

Лекция: «Заболевания пищевода»

Анатомия

Пищевод (oesophagus) представляет собой полую мышечную трубку длиной в среднем 24-25 см, соединяющую полость глотки с желудком. Длина пищевода у мужчин колеблется в пределах от 25 до 30 см, а у женщин – от 23 до 24 см. При эндоскопии расстояние от зубов до желудка составляет 40-42 см.

Пищевод расположен глубоко в заднем средостении позади трахеи и впереди от позвоночника, начинается у нижнего края перстневидного хряща, что соответствует VI шейному позвонку, и заканчивается на уровне XI грудного позвонка переходом в кардиальную часть желудка.

Различают шейный, грудной и брюшной отделы пищевода и три анатомических сужения – глоточное, бронхиальное и диафрагмальное.

В начальном отделе пищевод расположен строго по средней линии, затем отклоняется влево и на уровне III-IV грудных позвонков располагается большей частью левее трахеи. В среднегрудном отделе (на уровне Thv) пищевод снова занимает срединное положение и оттесняется несколько вправо прилежащей к нему слева и сзади аортой. Ниже ThIX пищевод снова отклоняется влево, перекрещивая аорту, и в области перехода в кардию расположен на 2-3 см влево от средней линии. Таким образом пищевод имеет 4 изгиба: два – в сагиттальной (соответствуют изгибам позвоночника) и два – во фронтальной плоскостях. Физиологические сужения чаще служат местами застревания инородных тел, а также развития некоторых патологических процессов (дивертикулы, стриктуры, рак и пр.).

В шейном отделе пищевод спереди прилежит к трахее. В желобах между пищеводом и трахеей проходят возвратные гортанные нервы. Боковые поверхности пищевода соприкасаются с долями щитовидной железы. В нижнем отделе слева к пищеводу близко прилежит грудной лимфатический проток. Сзади пищевод соприкасается с париетальной пластинкой *fasciae endothoracicae*, за которой находятся тела позвонков и левая длинная мышца шеи. Позади пищевода находится позадипищеводное клетчаточное пространство, являющееся продолжением заглоточного клетчаточного пространства. Оба эти пространства составляют единое позадиорганное клетчаточное пространство шеи, *spatium retroviscerale*, сообщающееся с клетчаткой заднего средостения. Грудная часть пищевода соприкасается с трахеей, левым бронхом, перикардом и аортой. С практической точки зрения грудная часть пищевода подразделяется на трети: верхнюю – до дуги аорты, среднюю, соответствующую дуге аорты и бифуркации трахеи, и нижнюю – от бифуркации трахеи до пищеводного отверстия диафрагмы. К передней поверхности грудной части пищевода прилежат левый возвратный гортанный нерв и левый блуждающий нерв. Брюшная часть пищевода, самая короткая (в среднем 2,5 см) спереди и с боков покрыта брюшиной, от аорты

она отделена левой ножкой диафрагмы; а спереди и справа к пищеводу прилежит левая доля печени, а слева – верхний полюс селезенки.

Место перехода пищевода в желудок называют анатомической кардией. Пищевод впадает в желудок косо, со стороны правой стенки – плавно, без резких границ. Напротив, слева между стенкой пищевода и дном желудка в норме образуется ярко выраженный угол, который носит название кардиальной вырезки или угла Гиса. Со стороны просвета желудка кардиальной вырезке соответствует складка слизистой оболочки, которая носит название клапана А.П.Губарева и вместе с острым углом Гиса играет большую роль в сложном механизме предупреждения патологического желудочно-пищеводного рефлюкса.

Толщина стенки пищевода равняется в среднем 3-4 мм, патологически измененный пищевод может быть значительно толще. Стенка пищевода состоит из трех слоев: наружного соединительнотканного (адвентициальная) (серозная оболочка имеется только в абдоминальном отделе), среднего мышечного и внутреннего – слизистой оболочки. Отсутствие серозной оболочки создает неблагоприятные условия для заживления пищеводно-желудочных или пищеводно-кишечных анастомозов. Слизистая оболочка состоит из многослойного плоского неороговевающего эпителия и собрана в складки, идущие в продольном направлении. Благодаря продольной складчатости, рыхлому подслизистому слою и рыхлой соединительнотканной клетчатке, окружающей пищевод, просвет его может расширяться при прохождении пищи. Мышечная оболочка состоит из наружного (продольного) и внутреннего (циркулярного) слоев. В шейной части пищевода мышцы поперечнополосатые, в верхнем отделе грудной части они смешанного типа (часть поперечнополосатых, часть гладких), а в нижней трети – только гладкие.

Кровоснабжение. **Артериальное кровоснабжение** пищевода имеет выраженный сегментарный характер. Шейный отдел получает кровь из ветвей нижних щитовидных артерий, реже – из веточек левой подключичной артерии и щитошейного ствола. Верхняя треть грудного отдела пищевода снабжается кровью из конечных ветвей нижних щитовидных артерий, а также из ветвей левой подключичной артерии и щитошейного ствола. Кровоснабжение верхне-грудного отдела пищевода наименее обильно.

Кровоснабжение среднегрудного отдела пищевода происходит из бронхиальных и межреберных артерий, ветви которых входят в стенку пищевода, как правило, с боков и сзади. Нижнегрудной отдел пищевода питают сосуды, идущие непосредственно от аорты (обычно их три, иногда больше – до восьми), наиболее мощная – нижняя, расположенная на уровне Th₁₁, а также от третьих–шестых правых межреберных артерий.

Кровоснабжение диафрагмального и брюшного отделов пищевода осуществляется главным образом из ветвей левой желудочной и нижней диафрагмальной артерий.

Все артерии довольно широко анастомозируют между собой, в то же время сегментарный характер кровоснабжения внутригрудного отдела пищевода диктует бережное к нему отношение при других внутригрудных операциях, например при расширенной пневмонэктомии по поводу рака. Широкая лимфодиссекция с перевязкой бронхиальных артерий может повлечь нарушение кровоснабжения стенки пищевода с последующим развитием некроза и перфорации. Особенно опасна перевязка наиболее мощной собственной пищеводной артерии в грудном отделе. На практике необходимо придерживаться правила: при резекции дистального отдела пищевода, чтобы не нарушить его кровоснабжения, выделять как можно меньше его проксимальную часть, предназначенную для наложения анастомоза с желудком или кишкой.

Вены пищевода представлены в виде четырех сетей – субэпителиальная, внутрислизистая, в подслизистом слое (наиболее развитая) и в соединительнотканной оболочке. Отток крови от пищевода осуществляется по венозным стволам, соответствующим основным артериям. При портальной гипертензии кардиальный отдел желудка и нижняя треть пищевода – основные места развития портокавальных анастомозов и как следствие варикозного расширения вен, грозящего профузным кровотечением, особенно при рефлюкс-эзофагите.

Лимфатическая система пищевода хорошо развита, имеет сложное строение. Внутриорганная (интрамуральная) лимфатическая система состоит из двух основных сетей капилляров и сосудов – глубокой (в подслизистом слое и слизистой оболочке) и поверхностной (в мышечном слое). В подслизистом слое располагаются довольно крупные продольно расположенные лимфатические сосуды – коллекторы, широко анастомозирующие между собой. Некоторые из них прободают мышечную оболочку и, впадая в лимфатические протоки адвентиции, простираются на значительном расстоянии по длиннику пищевода. Отводящие лимфатические сосуды направляются к региональным лимфатическим узлам, а часть из них, минуя их, может впасть непосредственно в грудной проток или в левые паракардиальные лимфоузлы. Важно учитывать, что лимфоотток пищевода в отличие от других органов желудочно-кишечного тракта не является сегментарным, а происходит по магистральным интрамуральным сосудам *преимущественно в продольном направлении*. Регионарный (экстрамуральный) лимфатический аппарат пищевода представлен тремя основными анатомическими группами лимфоузлов – цервикальные, медиастинальные и абдоминальные.

Иннервация пищевода осуществляется блуждающими нервами и пограничными стволами симпатических нервов, главная роль принадлежит парасимпатической нервной системе. Преганглионарные нейроны эфферентных ветвей блуждающих нервов находятся в дорсальных двигательных ядрах ствола мозга. Эфферентные волокна образуют переднее

и заднее пищеводные сплетения и проникают в стенку органа, соединяясь с интрамуральными ганглиями. Между продольным и циркулярным мышечными слоями пищевода образуется ауэрбахово, а в подслизистом слое – Мейсснера нервные сплетения, в ганглиях которых расположены периферические (постганглионарные) нейроны. Они обладают определенной автономной функцией, и на их уровне может замыкаться короткая нервная дуга. Парасимпатическая нервная система осуществляет регуляцию моторной функции пищевода рефлекторно.

Слизистая оболочка пищевода обладает тепловой, болевой и тактильной чувствительностью, причем самыми чувствительными являются зоны глоточно-пищеводного и пищеводно-желудочного перехода. В физиологических условиях прохождение грубой пищи проявляется отчетливо, при этом локализация ощущений довольно точная. Растяжение пищевода баллоном и введение различных раздражающих жидкостей вызывает боль, растяжение верхней и средней трети пищевода – ощущение полноты и за грудиного давления, напоминающего стенокардию; за грудиная боль появляется и при сильных спастических сокращениях, например при диффузном эзофагоспазме. Чувство жжения или изжоги может возникать при растяжении пищеводно-желудочного перехода, при быстром введении в пищевод разведенной кислоты или щелочи, холодной воды; неперистальтические (третичные) сокращения пищевода, характерные для кардиоспазма, также могут вызывать ощущение жжения.

Физиология пищевода

Физиологическая функция пищевода сложна и складывается главным образом из произвольного и непроизвольного актов. Произвольным является акт глотания. Вне глотания в физиологических условиях сокращения отсутствуют. Давление в просвете слабо отрицательное и зависит от давления в грудной полости и фазы дыхания. При этом в области глоточно-пищеводного и пищеводно-желудочного перехода регистрируется более высокое, положительное давление.

Процесс глотания является сложным рефлекторным актом. Начало его произвольное, а с момента поступления пищевого комка за небные дужки глотание происходит непроизвольно, даже во сне и в тех случаях, когда сознание отсутствует. Центр глотания располагается в мосту мозга и продолговатом мозге. Процесс глотания по Magendie делят на три фазы. В первой фазе при соприкосновении пищевого комка с корнем языка возникает рефлекс глотательного движения, сопровождающийся рефлексом открытия кардии, наступающим через 1-2,5 с после глотка. Во второй фазе, чисто рефлекторной, пища проходит через глотку. Более или менее плотный пищевой комок далее продвигается по пищеводу с активным участием его перистальтики, при этом глоточно-пищеводный сфинктер замыкается (третья фаза глотания). Жидкость и полужидкая пища могут достигать желудка и без участия собственной мускулатуры пищевода, а только благодаря мощному

проталкивающему действию корня языка и констрикторов глотки. Заканчивается акт глотания рефлекторным расслаблением кардиального жома. После попадания пищи в желудок кардия вновь смыкается. Если после прохождения пищевого комка в пищеводе остается какое-то количество пищи, то возникают так называемые вторичные или внеглотательные волны сокращений, являющиеся ответом на местное раздражение слизистой оболочки. Нормальный механизм глотания и прохождения пищи по пищеводу нарушается при многих заболеваниях. Иногда (чаще у пожилых пациентов и при таких заболеваниях, как кардиоспазм, ахалазия кардии, кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы) обнаруживают неперистальтические, но довольно сильные третичные сокращения, вызывающие дисфагию и боль.

Быстрота продвижения пищевого комка зависит от его формы, величины, консистенции, температуры и характера поверхности. В среднем акт глотания длится 5-8 с. Следует отметить, что в норме кардия расслабляется в ответ на каждый, в том числе и «пустой» глоток. Кардия совершает также самостоятельные движения, отличные от сокращений пищевода и желудка.

Отмечено, что нижние 3-4 см пищевода и область кардии обладает некоторыми свойствами, отличными от других участков пищевода. В кардии в покое существует зона высокого давления, равного 25-28 мм рт.ст. на участке в 3-4 см. Практически учитывают разницу (градиент) между давлением в области нижнего пищеводного сфинктера и в желудке, который в норме равен 10-20 мм рт.ст. В нормальных условиях у взрослого человека затекания желудочного содержимого в пищевод не бывает даже в положении вниз головой. По данным Dornhorst (1954), для продвижения пищи через пищеводно-желудочный переход в каудальном направлении достаточно давления в 4 мм рт.ст., а в обратном направлении содержимое желудка проходит только при давлении более 80 мм рт.ст.

Таким образом, запирающая функция кардии обеспечивается сфинктерным действием мышц нижнего отрезка пищевода, углом Гисса; дном желудка с газовым пузырем, медиальными ножками диафрагмы кривой («працевидной») желудочной мышцей, которую называют трактом Гельвеция, петлей Виллиса, клапаном Губарева и пищеводно-диафрагмальной связкой (мембрана Лайнера-Бертелли). Функция кардии регулируется центральным путем (так называемый глоточно-кардиальный рефлекс), автономными центрами, заложенными в самой кардии и дистальном отделе пищевода, а также и с помощью сложного гуморального механизма, в который вовлечены многочисленные гастроинтестинальные гормоны (гастрин, холецистокинин-панкреозимин, соматостатин и пр.). Отмечена возможность рефлекторных влияний с пищевода на деятельность других органов (так называемые ваговагальные рефлексы). На пример, раздражение слизистой оболочки пищевода может вызывать обильное

слюнотечение. Такое же раздражение способно прекратить приступ пароксизмальной тахикардии. Наоборот, глотание может спровоцировать приступ стенокардии, экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии.

Описанные физиологические особенности пищевода показывают сложность осуществления его функции.

Общая симптоматика заболеваний пищевода

1. Дисфагия – расстройства глотания:

- 1 фаза изо рта в глотку;
- 2 фаза из глотки в пищевод 1-1,5 с;
- 3 фаза по пищеводу через кардию в желудок 5-6 с.

а) Внепищеводная – патология щитовидки, лимфоузлы мышц, нервной регуляции, психогенная, медикаментозная. Изменения в органах заднего средостения (сердце, аорта, опухоли, кисты, патология диафрагмы, гепато-, спленомагалия)

б) Внутрипищеводная – дивертикулы, поражение слизистой, стриктуры, опухоли.

Дисфагия после любой пищи – эзофагиты, после жидкой пищи – функциональная патология, после твердой пищи – органические сужения (опухоль, стриктуры, стенозы).

Парадоксальная дисфагия (ахалазия, реже грыжи) – переменная непереносимость горячей, холодной, кислой, жирной, твердой, жидкой пищи).

2. Боль – при органических и при функциональных изменениях. Обычно на уровне поражения, за грудиной. Функциональные боли (спазмы) во время еды, при стрессах. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или крупные дивертикулы – боли после еды. Постоянная боль по ходу пищевода – опухоль или метастазы в позвоночник. Дифференциальная диагностика со стенокардией (ЭКГ).

3. Боль при глотании (одинофагия) – опухоль внутрипищеводная и внепищеводная, ожоги, инородные тела. При острых воспалительных заболеваниях глотки (острый и хронический тонзиллит, паратонзиллит, заглоточный абсцесс, острый фарингит, ларингит).

4. Изжога – жжение за грудиной, у мечевидного отростка. Натощак, горизонтальное согнутое положение, переизбыток (сладоности, пряности, острые), беременность. Чаще при рефлюксе – эзофагите, ахалазии, грыжи, пилорокардиальная дискоординация. Отличать изжогу от жара за грудиной при ИБС (ЭКГ, нитроглицериновая проба). Постепенное исчезновение изжоги и появление дисфагии – развитие пептического эзофагита, стриктуры или рака пищевода.

5. Отрыжка и срыгивание – произвольное выбрасывание в рот из пищевода или желудочной смеси воздуха с содержимым. Срыгивание чаще у детей. Отрыжка, изжога, срыгивание, пищеводная рвота – слабость

кардиального сфинктера (отсутствие тошноты, участие брюшного пресса, непроизвольность). Физиологическая отрыжка после еды, газированных напитков. Отрыжка может быть кислой (гиперацидность), горькой (желчная регургитация), прогорклым маслом (бродильная диспепсия), гнилостным запахом (разложение при раке).

6. **Запах изо рта (*halitosis*)** – может быть признаком опухоли, эзофагита, пептической язвы и стриктуры, грыжи, дивертикулита, ахалазии. Кроме того – кариес, парадонтоз, стоматит, синусит, гнойная ангина, деструкция легкого. Часто незаслуженно игнорируется.
7. **Пищеводная рвота** – опорожнение заполненного пищевода вследствие антиперистальтики. Без тошноты и участия брюшного пресса. Патология кардии – стеноз вследствие опухоли, ахалазии, язвы.
8. **Кровотечение из пищевода** – возможно профузное, изо рта – источник варикозное расширение вен пищевода, рак, язва, с-м Маллори-Вейсса, ущемление параэзофагеальных грыж, эрозивно-язвенного эзофагита.
9. **Икота** – вовлечение диафрагмы, чаще при раке, может быть при эзофагите, ахалазии.
10. **Аэрофагия** – заглатывание воздуха. Возможна при ахалазии. Физиологична для грудных детей.

Инструментальные методы исследования пищевода

1. Рентгенологическое исследование (рентгеноскопия, рентгенография, латерография, пневмомедиастиноскопия) является основным ориентировочным методом диагностики. Контрастное рентгенологическое исследование производят с водной взвесью бария сульфата, а при подозрении на перфорацию – с водорастворимым контрастом. Пробы с нитроглицерином, холиномиметиками.
2. Эзофагофиброскопия с биопсией или взятием цитологических мазков из подозрительных участков.
3. Жесткая эзофагоскопия применяется в лечебных целях для извлечения инородных тел, при невозможности эвакуации их гибким фиброскопом.
4. Эндоскопическое ультразвуковое исследование позволяет определить глубину поражения стенки пищевода при инвазии злокачественной опухоли, выявить поражение медиастинальных лимфатических узлов.
5. КТ или МРТ грудной полости и средостения.
6. Манометрия пищевода – определяют внутрипросветное давление, координацию и моторику мышц пищевода: нижнего сфинктера, тела и верхнего сфинктера пищевода
7. рН-метрия – различают одномоментную, многозондовую, суточную рН-метрию.

Инородные тела пищевода

Большинство пациентов являются дети (монеты, камешки, пуговицы, мелкие детали игрушек, батарейки др.). Так же заглатывают инородные тела люди пожилого и старческого возраста, при быстром приеме пищи (плохо пережеванная пища, рыбные и птичьи кости и др.), в состоянии алкогольного опьянения, психически неуравновешенные люди. Инородные тела могут попадать в пищевод и из желудка при рвоте, из дыхательных путей при кашле, при проникающих огнестрельных ранениях (пули, осколки снарядов). Они обычно задерживаются в местах физиологических сужений, чаще всего (около 70 % наблюдений) в области «рта пищевода», а при патологических сужениях (пептическая или послеожоговая стриктура, злокачественная опухоль) на любом уровне (иногда даже очень мелкие предметы).

Чаще всего инородное тело находится в в/3 пищевода. В 70-90 % инородными телами являются рыбы и птичьи кости, зубные протезы, монеты, пуговицы, булавки, гвозди и др. При острых предметах возможна ранняя перфорация, при больших тупых – пролежень и прободение.

Клиника

Клиника обусловлена как самим инородным телом, так и вызванными им осложнениями. Типичные жалобы на боль в горле, чувство неловкости при глотании, дисфагию. Тем не менее примерно у 75 % обратившихся к врачу по поводу проглоченного инородного тела при обследовании в пищеводе его не находят: жалобы могут быть связаны лишь с поверхностной травмой стенки пищевода.

Массивные инородные тела могут вызывать сдавление дыхательных путей, нередко наблюдается кашель – от сдавления гортани и трахеи, от затекания в них слюны. Чем дольше находится предмет в пищеводе, тем более выражены симптомы – усиливаются боль и дисфагия из-за нарастания реактивного отека тканей вокруг инородного тела. Не сразу удаленное инородное тело вызывает тяжелые осложнения – некроз и перфорацию стенки пищевода (чаще задней, малоподвижной) с развитием периэзофагеального абсцесса, глубокой флегмоны шеи, гнойного медиастинита, плеврита, остеомиелита позвонков, сепсиса, аррозийных кровотечений из крупных сосудов.

Диагностика

– После сбора анамнеза важно провести наружный осмотр шеи, грудной клетки и живота, отмечая вынужденное положение головы и туловища, характер мимики, а также появление рвоты, срыгивания, резкого усиления боли при попытках проглотить слюну или воду. Отмечается болезненная припухлость при пальпации шеи, подкожная эмфизема там же – характерные симптомы перфорации пищевода. Тахикардия и лихорадка могут свидетельствовать о начинающемся медиастините.

– Осмотр зева и глотки гортанным зеркалом;

– ЭФГДС (эзофагоскопия);

- «Жесткая» эзофагоскопия;
- Рентгеноскопия, -графия пищевода с водорастворимым контрастом (при подозрении на перфорацию).

Лечение

Основным методом удаления инородных тел из пищевода является эзофагоскопия, которую целесообразно выполнять после рентгеновского исследования. Инородное тело захватывается специальными щипцами и удаляется из пищевода вместе с эндоскопом. В случае необходимости инородное тело поворачивают в пищеводе для того, чтобы захватить его за тупой конец (булавка, кусок бритвенного лезвия, кость и т.п.). Если это не удается сделать в пищеводе, инородное тело опускают сначала в желудок тупым концом вниз, а там уже разворачивают на 180°. Иногда приходится применять фрагментирование инородного тела и удалять его в несколько приемов.

После удаления инородного тела необходимо тотчас провести контрольную эзофагоскопию (для выявления сквозного повреждения стенки пищевода, кровотечения, других инородных тел и т.д.), при сомнительных данных – выполнить рентгеновское исследование пищевода с водорастворимым контрастом. Из-за опасности развития осложнений после лечебной эндоскопии необходима краткосрочная госпитализация для наблюдения за состоянием больного в течение 7-14 дней.

Хирургическое лечение при прободении: эзофаготомия, извлечение инородного тела, ушивание и дренирование параэзофагеальной клетчатки. Дальнейшее лечение миастенита.

Повреждения пищевода

Классификация повреждений пищевода (Б. Д. Комаров):

1. По глубине – проникающие и непроникающие (ссадины, разрывы слизистой оболочки, подслизистого слоя, мышечной оболочки);
2. По локализации – травмы шейного, грудного, абдоминального отделов пищевода;
3. По механизму травмы – колотые, резаные, огнестрельные, гидравлические, пролежни и сочетанные повреждения;
4. По распространенности – одиночные и множественные;
5. По состоянию стенки пищевода – повреждения неизменной стенки, рубцово-измененной или пораженной неопластическим процессом;
6. По сопутствующим повреждениям – травмы пищевода без повреждения прилежащих органов, только с ложным входом в средостение; травмы пищевода, сочетающиеся с повреждением медиастинальной плевры (справа, слева, двусторонняя), трахео-бронхиального дерева, крупных сосудов;

7. По этиологическому признаку – повреждение пищевода инородными телами, инструментами (при фиброгастроскопии, бужировании, кардиодилатации, интубации трахеи), при проникающих ранениях груди и шеи, при закрытой травме груди и шеи, при хирургических вмешательствах.

Кроме этого закрытые повреждения пищевода возможны во время диагностических и лечебных мероприятий при эзофагоскопии, бужировании пищевода, кардиодилатации, а также при попадании в него инородных тел.

Открытые травмы пищевода наблюдаются при проникающих ранениях шеи, груди или живота, в мирное время встречающихся редко. Обычно они сочетаются с множественными повреждениями соседних органов – щитовидной железы, трахеи, легких, сердца, органов брюшной полости, крупных сосудов и др.

Клиническая картина:

Наличие слюны в кожной ране, боль при глотании, подкожная эмфизема, медиастинит, плеврит, кровотечение, определяет и механизм травмы.

На поздних стадиях вследствие развития воспалительного процесса в клетчатке шеи появляются отечность и тугоподвижность шеи, гиперемия ее кожных покровов. Распространение отека на область надгортанника, околосолязочного пространства, голосовых связок приводит к осиплости голоса и дисфагии. Характерным местным симптомом повреждения внутригрудного и абдоминального отделов пищевода является боль в груди, иррадиирующая в межлопаточную (при перфорации верхнего и среднего отделов) или в эпигастральную (перфорация наддиафрагмального к абдоминального отделов) область, в левое плечо. Эмфизема на шее, наоборот, встречается редко.

Общие симптомы обусловлены вначале травматическим шоком, позднее медиастинитом и нарастающей интоксикацией. Крайне тяжелое состояние пациента с прогрессирующей дыхательной недостаточностью наблюдается при вовлечении в процесс плевры с развитием пиопневмоторакса.

Диагностика

- рентгенологическое исследование пищевода с водорастворимым контрастом;
- рентгенограмма шеи и грудной клетки;
- ультразвуковое исследование грудной клетки;
- фиброэзофагоскопия;

Лечение

а) консервативное, ограничено (непроникающие, короткий ход, спустя несколько дней без тяжелой клиники) – при небольших дефектах стенки пищевода (до 0,5 см), небольших затеках контрастного вещества за контуры пищевода (до 2 см) при их хорошем опорожнении, а также при отсутствии признаков нагноения в средостении, плевральных полостях, в

околопищеводной клетчатке на шее. Комплексное консервативное лечение подразумевает исключение питания через рот с проведением парентерального или зондового питания, а также мощной антибактериальной терапии при обязательном ежедневном рентгенологическом контроле за состоянием пищевода и околопищеводной клетчатки, плевральных полостей, исследовании картины крови.

б) оперативное – обнажение пищевода. ушивание, дренирование средостения. Исключить пероральное питание (назогастральный зонд, гастростомия).

При застарелых (несколько суток) повреждениях, осложненных медиастинитом, плевритом, флегмоной шеи, применяют только наружное дренирование области повреждения, лучше с помощью двухпросветных дренажей для постоянного промывания и аспирации. Обычно таким больным накладывают гастростому для полноценного питания, проводят массивную антибактериальную и укрепляющую терапию в надежде на формирование наружного пищеводного свища с последующим его закрытием консервативным или оперативным путем. Часто лечение у подобных больных продолжается много месяцев из-за развития различных осложнений и необходимости нескольких реконструктивных операций.

Ожоги пищевода

Ожоги пищевода разделяют на термические и химические. Термические ожоги пищевода – горячими парами и газами, горячими жидкостями (вода, молоко) или пищей.

Химические ожоги пищевода при проглатывании различных химических веществ, чаще всего концентрированных кислот (уксусная, серная, соляная) и щелочей (нашатырный спирт, каустическая сода, едкий натр, едкое кали). Вызывают ожоги пищевода также соли тяжелых металлов (сулема, медный купорос), крепкий раствор перманганата калия или его кристаллы, фенол и некоторые другие химические вещества.

Сразу после проглатывания агрессивной химической жидкости возникает ожог слизистых оболочек языка, щек, зева, глотки, пищевода и желудка, выражающийся отеком и гиперемией слизистых оболочек, резким спазмом мускулатуры. Степень повреждения тканей зависит от химического состава, концентрации, количества проглоченного яда и времени экспозиции. Концентрированные кислоты обладают прижигающим и дегидратирующим действием и обуславливают развитие так называемого коагуляционного некроза. Образующаяся при этом корочка в некоторой степени предохраняет от дальнейшего повреждения глубже лежащие ткани. Более тяжелыми бывают ожоги концентрированными щелочами, которые обладают свойствами растворения белков и омыления жиров, в связи с чем щелочи проникают в ткани глубже, чем кислоты.

В местах физиологических сужений пищевода из-за спазма мускулатуры едкие жидкости задерживаются более длительное время, поэтому некротические изменения здесь могут быть выражены в большей степени.

Три степени химического ожога пищевода:

I – легкая степень. Поражаются только поверхностные слои эпителия слизистой оболочки. Как следствие ожога развивается десквамативный эзофагит, заканчивающийся полным выздоровлением.

II – средняя степень. Поражается слизистая оболочка на всю глубину с распространением процесса на подслизистый слой. Как следствие развивается некротически-язвенный эзофагит. Впоследствии закономерно формируется рубцовая стриктура.

III – тяжелая степень. Стенка пищевода поражается на всю глубину, нередко в процесс вовлекаются периэзофагеальная клетчатка и соседние структуры (плевра, перикард). Иногда наступает перфорация пищевода от непосредственного разъедающего действия концентрированной кислоты или щелочи. Распространение на околопищеводную клетчатку, прилегающие органы.

В клиническом течении химического ожога пищевода различают четыре периода:

- 1) Острый до 2 недель, некрозы в стенке;
- 2) Стадия мнимого благополучия, 2-3 недели, отторжение некрозов, дисфагия исчезает;
- 3) Формирование рубцовой стриктуры с 3-4 недели (грануляции, эпителизация) – вновь возникает дисфагия;
- 4) Стадия сформированной стриктуры от 2-6 месяцев – дисфагия прогрессирует.

Максимальное стенозирование в местах физиологических сужений (аортальное). Стриктуры короткие до 3 см, протяженные, тотальные. До 20 % сопутствующий ожог желудка.

Ранние осложнения: медиастинит (до сепсиса), серозно-фибринозный и гнойный, перикардит, плеврит, пневмония, абсцессы легких, пищеводно-бронхиальные, - трахеальные свищи, острый ожоговый гастрит, ЖКК, аррозии сосудов средостения.

Клиника острого периода химического ожога, как правило, очень яркая. Сразу после проглатывания едкого химического вещества возникают сильные боли в полости рта, глотки, по ходу пищевода и в эпигастрии. При сопутствующем ожоге гортани и голосовых связок может развиваться асфиксия. Наблюдается многократная очень болезненная рвота, которая обуславливает дополнительный контакт пищевода с веществом. Развивается полная дисфагия: пострадавший не в состоянии из-за болей в горле проглотить хотя бы каплю воды, он бледен, беспокоен, возбужден. Бледность

вскоре сменяется цианозом, появляются одышка, тахикардия, гипотония, больного мучает жажда.

В рвотных массах появляется примесь слизи и крови; во время многократных приступов рвоты возможна аспирация, в результате развивается ожог гортани, трахеи, бронхов, что может привести к тяжелой пневмонии. К концу первых суток нарастает гипертермия, иногда олигоанурия. При глубоких некрозах в стенке пищевода может развиваться гнойный медиастинит, а при перфорации желудка – перитонит. Прогноз ухудшается. В наиболее тяжелых случаях интоксикация бывает настолько выраженной, что пострадавшие умирают в ближайшие часы и дни вследствие полиорганной недостаточности (летальность в остром периоде – от 3 до 10 %). Отмечено, что дети тяжелее переносят острый период ожога пищевода.

Диагностика:

Анамнез, Р-скопия, эзофагоскопия, КТ, МРТ.

Лечение:

Неотложную помощь и лечение в остром периоде ожога пищевода начинают с противошоковых мероприятий: наркотические анальгетики, сердечные средства, согревание пострадавшего.

Пострадавшего госпитализируют в реанимационное отделение, обеспечивая постоянное наблюдение хирурга. Проводят дезинтоксикационную терапию – внутривенные инфузии растворов глюкозы и электролитов, плазмы и ее препаратов под контролем основных показателей гомеостаза. Одновременно необходимо попытаться удалить и нейтрализовать проглоченное химическое вещество. В первые несколько часов с момента травмы целесообразно произвести промывание желудка через зонд большим количеством воды. При отравлении уксусной эссенцией применяют только чистую воду. Назначают также теплое кислое или щелочное питье, алмагель, активированный уголь, молоко, яичные белки, сливочное и растительное масло.

При сопутствующем ожоге дыхательных путей необходима аспирация слизи из гортани и трахеи. Если стрidor не купируется, может потребоваться трахеостомия.

Питание пациента должно быть полноценным, следует включать только жидкую пищу – молоко, сливки, соки, сырые яйца, мороженое, сливочное масло. Перед каждым приемом пищи необходимо проглатывать ложку любого растительного масла или рыбьего жира. При полной дисфагии питание осуществляют парентеральным путем через центральный венозный катетер.

Для профилактики гнойно-септических осложнений назначают антибиотики. Целесообразно с первых суток после ожога проводить гормональную терапию (гидрокортизон, преднизолон), необходимо следить за диурезом, а также ежедневно проводить биохимическое исследование крови.

Если через 5-7 дней пациент все еще не в состоянии глотать хотя бы жидкость и отсутствуют условия для проведения длительного парентерального питания, накладывают гастростому. Во время операции необходима тщательная ревизия желудка для выявления возможного ожогового поражения органа.

В остром периоде ожога могут возникать тяжелые осложнения, требующие неотложного оперативного вмешательства: перфорация пищевода и желудка с развитием гнойного медиастинита и перитонита, профузное желудочное кровотечение (как правило, из острых язв). Иногда уже в начальном периоде болезни развивается пищеводно-респираторный свищ, что также требует наложения гастростомы для исключения питания через рот.

В настоящее время доказана рациональность раннего бужирования пищевода, которое начинают с 8-10-го дня после ожога и проводят на протяжении 1-1,5 мес. Одновременно назначают курс лидазы (обычно 12 дней). После окончания первого курса бужирования через 1,5-2 мес проводят повторный курс лечения. Понятно, что раннее бужирование возможно не у всех пациентов: при крайне тяжелом состоянии и развитии осложнений оно противопоказано.

При благоприятном течении без осложнений к 3-5-му дню воспалительные изменения в пищеводе начинают стихать, состояние пациента улучшается, становится возможным глотание. К 10-15-му дню отторгаются некротические участки слизистой оболочки, на их месте возникают изъязвления, выполненные грануляциями. К этому времени глотание становится почти свободным. Затем грануляции начинают замещаться плотной фиброзной соединительной тканью, которая постепенно превращается в рубец – формируется стриктура пищевода, которая часто локализуется в области его физиологических сужений. Нередки множественные сужения.

Основным видом лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода является бужирование, приводящее к стойкому выздоровлению 70-80 % больных. Бужирование может быть ранним и поздним. Раннее бужирование начинают еще в первой стадии ожога, с 4-8-10-го дня с целью своевременного растяжения формирующихся нежных рубцов. Процедуру проводят ежедневно в течение месяца, постепенно увеличивая размер и время пребывания бужа в пищеводе. Затем в течение 1-2 мес. сеансы бужирования проводят дважды, далее – один раз в неделю.

Если пациент поступает через 2 и более недель после ожога, подобное лечение противопоказано из-за опасности перфорации пищевода. Основным методом лечения таких больных является позднее бужирование, которое начинают по прошествии не менее 2 месяцев после ожога пищевода.

Существует несколько наиболее распространенных методик бужирования пищевода — «вслепую», «по нити», «за нить» (анте- и ретроградно), под контролем жесткого или гибкого эндоскопа.

При безуспешности бужирования – оперативное лечение (реконструктивно-восстановительные операции).

Показания к оперативному лечению:

1. Полная ожоговая стриктура пищевода;
2. Невозможность провести буж размером больше № 28-30 из-за плотных рубцов;
3. Укорочение пищевода с развитием вторичной кардиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагита;
4. Быстро возникающие после повторных курсов бужирования рецидивы стриктуры (через 3-6 мес), сочетания ожоговой стриктуры пищевода, глотки и желудка;
5. Ожоговые стриктуры, осложненные пищеводными свищами.

Дивертикулы пищевода

Одно из распространенных заболеваний пищевода.

По расположению:

- глоточно-пищеводные (Ценкеровские),
- бифуркационные,
- эпифренальные.

По патогенезу:

- пульсионные (ценкер, эпифрен),
- тракционные (бифурк) или смешанные.

Полные дивертикулы – когда вовлекаются все слои, неполные – вовлечена только слизистая оболочка.

Клиническая картина:

Специфической симптоматики нет. Неприятные ощущения в области шеи, давление, застревание пищи, дисфагия, дурной запах изо рта, симптом «мокрой подушки» и др. При крупных дивертикулах (до 15 см возможно регургитация пищи, дивертикулиты, пищеводное кровотечение, сдавление пищевода, набухание вен, образование на шее.

Диагностика:

- Р- графия – основное, задержка бария;
- эзофагоскопия (дифференциальная диагностика с доброкачественными и злокачественными новообразованиями).

Лечение:

При небольших, опорожняющихся дивертикулах – консервативное лечение, диетическое питание. При осложнениях (дивертикулит, непроходимость, изъязвления, кровотечение и др.) хирургическое лечение – иссечение, реже инвагинация (менее половины диаметра пищевода).

Нервно-мышечные заболевания пищевода:

- относят кардиоспазм,
- ахалазию пищевода,
- диффузный эзофагоспазм (синдром Барсони–Тешендорфа)
- некоторые другие моторные расстройства, связанные с нарушением иннервации пищевода (аганглиоз и др.).

Ахалазия кардии

Ахалазия кардии – заболевание пищевода, в основе которого лежит нарушение функции нижнего эзофагеального сфинктера (НЭС), не раскрытием кардии при глотании и дискинезией грудного отдела пищевода. Это заболевание характеризуется неэффективной перистальтикой всего пищевода и отсутствием координированного расслабления пищеводного сфинктера в ответ на глотание.

Стадии заболевания:

I стадия – пищевод не расширен, рефлекс раскрытия кардии сохранен, моторика пищевода усилена и дискоординирована;

II стадия – рефлекс раскрытия кардии отсутствует, пищевод расширен 4-5 см;

III стадия – пищевод расширен до 6-8 см, задержка жидкости и пищи, пропульсивная моторика отсутствует;

IV стадия – расширение пищевода более 8 см, удлинение и S-образное искривление пищевода с атонией стенок, длительной задержкой жидкости и пищи.

Клиническая картина:

У большинства больных первые симптомы заболевания проявляются в молодом возрасте. В ряде случаев трудно установить начало заболевания: может возникать внезапно, после психотравмирующей ситуации или развивается постепенно, и больные обращаются за медицинской помощью уже в запущенной стадии заболевания. Основные симптомы заболевания - прогрессирующая дисфагия, регургитация и загрудинные боли, связанные с неполным опорожнением пищевода и хроническим эзофагитом. Часто дисфагия имеет парадоксальный характер: хорошо проходит твердая пища, а жидкость задерживается. Необходимо отметить, что нервное перевозбуждение, непривычная обстановка, разговоры во время еды и быстрый прием пищи, особенно плохо пережеванной и холодной, способствуют увеличению выраженности дисфагии. Дисфагия может сопровождаться чувством задержки пищи в пищеводе на какое-то время с последующим «провалом» ее в желудок.

Ярким симптомом заболевания является активная и пассивная регургитация, которая отмечается у 84% больных. Активная регургитация представляет собой срыгивание только что съеденной пищей или слюзы, что более характерно для начальных стадий болезни. Она возникает при незначительной дилатации пищевода, тогда как значительное расширение пищевода может привести к отсроченной регургитации, объем которой значительно больше. Пассивная регургитация возникает вне приема пищи, обычно в горизонтальном положении пациента или при наклоне туловища вперед. Регургитация может наблюдаться во время сна (симптом «мокрой подушки»), что грозит опасностью аспирации и развитием легочных осложнений, таких как хронический бронхит, пневмония.

Диагностика:

Для подтверждения диагноза ахалазии проводятся инструментальные методы обследования – рентгенография пищевода с контрастированием, эзофагогастродуоденоскопия и манометрия, которая признана «золотым стандартом» диагностики.

Рентгеноконтрастное исследование выполняют с бариевой взвесью, при этом оценивают степень расширения пищевода, его деформацию (S-образный пищевод), длительность задержки контрастной массы в пищеводе, рельеф абдоминального отдела пищевода и области пищеводно-желудочного перехода в момент открытия кардиоэзофагеального сфинктера, наличие или отсутствие газового пузыря желудка. При возникновении подозрения на наличие ахалазии кардии необходимо провести ЭГДС с целью исключения псевдоахалазии, которую выявляют у 2–4% пациентов с диагнозом ахалазии. При эндоскопическом исследовании в первую очередь обращают внимание на степень дилатации и девиации просвета пищевода, наличие в нем остатков пищи, жидкости и слизи. Одновременно оценивают состояние слизистой оболочки пищевода, ее толщину, цвет, блеск, определяют наличие перистальтики.

Лечение:

В настоящее время существующие методы лечения ахалазии кардии (консервативные, эндоскопические, хирургические) направлены на расширение кардии, снижение ее тонуса с целью улучшения прохождения пищи через область пищеводно-желудочного жома.

Консервативное лечение:

– блокаторы кальциевых каналов, нитраты, спазмолитики, седативные препараты (снижают давление нижнего пищеводного сфинктера в среднем на 50%);

– эндоскопические методы:

- ступенчатая баллонная пневматическая кардиодилатация под рентгенологическим или эндоскопическим контролем. Эффективность от 60 до 85%.

- эндоскопическое введение ботулинотоксина

Критериями эффективности кардиодилатации являются полное купирование симптомов дисфагии и регургитации, а также свободный пассаж контраста из пищевода в желудок. У 30-40% больных возникает рецидив клинической симптоматики, в связи, с чем требуется проведение повторных сеансов пневмокардиодилатации.

Показания к хирургическому лечению являются:

- рецидив заболевания после многократных курсов кардиодилатации,
- высокий риск перфорации пищевода при проведении кардиодилатации ввиду извилистости пищевода (S-образный пищевод),
- наличия эпифренального дивертикула.

В настоящее время «золотым стандартом» хирургического лечения ахалазии кардии является эзофагокардиомиотомия по Геллеру. В ходе операции проводится рассечение мышечной оболочки нижнего конца расширенного сегмента пищевода и кардиальной части желудка по передней и задней стенкам с неполной фундопликацией для предупреждения гастроэзофагеального рефлюкса. В терминальной стадии заболевания показана экстирпация или субтотальная резекция пищевода с одномоментной желудочным трансплантатом.

В настоящее время для лечения ахалазии кардии широко применяют эндохирургические методы, эффективность которых не уступает открытым операциям, а послеоперационный период и сроки реабилитации значительно меньше. Показания к выбору метода оперативного вмешательства определяют индивидуально.

Кардиоспазм

Кардиоспазм – стойкое спастическое сужение терминального отдела пищевода, проявляющееся дисфагией и органическими изменениями его вышележащих отделов – сначала гипертрофией, а затем атонией мускулатуры и значительным расширением просвета. Кардиоспазм является довольно распространенным заболеванием и составляет до 15% от всей патологии пищевода.

Этиология и патогенез: При кардиоспазме наблюдается повышение давления кардии, градиент пищеводно-желудочного давления достигает 20 мм.рт. ст. и более (при норме 10 ± 3 мм.рт.ст.). Характерно усиленное непропульсивная моторика пищевода. Морфологически выявляются дегенеративно-дистрофические изменения в преганглионарных нейронах дорзальных ядер блуждающих нейронов. В связи с нарушением центральной иннервации гладкой мускулатуры нижнего пищеводного сфинктера становится более чувствительной к своему физиологическому регулятору – гастрину. Наблюдается истинный спазм кардии с развитием в этой зоне соединительной ткани. Основными различиями кардиоспазма и его ахалазии является разный уровень поражения парасимпатической нервной системы и

связанные с этим, изменения чувствительности гладкой мускулатуры нижнего пищеводного сфинктера к гастрину.

Классификация: (Б.В.Петровского)

Первая стадия – кратковременная задержка пищи, иногда срыгивание. Диаметр пищевода не увеличен, моторика усилена, эвакуация пищи замедленна, но полная. Общее состояние не страдает.

Вторая стадия – прогрессирует дисфагия, больные вынуждены запивать твердую пищу, искать удобную позу. Эвакуация пищи замедленна, пищевод расширен до 4-5см. Состояние больных улучшается после опорожнения пищевода.

Третья стадия – наряду с функциональными нарушениями наблюдаются органические изменения пищевода. Кардиальный, его отдел суживается вследствие развития рубцовой ткани, происходит дальнейшее расширение выше расположенных: сегментов пищевода. В этих случаях кардия долгое время закрыта. В пищеводе большое количество содержимого, которое приводит к его искривлению и расширению. В результате переполнения пищевода наблюдается обильная рвота полным ртом, так называемая пищеводная рвота. Страдает общее состояние больного, наступает потеря вес; и снижается трудоспособность. Рентгенологически выявляется расширение пищевода до 6-8 см отсутствие газового пузыря желудка.

Четвертая стадия – резкое сужение кардии и максимальное расширение пищевода (более 8 см), он приобретает мешковидную или S- образную форму. Перистальтика отсутствует, стенки пищевода истощены. Пищевые массы задерживаются в пищеводе сутками. Вследствие их разложения возникает воспалительный процесс, который приводит к образованию трещин и язв. Наступает истощение больных.

Диагностика:

- рентгенография пищевода с контрастированием,
- эзофагогастродуоденоскопия
- манометрия пищевода.

Лечение:

Консервативное лечение:

- нитраты, спазмолитики;
- эндоскопические методы:
 - баллонная пневматическая кардиодилатация.
 - эндоскопическое введение ботулотоксина.

Показания к хирургическому лечению являются:

- рецидив заболевания после многократных курсов кардиодилатации,
- 3-4 стадия заболевания,
- наличия эпифренального дивертикула.

Оперативное лечение – подслизистая эзофагокардиомиотомия по Геллеру.

Халазия кардии.

Патология представляет собой неполное закрытие сфинктера, его неспособность удерживать содержимое желудка, расслабленное состояние. Недостаточность кардии, или халазия, со временем приводит к развитию рефлюкс-эзофагита. В запущенных случаях возникают повреждения слизистой оболочки, язвенные дефекты входного отверстия желудка. Недостаточность кардии создает условия для возникновения предраковых заболеваний, таких как, пищевод Баррета, или метаплазия по кишечному типу.

Этиология и патогенез:

Факторы, под воздействием которых возникает недостаточность кардии, разнообразные. Нарушение режима питания, переедание. Ожирение пациента. Хронические заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь, гипертонус мышечного аппарата желудка, опухоли). Адинамия. Употребление еды перед сном. Органические причины заболевания – хиатальные грыжи. Функциональные причины халазии кардии – спазм привратника, повышенное внутрибрюшное давление (беременность, асцит) и давление в полости желудка. Тяжелые физические нагрузки становятся причиной повышения внутрибрюшного давления и появления грыж пищеводного отверстия диафрагмы, т.е. являются косвенными причинами недостаточности кардии. Предшествующие оперативные вмешательства с резекцией кардиального сфинктера.

Диагностика:

- рентгенография пищевода с контрастированием,
- эзофагогастродуоденоскопия
- манометрия пищевода.

Дифференциальную диагностику проводят с пилороспазмом и пилоростенозом, аномалиями пищевода, диафрагмальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Эндоскопически можно оценить степень патологии кардии.

- При первой степени наблюдается неполное смыкание подвижной кардии. Остаточное зияние не превышает $1/3$ от диаметра при глубоком дыхании. У больного наблюдается частая отрыжка воздухом.
- Вторая степень характеризуется неполным смыканием кардиального сфинктера, остается зияние равное $1/2$ и более от диаметра пищевода при глубоком дыхании. Частота отрыжки воздухом увеличивается, у некоторых больных наблюдается пролапс слизистой оболочки желудка.

- Третья степень недостаточности кардии сопровождается полным зиянием кардиального сфинктера, перистальтика пищевода сохранена, выявляются симптомы эзофагита.

Клиническая картина

Выделяют основные симптомы при недостаточности кардии:

- Изжога, которая возникает вне зависимости от приема пищи.
- Болевой синдром. Обычно это интенсивные боли, локализующиеся за грудиной, в месте проекции пищевода. Боли жгучего характера.
- Отрыжка воздухом и содержимым желудка. Она может быть кислой или с привкусом горечи, если содержит желчные кислоты.
- Часто больного беспокоят диспептические симптомы: тошнота, сопровождающаяся рвотой.
- Из-за развившегося эзофагита на фоне постоянного раздражения слизистой пищевода, больного беспокоит боль в области эпигастрия, урчание по ходу кишечника.
- Недостаточность кардии может сопровождаться общими симптомами: слабость, головокружение, быстрое утомление.

Лечение

Диета. После приема пищи не рекомендуется принимать горизонтальное положение в течение последующих двух часов. В это время можно ходить или сидеть. Медикаментозное лечение подразумевает использование регуляторов двигательной активности нижнего пищеводного сфинктера.

Хирургическое лечение показано при аксиальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы, сопровождающейся эзофагитом III-IV стадии, а также при кровотечении и стенозе. Безуспешность консервативного лечения также может служить показанием к операции. В настоящее время рекомендуют применять антирефлюксные операции, при которых корректируют угол Гиса. Чаще производят фундопликацию по Ниссену, Тупе, Дору, Билсэй.

Опухоли доброкачественные.

Классификация:

- Внутрисветные.
- Интрамуральные.
- Эпителиальные (папилломы, кисты).
- Неэпителиальные (лейо-, рабдомиомы, липомы, фибромы, невриномы, гемангиомы).

Клиническая картина:

Часто протекают бессимптомно, возможно проявление в той или иной степени дисфагии. При значительном увеличении возможны симптомы компрессии соседних органов (одышка, кашель, аритмии).

Диагностика:

- ЭФГДС;
- Эндоскопия;
- Рентгенография, -графия пищевода;
- КТ, МРТ грудной клетки.

Лечение:

При малых размерах – динамическое наблюдение.

При больших размерах, осложнениях, быстром росте опухоли показано хирургическое лечение.

- удаление образования ч/з глотку;
- эндоскопическое удаление;
- энуклеация;
- иссечение с участком пищевода
- резекция с пластикой пищевода.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (грыжа ПОД, грыжа пищевода) возникает, если через пищеводное отверстие диафрагмы (отверстие, через которое пищевод из грудной полости проникает в брюшную) брюшная часть пищевода, часть желудка или брюшная часть пищевода вместе с частью желудка смещается в грудную полость. Иногда через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную полость могут смещаться и другие органы, расположенные в полости живота.

Этиология и патогенез:

Предрасполагающим фактором является врожденное широкое отверстие. Причиной попадания может быть функциональный фактор – обратная перистальтика, являющаяся проявлением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Так же производящими факторами могут быть процессы, приводящие к повышению давления брюшной полости – травмы, запоры, длительный кашель, беременность, ожирение и т. п.

Классификация:

1. Скользящие (аксиальные) около 90 % ГПО. Кардия лежит выше пищевого отверстия диафрагмы, изменены нормальные соотношения пищевод - желудок с резким нарушением функции кардии.

Они подразделяются на:

- кардиальные
- пищеводные
- кардиофундальные
- субтотальные желудочные
- тотальные. Не ущемляются.

2. Параэзофегеальные около 5 %. Кардия не изменяет положения, но через расширенное отверстие выходит дно желудка, большая кривизна, другие органы.

- фундальная
- антральная
- кишечная
- сальниковая

Клиническая картина:

Одной из самых распространенных жалоб является изжога (возникает вследствие рефлюкса желудочного содержимого в пищевод). При грыже диафрагмы изжога чаще возникает ночью или после еды. Так же изжога может возникнуть после физической нагрузки, при этом часто сопровождается болью.

Боль при грыже пищеводного отверстия диафрагмы возникает у 40 – 50% пациентов. Боль бывает довольно интенсивной, ощущается за грудиной, имеет жгучий характер и, поэтому, нередко путается пациентами с болью при стенокардии. Боль при грыже пищевода чаще всего связана с наклонами, физической нагрузкой и усиливаются в положении лежа. При перемене положения тела боль часто стихает.

Следующим частым симптомом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является отрыжка. Отрыжка – непроизвольное внезапное выделение газов через рот из желудка или пищевода, иногда с примесью содержимого желудка, встречается у 30-73% больных. Отрыгивание происходит желудочным содержимым или воздухом. Отрыжке, как правило, предшествует чувство распирания в подложечной области. Данное состояние возникает после еды или во время разговора. Прием спазмолитиков бывает неэффективным, облегчение приносит лишь отрыжка значительным количеством пищи.

Затруднение при прохождении пищи по пищеводу при грыже пищеводного отверстия диафрагмы носит перемежающийся характер. Часто провоцируется приемом очень холодной или наоборот очень горячей пищей, а также нервными перегрузками. Постоянный характер затруднений прохождения пищи по пищеводу должен насторожить в отношении осложнений.

Диагностика:

Диагноз грыжи пищеводного отверстия диафрагмы устанавливают при рентгеновском исследовании. Часто бывает достаточно обычной рентгеноскопии пищевода и желудка при помощи контрастирования барием. Для уточнения диагноза проводят эзофагогасроскопию. Дополнительно можно выполнить МРТ, КТ.

Лечение

Назначается диета с дробным питанием небольшими порциями, лечение запоров. Обязательно используется лечебная физкультура.

Выполнение определенных упражнений позволяет избежать смещения желудка. Применяются препараты для уменьшения желудочной секреции и снижения кислотной агрессивности желудочного содержимого, нормализации дискинезий желудочно-кишечного тракта. В случае неэффективности проводимой консервативной терапии возникает необходимость в оперативном лечении.

Оперативное вмешательство при грыжах ПОД показано:

- при безуспешности адекватно проводимых неоднократных курсов медикаментозного лечения в условиях специализированного стационара,
- при лечении больших грыж, сопровождающихся выраженной дисфагией или регургитацией в сочетании с аспирационной пневмонией,
- при сочетании грыж с пептическим рефлюкс-эзофагитом, не поддающимся консервативным лечебным мероприятиям,
- при частых кровотечениях,
- при пептической стриктуре пищевода.

Противопоказаниями к хирургическому лечению грыж ПОД являются различные серьезные сопутствующие заболевания, способные вызвать опасные для жизни осложнения в послеоперационном периоде. При определении показаний и противопоказаний к хирургическому лечению грыж ПОД следует исходить из того, чтобы риск выполнения оперативного вмешательства не превышал риск основного заболевания.