

# **Заболевания пищевода**

# Актуальность

Диагностика и хирургическое лечение заболеваний пищевода – один из сложных разделов хирургии пищеварительного тракта. Это обусловлено не только поздним проявлением нарушения акта глотания, но и анатомо-топографическим расположением пищевода в заднем средостении.

## Среди всех заболеваний пищевода:

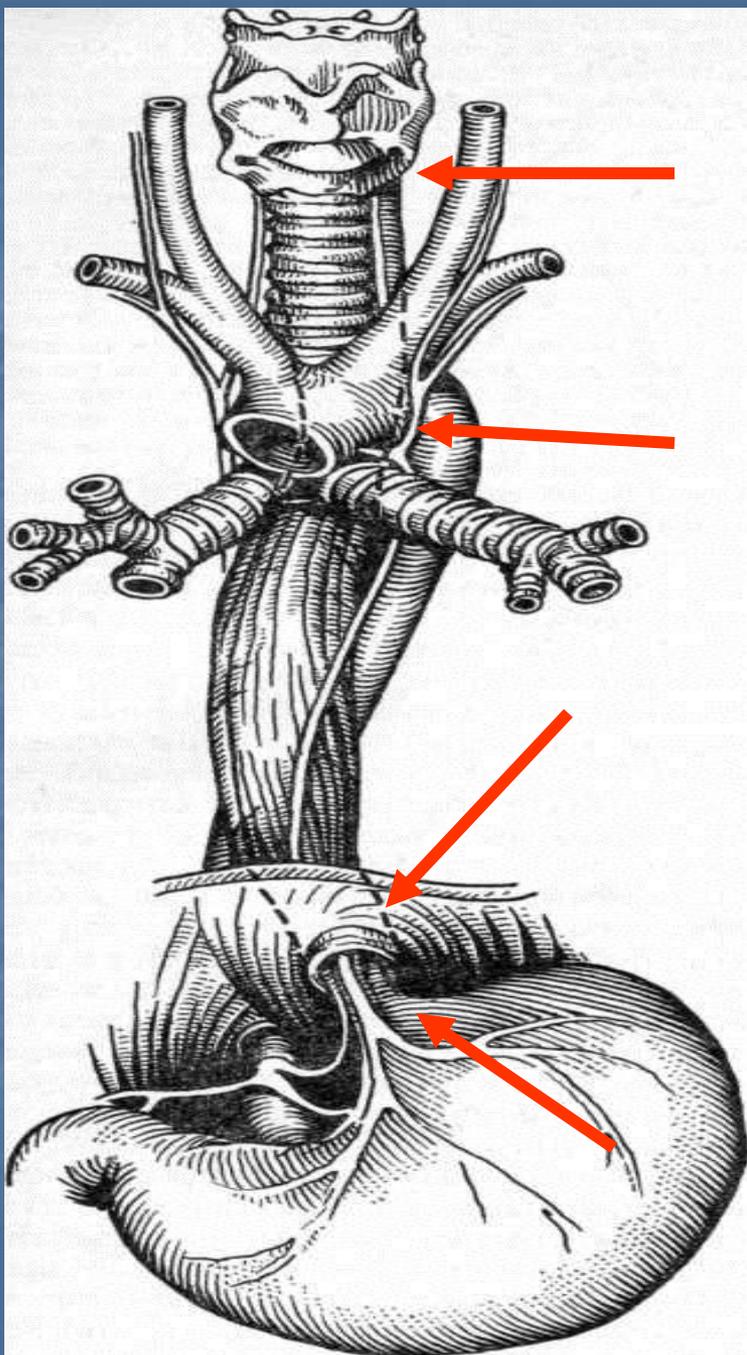
- \* Рак пищевода – 60-80% (3.4% от всех опухолей - 6-е место)
- \* Саркома пищевода – 0.04%
- \* Кардиоспазм 5.1%
- \* Рубцовые стриктуры 0.7%
- \* Дивертикулы 0.6%

# Анатомия пищевода

(сегменты пищевода по Brombart, 1956)



- 1) трахеальный;
- 2) аортальный;
- 3) бронхиальный;
- 4) аортально-бронхиальный;
- 5) подбронхиальный;
- 6) ретроперикардальный
- 7) наддиафрагмальный;
- 8) внутридиафрагмальный;
- 9) абдоминальный.



## Физиологические сужения пищевода

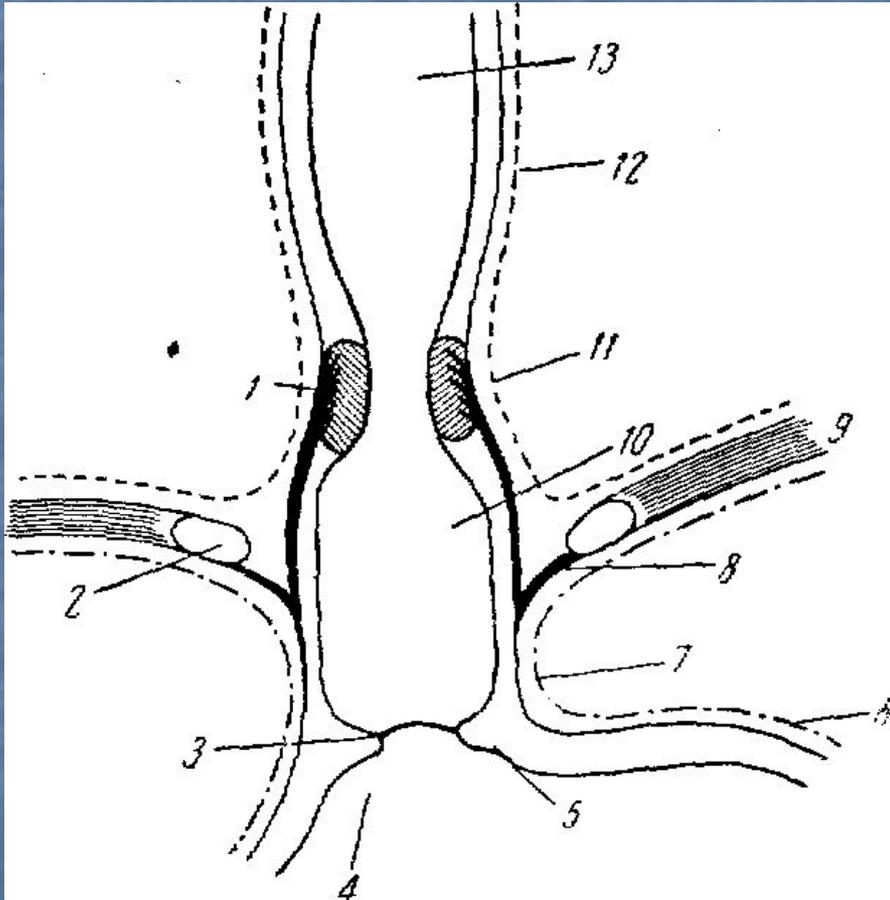
**Верхнее сужение** находится на уровне глоточно-пищеводного перехода (так называемый «рот пищевода»)

**Среднее сужение** находится на уровне бифуркации трахеи в месте прилегания к стенке пищевода аорты и левого главного бронха

**Нижнее сужение** соответствует интрадиафрагмальной части пищевода

Иногда описывают кардию как четвертое физиологическое сужение.

# Анатомическая и физиологическая кардия



- 1 – физиологическая кардия;
- 2– мышечная петля диафрагмы;
- 3 –анатомическая кардия;
- 4 – желудок;
- 5– plica cardiaca;
- 6 – брюшина;
- 7 – incisura cardiaca;
- 8– membrana phrenico-oesophagea;
- 9 – диафрагма;
- 10 – antrum cardiacum;
- 11 – sulcus hiatus;
- 12 – плевра;
- 13 - пищевод

# Классификация заболеваний пищевода

**Пороки развития:** атрезия, сужение, расширение, ахалазия, удвоение, неопущение желудка, врожденная мембранная диафрагма пищевода

**Функциональные заболевания:** кардиоспазм, ахалазия, дискинезия (гипотоническая форма, гипертоническая форма), эзофагоспазм, приобретенная халазия (недостаточность кардии)

**Органические заболевания пищевода:** дивертикулы, эзофагит, пептические язвы пищевода, кисты, свищи

**Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода**

**Инородные тела пищевода**

**Травматические повреждения пищевода:**

наружные, внутренние

**Опухоли пищевода:** доброкачественные, злокачественные

# Классификация нейро-мышечных заболеваний пищевода.

- **кардиоспазм** (гипертензивный эзофагеальный сфинктер, кардиосклероз, френоспазм, хиатоспазм),
- ахалазия кардии,
- **ахалазия кардии,**
- диффузный эзофагоспазм (синдром Барсони-Тешендорфа)
- **диффузный эзофагоспазм** (синдром Барсони-Тешендорфа)
- различные виды сегментарных спазмов
- **различные виды сегментарных спазмов пищевода** (штопорообразный пищевод), **диффузная мышечная гипертрофия** и т.д.
- **диффузная мышечная гипертрофия** и т.д.

# Этиопатогенез

11. Теория врожденного происхождения мегаэзофагуса.
22. Теория органического изменения пищевода.
33. Инфекционная теория.
44. Наследственная теория.
55. Неврогенные теории

Кардиоспазм – стойкое спастическое сужение терминального отдела пищевода, проявляющееся дисфагией и в далеко зашедших случаях сопровождающееся органическими изменениями его вышележащих отделов (сначала гипертрофией, затем атонией мышц и значительным расширением просвета).

В настоящее время кардиоспазм и ахалазия кардии рассматриваются как разные заболевания.

## Классификация Б.В.Петровского (по стадиям)

- I (начальная) – пищевод не расширен, рефлекс раскрытия кардии сохранен, но моторика пищевода усилена и дискоординирована;
- II – рефлекс раскрытия кардии отсутствует, отмечается расширение пищевода до 4-5см;
- III – значительное расширение пищевода до 6-8см, пропульсивная моторика отсутствует, задержка пищи и жидкости;
- IV – резкое расширение, удлинение и искривление пищевода (S-образный пищевод), атония стенок, длительная задержка жидкости и пищи.

# Клиническая картина

- Заболевание чаще встречается в возрасте 20 – 40 лет.
- Характерными симптомами являются:
  - дисфагия, отрыжка, срыгивание;
  - Регургитация содержимого пищевода;
  - Боль распирающего характера, появляющуюся после еды по ходу пищевода, обычно с иррадиацией в спину, между лопатками. Натошак она ощущается более остро (сегментарные спазмы пищевода).

## Ахалазия кардии.

Термин «ахалазия», предложенный С.Реру,, введен в 1914г. А.Нurst обозначает **отсутствие расслабления кардии.**

Заблевание одинаково часто встречается у женщин и у мужчин, болеют люди всех возрастов, но чаще диагностируется в 40-70 лет.

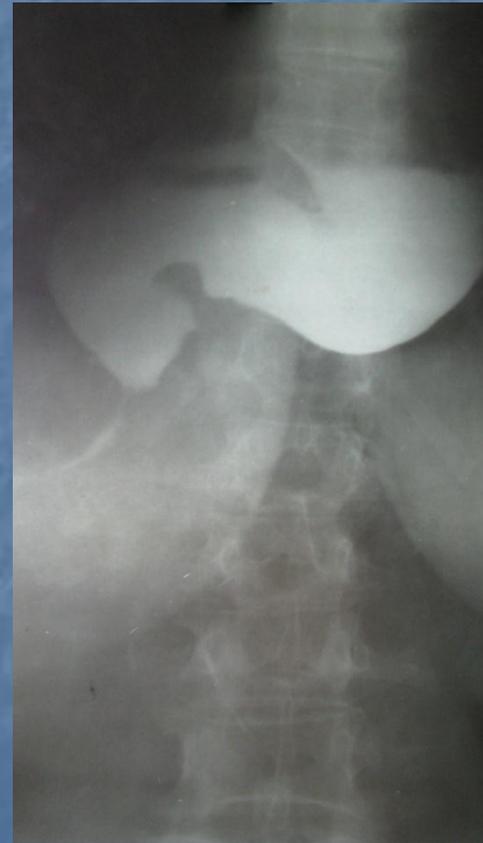
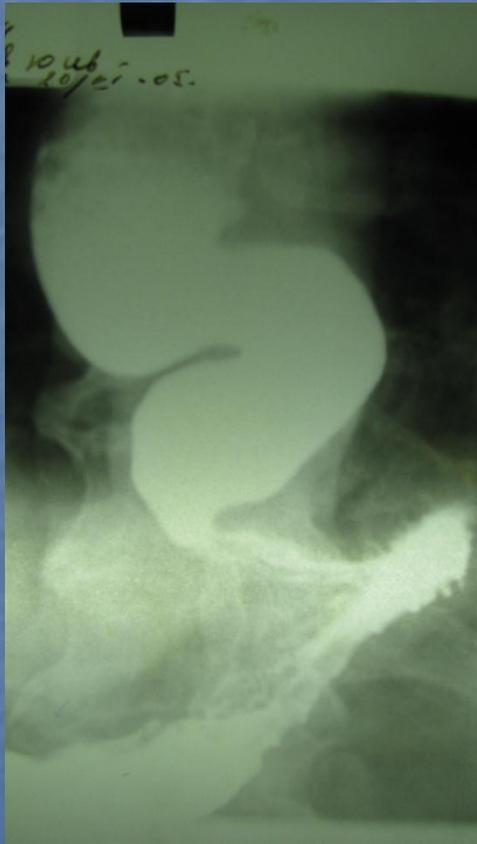
Частота заболеваемости составляет 2 человека на 100000 в год.

# Диагностика

- К основным методам диагностики данной группы заболеваний можно отнести: **рентгенологическое, эндоскопическое и манометрическое** исследования, а также используются различные **фармакологические пробы**.
- **Рентгеноконтрастное исследование:**
  - кардиоспазм** - расширение с наличием «узкого сегмента» в терминальном отделе пищевода, может определяться S-образное искривление его. Контуры пищевода в дистальном отделе ровные, форма сужения воронкообразная.
  - ахалазия кардии** – атоничный, расширенный неперистальтирующий пищевод. Газовый пузырь желудка может отсутствовать.
  - **Фиброзофагоскопия** - в начальных стадиях развития заболевания может отмечаться незначительное затруднение при прохождении аппарата через кардию в желудок. В поздних стадиях заболевания визуально определяется расширение пищевода, застой в нем пищевых масс, искривление его (S-образный пищевод)

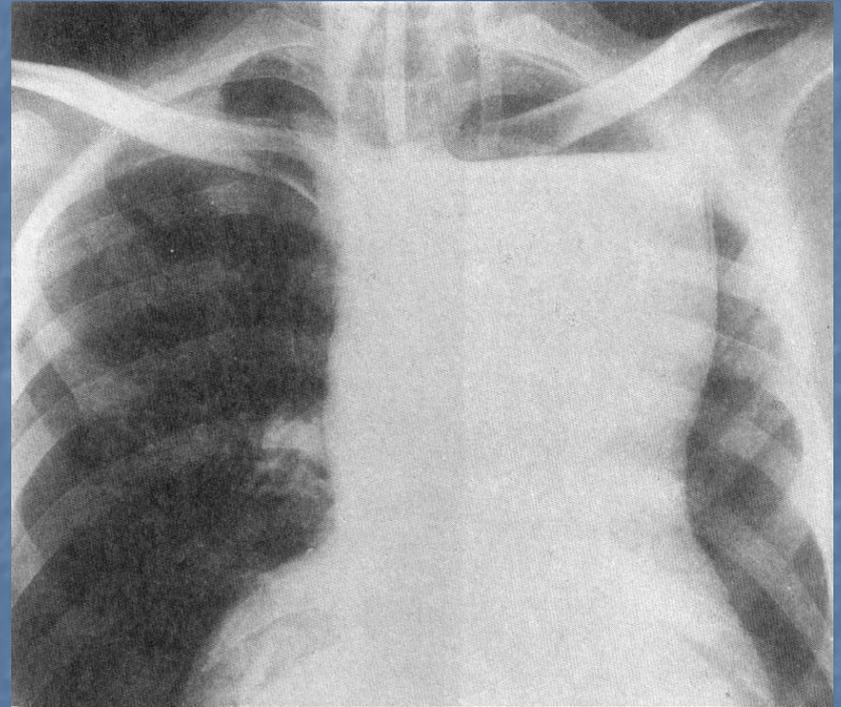
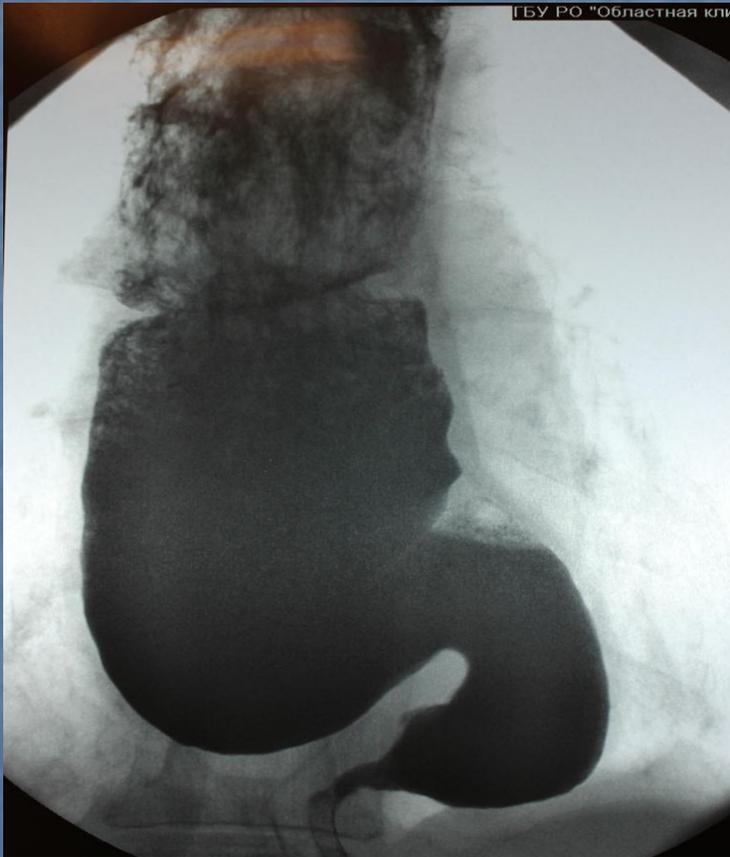
# Ахалазия кардии III ст.

(рентгеноскопия пищевода с  $\text{BaSO}_4$ )



# Ахалазия кардии IVст.

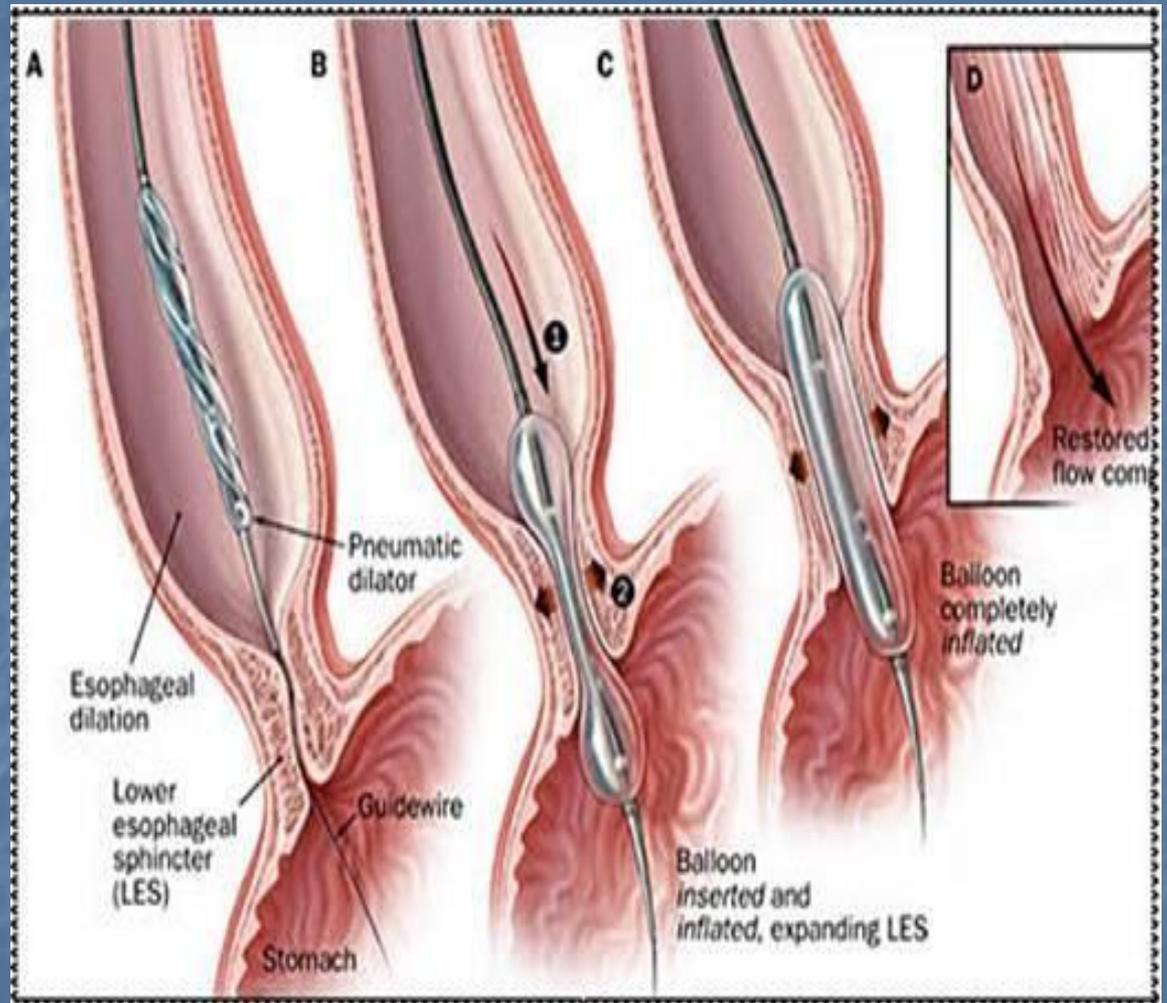
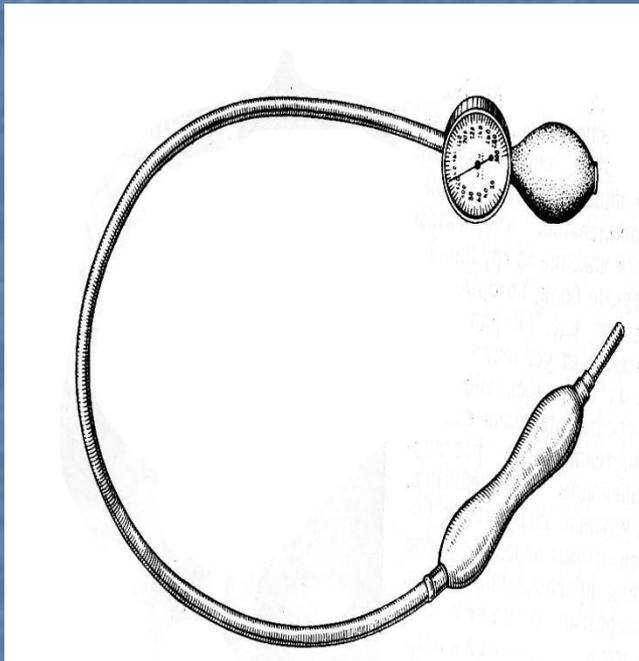
(рентгеноскопия пищевода с  $\text{BaSO}_4$ )



# Дифференциальная диагностика

<u>Кардиоспазм</u>	<u>Ахалазия кардии</u>
Клиническая симптоматика	
Обычно дисфагия начинается остро, неожиданно	В большинстве случаев дисфагия развивается постепенно
Парадоксальная дисфагия наблюдается часто	Парадоксальная дисфагия не наблюдается
Боль интенсивная спастическая, локализуется за грудиной	Распирающая загрудинная боль, возникающая редко
Регургитация во время или вскоре после еды	Регургитация через несколько часов после еды, возникает при наклоне тела, в горизонтальном положении
Рентгенологическая картина	
Пищеводная моторика усилена, не имеет пропульсивного характера, выражены сегментарные сокращения пищевода	Моторная активность пищевода снижена, сегментарные сокращения отсутствуют
Терминальная часть пищевода при рентгеноконтрастном исследовании имеет конусовидную форму	Терминальная часть пищевода закручена, сужение часто расположено эксцентрично. Характерен симптом нависания одной из стенок над сужением
Пищевод опорожняется путем продавливания контраста через узкий сегмент – симптом «шприца»	Начало опорожнения определяется высотой столба контраста в пищеводе и происходит под действием гидростатического давления по типу «провала» - положительная проба <u>Хурста</u>
В ответ на введение холинолитиков кардия расслабляется	Отрицательный фармакологический тест на холинолитики
<u>Эзофагометрия</u>	

# Лечение



Кардиодилататор

# Показания к оперативному вмешательству

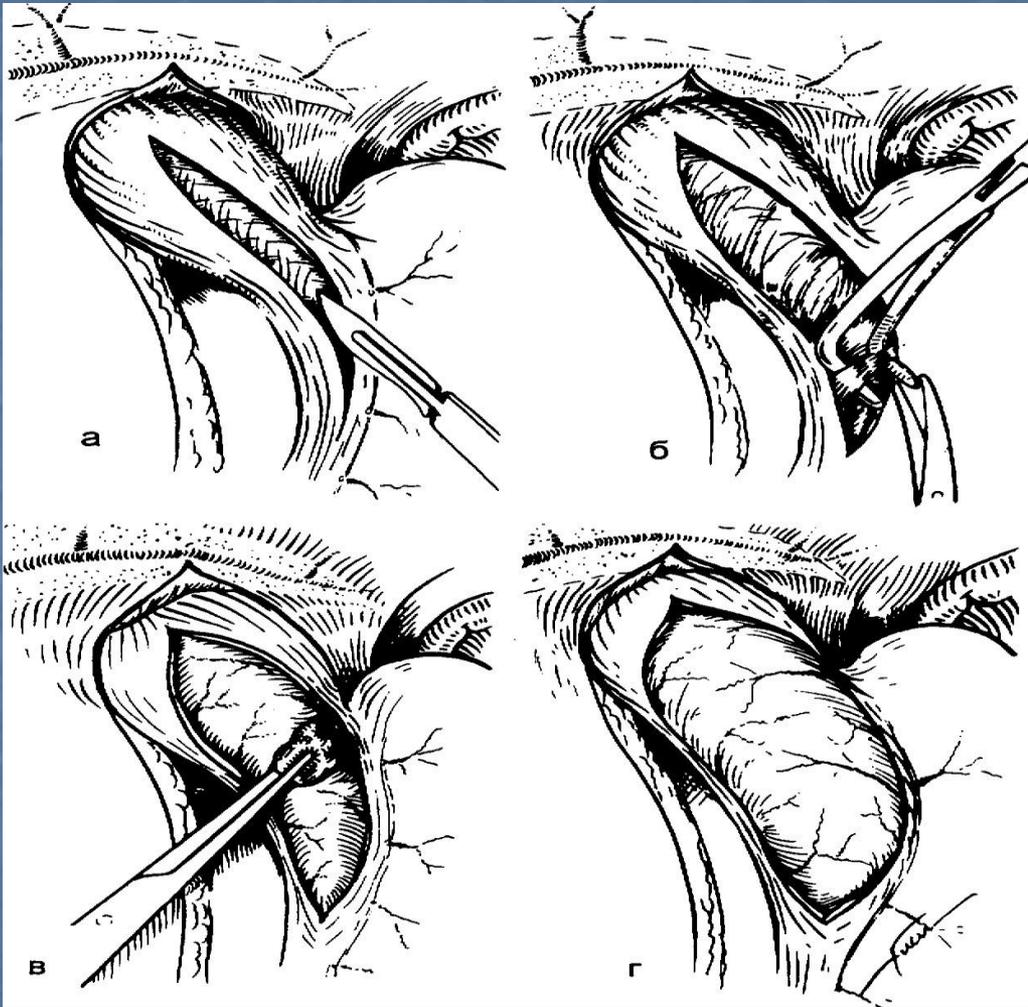
## Абсолютные

- обоснованное подозрение на кардиоэзофагеальный рак,
- невозможность проведения кардиодилататора через кардию
- неэффективность проводимого лечения пневмокардиодилатацией (так называемый феномен «резиновой кардии»).

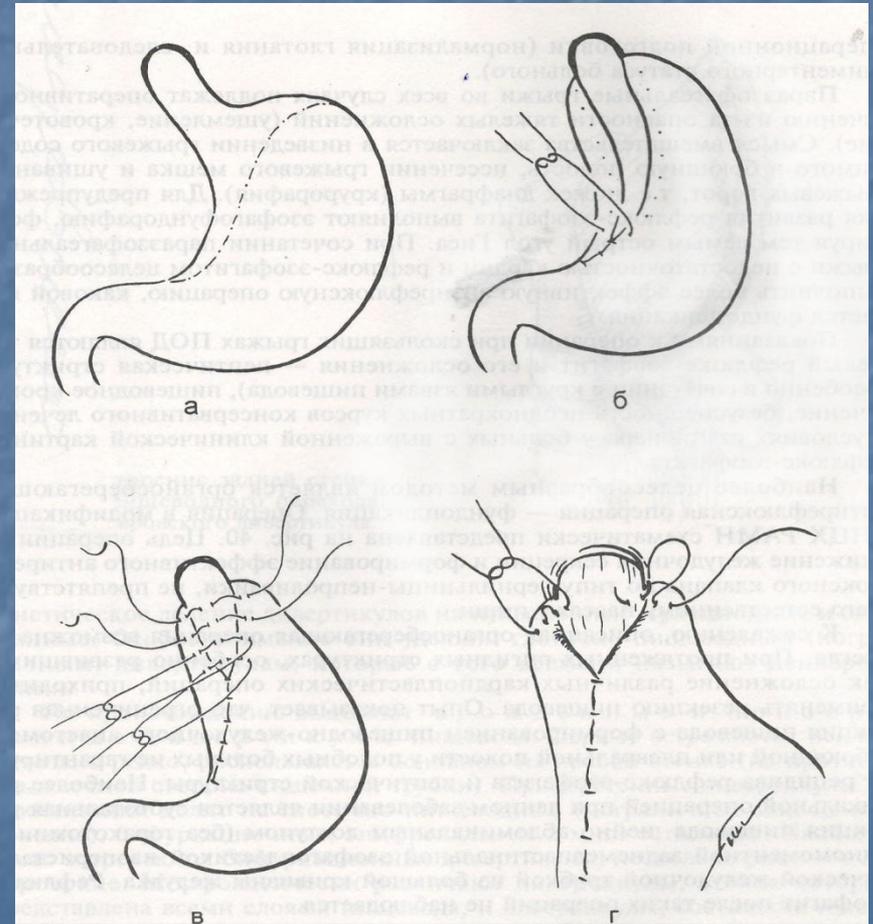
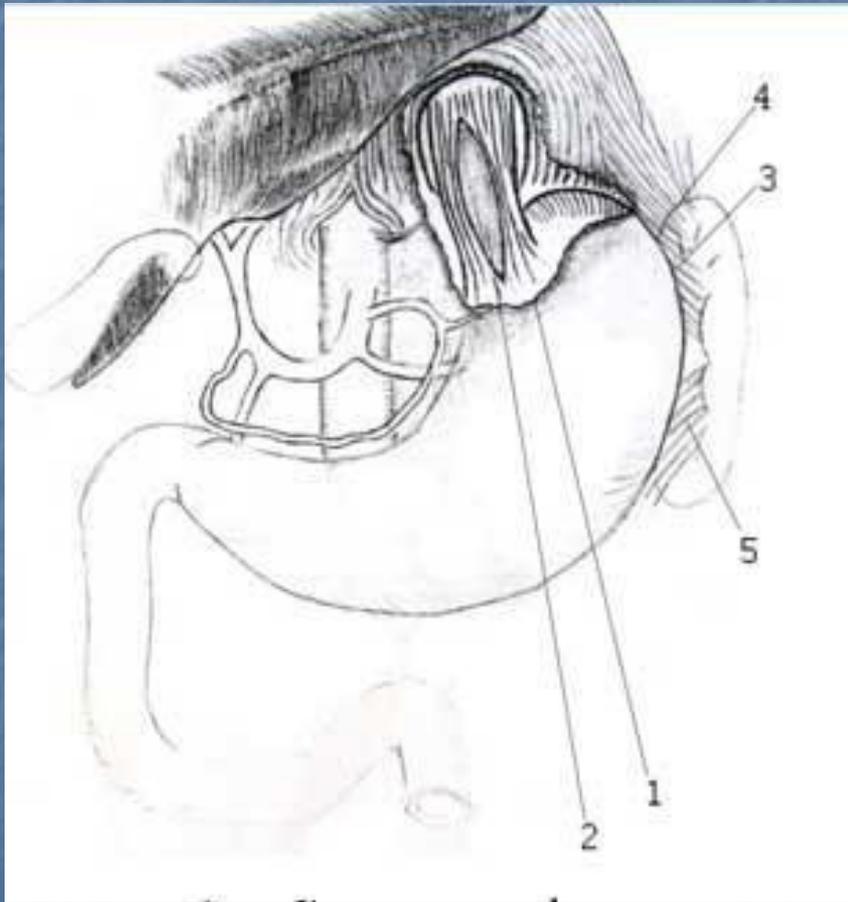
## Относительные

- сочетание кардиоспазма с гастродуоденальными язвами,
- сочетание кардиоспазма с гастродуоденальными язвами, лейомиомами и дивертикулами пищевода, требующими хирургического вмешательства,
- неэффективность трех курсов пневмокардиодилатации.

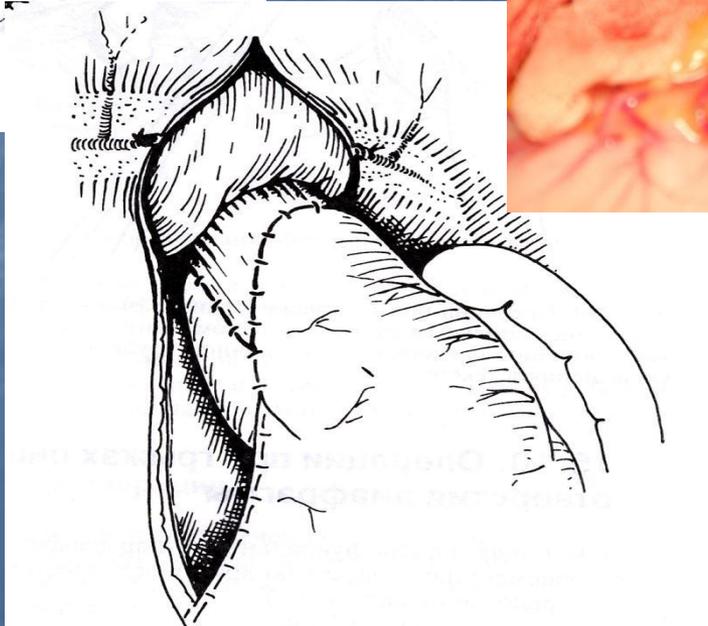
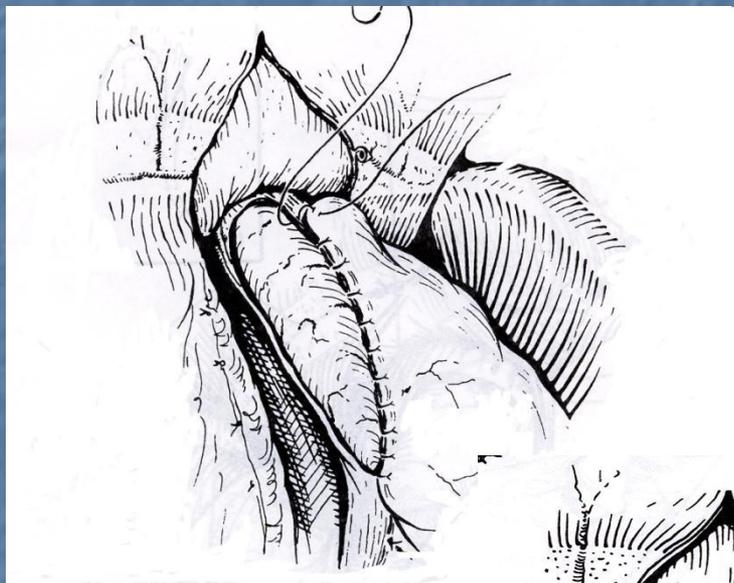
# Эзофагокардиомиотомия по Heller



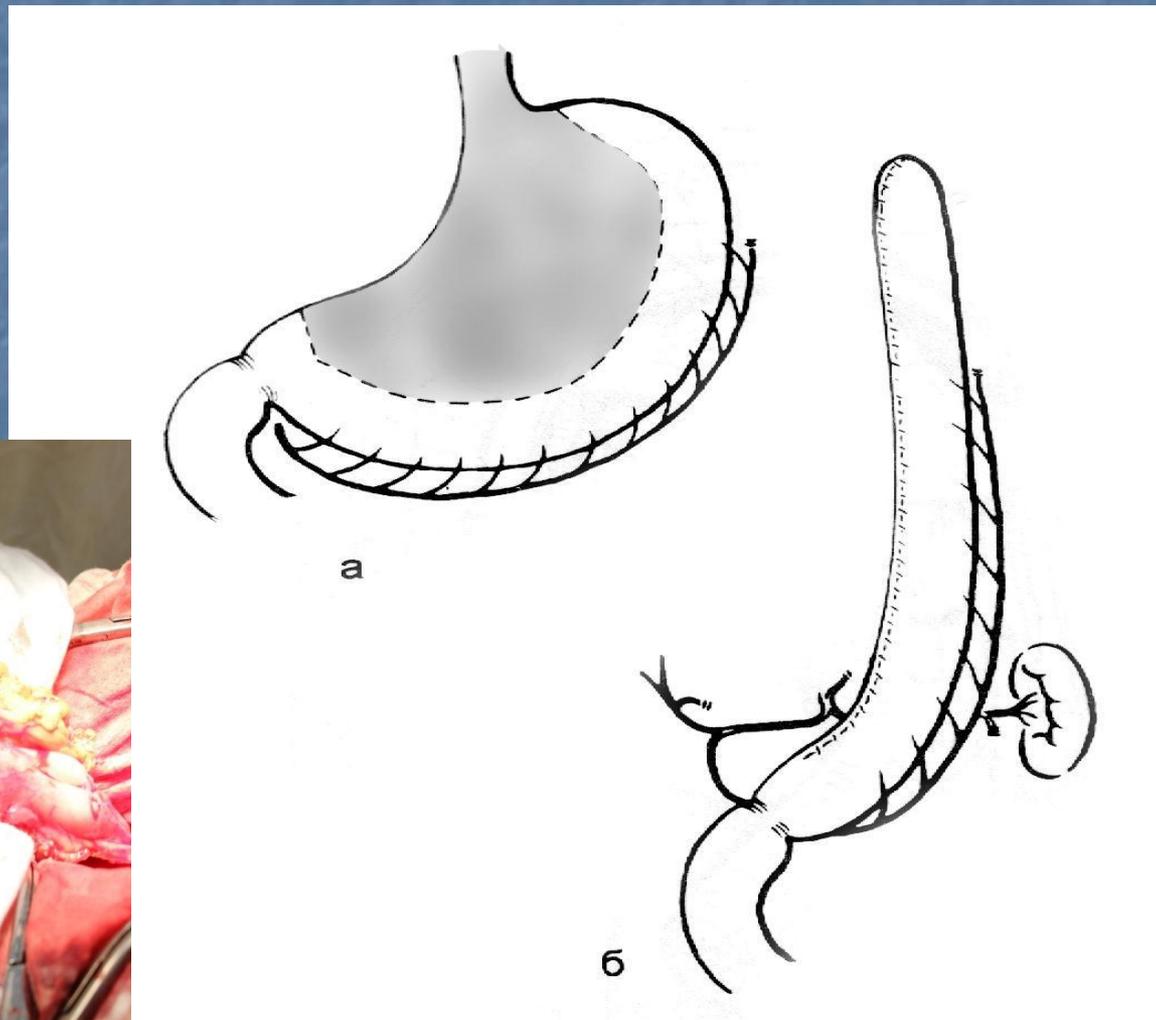
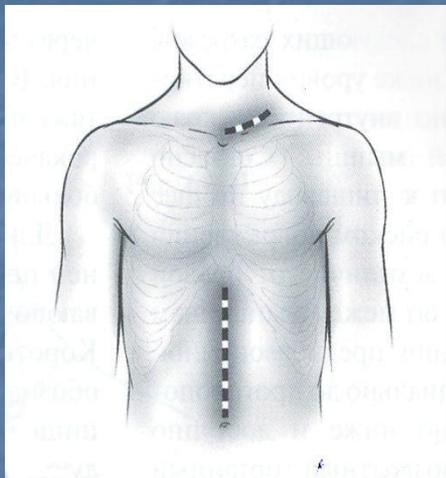
# Операция Геллера и фундопликация по А.Ф.Черноусову



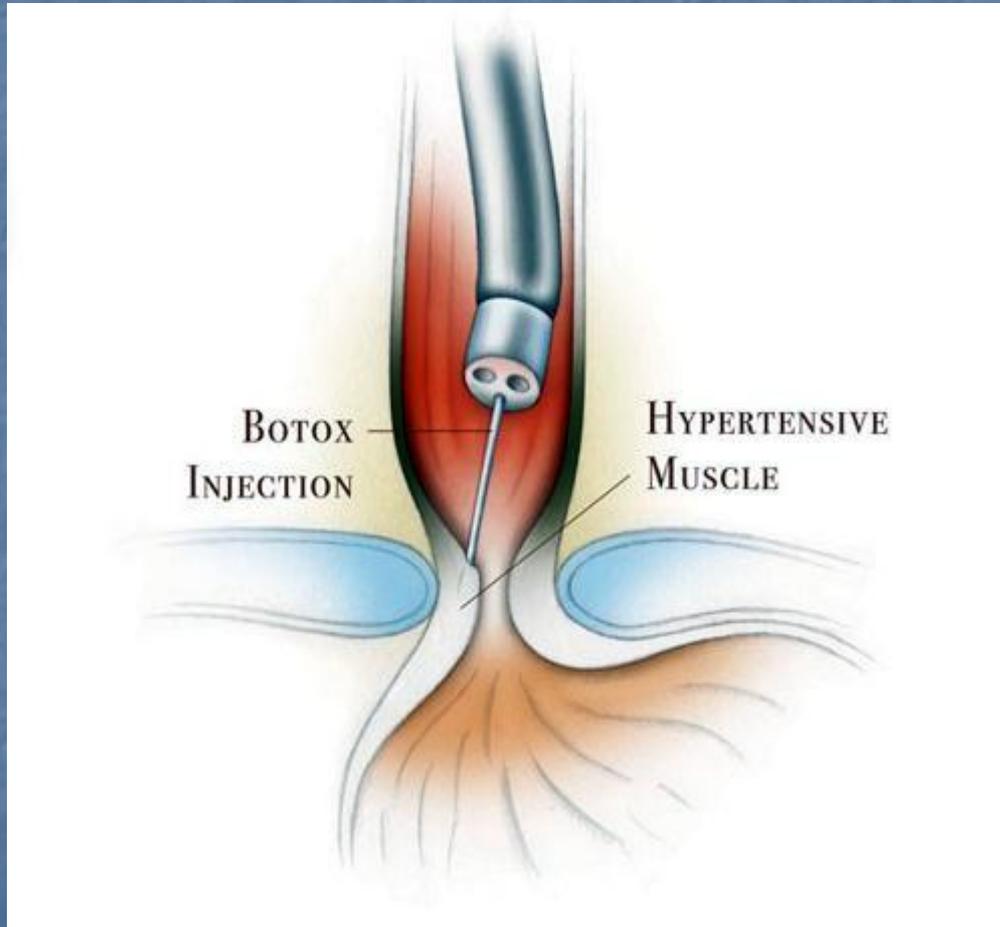
# Фундопликация (этапы формирования манжеты)



# Экстирпация пищевода с пластикой изоперистальтической желудочной трубкой

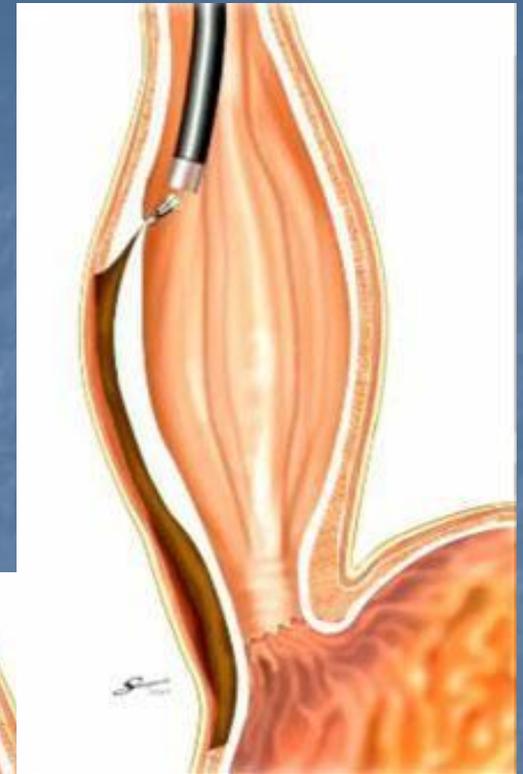
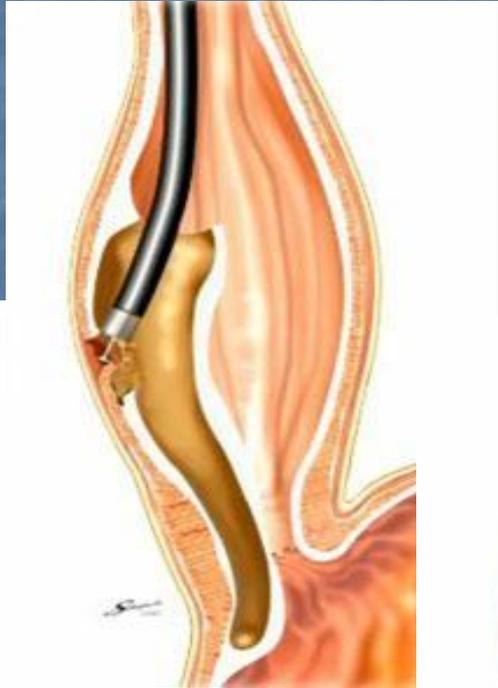
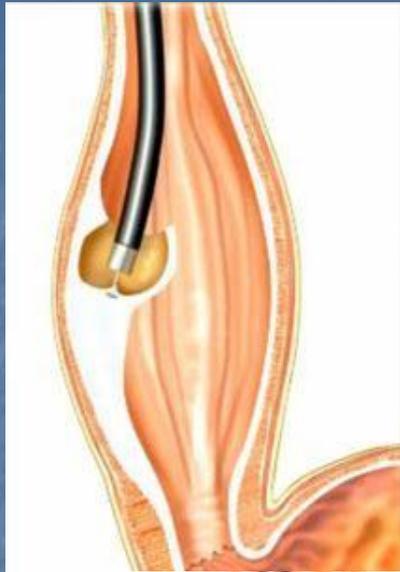


# Ботулотоксин в лечении ахалазии кардии



Пациенты старше 50 лет, в случаях послеоперационного рецидива болезни, неэффективности многократных курсов пневмокардиодилатации, при 4 стадии заболевания в случае отказа больного от оперативного лечения

# POEM (Per-Oral endoscopic myotomy)



## ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

- Выпячивание одной из стенок пищевода называется дивертикулом пищевода. Встречаются они в **0,7%** случаев и составляют **40%** всех дивертикулов желудочно-кишечного тракта. Заболевание встречается, как правило, у людей старше 50 лет.

# Классификация

## ■ По локализации:

- фарингоэзофагеальные (дивертикул Ценкера);
- бифуркационные;
- наддиафрагмальные (эпифренальные).
- наддиафрагмальные (эпифренальные).

## ■ 2. По механизму образования:

- пульсионные (от давления изнутри);
- пульсионные (от давления изнутри);
- тракционные (из-за тяги снаружи вследствие периэзофагальных воспалительных процессов);
- тракционные (из-за тяги снаружи вследствие периэзофагальных воспалительных процессов);
- смешанные.

## ■ 3. По происхождению:

- врожденные;
- приобретенные.
- врожденные;

## ■ 4. По строению:

- приобретенные.
- истинные;

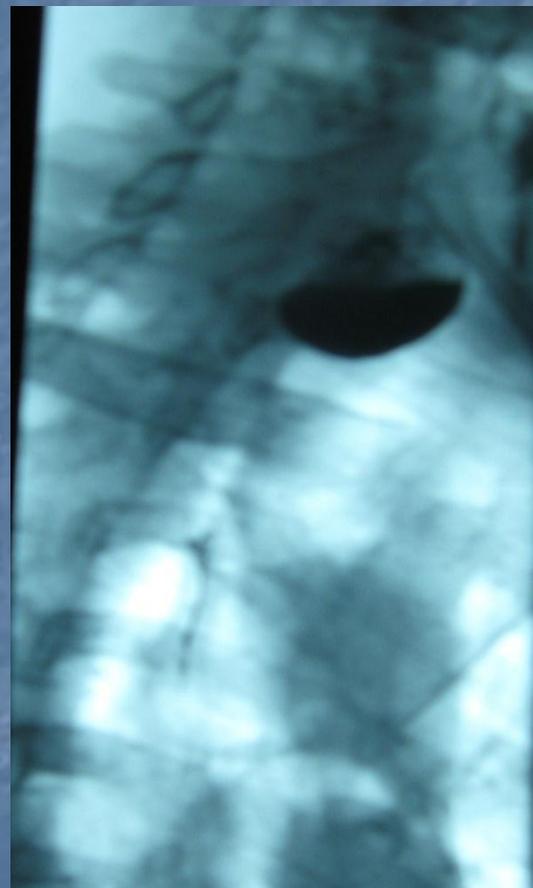
## ■ 4. По строению:

- ложные (отсутствует мышечная оболочка).
- истинные;

# Рентгеноконтрастное исследование пищевода (фарингоэзофагеальный дивертикул)



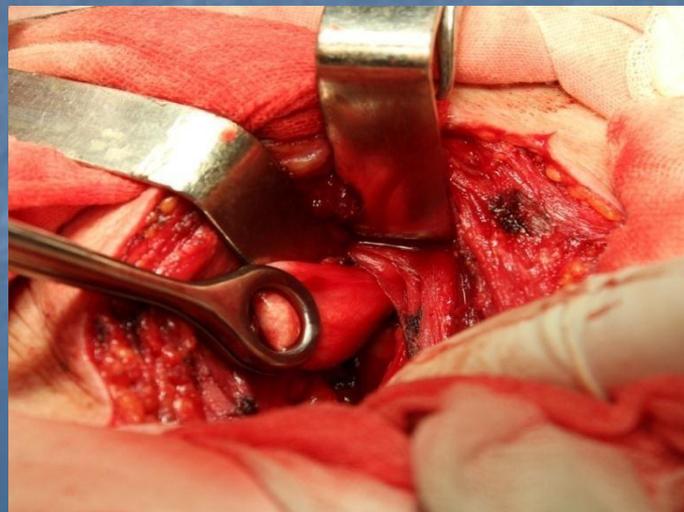
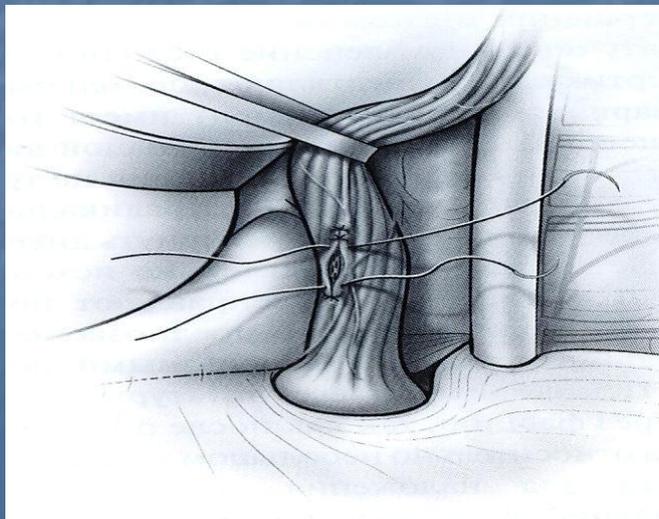
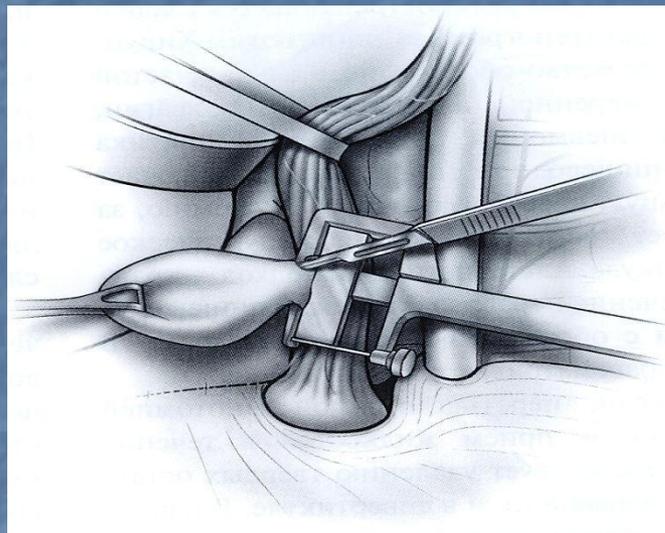
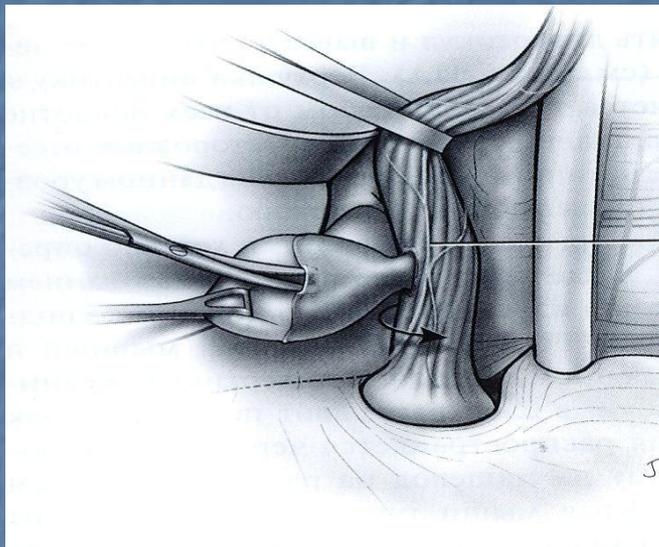
Прямая проекция



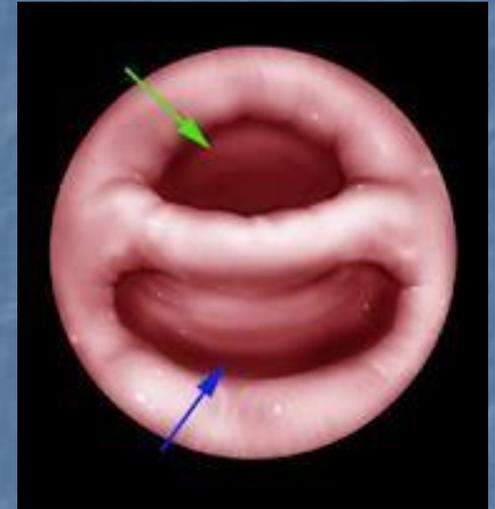
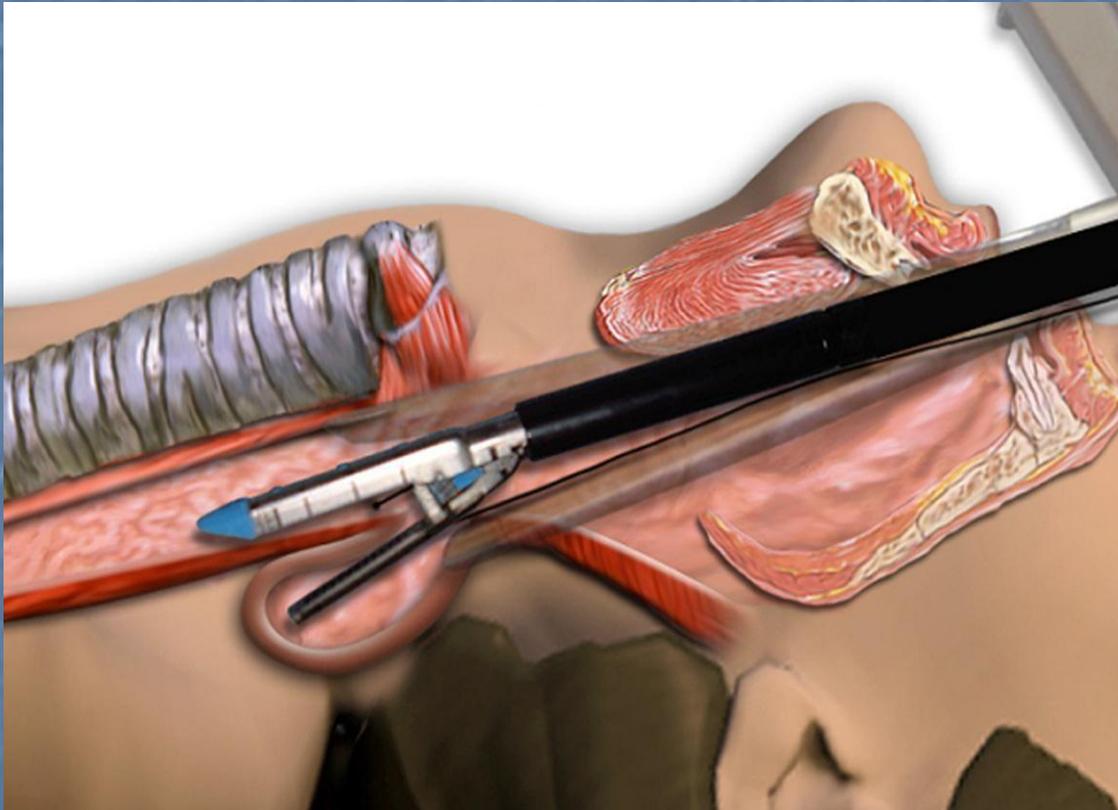
Боковая проекция

# Дивертикулэктомия

(этапы операции)



# Эндоскопическое лечение дивертикула Ценкера



# ОЖОГИ ПИЩЕВОДА

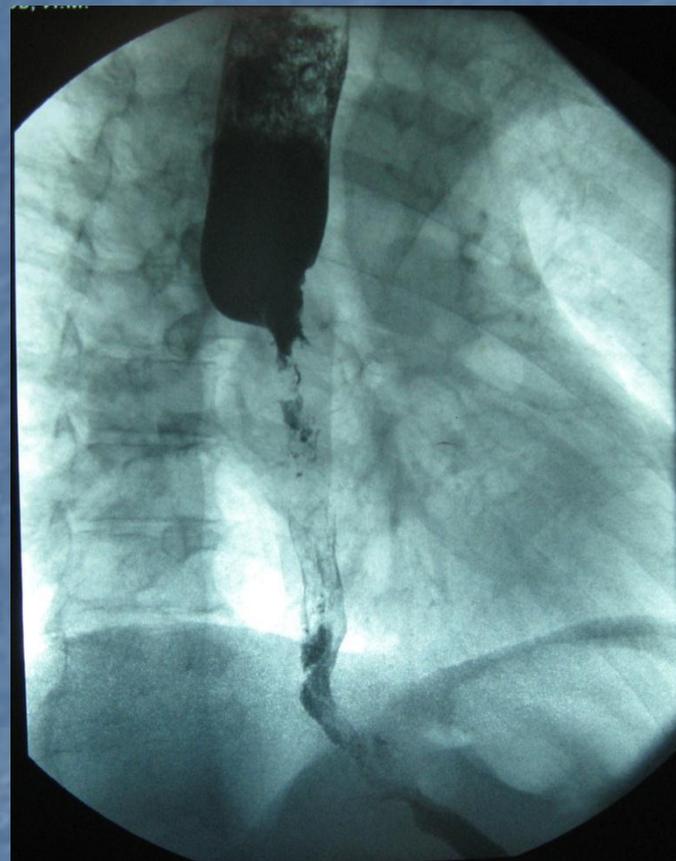
- Термические ожоги пищевода встречаются весьма редко
- Чаще встречаются химические ожоги, которые возникают вследствие ошибочного (около 75%) или преднамеренного (25%) (суицидальная попытка) приема внутрь агрессивной жидкости - концентрированных растворов кислот или щелочи.

# Классификация.

По глубине проникновения в стенку пищевода принято выделять:

- **легкую степень** - ожог только слизистой оболочки пищевода,
- **среднюю степень** - ожог распространяется до мышечного слоя с развитием в последующем рубцов
- **тяжелую степень** - ожог распространяется на все слои пищевода и нередко на клетчатку средостения с развитием медиастинита.

# Рентгеноконтрастное исследование пищевода



отмечается супрастенотическое расширение выше стриктуры с задержкой эвакуации контраста

# Лечение.

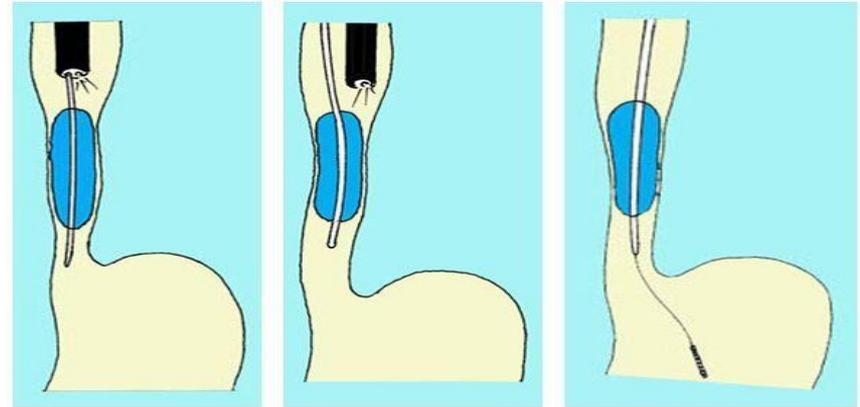
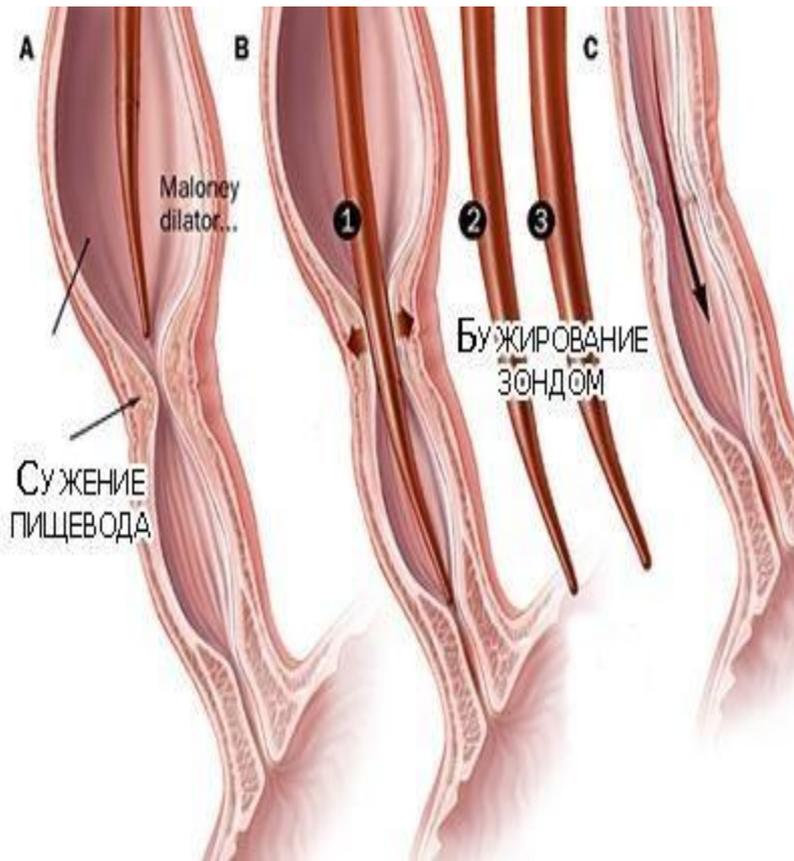
- Неотложная помощь при ожоге пищевода (первые 6 часов) заключается в следующем:
  - 1) **нейтрализация** кислот 3%-м раствором питьевой соды, жженой магнезией или мелом, растительным маслом. В тех случаях, когда характер агрессивной жидкости не установлен, следует провести промывание с помощью зонда пищевода и желудка водой или молоком,
  - 2) назначение **обезболивающих средств**, глюкозидов, антигистаминных препаратов;
  - 3) **сердечных гликозидов, антигистаминных препаратов**;
  - 3) **госпитализация в ближайший стационар** для проведения противошоковой и дезинтоксикационной терапии

# Виды бужирования пищевода при рубцовой стриктуре

- слепое бужирование,
- бужирование по металлической струне рентгеноконтрастными полыми бужами,
- бужирование под контролем эзофагоскопии;
- бужирование по нити или за нить (метод Гаккера) анте- или ретроградно.

Наибольшее распространение получил метод бужирования по металлической струне полыми рентгеноконтрастными бужами.

# Пищеводные бужжи



# **Хирургическое лечение ожоговых стриктур.**

## **Показания к оперативному лечению:**

- полная ожоговая стриктура пищевода
- невозможность провести буж размером более №28-30 (по шкале Шарьера) из-за плотных рубцов
- укорочение пищевода с развитием вторичной кардиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагита
- быстро возникающие после повторных курсов бужирования рецидивы стриктур (через 3-6 мес.)
- сочетание ожоговой стриктуры пищевода, глотки и желудка
- ожоговые стриктуры, осложненные пищеводными свищами
- ожоговые стриктуры, осложненные пищеводными свищами