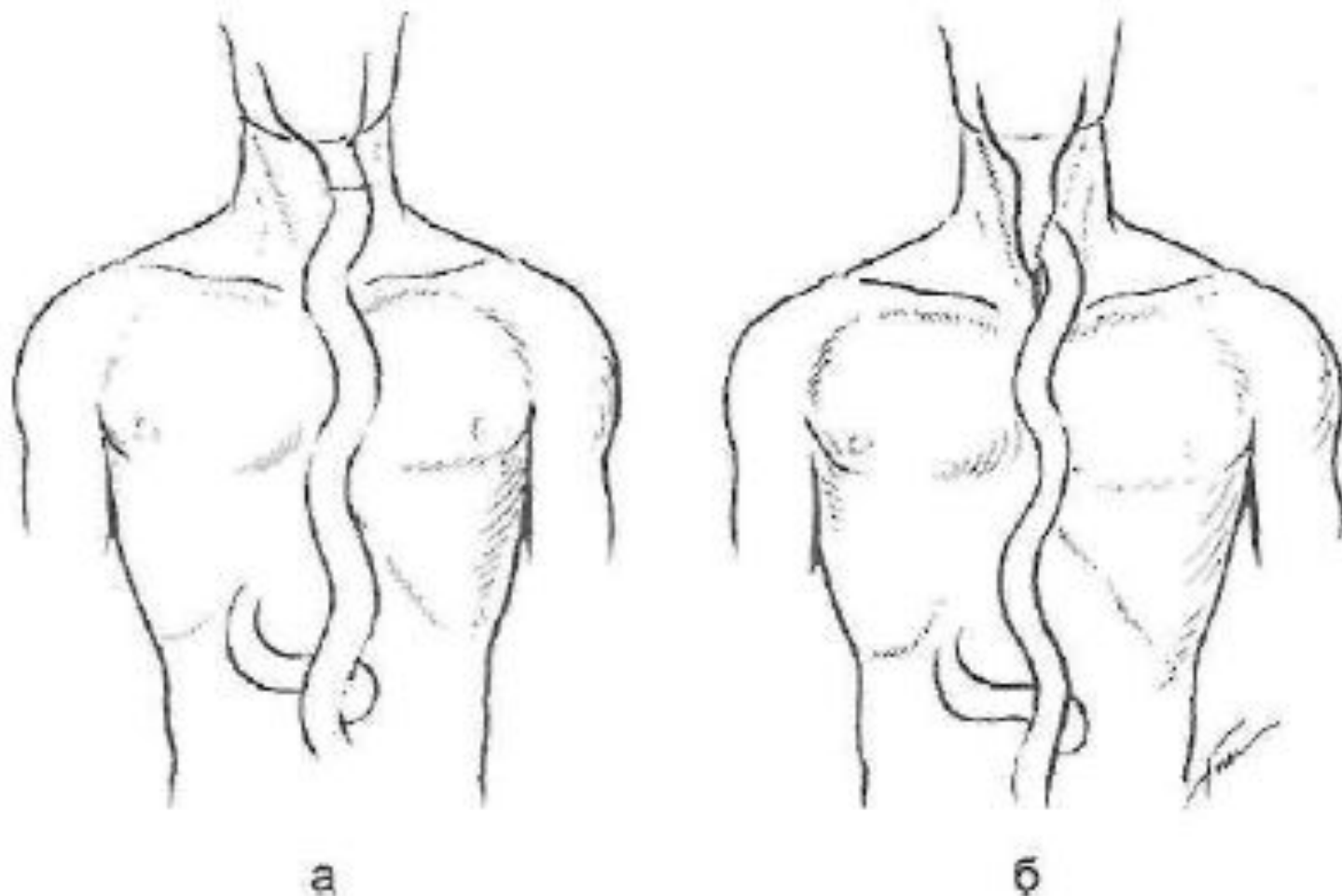
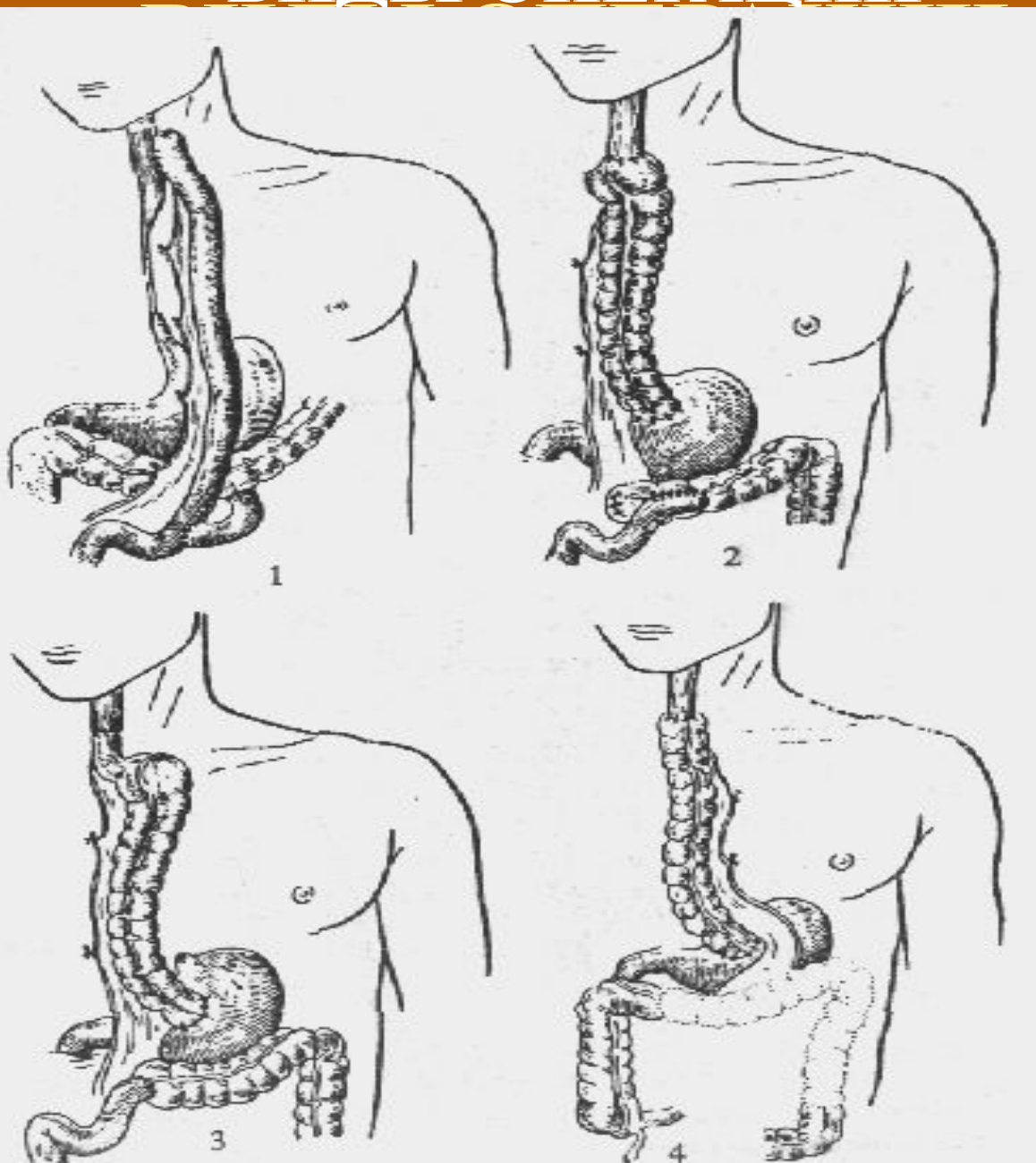


Рис. 20. Субтотальная эзофагопластика тонкой кишкой с эзофагоjejунoанастомoзом на шее. а — «конец в конец»; б — «бок в конец».

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ



ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

- Первое описание дивертикулов пищевода сделано Грашуи и Людловым в 1769 году.
- *Пульсионный дивертикул* развивается по типу истинной грыжи пищевода путем выпячивания слизистой и подслизистой оболочки через слабые места или врожденные дефекты мышечной стенки пищевода. Излюбленными местами развития пульсионных дивертикулов являете) место перехода мускулатуры глотки в пищевод – фарингоэзофа- геальный дивертикул ЦЕНКЕРА (1878 г.) и нижний отдел пищевода - наддиафрагмальный дивертикул.

ЦЕНКЕРОВСКИЙ ДИВЕРТИКУЛ

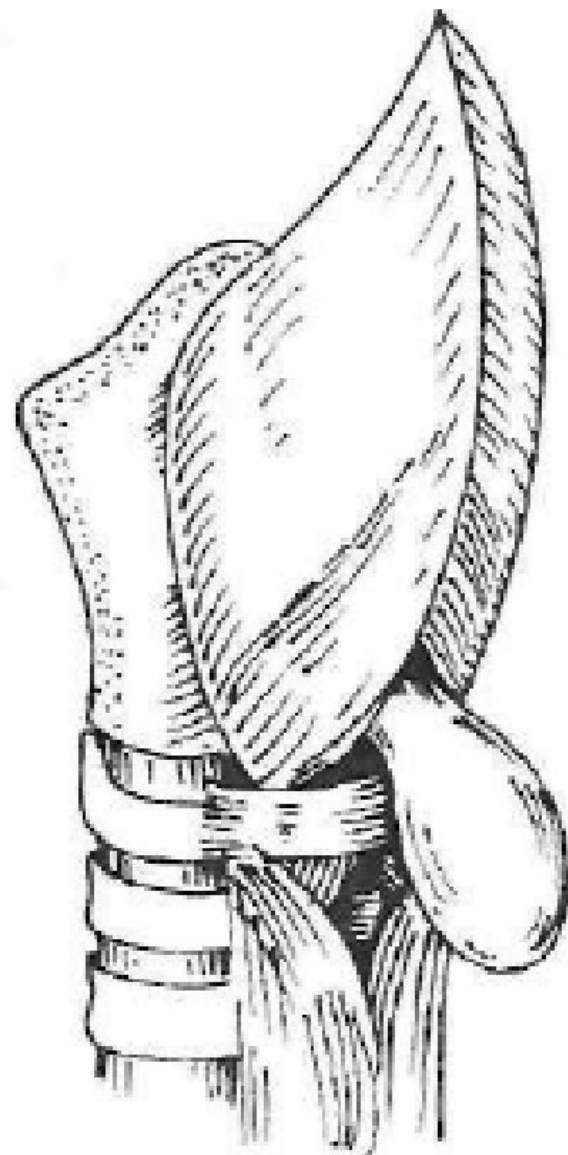
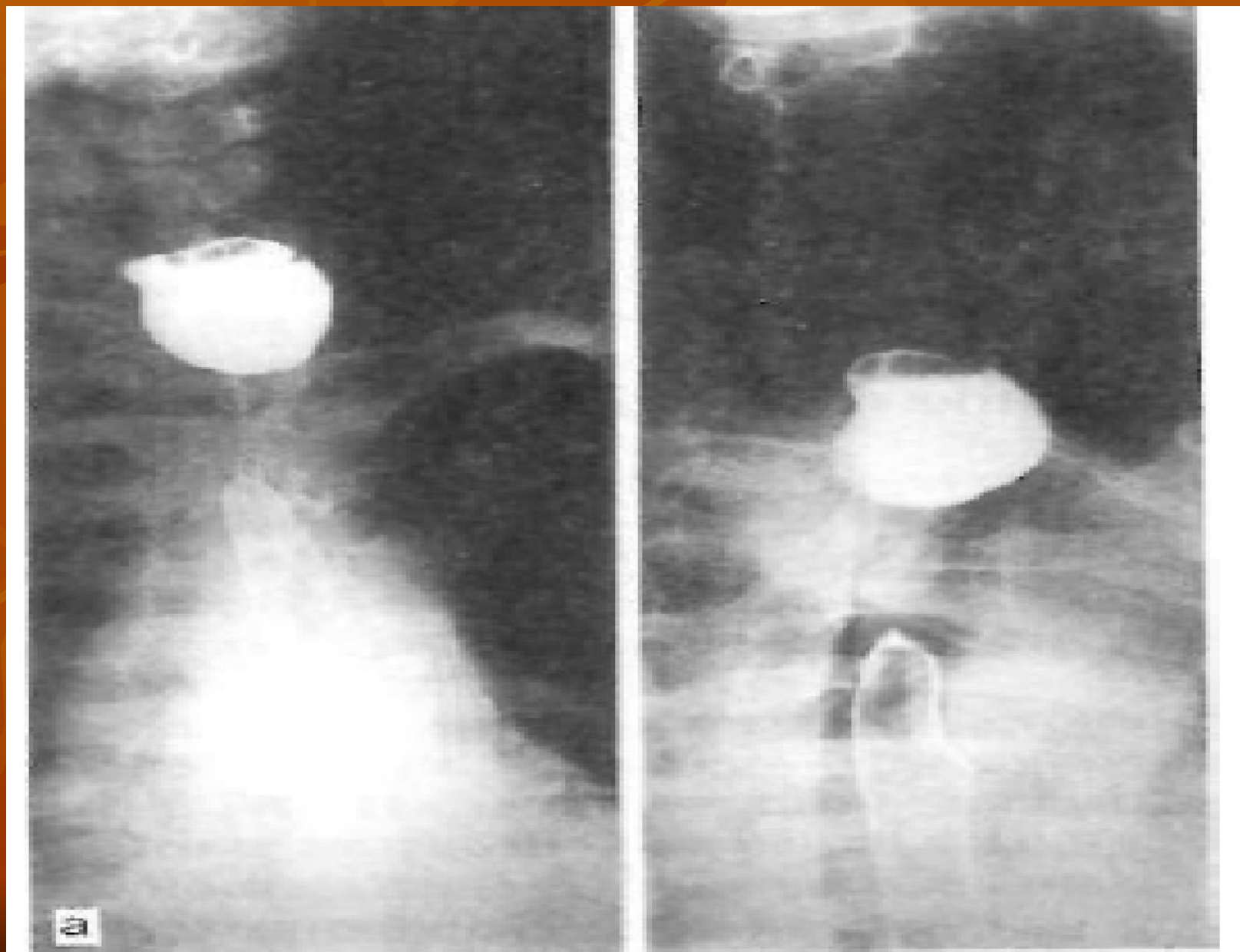


Рис. 41. Строение задней стенки
глоточно-пищеводного перехода.
Схема ценкеровского дивертикула.

РЕНТГЕНОГРАММА Д-ЛА ЦЕНКЕРА



БИФУРКАЦИОННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ

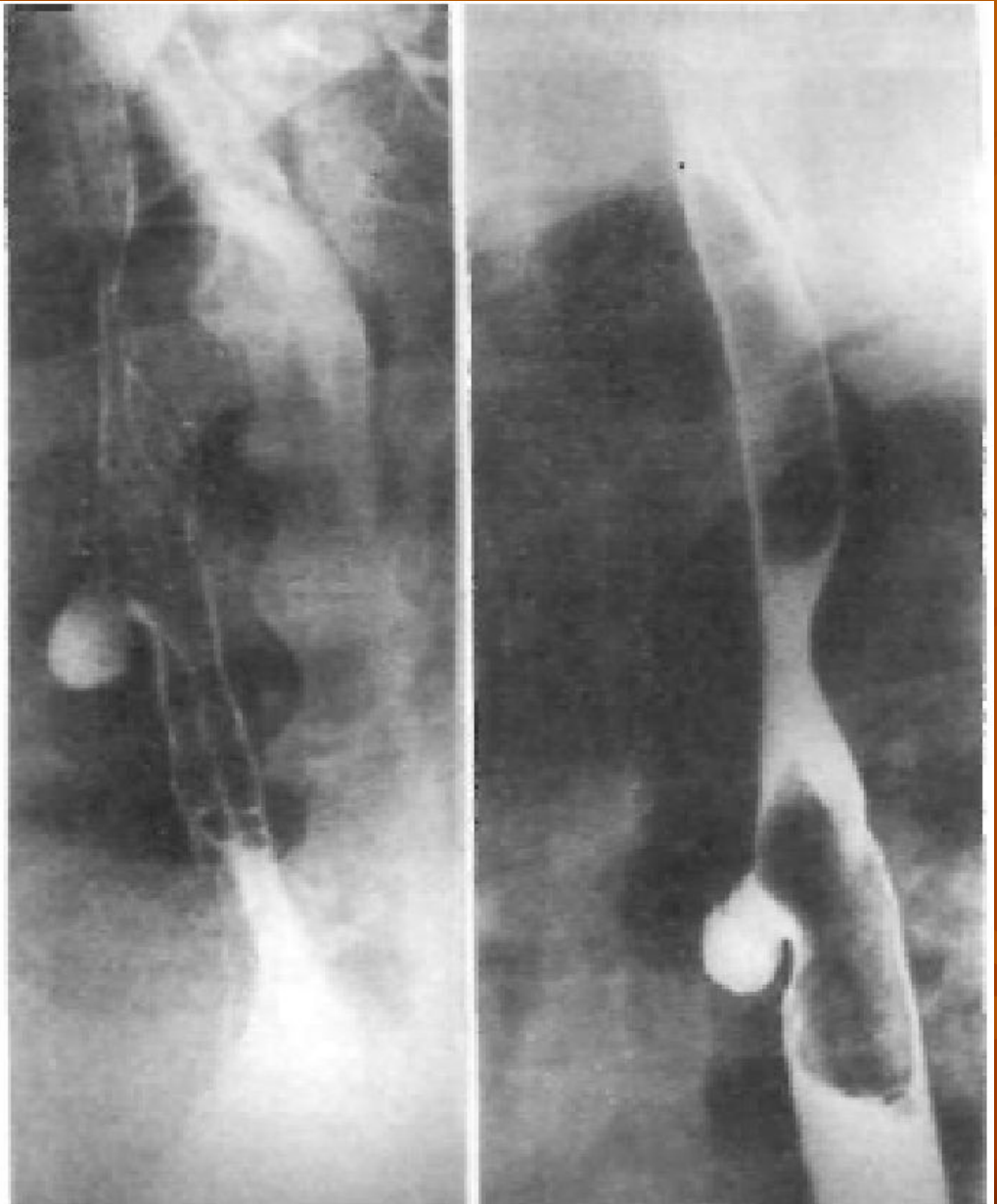
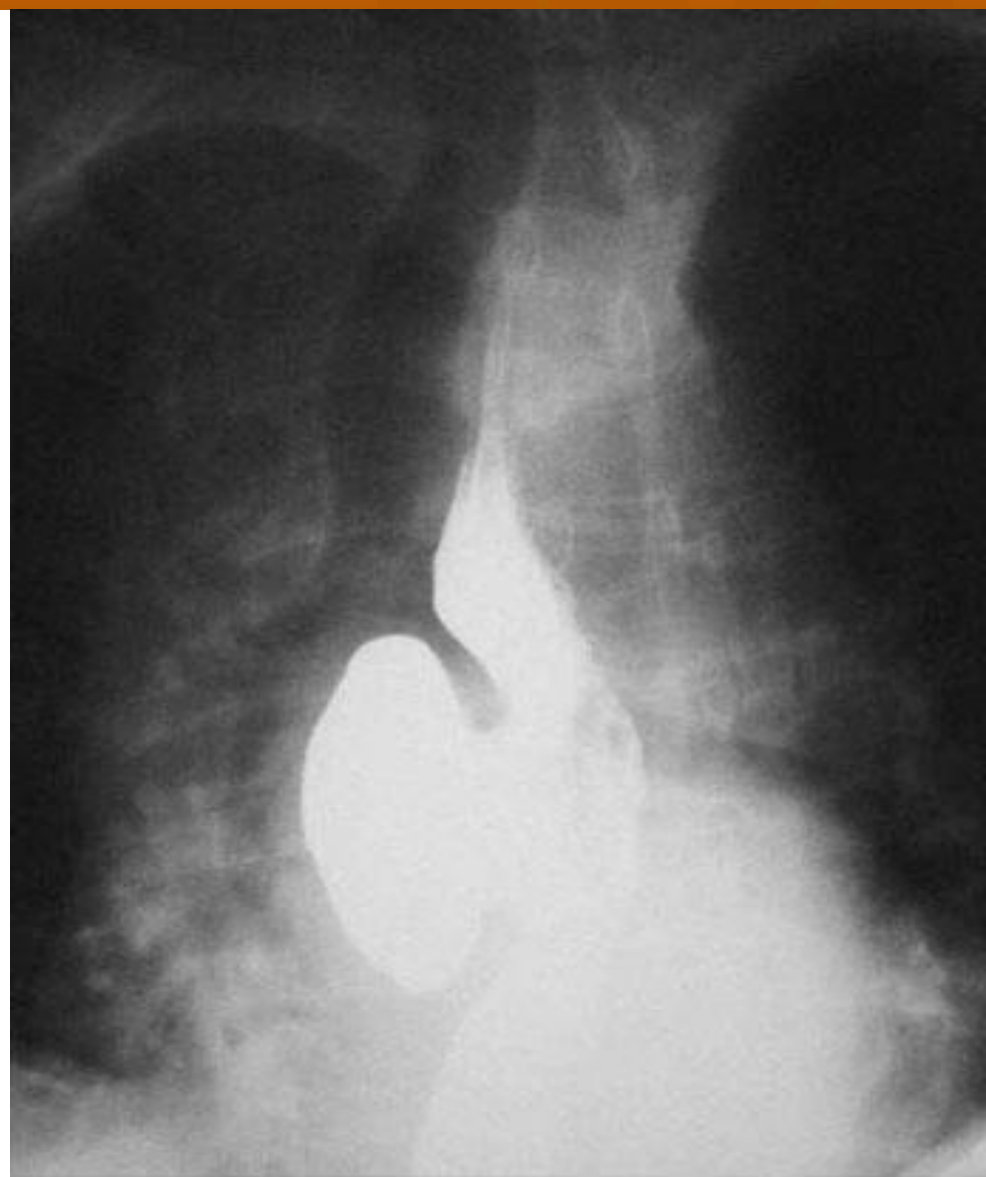


Рис. 43. Бифуркационный дивертикул (прямая проекция)

ЭПИФРЕНАЛЬНЫЙ ДИВЕРТИКУЛ





ДИВЕРТИКУЛ ПИЩЕВОДА

Дивертикулы пищевода (продолжение)

Тракционный дивертикул возникает в результате втяжения стенки пищевода в рубцы и спайки в клетчатке средостения после различных воспалительных процессов, чаще всего в регионарных лимфатических узлах (туберкулез, неспецифический воспалительный процесс в средостении, легких, плевре).

ТРАКЦИОННЫЕ дивертикулы (эпибронхиальные, бифуркационные), как правило, локализуются в области пересечения пищевода с бифуркацией трахеи.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ ДИВЕРТИКУЛА

**1 стадия - маленькое выпячивание
стенки пищевода;**

**2 стадия - сформированный
дивертикулярный мешок;**

**3 стадия - дивертикул больших
размеров, располагающийся в
средостении и вызывающий частичное
или полное сдавление просвета
пищевода.**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

По мере увеличения дивертикула появляются боли царапающего характера, жжение, першение в горле, дисфагия, саливация, кашель, тошнота, неприятный запах изо рта. Иногда в нем определяется шум плеска (**симптом Купера**).

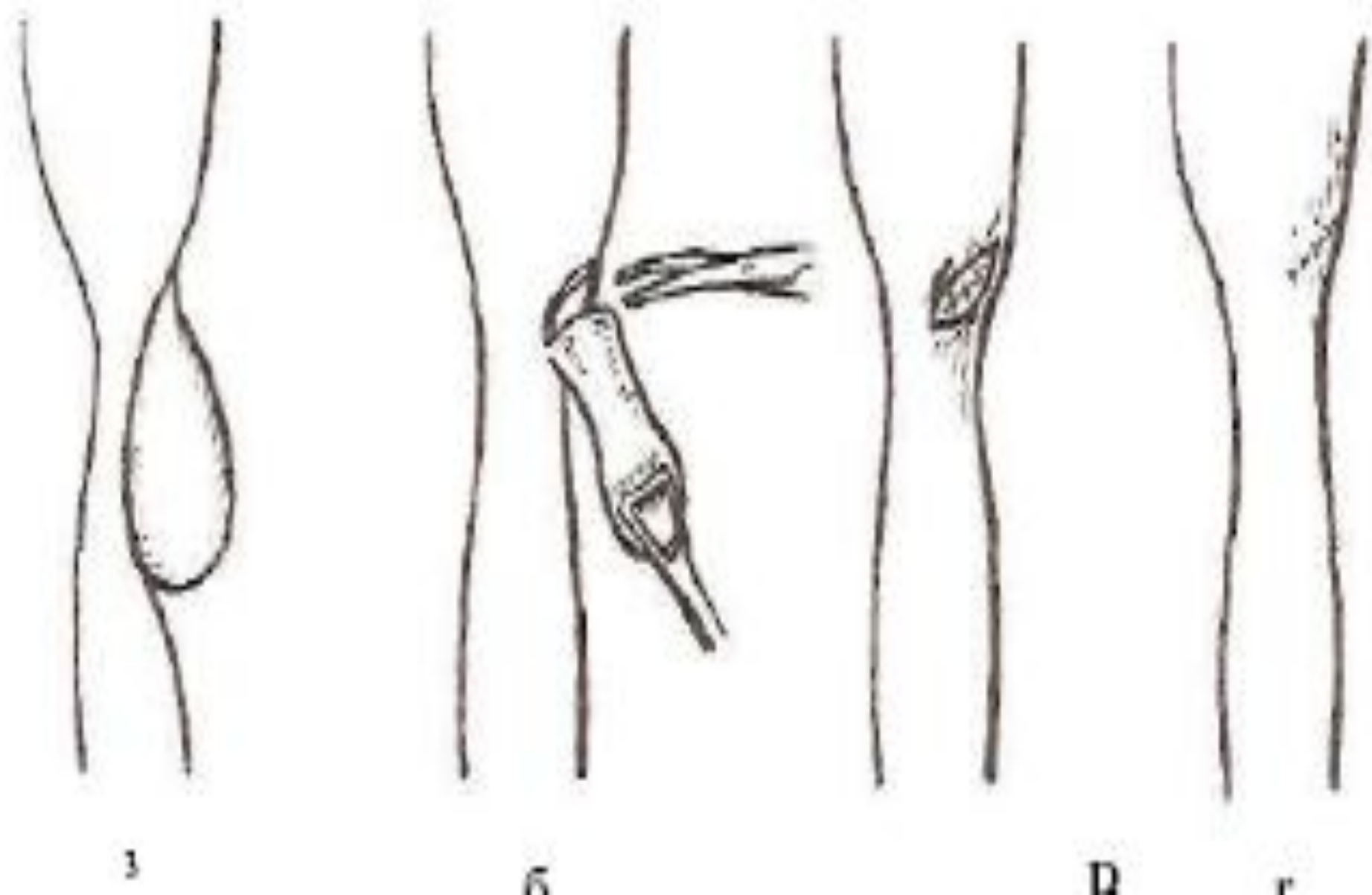
Диагностика строится на основании характерных анамнестических данных, рентгеноскопии и эзофагоскопии.

ОСЛОЖНЕНИЯ: дивертикулит, флегмона стенки дивертикула, перфорация, медиастинит.

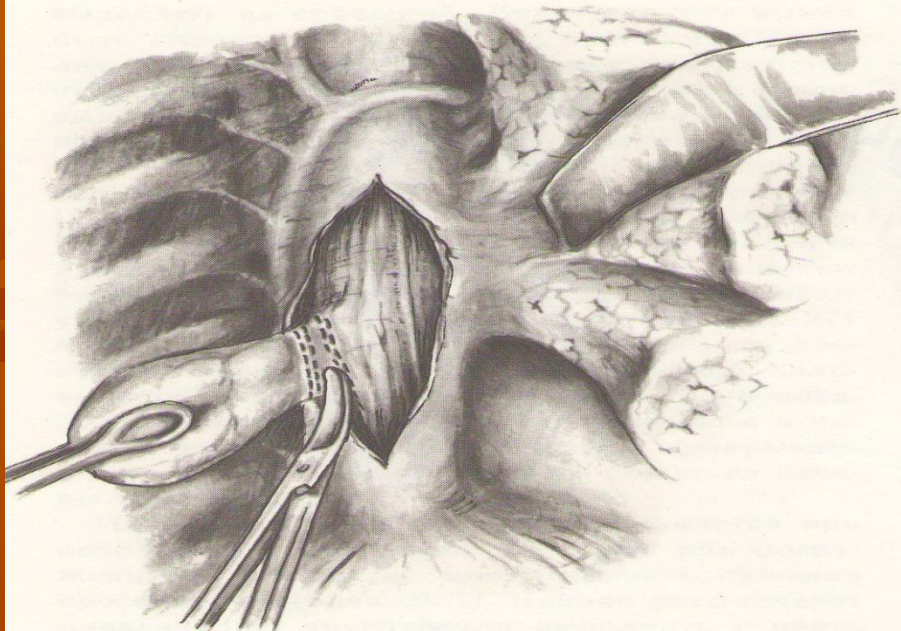
ЛЕЧЕНИЕ

- Строгая диета, прием пищи в определенном положении, промывание дивертикула, постуральный дренаж, прием растительного масла.
- Операцией выбора - одномоментная дивертикулэктомия.
- При бифуркационных - правосторонняя торакотомия в 5-6 межреберье.
- При эпифренальных - в 7- 8 межреберье. Запрещается прием пищи и воды 3-5 дней. С 7 дня - жидкая пища.

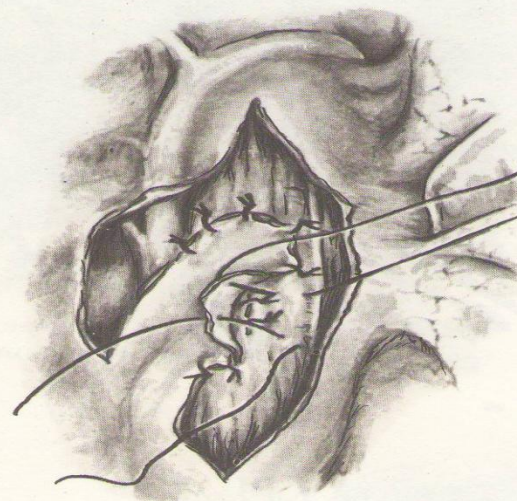
СХЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ Д-ЛЕ ЦЕНКЕРА



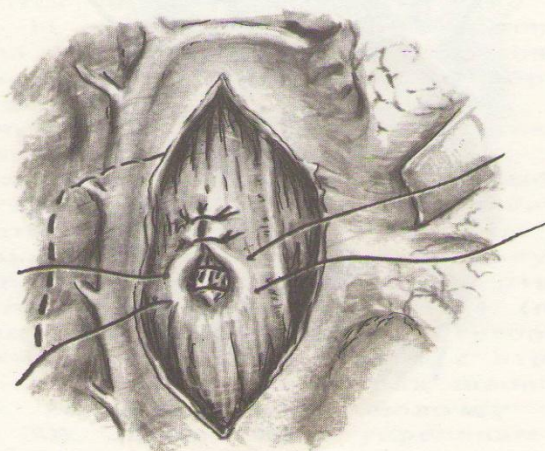
ДИВЕРТИКУЛЕКТОМИЯ



29



31



29. Удаление эпифренального дивертикула пищевода.

30. Удаление эпифренального дивертикула пищевода. Второй ряд швов на пищеводе.

31. Удаление эпифренального дивертикула пищевода. Укрепление линии швов плеврой.

АХАЛАЗИЯ (КАРДИОСПАЗМ) ПИЩЕВОДА

- **Нервно-мышечное заболевание, для которого характерно отсутствие перистальтики всего пищевода и неспособность его кардиального отдела расслабляться в ответ на глотание. Встречается у лиц молодого и среднего возраста (от 20 до 40 лет) как у мужчин, так и у женщин.**
- **Из большого количества теорий этиологии и патогенеза ахалазии кардии выделяют онтогенетические, воспалительные, неврогенные.**

КАРДИОСПАЗМ

Термин кардиоспазм введен в 1882 г. Mikulich.

Кардиоспазм — стойкое спастическое сужение терминального отдела пищевода, проявляющееся дисфагией и в далеко зашедших стадиях сопровождающееся органическими изменениями его вышележащих отделов — сначала гипертрофией, а затем атонией мускулатуры и значительным расширением просвета.

Для кардиоспазма характерны постоянная дисфагия и значительное расширение пищевода.

Кардиоспазм пищевода

Морфологически находят дегенеративно-дистрофические изменения в преганглионарных нейронах дорсальных ядер блуждающих нервов и в меньшей степени — постганглионарных нейронах ауэрбахова сплетения пищевода.

Считается, что в связи с нарушением центральной иннервации при кардиоспазме гладкая мускулатура нижнего пищеводного сфинктера становится более, чем обычно, чувствительной к своему физиологическому регулятору — эндогенному гастрину.

При данном варианте течения заболевания наблюдается истинный спазм кардии.

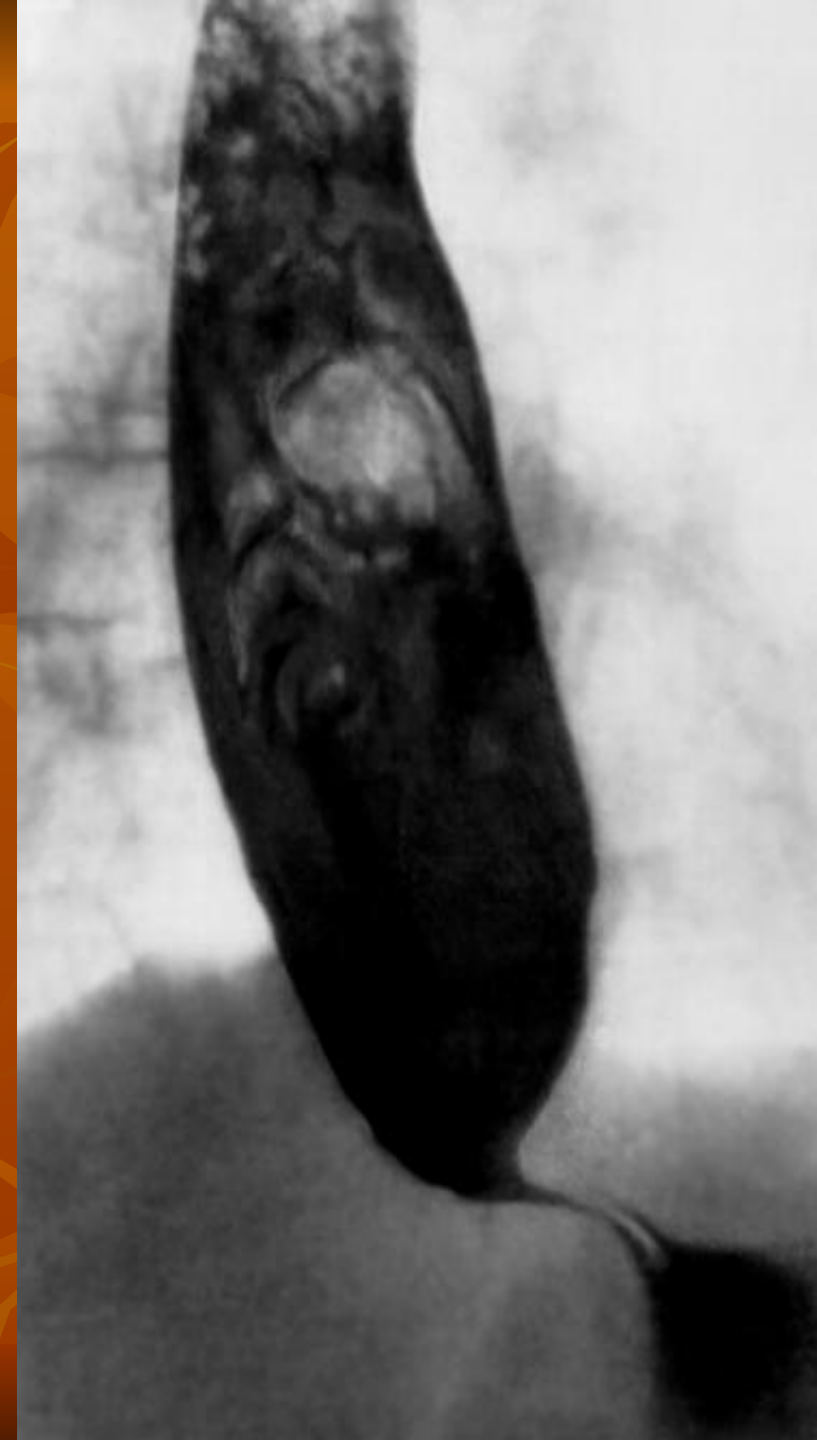
АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА

Для ахалазии характерны — периодическая дисфагия и небольшое расширение пищевода.

При ахалазии кардии, напротив, поражаются преимущественно постганглионарные нейроны, в результате выпадает рефлекс раскрытия кардии на глоток. Манометрически находят нормальный или даже сниженный градиент пищеводно-желудочного давления, наблюдается значительное ослабление моторики пищевода. При ахалазии нет условий для возникновения повышенной чувствительности гладкой мускулатуры нижнего пищеводного сфинктера к гастрину — сохраняется центральная иннервация.

АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА

- У большинства больных заболевание обычно возникает в связи с эмоционально-психической травмой при отсутствии каких-либо врожденных аномалий, а воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода чаще являются вторичными.
- Выделяют две стадии: стадия чисто функциональных нарушений и стадия органических (необратимых) нарушений.



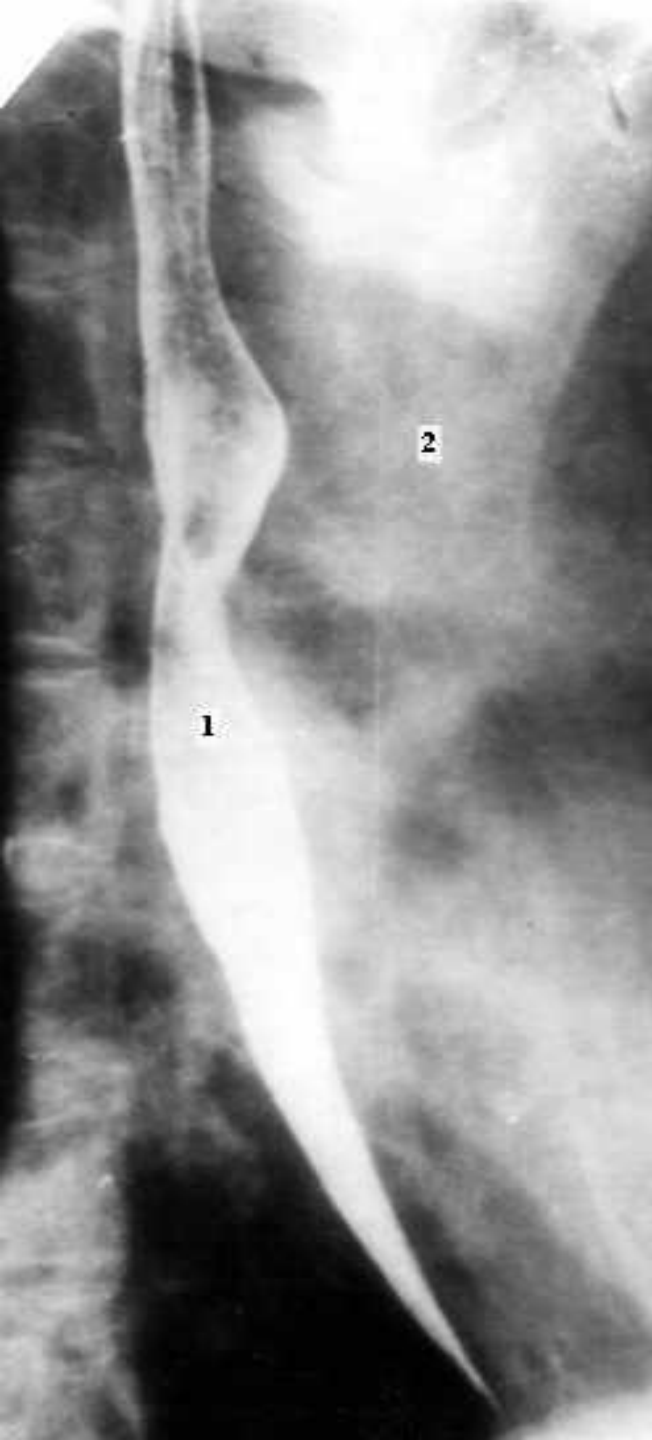


Рис. 15. Ахалазия пищевода. Пищевод значительно расширен, на его стенках видны волны неперистальтических сокращений. Поддиафрагмальный сегмент сужен.

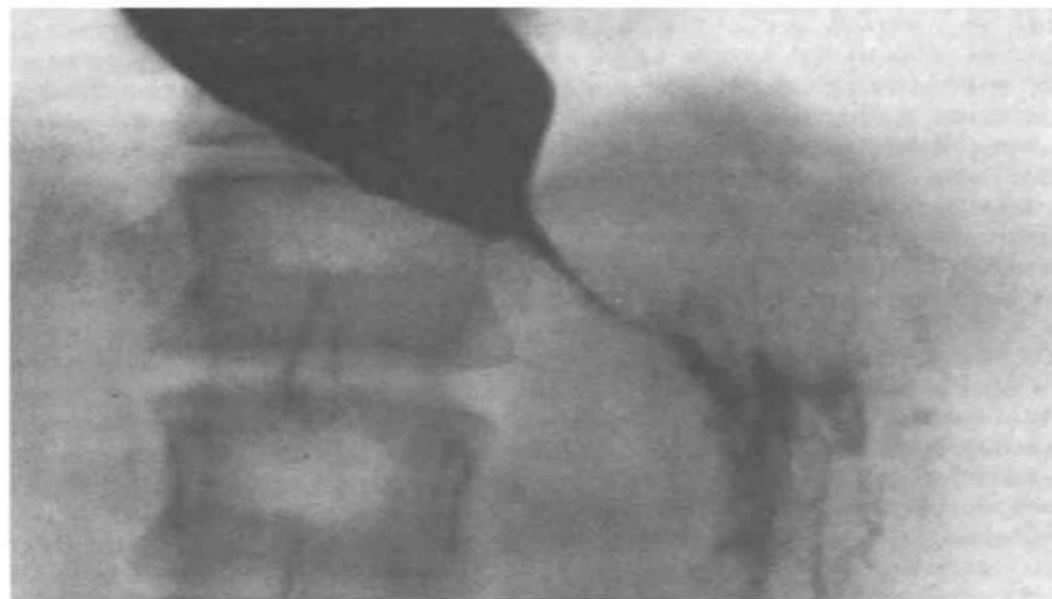
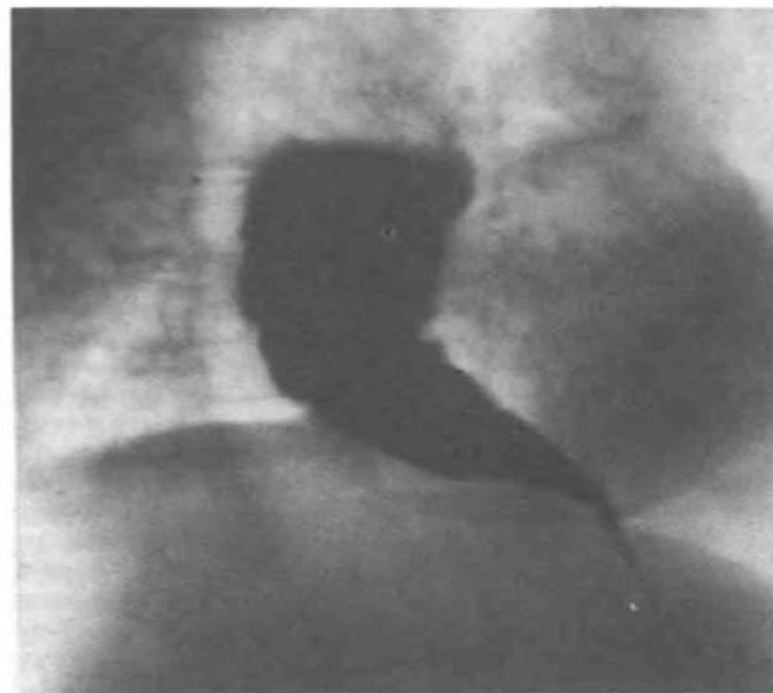


Рис. 16. Ахалазия пищевода. Типичная деформация поддиафрагмального сегмента в виде крысиного хвоста. В желудке нет воздушного пузыря.

ПРОДОЛЖЕНИЕ

Макроскопическая картина - вверх от желудка имеется суженный на протяжении 2-5 см участок пищевода. Выше него пищевод расширен, его стенка утолщена, мышцы гипертрофированы. В более поздних стадиях, когда расширение пищевода сочетается с удлинением и изгибом, мышечный слой пищевода атрофируется.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

- ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:
**ДИСФАГИЯ, СРЫГИВАНИЕ, ЗАГРУДИННЫЕ
БОЛИ.**

Иногда характер и локализация болей напоминают стенокардию.

У некоторых больных с кардиоспазмом может возникнуть симптом сдавливания средостения, который характеризуется тахикардией, чувством удушья, набуханием шейных вен, цианозом. Длительное нарушение питания приводит к исхуданию больного, к анемии. Последняя может быть обусловлена хронической кровопотерей из воспаленной слизистой оболочки пищевода.

ДИАГНОСТИКА И ОСЛОЖНЕНИЯ

- Данные анамнеза, клиники, рентгенологические данные, эзофагоманометрия, пробы на чувствительность к парасимпатомиметикам (мехолил 5-10 мг п/к способствует сокращениям пищевода), эзофагоскопия - позволяют поставить своевременный диагноз.

Осложнения кардиоспазма - эзофагит, изъязвление пищевода, легочные осложнения, раковое перерождение.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

ЛЕЧЕНИЕ включает диетическое, медикаментозное лечение, кардиодилатацию (пневматический или металлический кардиодилататор Штарка) и оперативное вмешательство:

- внеслизистая эзофагокардиотомия (Геллер, 1913), эзофагокардиофренопластика по Б.В. Петровскому,
- эзофагокардиоопластика по Гейровскому.

КАРДИОПНЕВМОДИЛАЦИЯ

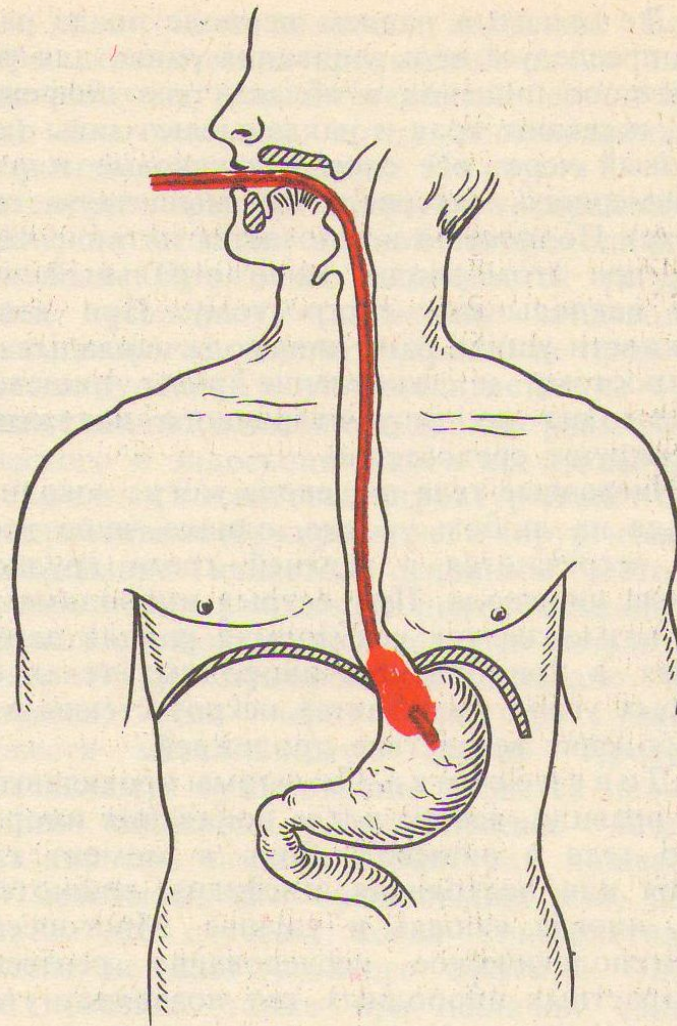


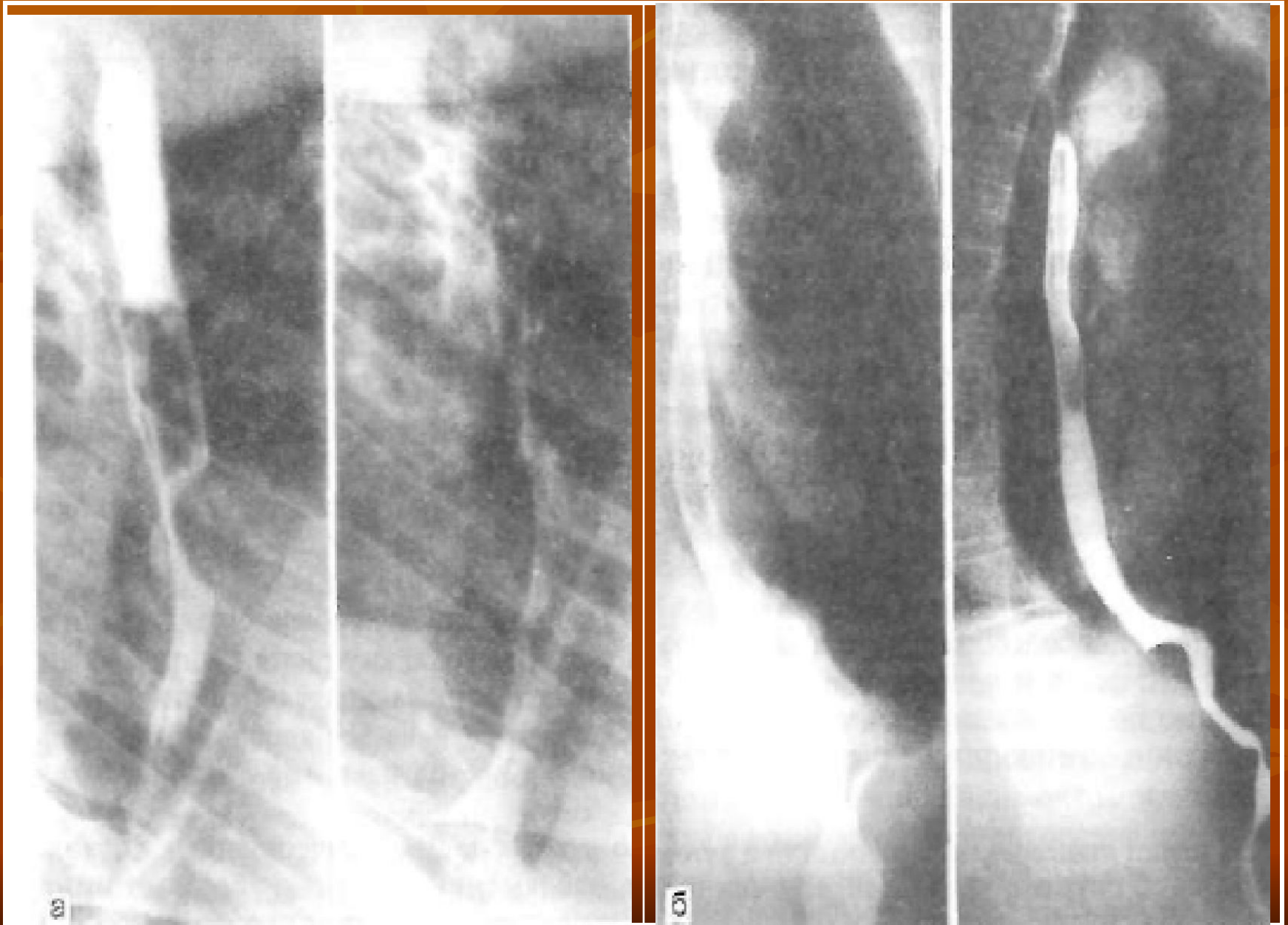
Рис. 54. Кардиопневмодилатация.

ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА

■ *ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ:*

- делятся на эпителиальные (папилломы, аденомы, кисты, гемангиоэпителиомы) и неэпителиальные (лейомиомы, фибромы, липомы, невромы, ангиомы, миксомы).
- Различают интрамуральные и внутрипросветные опухоли. Бессимптомное течение от 3 до 12 лет.
- **Клинические проявления:** дисфагия, боли за грудиной, диспептические расстройства (тошнота, рвота, отрыжка, потеря аппетита, изжога).
- **Диагностика:** жалобы, анамнез, рентгенологическое исследование, эзофагоскопические данные.

РЕНТГЕНОГРАММА ДОБРОКАЧ. ОПУХОЛИ



ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

- **Осложнения:** эзофагоспазм, эзофагит, кровотечение, малигнизация, стенозирование пищевода, нагноение, перфорация.
- **Лечение:** эндотрахеальный наркоз, доступ соответственно расположению опухоли. Производят удаление опухоли с иссечением ее с участком стенки пищевода и последующим зашиванием или пластикой пищевода.

РАК ПИЩЕВОДА.

У 88,8% больных рак пищевода развивается на почве доброкачествен -ных опухолей, в 10,8% на почве

- кардиоспазма,
- дивертикулов,
- рубцовых сужений,
- на фоне воспалительных заболеваний пищевода (Б.В. Петровский).

Патологическая анатомия

- **ЭКЗОФИТНЫЙ** (узловой рак, чаще плоскоклеточный рак в виде цветной капусты, может кровоточить, поздно прорастает в средостение) - 60%;
- **ЭНДОФИТНЫЙ** (язвенный) рак - рано изъязвляется, кровоточит, распространяется циркулярно в подслизистом и слизистом слое, наиболее злокачественная форма, рано наступает дисфагия и она имеет стойкий характер, рано прорастает в средостение (плоскоклеточный рак) - 30%;

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

- **СКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ** (циркулярная) форма
- развивается из слизистой оболочки, рано занимает окружность пищевода, стягивая его в кольцо. Поздно изъязвляется. Дисфагия нарастает постепенно. Прорастание в средостение наблюдается поздно - 10%;
- **ЖЕЛЕЗИСТЫЙ** - рак кардии (желудочный).

Метастазирование

- **Рак шейного отдела** рано поражает лимфатические узлы клетчаточных пространств, надключичных областей и средостения.
- **Рак грудного отдела пищевода** - узлы средостения в околопищеводной клетчатке.
- **Рак нижней 1/3 пищевода** - лимфоузлы малого сальника.
- **Отдаленные метастазы:** в печень - 20%, в легкие - 10%, реже - в брюшные органы, в кости.

Клиника

- 1. Симптомы **общие, неспецифические**, встречающиеся при различных заболеваниях рака, в том числе и пищевода (адинамия, понижение работоспособности, быстрая утомляемость, беспричинная раздражительность, похудание, «беспричинный субфебрилитет», гипопротеинемия).
- 2. Симптомы, характерные для заболеваний **органов брюшной полости**. Тупые боли в груди или спине, одышка к концу еды, тахикардия после еды, тупые боли в области сердца и стенокардия без изменений ЭКГ, изменение тембра голоса, «беспричинные» приступы кашля, набухание одной из надключичных областей.

Клиника

2. Симптомы, характерные для заболеваний органов брюшной полости.

Тупые боли в груди или спине, одышка к концу еды, тахикардия после еды, тупые боли в области сердца и стенокардия без изменений ЭКГ, изменение тембра голоса, «беспричинные» приступы кашля, набухание одной из надключичных областей.

продолжение

3. Симптомы непосредственного поражения пищевода:

- дисфагия,
- повышенная саливация,
- боли при глотании (особенно твердой, вязкой пищи),
- чувство «царапания» за грудиной,
- запах изо рта,
- неприятный привкус во рту,
- тошнота,
- отрыжка,
- регургитация.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

- При **РАКАХ НИЖНЕЙ И НАДДИФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ** ведущим симптомом является **ДИСФАГИЯ**, с которой обычно начинается заболевание.
- При **раках средней 1/3 пищевода** первым симптомом нередко бывает дисфагия и боль при проглатывании пищи. При локализации опухоли в области бифуркации трахеи и вовлечении бронха наблюдается сухой или мучительный приступообразный кашель с тупыми болями в правой или левой половине живота.
- При **раках верхней 1/3 пищевода** первым признаком заболевания нередко бывают симптомы глоточной недостаточности. Болевые ощущения - почти постоянный симптом.

Стадии рака пищевода

- 1. Опухоль небольшая, четко отграниченная (или язва), захватывает слизистую и подслизистую. В малой степени нарушена проходимость пищевода. Метастазирование отсутствует.
- 2. Опухоль или язва вызывают значительное сужение пищевода, не выходит за пределы пищевода, метастазы одиночные в регионарные лимфоузлы околопищеводной клетчатке.
- 3. Обширная опухоль (или язва), суживающая просвет почти до полной непроходимости, соединена с другими органами. Метастазы в регионарных лимфоузлах.
- 4. Опухоль выходит за пределы пищевода. Имеются метастазы.

РЕНТГЕНОГРАММА РАКА ПИЩЕВОДА



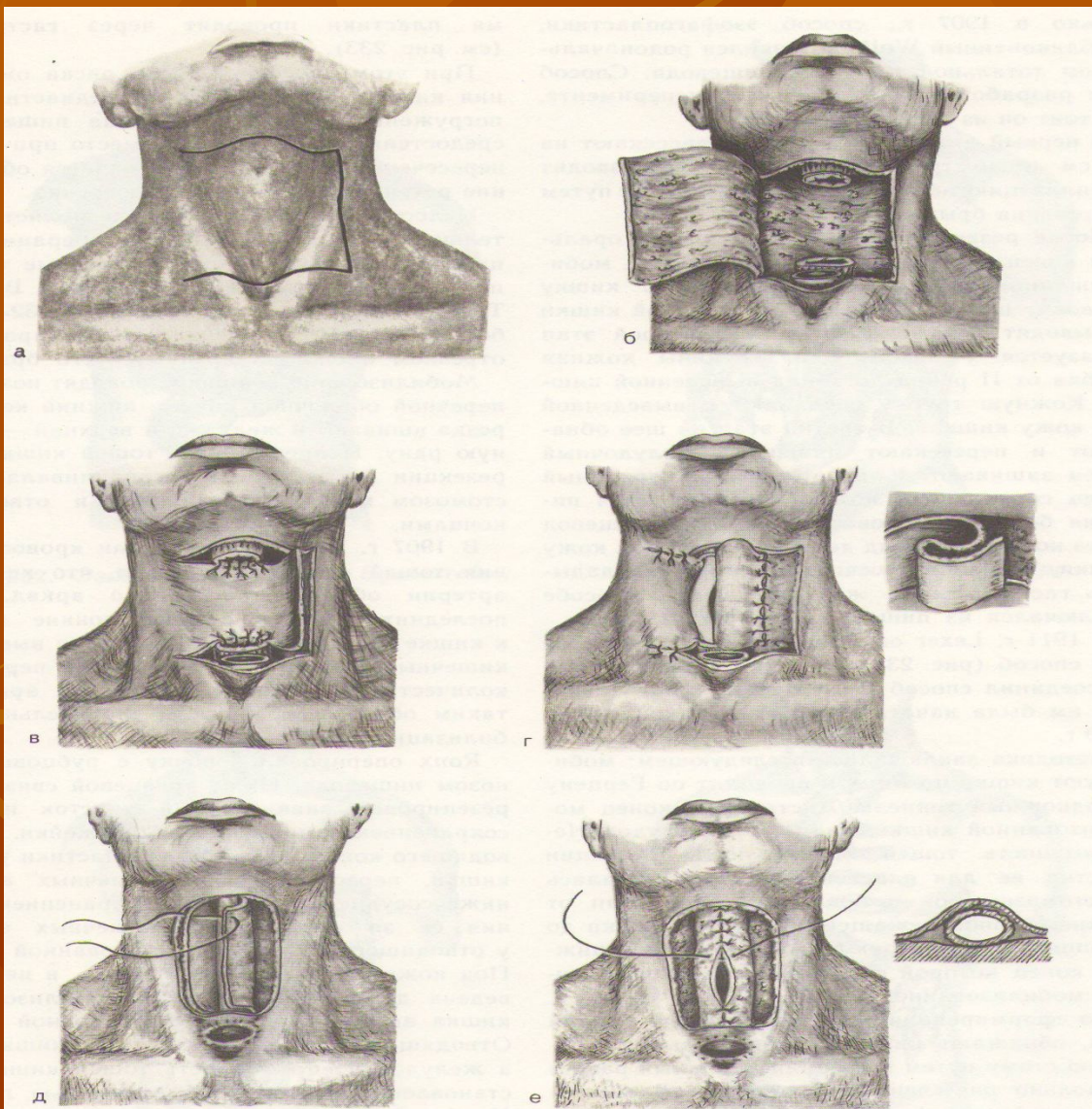
ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

- Тактика определяется следующими факторами: локализация рака; возраст и сопутствующие заболевания, степень запущенности рака, отношение больного к лечению.
- Предоперационная подготовка складывается из общих и местных мероприятий.
- Обезболивание - общее (предпочтительнее - эндотрахеальный наркоз).

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

При раке шейного отдела пищевода -
резекция пищевода с пластикой (через 1-2
месяца) кожной трубкой дефекта (из
Филатовского стебля по Хакеру), иногда
приходится производить резекцию гортани по
Глюку.

КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА



231. Операция Вуки.
а — е — этапы операции.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

- При раке верхней 1/3 грудного отдела пищевода как и при бифуркационном раке можно применить операции двух типов:
- - экстирпация всего грудного отдела пищевода по ДОБРОМЫСЛОВУ -ТОРЕКУ;
- - резекция пищевода с наложением первичного эзофагогастроанастомоза (по ЛЬЮСУ - перемещение желудка в плевральную полость).

ОПЕРАЦИЯ ДОБРОМЫСЛОВА-ТОРЕКА

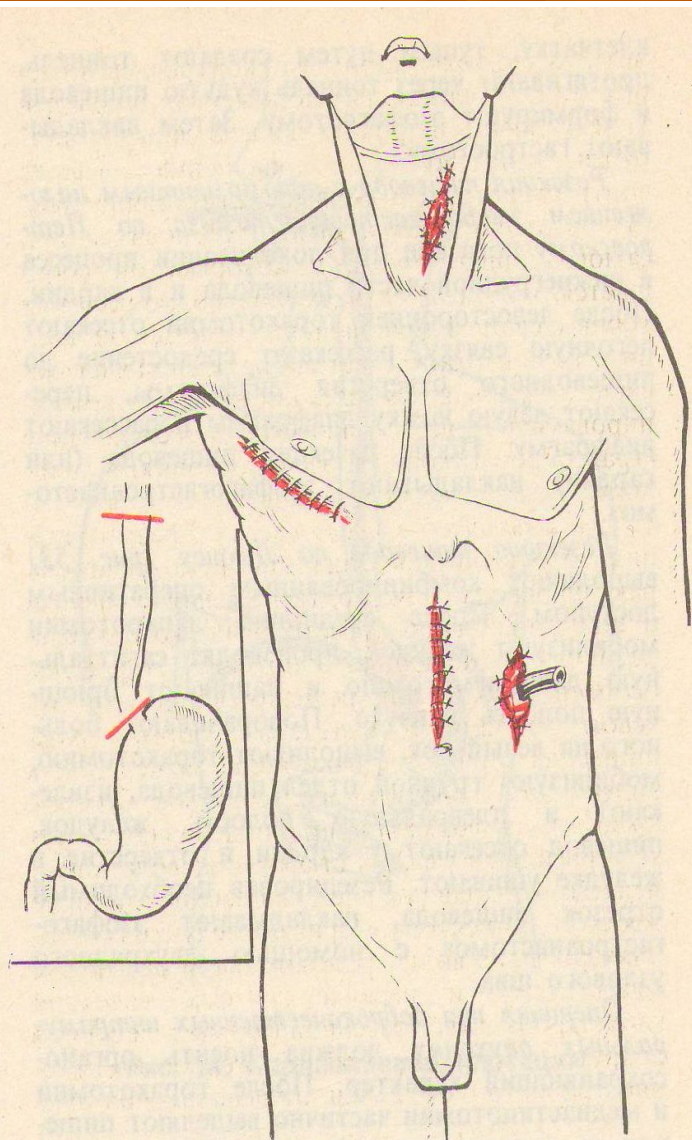


Рис. 52. Операция Добромыслова — Торека.

Операция Добромыслова - Торека состоит из нескольких этапов:

- **трансплевральная резекция пищевода с наложением гастростомы и эзофагостомы на шее;**
- **лапаротомия - пластика пищевода кишкой;**
- **создание соустья между шейным отделом пищевода и кишкой.**

РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА ПО ЛЬЮСУ

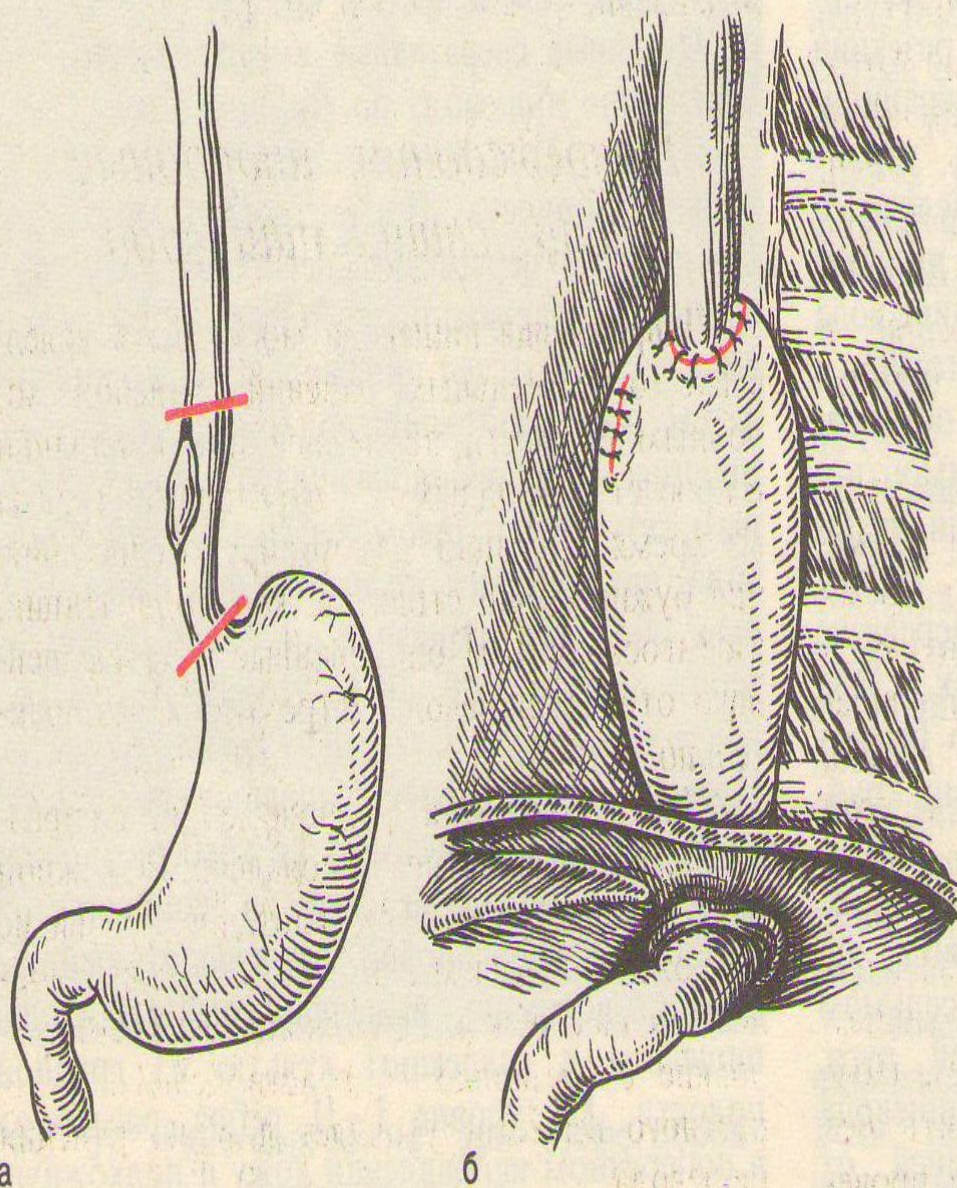


Рис. 53. Резекция пищевода по Льюису.

а — границы резекции органов; б — законченный вид операции.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

- При раке нижней 1/3 пищевода левосторонним чрезплевральным доступом подходят к пищеводу, резецируют его и накладывают эзофагогастроанастомоз по Б. В. Петровскому или производят операцию по Глюку.
- Из паллиативных операций следует знать интубацию пищевода по Г.Л. Ратнеру и Шайну и гастростомию.
- Химиолучевая терапия малоэффективна.

СТЕНТИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА



Рис. 2. Внутрипищеводный саморасширяющийся стент, установленный пациенту, страдающему неоперабельным раком верхнесредней части пищевода (рентгенограмма)

ОСЛОЖНЕНИЯ

- шок и коллапс,
- кровотечение,
- эмболия воздухом или сгустками,
- отек легкого и нарушение дыхания, подкожная эмфизема, пневмония, плевриты,
- расхождение швов пищевода с развитием медиастинита или перитонита,
- парезы и острое расширение желудка,
- паротиты.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ

- Процент летальности после радикальной операции колеблется в пределах 40-45%, что объясняется тяжестью подобных вмешательств и неблагоприятными условиями распространений опухолевого процесса.