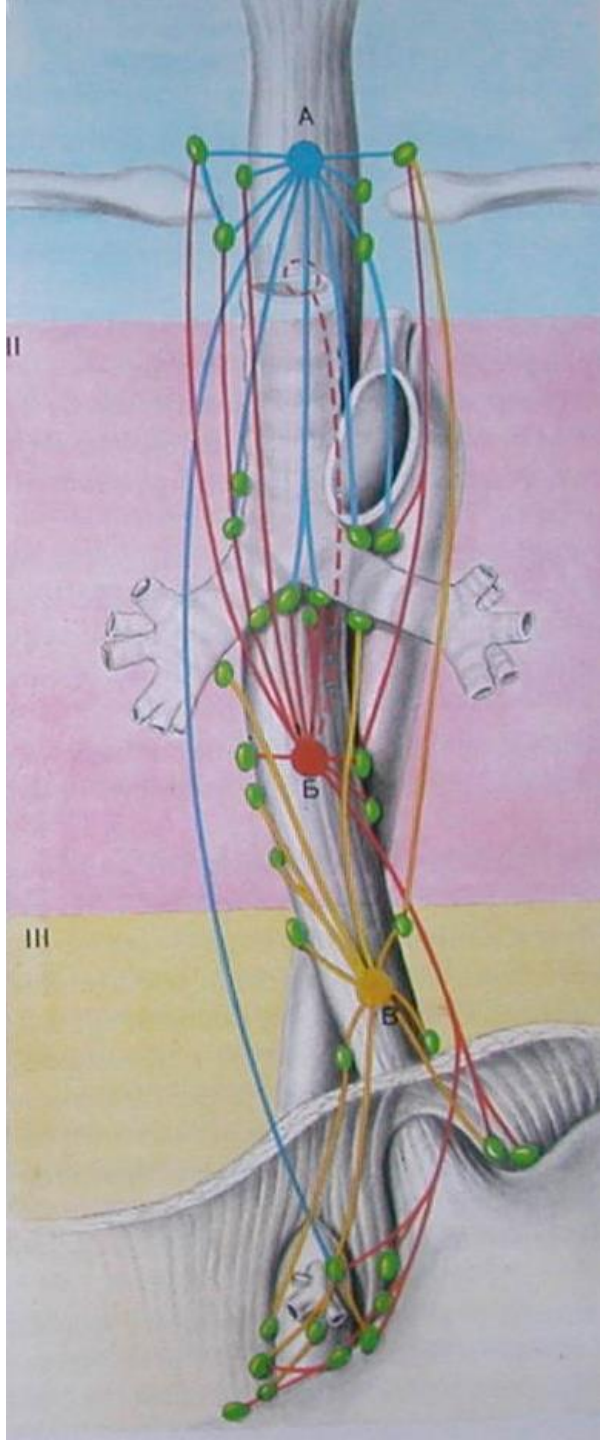


ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Кафедра факультетской хирургии

Заболевания пищевода



четыре отдела:

1. глоточно-пищеводный (два треугольника: *Ланнье-Геккермана* и *Лемера-Киллиана*)

2. шейный

3. грудной (верхняя часть Th1-IV, средняя - ThV-VII, нижняя - ThVII-XII),

4. брюшной (абдоминальный).

Доступы к сегментам:

левосторонний - к шейному,

правосторонний трансплевральный - к среднегрудному,

левосторонний трансплевральный - к нижнегрудному,

абдоминальный - брюшному отделу

Четыре физиологических сужения:

1) перстневидно-глоточное (рот пищевода, *рот Киллиана*);

2) аортальное;

3) бронхиальное;

4) диафрагмальное.

Кардия

клапан Губарева. угол Гиса.

Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода

ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПИЩЕВОДА

- концентрированные растворы кислот (органических - щавелевой, неорганических - серной, соляной, азотной, фосфорной),
- щелочи (натрия гидроксид, кальция оксид, нашатырный спирт)
- других веществ (уксусная эссенция, калия перманганат, ацетон, пергидроль).

коагуляционный некроз

колликвационный некроз

- ***Первая стадия*** - гиперемия и отек слизистой оболочки.

Легкая степень – поражение поверхностных слоёв слизистой

Средняя степень – вся слизистая

Тяжелая степень – все слои пищевода

- ***Вторая стадия*** - некроз и изъязвление.
(Отторжение некроза - через 7-8 дней)
- ***Третья стадия*** - образование грануляций.
(1-2 мес.)
- ***Четвертая стадия*** — рубцевание. (10-20 лет)

Клиническая картина.

Первый период - острый (стадия острого коррозивного эзофагита). 5-10 суток.

- 1. Сильная боль**
- 2. Многократная рефлексорная рвота**
- 3. Слюноотделение**
- 4. Осиплость голоса**
- 5. Дисфагия**
- 6. Кашель**
- 7. Ожоговая токсемия**
- 8. Медиастинит Перитонит**
- 9. Аспирационная пневмония**

- **Второй период - развитие хронического эзофагита** (стадия мнимого благополучия, до 30 суток).
- восстанавливается проходимость пищевода для жидкой и мягкой пищи.
- Осложнения:
 1. перфорация пищевода с развитием медиастинита, эмпиемы плевры, перикардита;
 2. пищеводное кровотечение,
 3. гнойно-воспалительные заболевания легких.

- **Третий период - образование стриктуры**
стадия органического сужения пищевода

1. Формирование стриктуры пищевода через 2-4 мес. после ожога и длится до 2-3 лет).
2. Дисфагия.

- **Четвертый период - появление поздних осложнений**

1. Облитерация просвета пищевода
2. Спонтанная перфорация
3. Дивертикулы
4. Свищи (пищеводно – бронхиальные, пищеводно - трахеальные)
5. Рак.

Диагностика.

- Ларингоскопия
- Фиброэзофагоскопия

люминесцентная эзофагоскопия, внутривенное введение 5 мл 20 % раствора люминофора (водорастворимая соль натрия флюоресцеина) с последующим облучением стенки пищевода ультрафиолетовыми лучами.

Лечение.

- 1. Механическое удаление химического агента (полоскание, зондовое промывание, обильное питье)**
- 2. Дезинтоксикационная терапия, форсированный диурез.**
 - При отравлении щавелевой кислотой и наличии гипокальциемии внутривенно переливаются кальция хлорид, кальция глюконат (10—20 мл 10 % растворов).
 - При ожоге уксусной эссенцией назначается расщелачивающая терапия (внутривенно вводится 50-100 мл 3-5 % раствора натрия бикарбоната).
- 3. При угрозе асфиксии из-за ожога надгортанника – трахеостомия**
- 4. При развитии ОПН – гемодиализ.**

5. Обезболивающие препараты, антигистаминные препараты,
6. Спазмолитики
7. Седативная терапия
8. Антибиотики, антимикотики.
9. Симптоматическое лечение (сердечные гликозиды, кортикостероиды, бронхолитики, антиоксиданты).
10. Раннее бужирование пищевода.
 - В случае осложнения химического ожога пищевода его перфорацией с развитием медиастинита или некрозом стенки желудка и перитонитом выполняется соответствующая операция.

РУБЦОВЫЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА

- *Рубцовые сужения* (стриктуры пищевода) образуются у 70-80 % больных, перенесших его химический ожог. Наиболее часто они локализуются в местах физиологических сужений пищевода.
- **Одиночные и множественные**
- **Полные и неполные**
- **Высокие** (глоточные, шейные, бифуркационные) **низкие** (эпифренальные, абдоминальная часть)

Клиническая картина.

- Дисфагия
- Чувство тяжести
- Боль за грудиной
- Изжога
- Отрыжка
- Регургитация
- Гиперсаливация
- Снижение массы тела

Диагностика.

- Рентгеноконтрастное исследование пищевода
 1. сужение просвета пищевода тубулярной формы с отсутствием в этой области рельефа слизистой оболочки и перистальтики (***симптом карандаша***);
 2. нахождение выше рубцовой стриктуры супрастенотического расширения конической или мешотчатой формы без изъеденности, зазубренности краев.
- Эзофагоскопия.



MSB
11/10/10
11/10

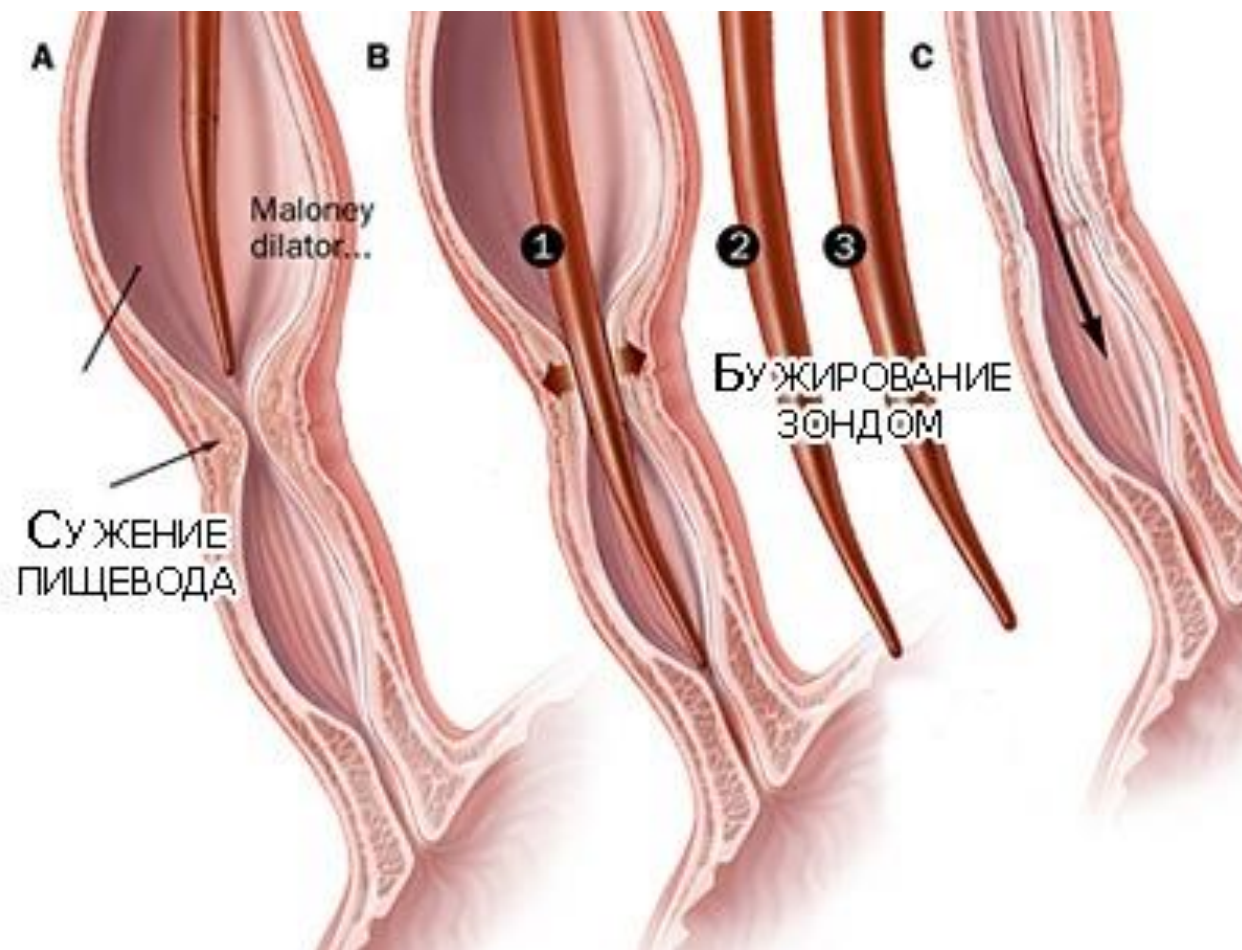




Лечение.

Бужирование

1. вслепую через рот (слепое бужирование);
2. под контролем эзофагоскопа;
3. полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику;
4. по принципу "бужирования без конца";
5. ретроградное;
6. баллонная пневмо(гидро)дилатация;
7. электрорассечение;
8. кардиодилатация металлическим дилататором Штарка (опасно, имеет историческое значение);
9. временное эндопротезирование пищевода.





- Видео бужирование



MVI_1943



MVI_1947





Осложнения бужирования

- острый эзофагит
- пищеводное кровотечение
- перфорация

Хирургическое лечение при рубцовой стриктуре пищевода показано:

1. невозможность выполнения бужирования ввиду полной облитерации просвета пищевода;
2. неудачные попытки проведения бужа через рубцовую стриктуру;
3. протяженная одиночная и короткие множественные рубцовые стриктуры;
4. множественный дивертикулез (псевдодивертикулез) пищевода;
5. быстрый рецидив рубцовой стриктуры;
6. перфорация пищевода при бужировании;
7. наличие пищеводно-бронхиальных свищей;
8. малигнизация ожоговой стриктуры.

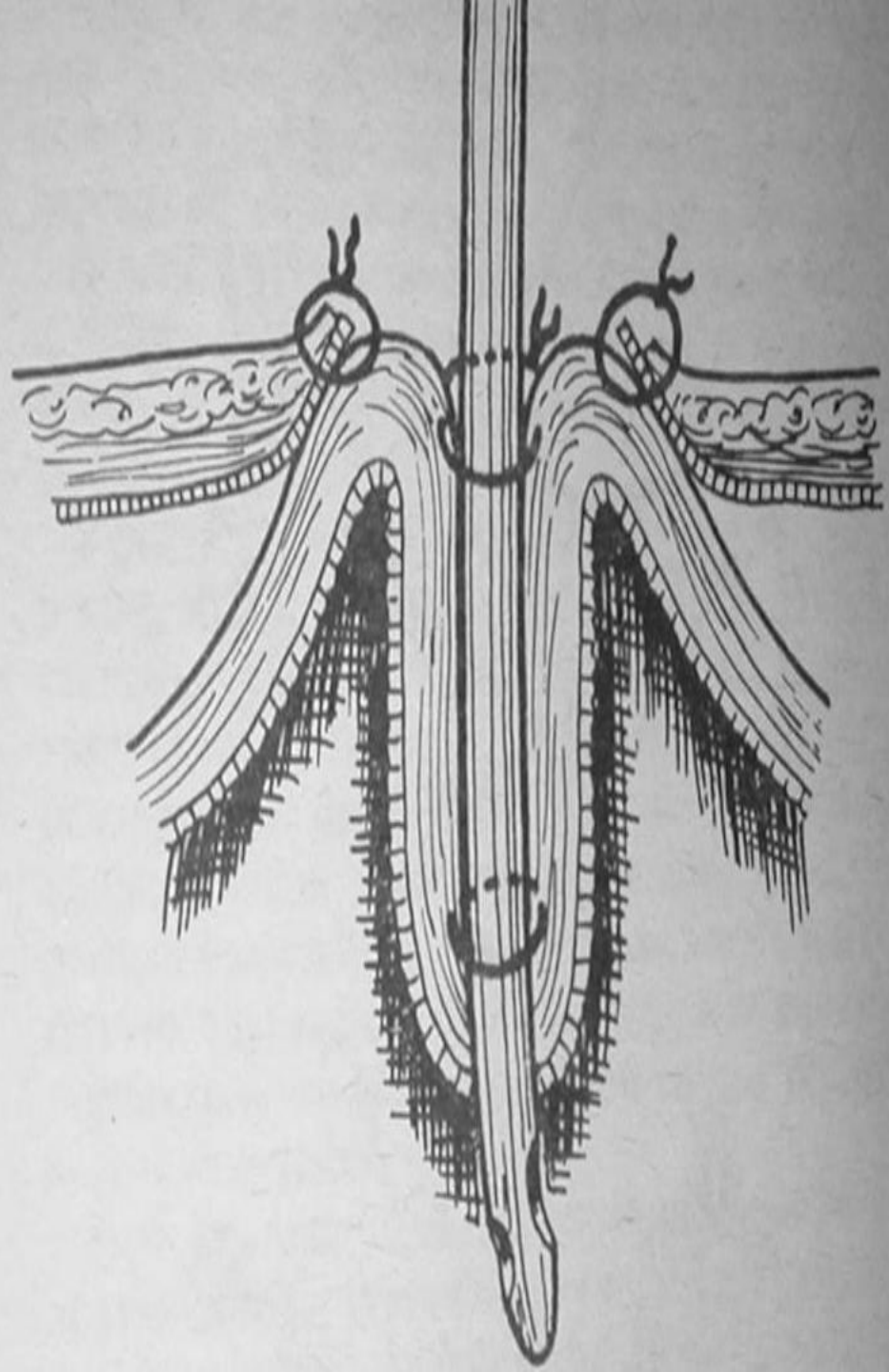
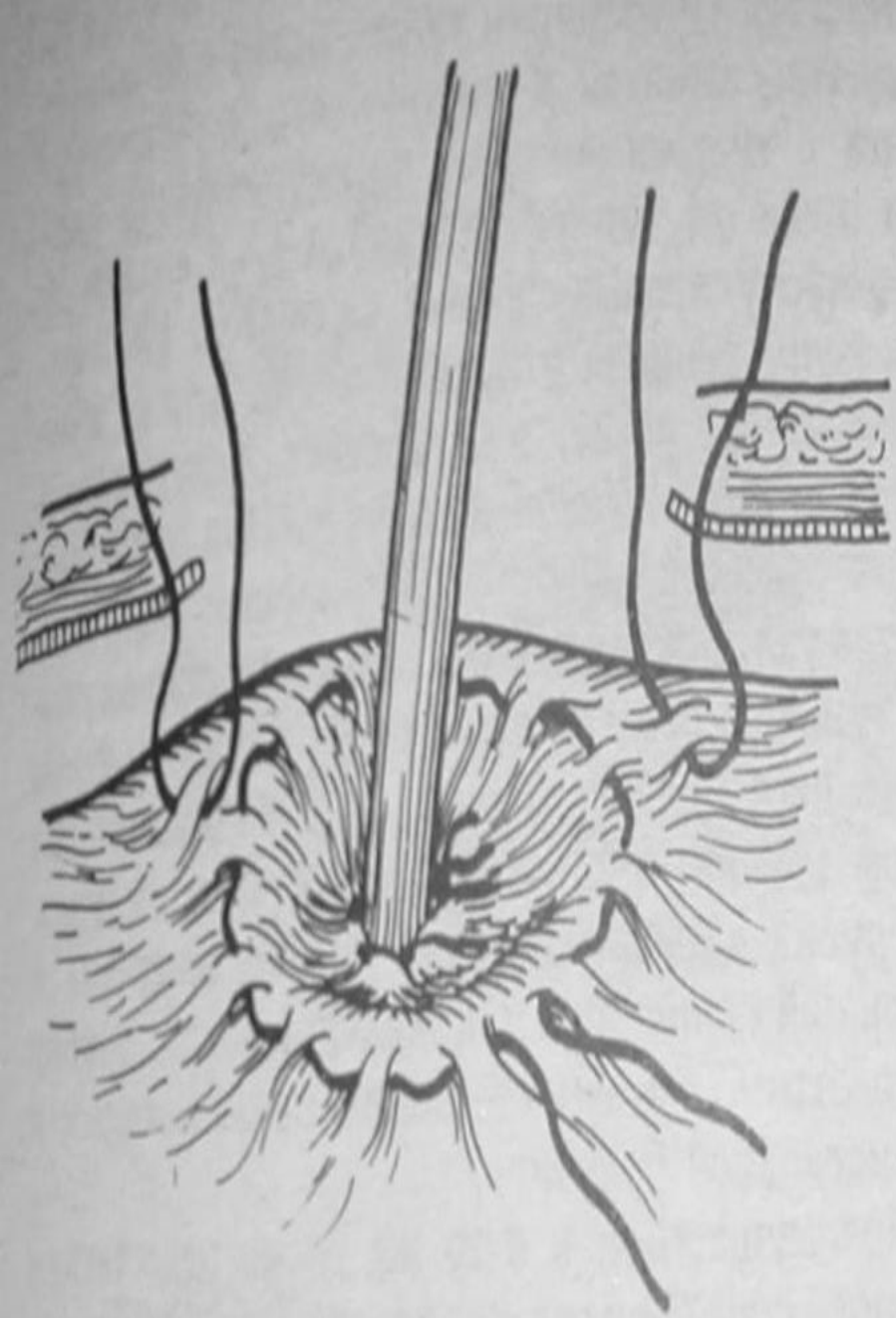
Хирургические вмешательства:

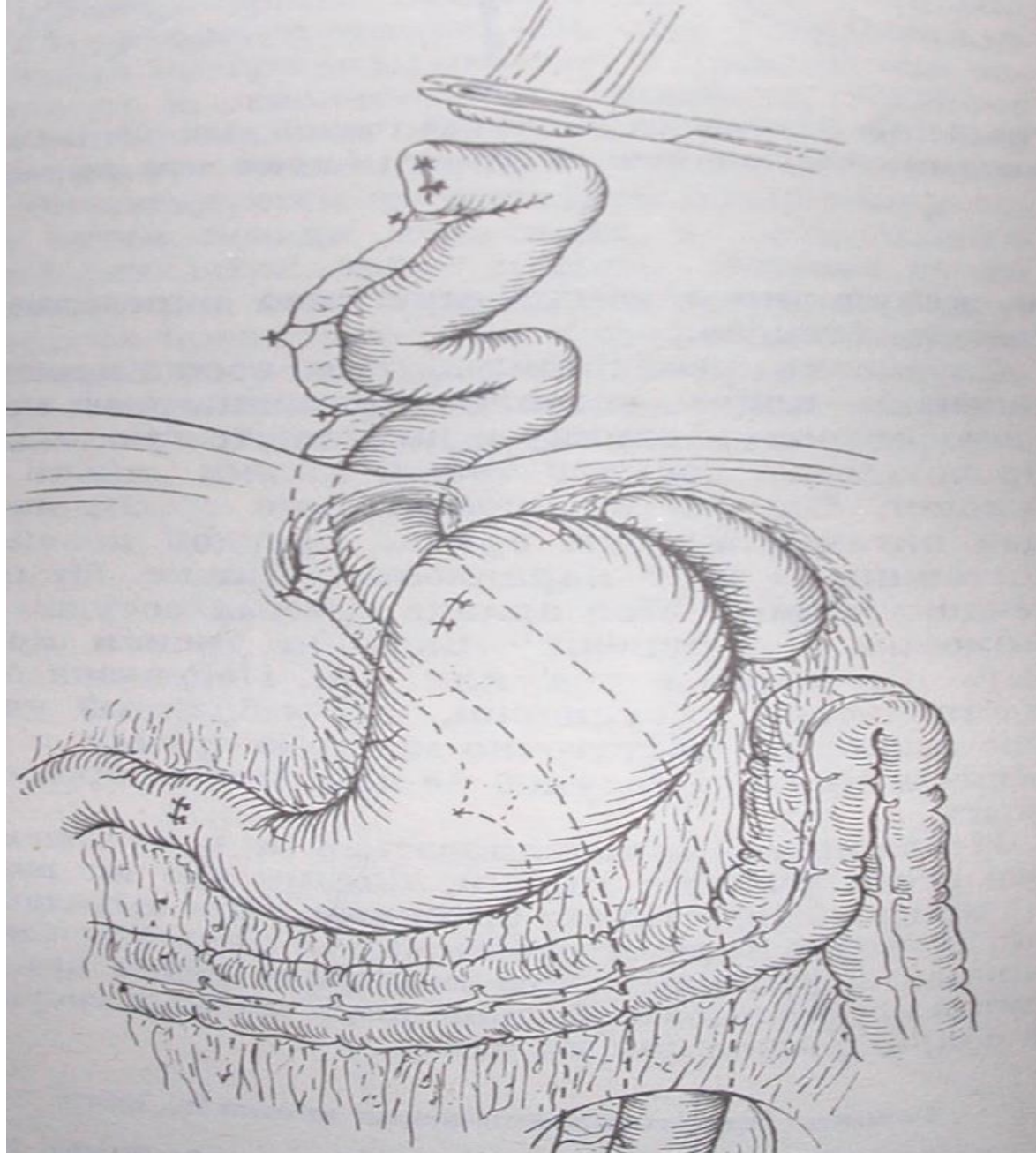
1. Гастростомия

- а. Для бужирования (ретроградного, по методу «без конца»)
- б. Для энтерального питания больных при полной стриктуре

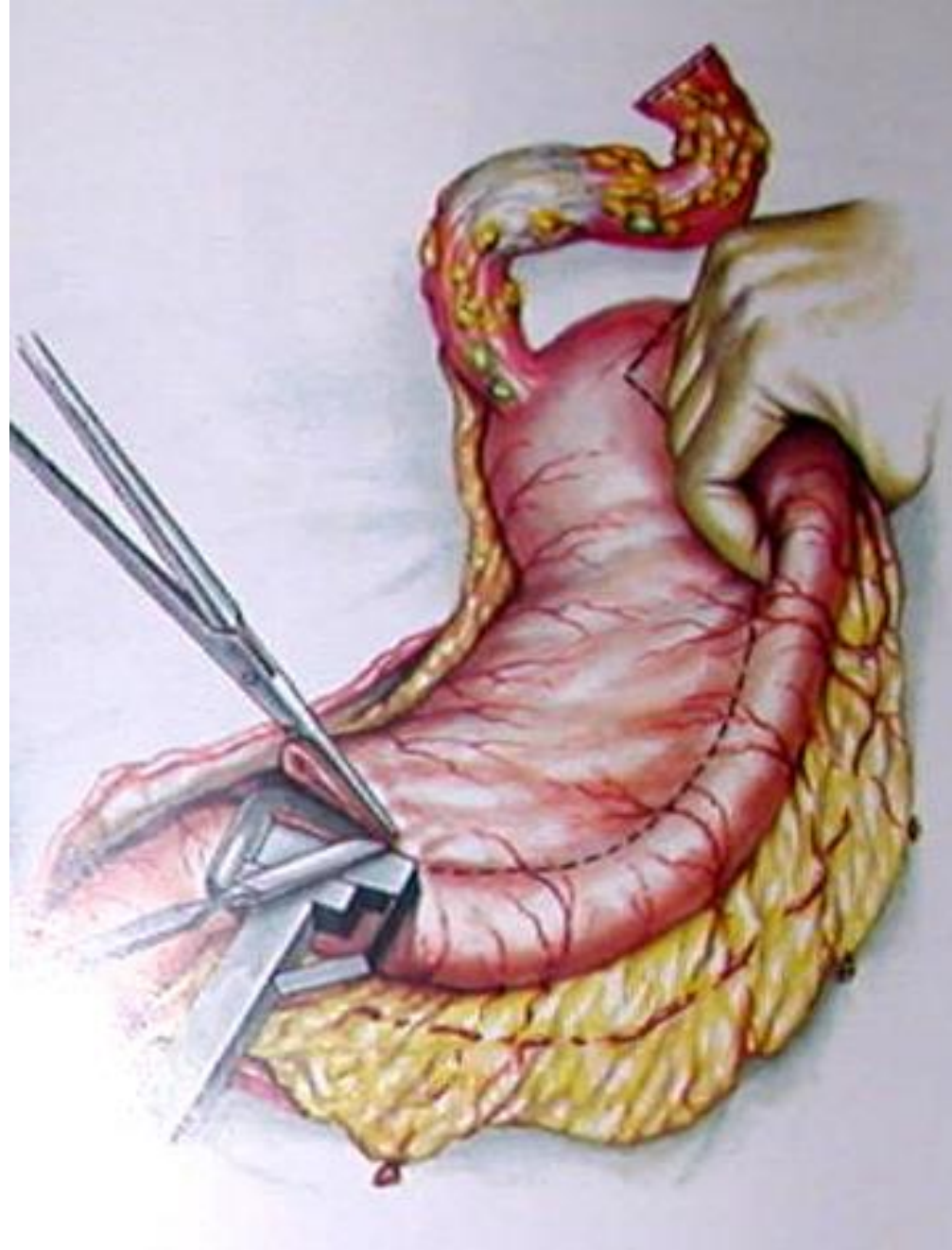
2. Пластика пищевода

- а. тонкокишечная
- б. желудочная
- в. толстокишечная

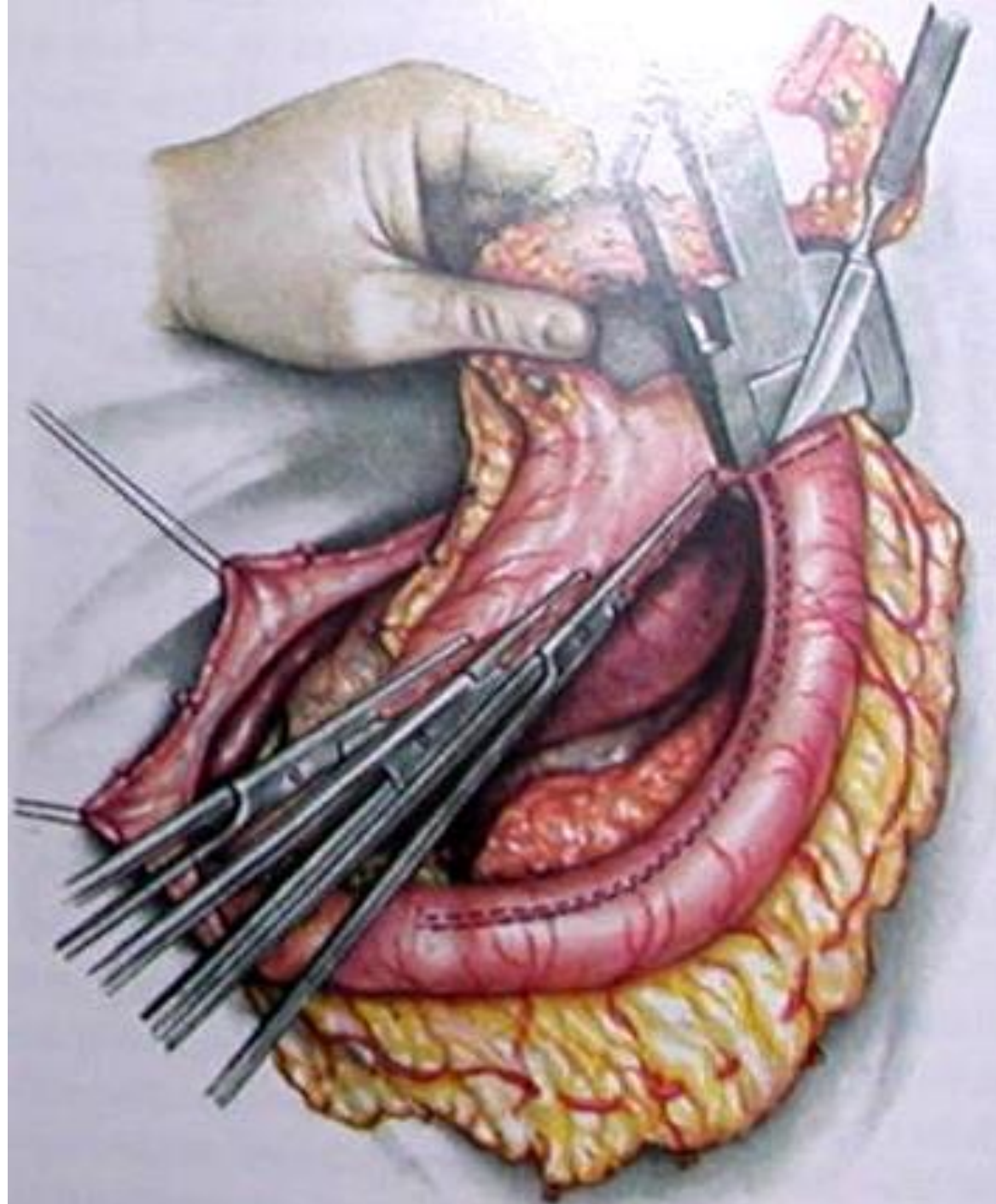


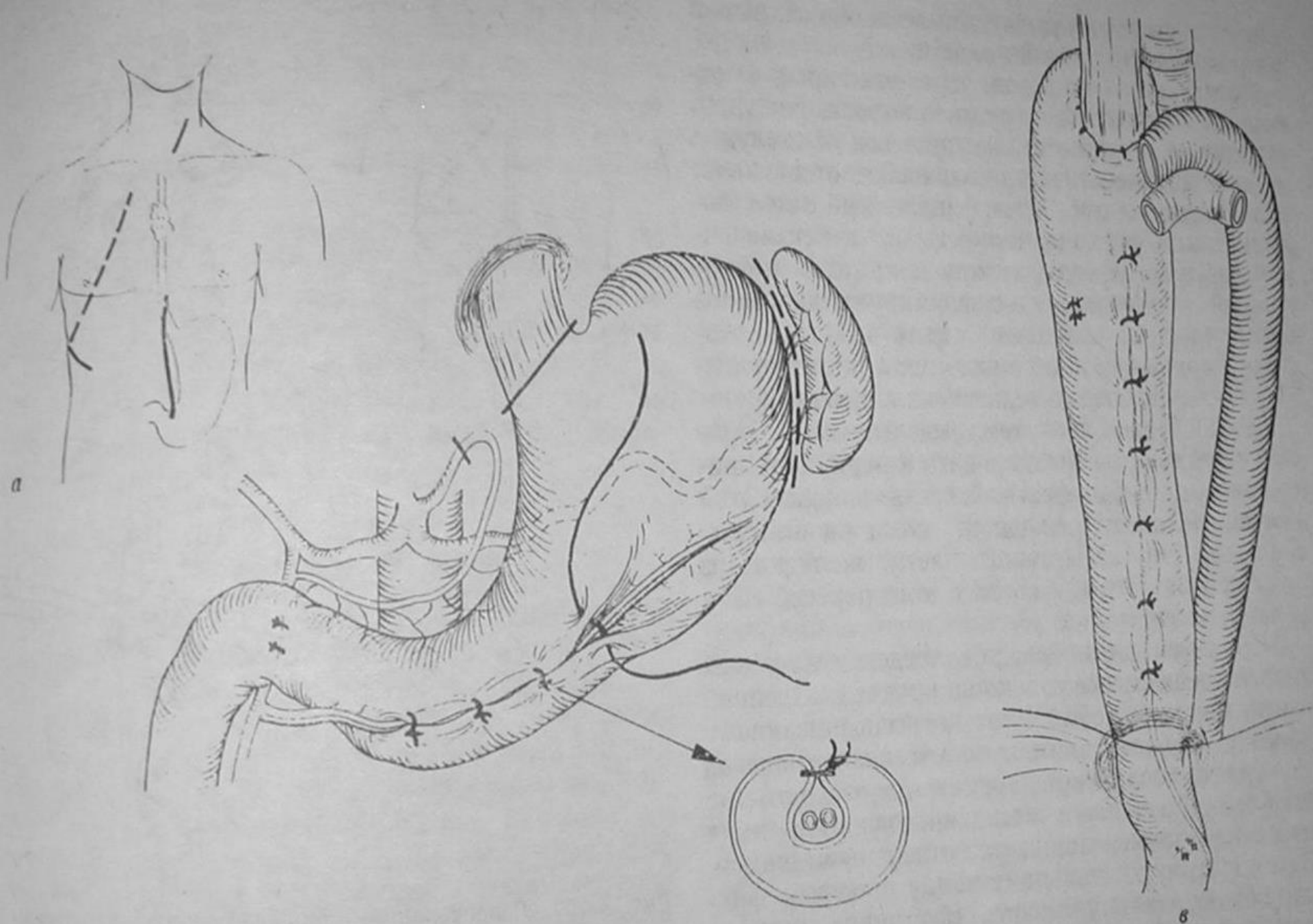


Тонкокишечная пластика пищевода по Ру (1906)



Пластика пищевода изперистальтической трубкой из большой кривизны желудка (А. Ф. Черноусов, 1980).





Операция Льюиса

Ахалазия пищевода

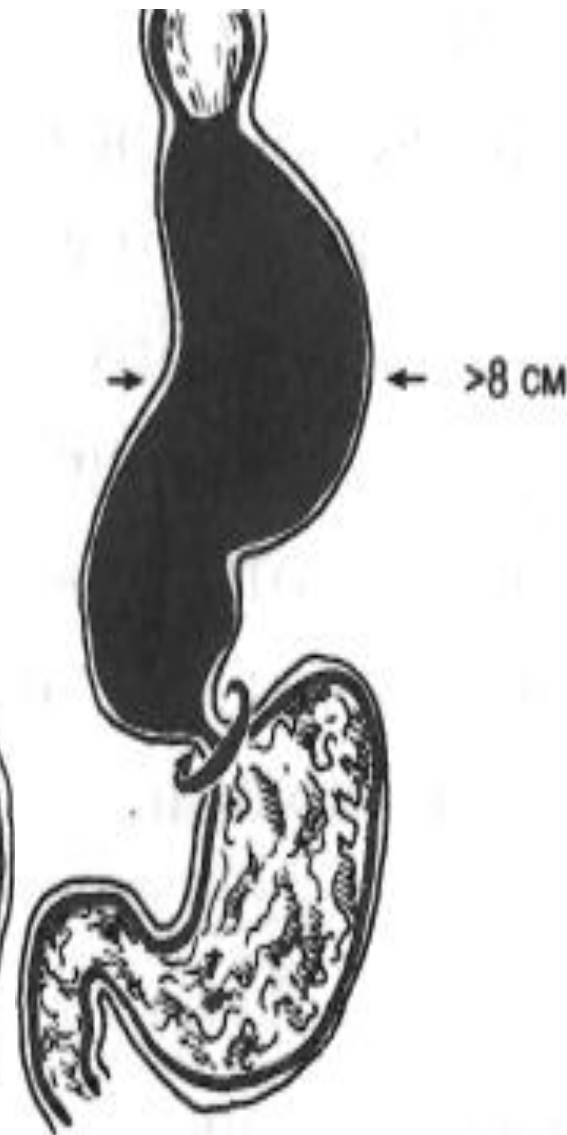
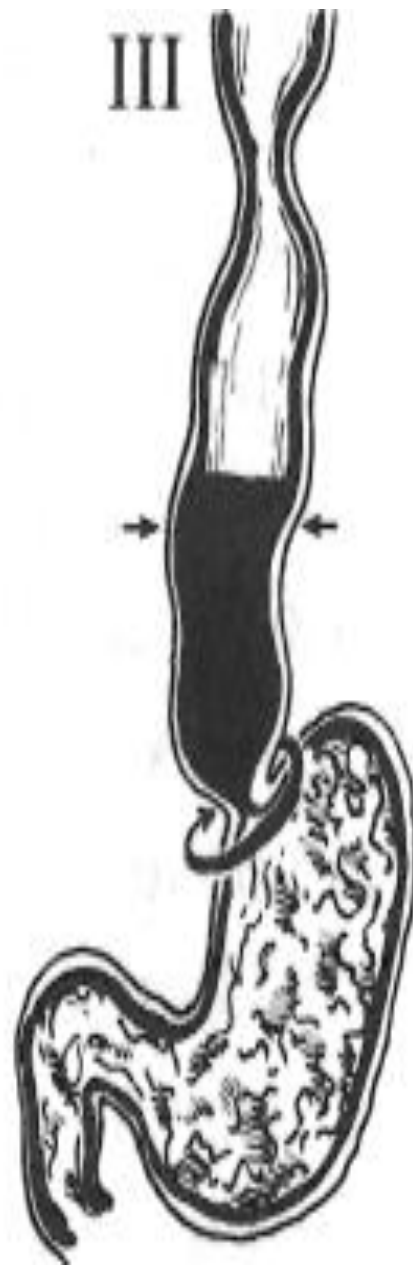
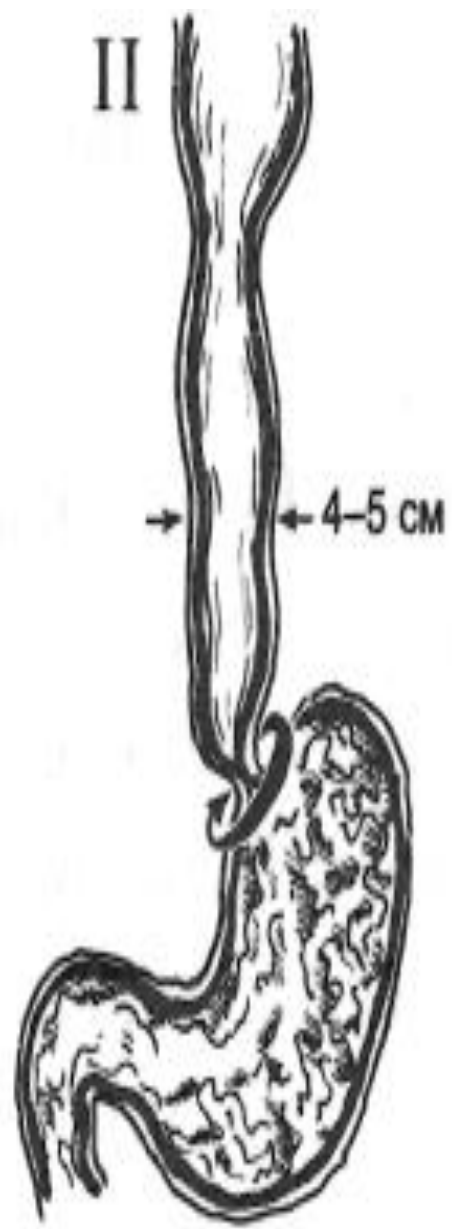
- **Ахалазия пищевода, кардиоспазм, мегаэзофагус** — нервно-мышечное расстройство моторики пищевода, проявляющееся нарушением прохождения пищи в желудок не за счёт препятствия, а в результате недостаточного рефлексорного открытия НСП при глотании, беспорядочной перистальтики.

Патогенез

1. Гипо- и аганглиоз ауэрбаховского нервного сплетения
2. Дегенерация пищеводных волокон блуждающего нерва в сочетании с дисфункцией его дорсального ядра
3. Гиперчувствительная реакция к холинергической стимуляции и гастрину

Классификация (Б.В. Петровский, 1962).

- I стадия - непостоянный функциональный спазм без расширения пищевода.
- II стадия - стабильный спазм с нерезким расширением пищевода.
- III стадия - рубцовые изменения (стеноз) НСП с выраженным расширением пищевода.
- IV стадия - резко выраженный стеноз кардии с большой дилатацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода и эзофагитом.



Клиническая картина.

Типична триада симптомов:

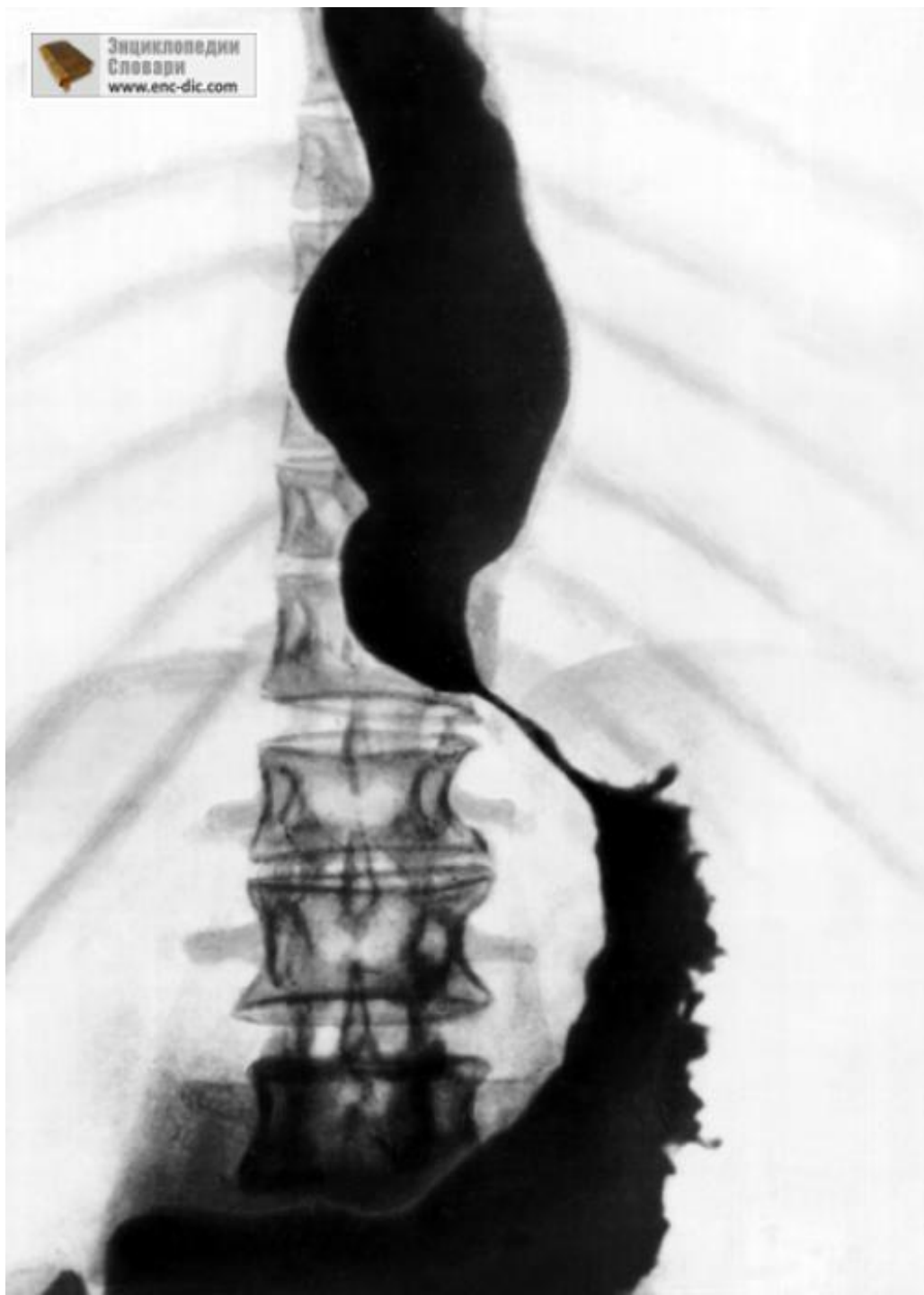
- Дисфагия, в т.ч., парадоксальная
- Регургитация, (симптомы "мокрой подушки", "шнурования ботинка", "ночного кашля")
- боль при глотании, боль за грудиной, симулирующая стенокардию
- Может быть шум плеска за грудиной

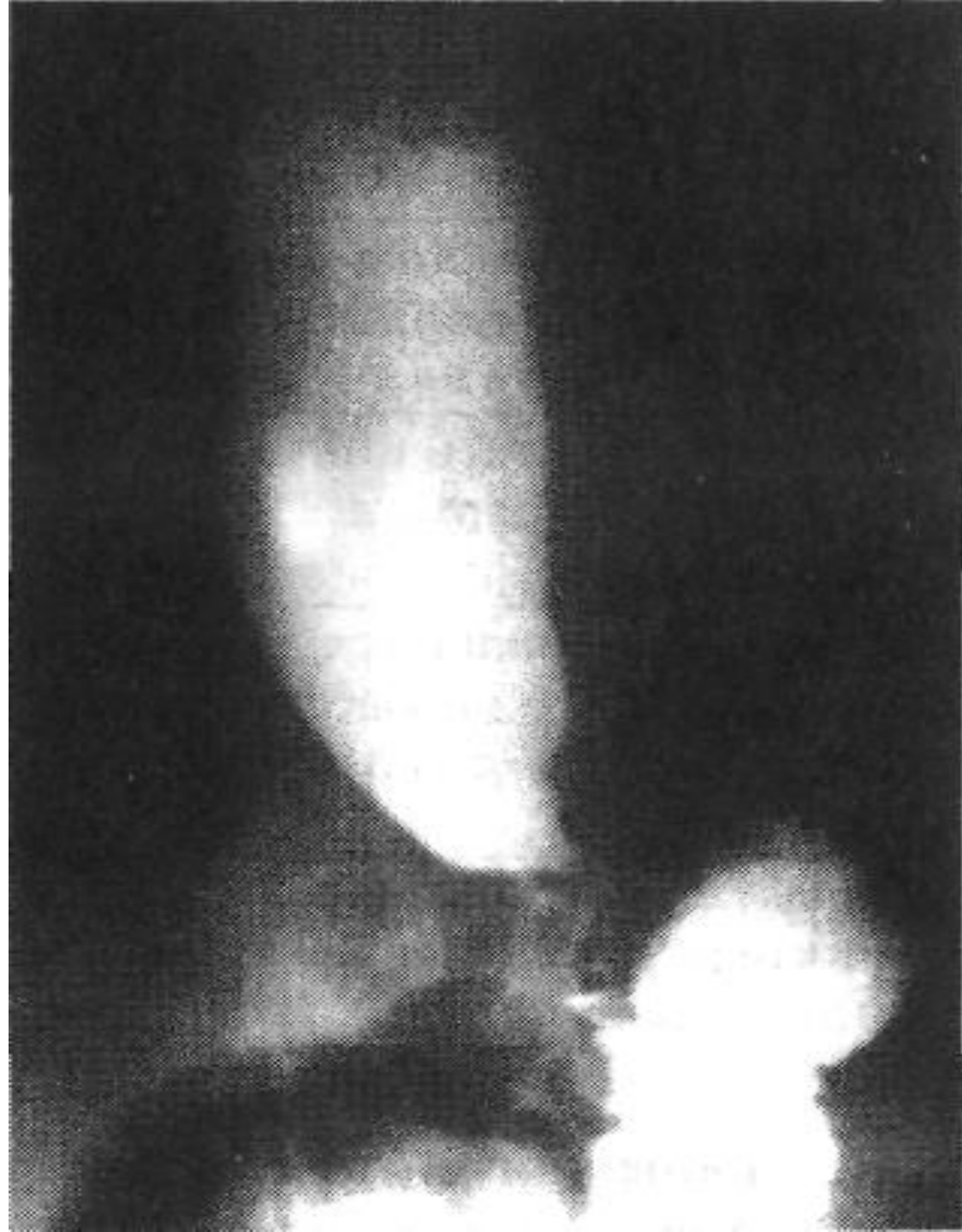
Осложнения ахалазии

- эзофагит;
- пищеводное кровотечение;
- перфорация пищевода;
- периэзофагит;
- аспирационная бронхопневмония;
- абсцесс легких;

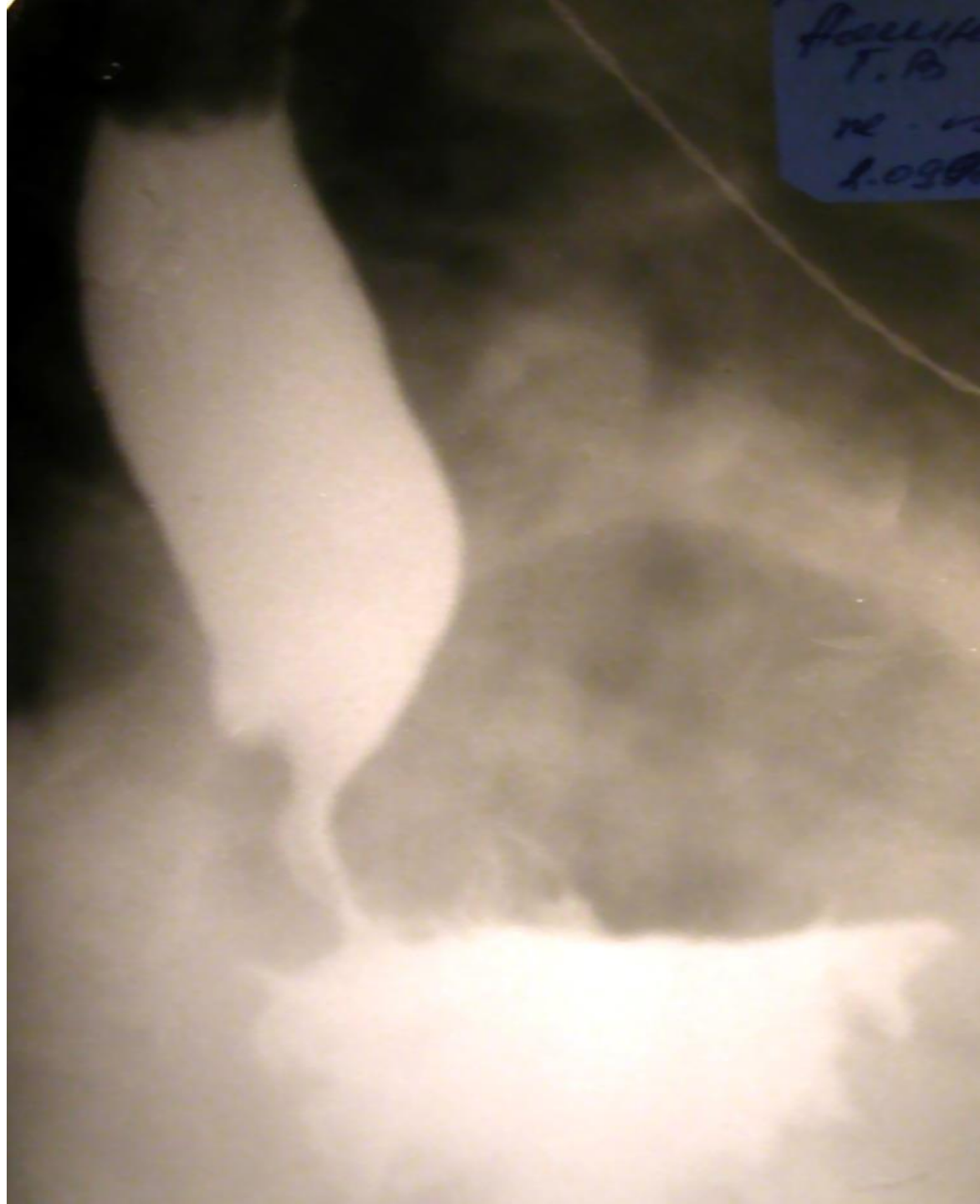
Диагностика

- Рентгенологическое исследование.
- Фиброэзофагоскопия.
- Манометрия (эзофаготонокимография).
- Эзофагоскопия.
- Диагностические фармакологические пробы.
 - Нитроглицерин, амилнитрит облегчают прохождение содержимого пищевода в желудок за счёт снижения тонуса мышечной оболочки пищевода и НСП.
 - Ацетилхолин, карбахолин оказывают стимулирующее действие на мышечную оболочку пищеводной стенки и НСП



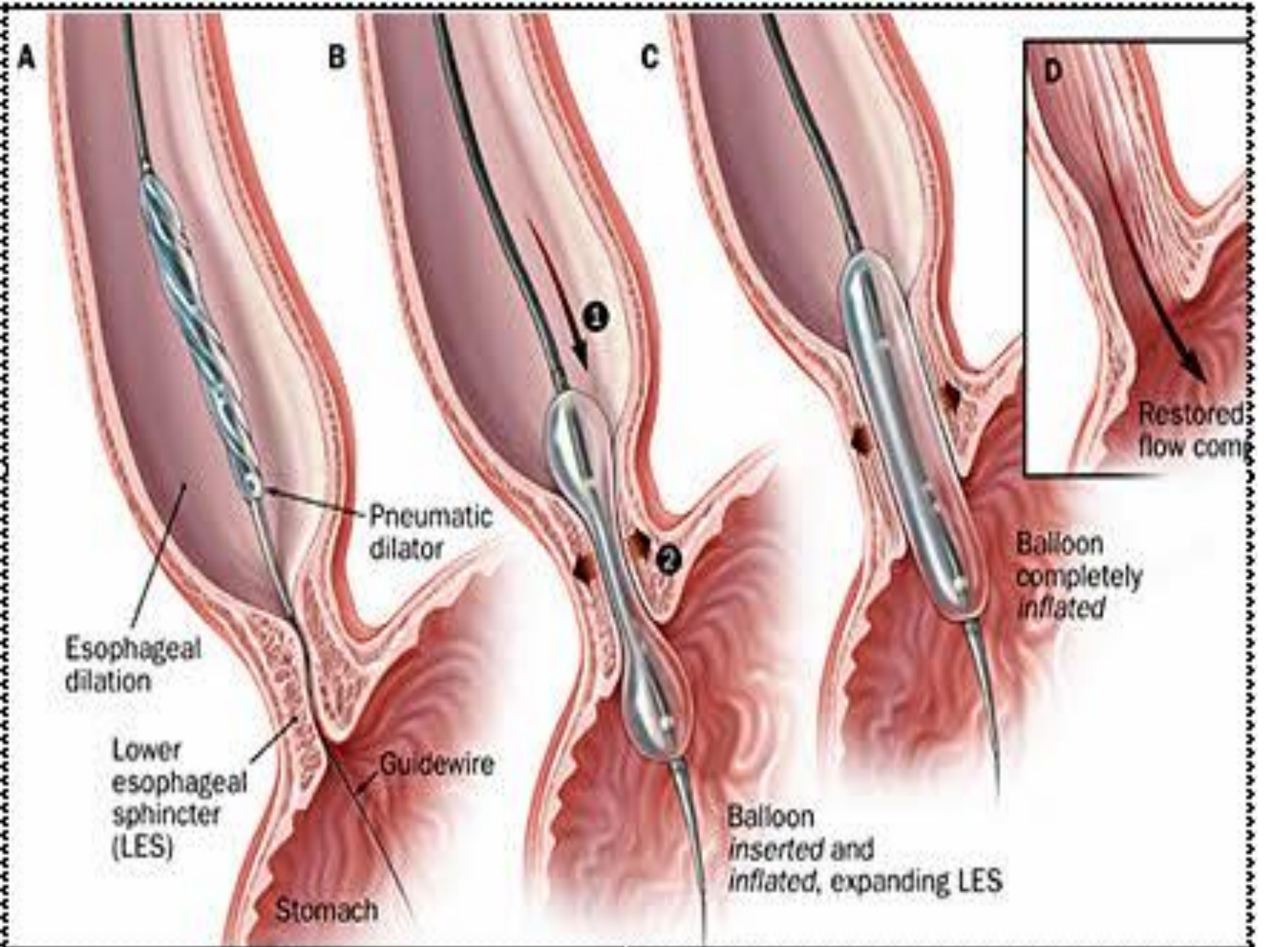


Scania
T. P.
N. -
1.030



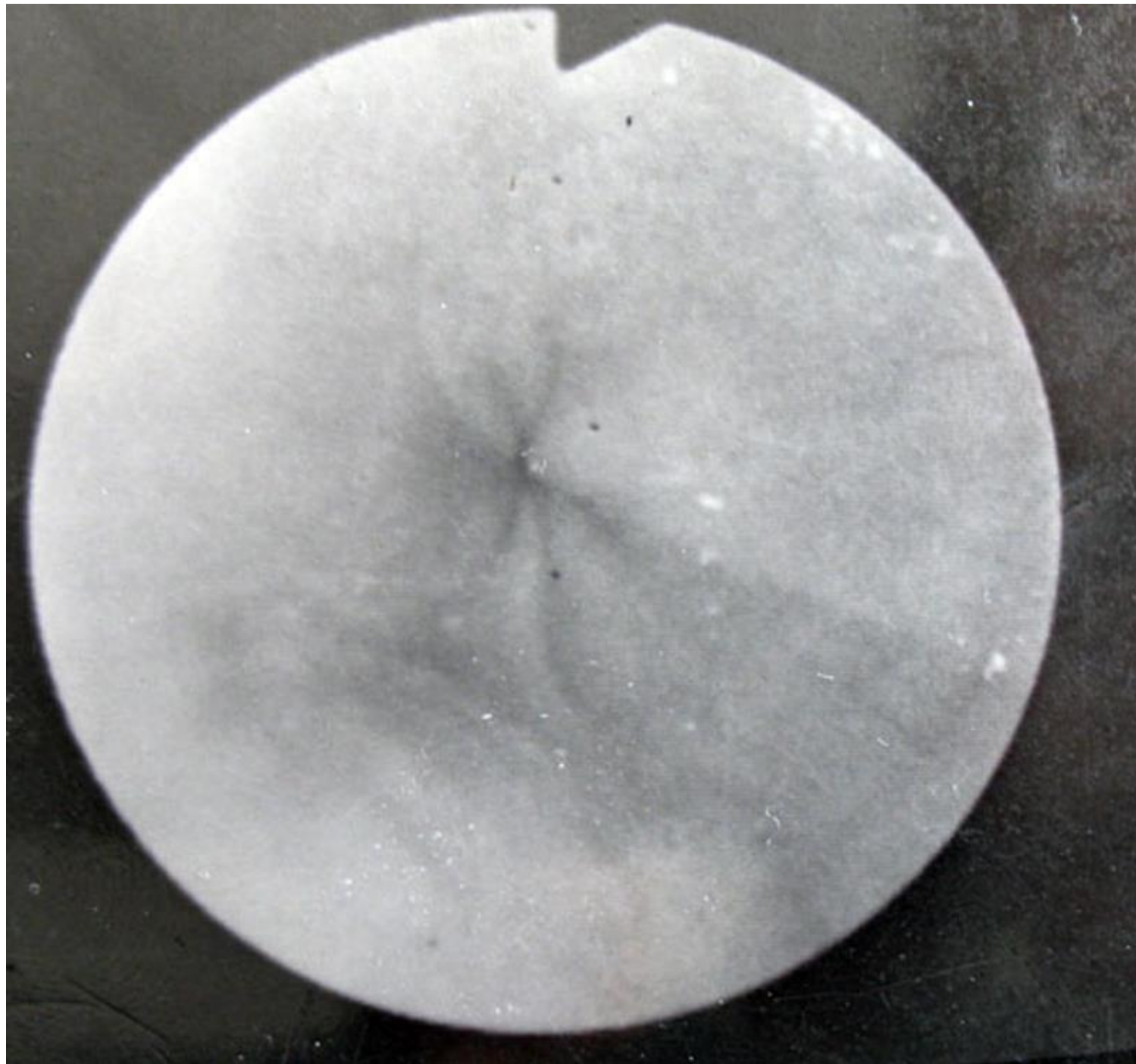
Консервативное лечение

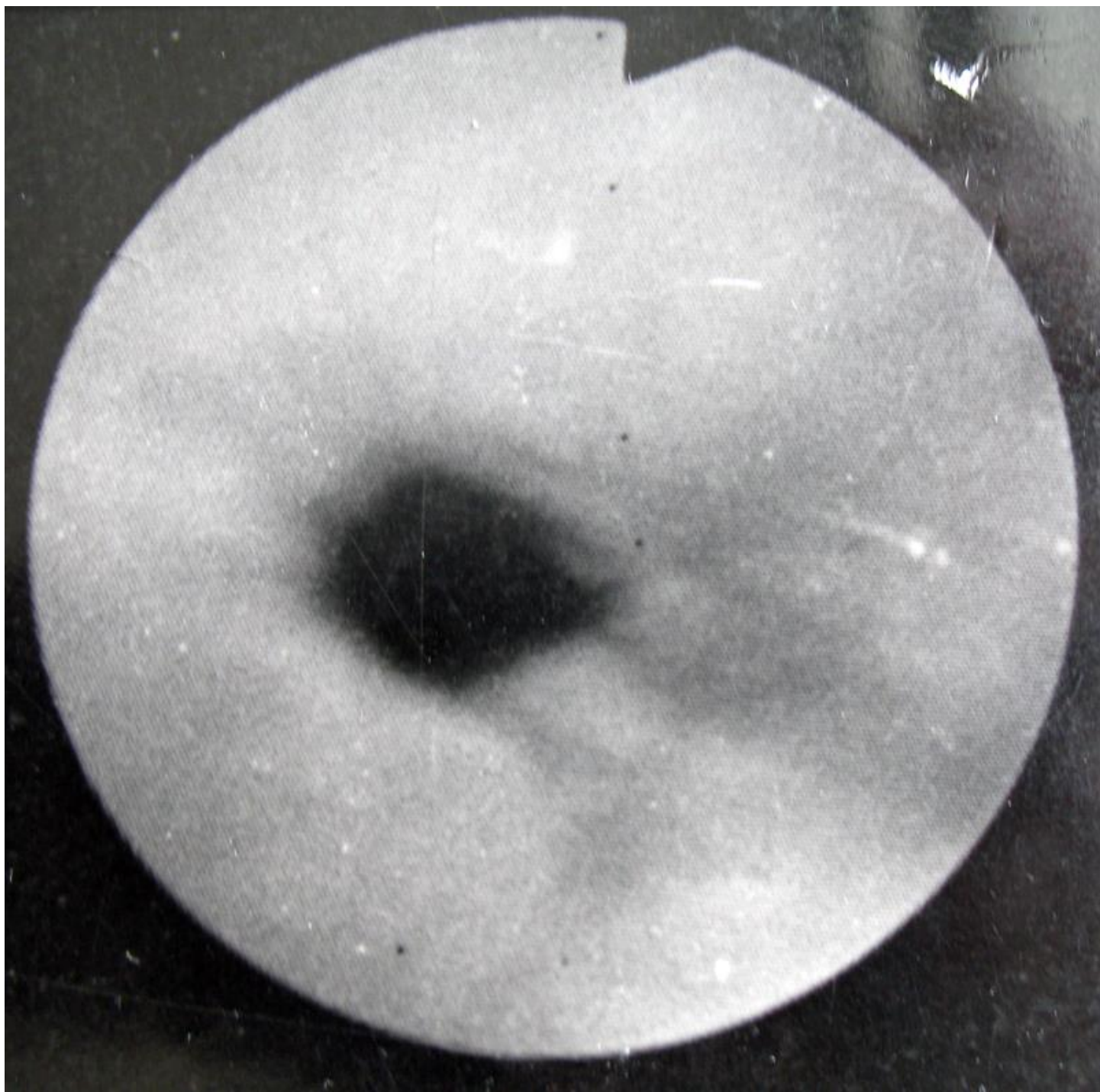
- **Лекарственное.** Нитраты, антихолинергические вещества, блокаторы кальциевых каналов, простагландины могут улучшить состояние.
- **Дилатация**— основной метод лечения ахалазии кардии.
 1. баллонный пневматический кардиодилататор
 2. механический кардиодилататор (аппарат Штарка)











- **Противопоказания**

1. Варикозное расширение вен пищевода,
2. Выраженный эзофагит.
3. Заболевания крови, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью.

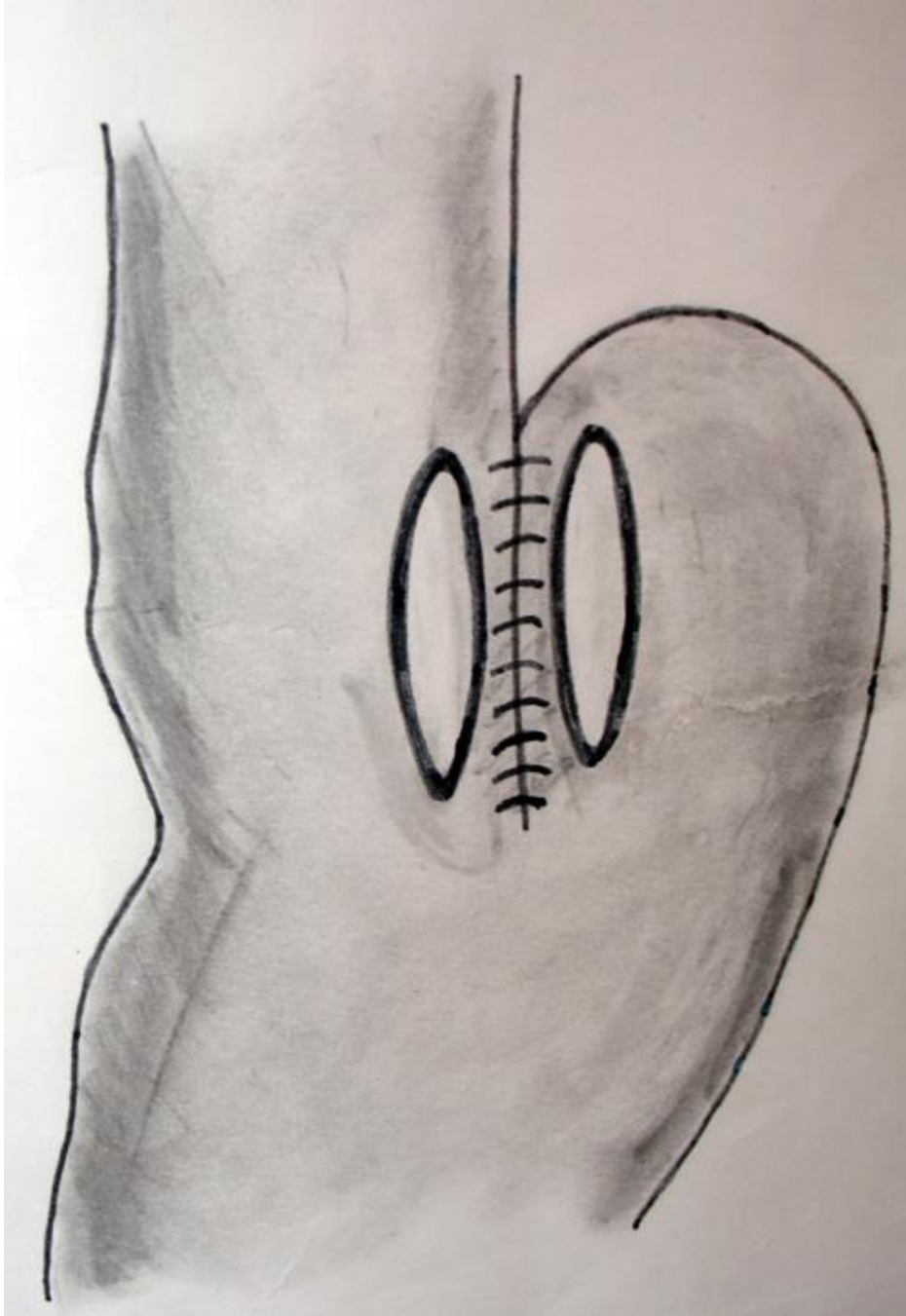
- **Осложнения**

1. Разрыв пищевода с развитием медиастинита.
2. Острое пищеводно-желудочное кровотечение.
3. Недостаточность кардии с развитием тяжёлого рефлюкс-эзофагита.

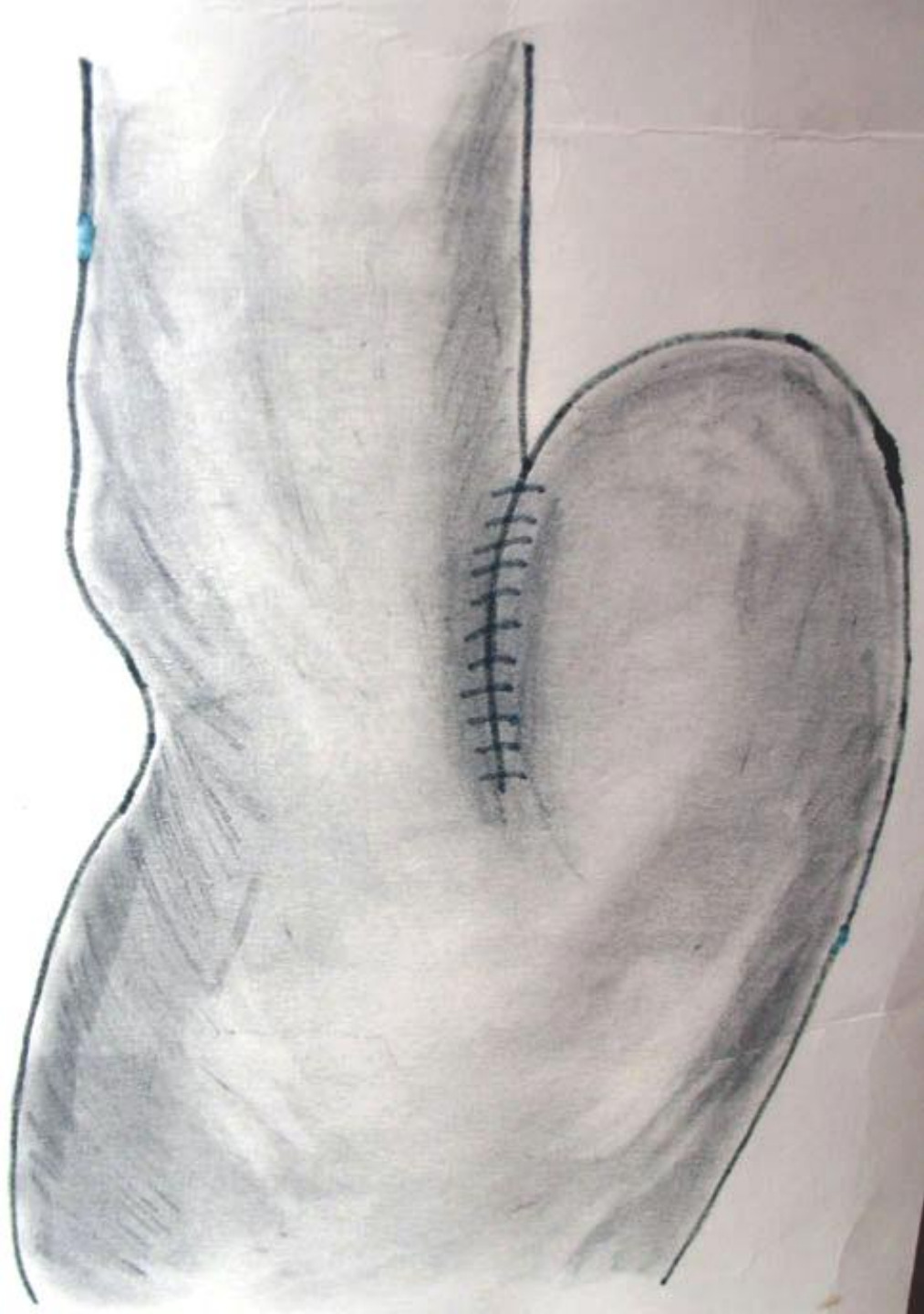
Хирургическое лечение показано 10-15% больным.

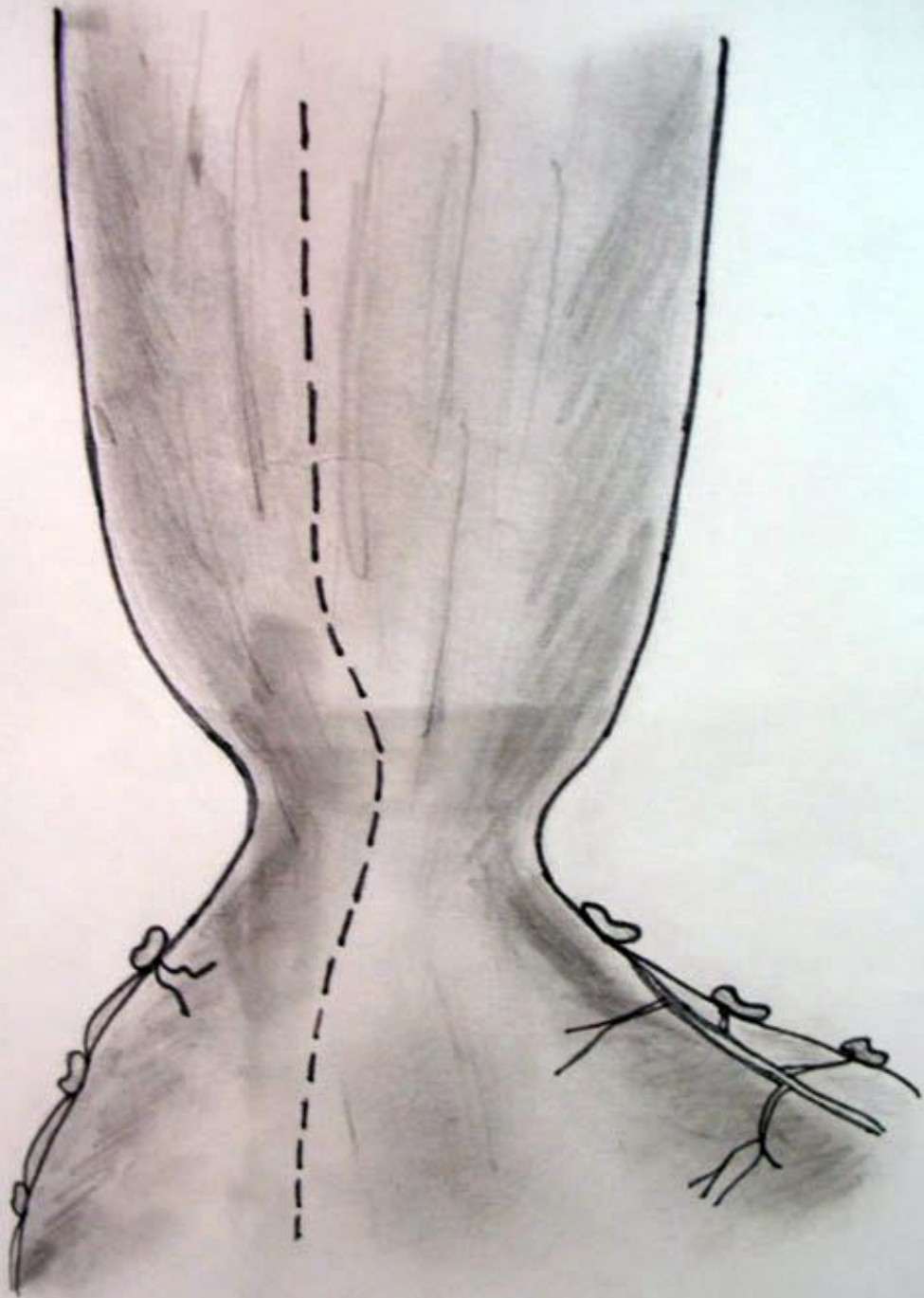
Показания:

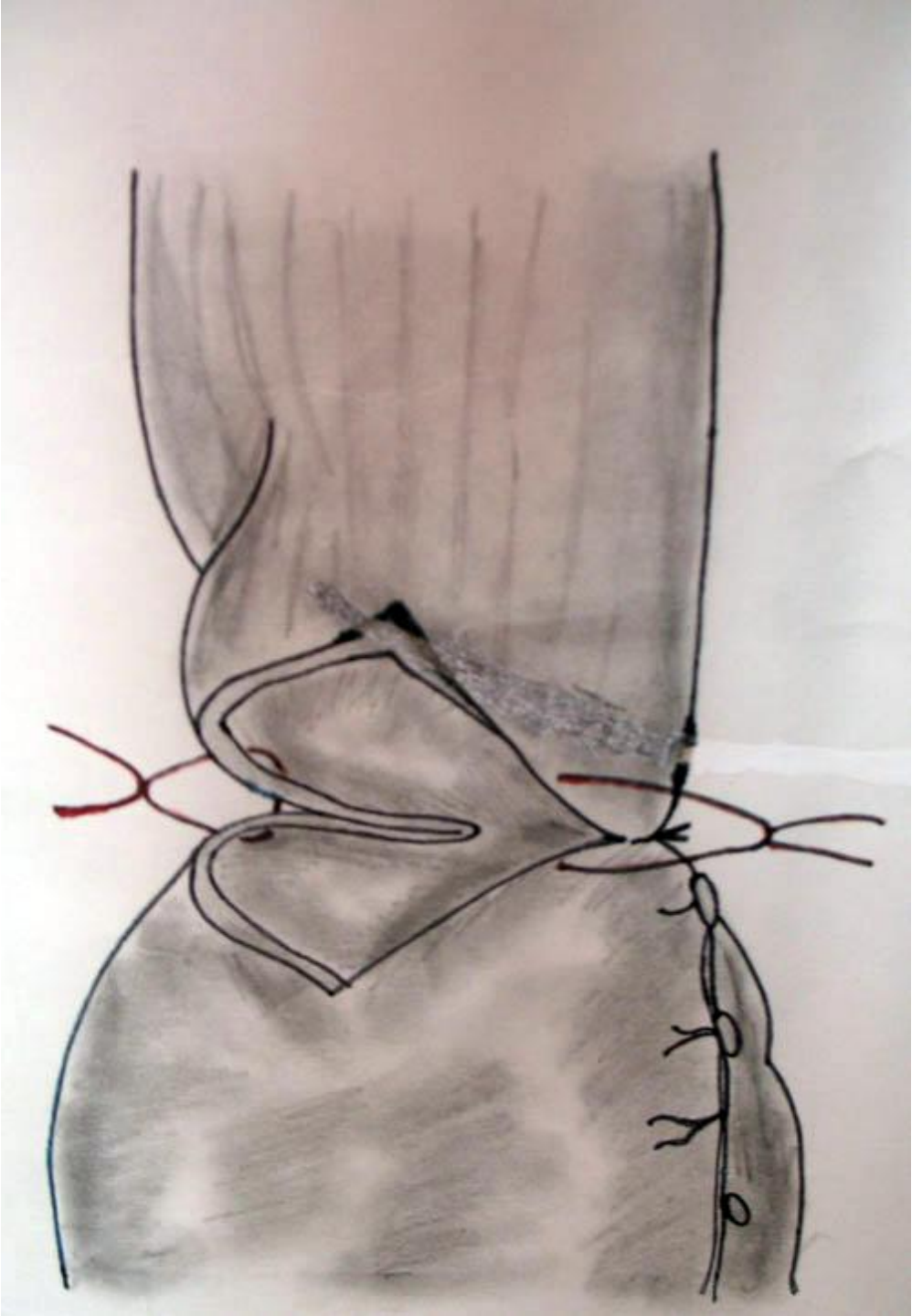
1. Невозможность проведения кардиодилатации;
2. Отсутствие эффекта от повторных курсов кардиодилатации;
3. Разрыв пищевода во время кардиодилатации;
4. III-IV стадия ахалазии кардии;
5. Подозрение на рак пищевода.



Операция Гейровского

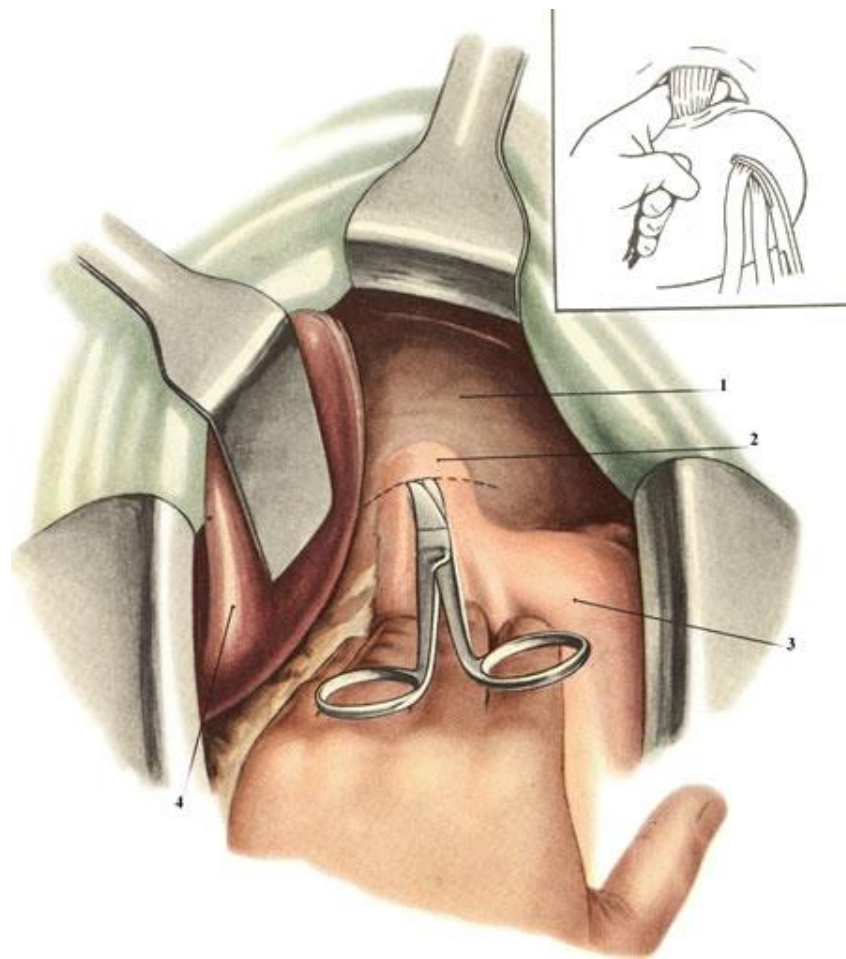




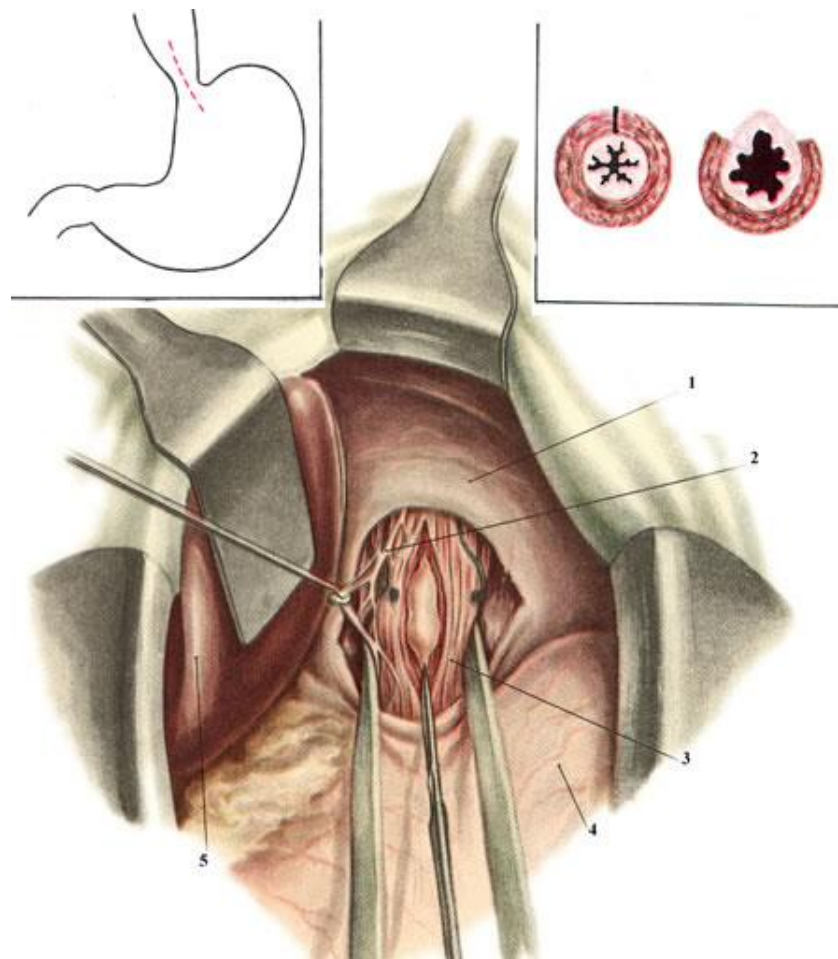




Эзофагомиотомия



Эзофагомиотомия



Дивертикулы пищевода

Классификация дивертикулов.

1. По происхождению:

- врожденные;
- приобретенные.

2. По локализации:

- глоточно-пищеводные (ценкеровские);
- эпибронхиальные (бифуркационные, среднепищеводные);
- дивертикулы нижней трети пищевода;
- эпифренальные (наддиафрагмальные);
- абдоминальные.

3. По механизму развития:

- пульсионные – выпячивание через слабые места при повышенном внутрипищеводном давлении;
- тракционные - вовлечение стенки пищевода в воспалительно-рубцовый процесс в клетчатке средостения;
- пульсионно-тракционные (смешанные).

4. По строению:

- истинные;
- ложные - не содержат мышечной оболочки.

5. По количеству: одиночные; множественные.



Стадии развития дивертикула

1. незначительное выпячивание стенки пищевода
2. дивертикул спускается вниз и располагается между пищеводом и позвоночником
3. дивертикул спускается в средостение.

Клиническая картина.

Глоточно-пищеводные дивертикулы возникают в двух слабых местах соединения глотки и пищевода - в области треугольника Ланнье - Геккермана и Лемера - Киллиана Иногда глоточно-пищеводные дивертикулы содержат до 1,5 л жидкости.

Триада симптомов (Terracol):

1. регургитация застоявшейся пищей
2. постоянное наличие в глотке слизи
3. бурлящие шумы при надавливании на глотку (с. Купера)

- Жжение
- Першение в горле
- Саливация
- Неприятный запах изо рта
- *Феномен блокады – сдавление пищевода*
- Осиплость голоса
- Отек шеи и лица
- Усиление рисунка подкожных вен
- Срыгивание разложившейся пищи

Дивертикул Ценкера



Запах изо рта



Бифуркационные дивертикулы

1. Редкое развитие дисфагии
2. Отрыжка воздухом
3. Тяжесть и боль в грудной клетке
4. Срыгивание пищей
5. Затрудненное дыхание
6. Кашель

Часто сочетаются с язвенной болезнью, гастритом, КОЛИТОМ.

Эпифренальные дивертикулы

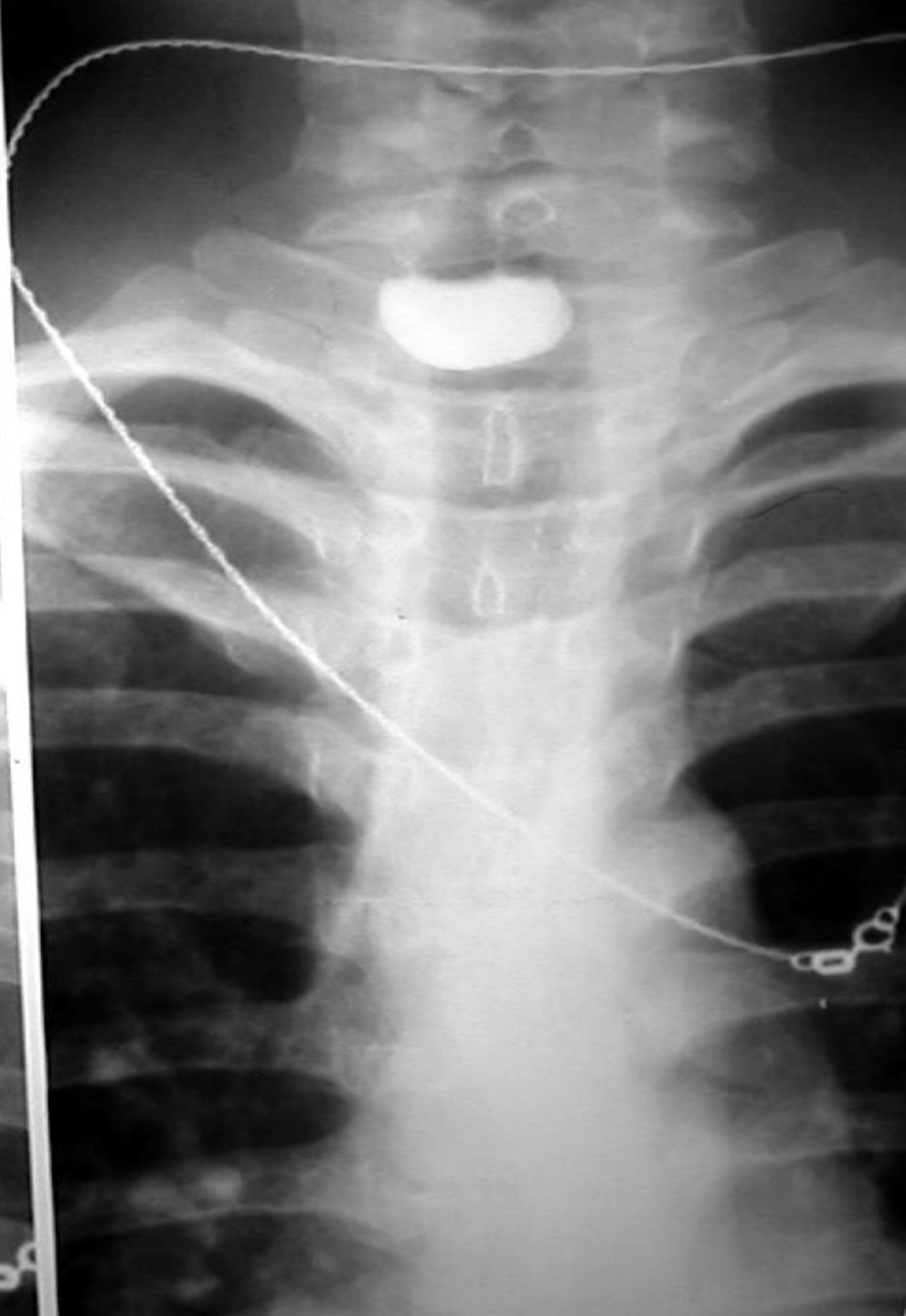
1. Чувство тяжести
2. Боль в нижней части грудины
3. Аэрофагия
4. Гнилостный запах
5. Срыгивание
6. Приступы астмы, стенокардии

Осложнения:

1. Дивертикулит и эзофагит с формированием абсцессов,
2. Аспирация содержимого дивертикулов (рецидивирующие бронхиты, пневмонии, абсцессы легких);
3. Кровотечение вследствие эрозий сосудов;
4. Перфорация дивертикулов с последующим медиастинитом;
5. Пищеводно-трахеобронхиальные свищи;
6. Рубцовый стеноз пищевода;
7. Малигнизация.

Диагностика

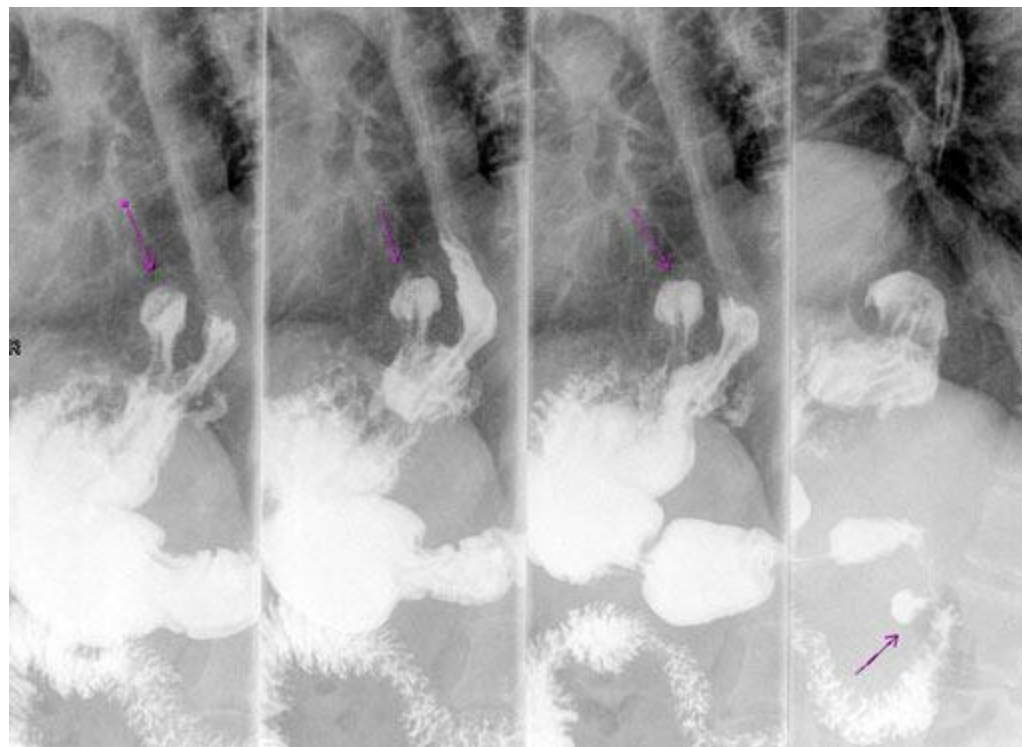
- Контрастная рентгенография
- Фиброэзофагоскопия
- Компьютерная томография



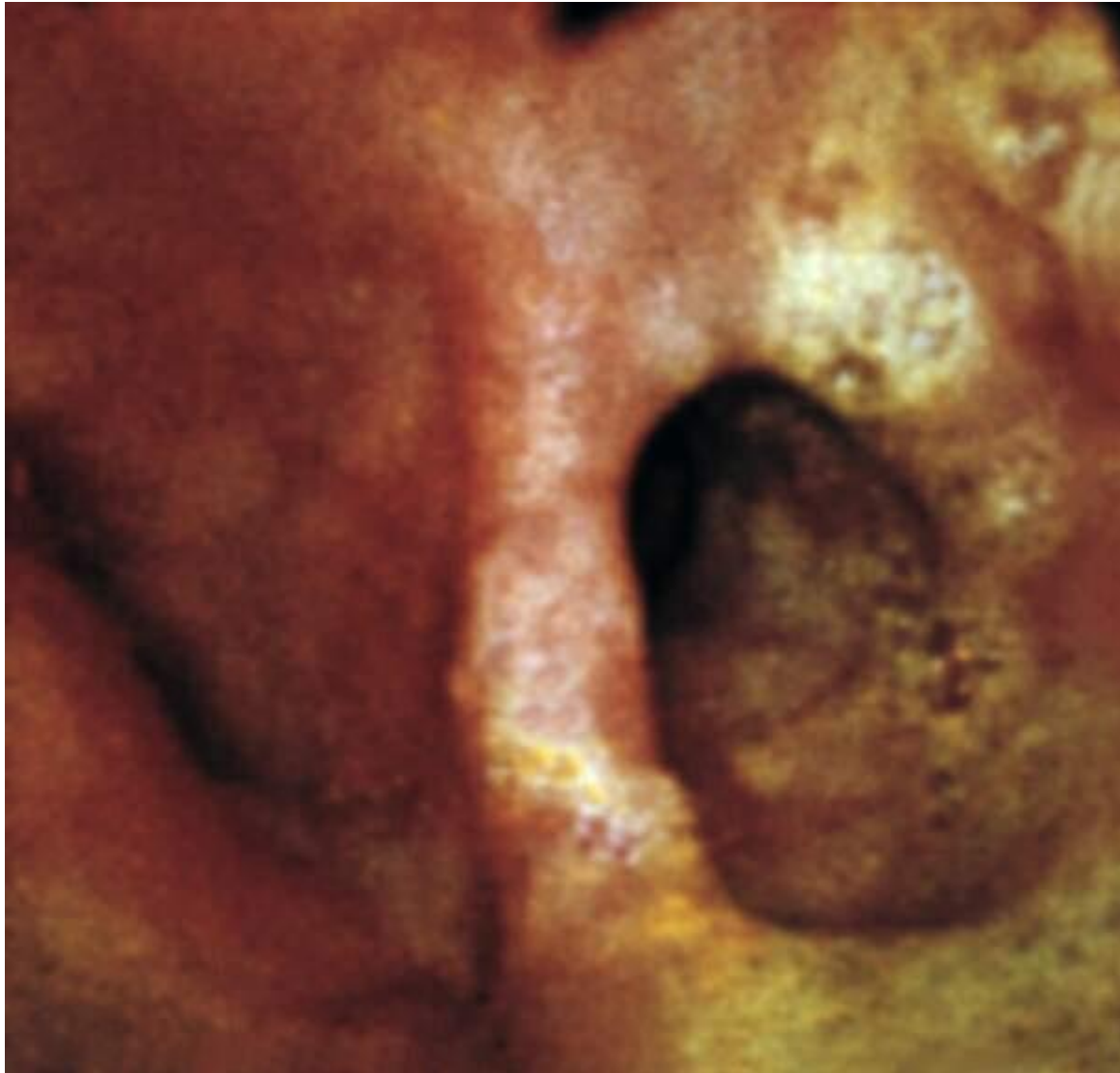
Эпифренальный дивертикул



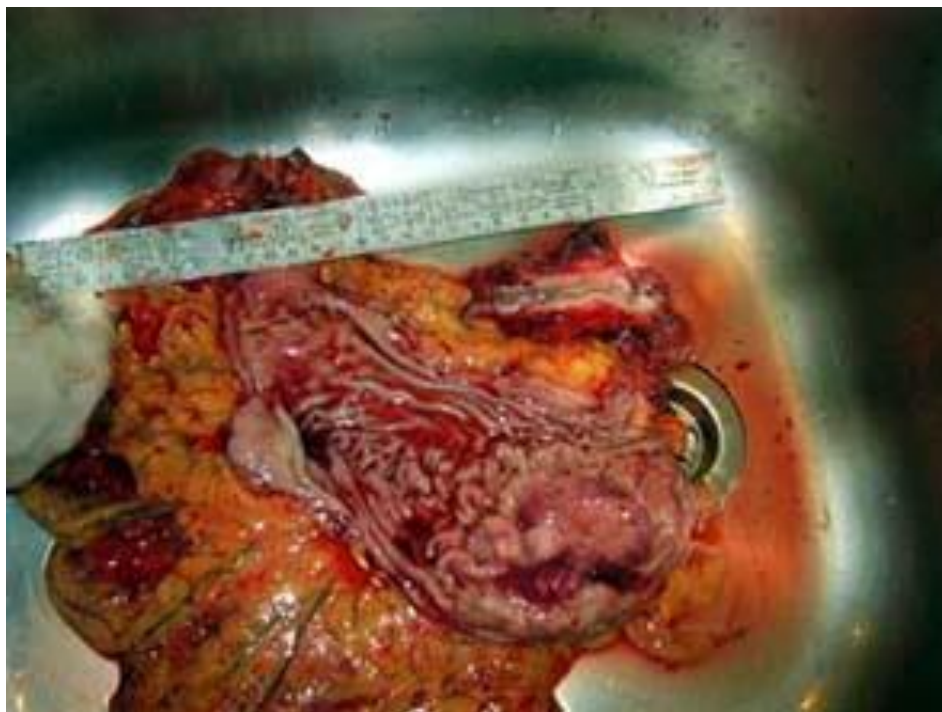
Эпифренальные дивертикулы



Дивертикул пищевода с явлениями дивертикулита



Дивертикулит, эзофагит, перфорация,
медиастинит.



В стадии развития дивертикулов:

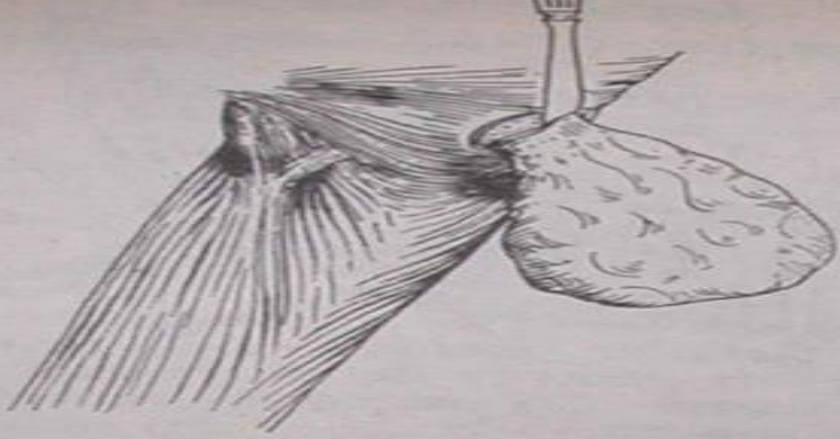
1. Дивертикул по форме напоминает шип розы;
2. Дивертикул по форме напоминают булаву;
3. Дивертикул имеет форму мешка, не сдавливающего пищевод;
4. Дивертикул сдавливает и оттесняет пищевод кпереди.

Консервативное лечение.

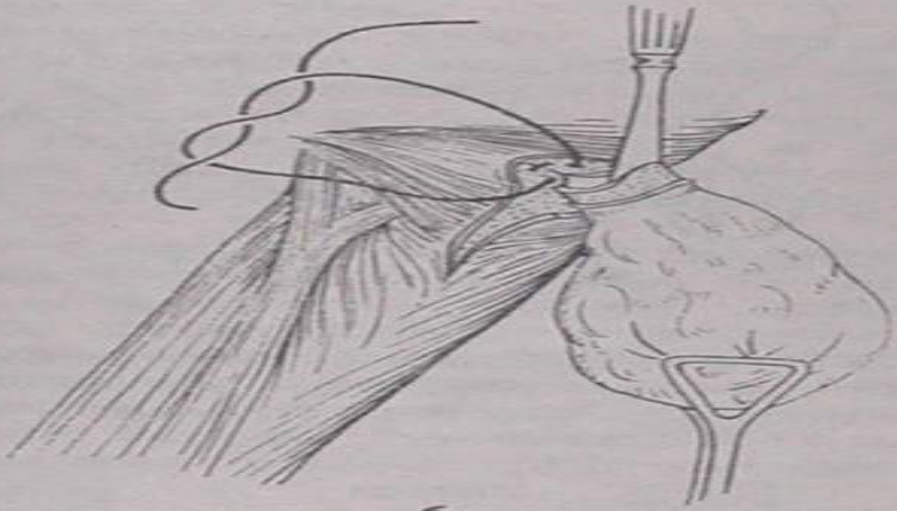
- Режим питания и диеты.
- Постуральный дренаж дивертикула

Показания к хирургическому вмешательству:

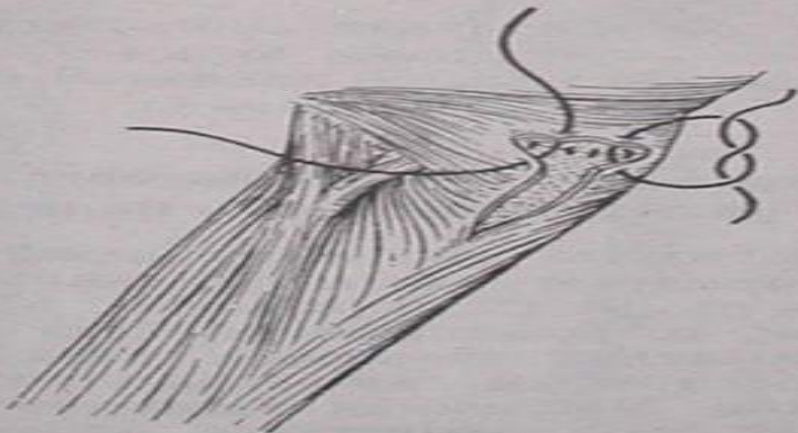
1. Дивертикулы больших размеров, нарушающие проходимость пищевода и сопровождающиеся длительным застоем пищевых масс в его полости;
2. Осложненные дивертикулы,;
3. Нарушение функций других органов и систем вследствие патологии пищевода;
4. Неэффективность консервативного лечения.



a



b



Доброкачественные опухоли пищевода

Доброкачественные опухоли пищевода

1. Происхождение

- Эпителиальные: аденомы (полипы)
- Неэпителиальные: липомы, лейомиомы, фибролипомы, миксофибромы, невромы, остеохондромы, ангиомы, миксомы

2. Характер роста

- Внутрипросветный: полипы, липомы, фибролипомы, миксофибромы
- Внутристеночный: лейомиомы

- Лейомиомы - опухоли, развивающиеся в мышечной оболочке пищевода и не вовлекающие в процесс слизистую оболочку.
- Составляют 2/3 доброкачественных опухолей пищевода.
- Если лейомиомы достигают размеров 5 см и более, у пациентов возникает дисфагия

Клиника

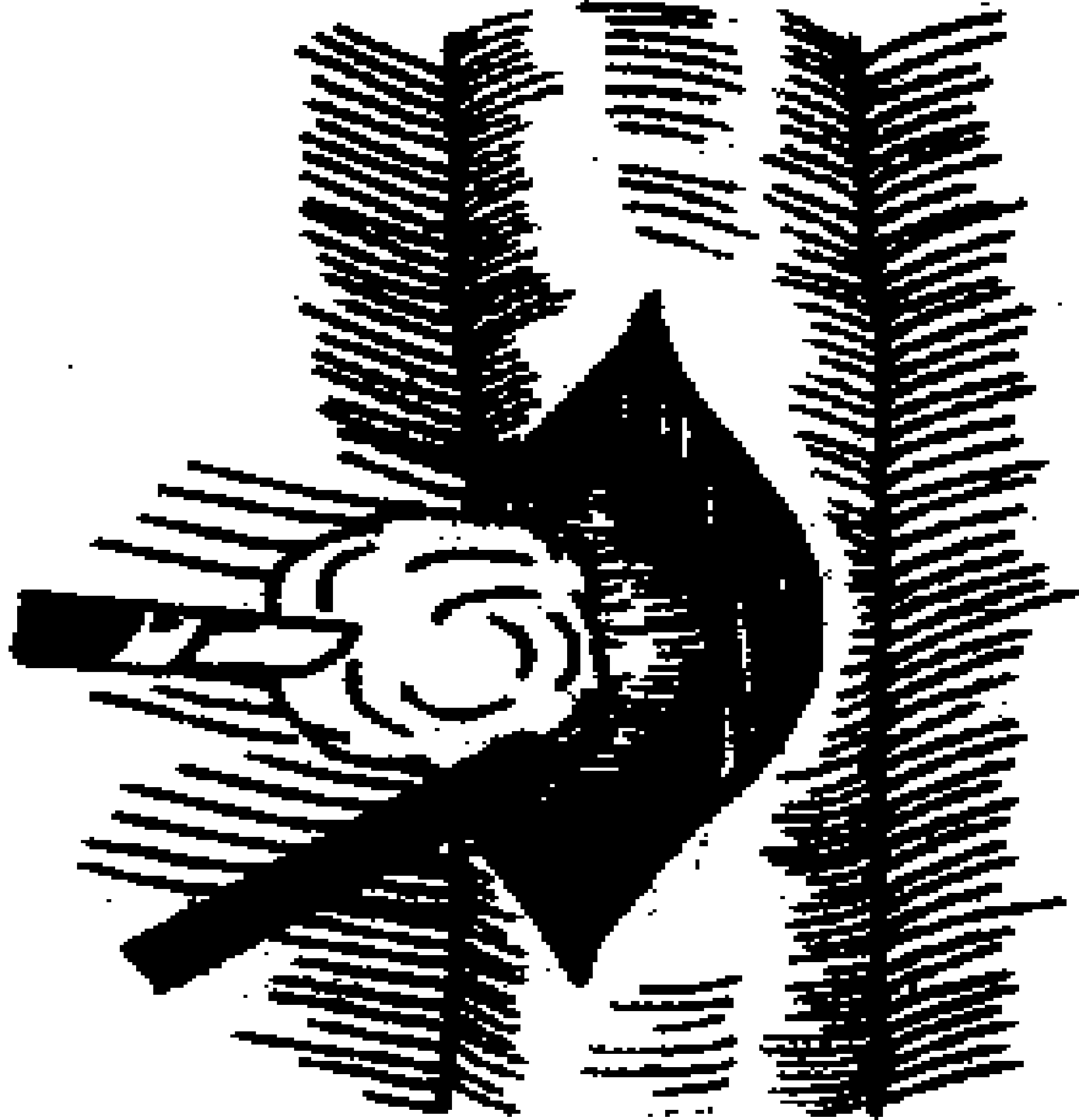
1. Дисфагия,
2. Изредка отрыжка
3. Потеря массы тела.

Диагностика

1. Контрастное рентгенологическое исследование. В стенке пищевода выявляется ограниченный дефект наполнения с гладкими краями и неизменённой слизистой оболочкой.
2. Эзофагоскопия.

Оперативное лечение

- 1. Эндоскопическое удаление опухоли**
2. Энуклеация (вылущивание) опухоли из стенки пищевода только без повреждения слизистой оболочки.
3. Эзофаготомия, иссечение опухоли.
4. Резекция пищевода производится, если опухоль располагается в нижней части пищевода и произвести её энуклеацию или иссечение невозможно.



Рак пищевода

Риск развития рака пищевода увеличивают следующие факторы:

- а. Курение (в 2-4 раза).
- б. Злоупотребление алкоголем (в 12 раз).
- в. Географические факторы.
- г. Дефицит витаминов, особенно А и С.
- д. Ожог щёлочью (даже через много лет после воздействия).
- е. Ахалазия. Риск развития карциномы — 10%.
- ж. Пищевод Барретта может явиться причиной аденокарциномы у 10% пациентов

Тип

- плоскоклеточный рак.
- аденокарцинома, (чаще всего развивавшаяся у пациентов с пищеводом Барретта).
- мукоэпидермоидная и аденокистозная карциномы.

Форма роста опухоли

- Экзофитная форма (узловая, ворсинчатая, бородавчатая).
- Эндофитная (язвенная) форма.
- Склерозирующая (циркулярная форма).

Особенности метастазирования

Рак шейного отдела пищевода - раннее метастазирование в средостение, клетчаточные пространства шеи, надключичные области.

Рак грудного отдела пищевода - в л/у средостения, околопищеводную клетчатку.

Рак нижнего отдела пищевода – в л/у верхнего отдела малого сальника.

Для всех локализаций - вирховские метастазы в левой надключичной области.

Отдалённые метастазы — в печень (20%), лёгкие (10%), кости, мозг.

Частоту лимфогенного метастазирования в большей степени определяет не размер опухоли, а **глубина инвазии**.

Высокая частота "прыгающего" метастазирования - достигающая 30%.

TNM

T — первичная опухоль.

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

TO — первичная опухоль не определяется.

Tis — карцинома *in situ*.

T1 — опухоль прорастает слизистую или подслизистый слой.

T2 — опухоль прорастает мышечный слой.

T3 — опухоль прорастает все слои.

T4 — опухоль прорастает прилежащие структуры.

N — регионарные лимфатические узлы.

NX — недостаточно данных для оценки поражения регионарных лимфатических узлов.

N0 — нет метастазов в регионарных лимфатических узлах.

N1 — имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах.

M — отдалённые метастазы.

MX — недостаточно данных для определения отдалённых метастазов.

M0 — нет отдалённых метастазов.

M1 — имеются отдалённые метастазы

1. Дисфагия (85%):

1-я степень — по пищеводу проходит любая пища, но больной испытывает неприятные ощущения, прохождение пищи замедлено, иногда появляется болезненность за грудиной, в межлопаточном пространстве, в эпигастрии;

2-я степень — проходит любая пища, но больной вынужден запивать её;

3-я степень — проходит только жидкая пища;

4-я степень — пища не проходит (афагия).

2. Повышенная саливация
3. Боли при глотании -25% (распространение опухоли за пределы стенки).
4. Запах изо рта
5. Регургитация (срыгивания, «пищеводная рвота»).
6. Поражение органов грудной полости: тупые боли в груди, одышка, тахикардия после еды, изменение тембра голоса (5%), кашель (3%), набухание надключичной ямки.
7. Синдром малых признаков (адинамия, утомляемость, безразличие, **похудание (60%)**, беспричинный субфебрилитет)

Диагностика

- Рентгенконтрастное исследование пищевода.
- Эзофагоскопия.
- Бронхоскопия.
- Компьютерная томография
- Эндоскопическое УЗИ.



W12956
Paronychia IX
54



Лечение

1. Радиотерапия и химиотерапия существуют как дополнение к оперативному лечению.
2. **Лучевая терапия** показана при локализации поражений в проксимальной части средней трети или в верхней трети пищевода. Средняя доза составляет примерно 40-60 Гр
3. **Химиотерапия** практически не оказывает влияния на длительность жизни больных. Более обнадеживающие результаты получены при сочетаниях химио- и лучевой терапии.
4. **Неoadъювантная химиотерапия и лучевая терапия**, проводимая перед операцией, уменьшает размеры опухоли и улучшает отдалённые результаты оперативного лечения.
 - А. Возможно уменьшение первичного очага
 - Б. Раннее лечение микрометастазов
 - В. Лучше переносится

Хирургическое лечение

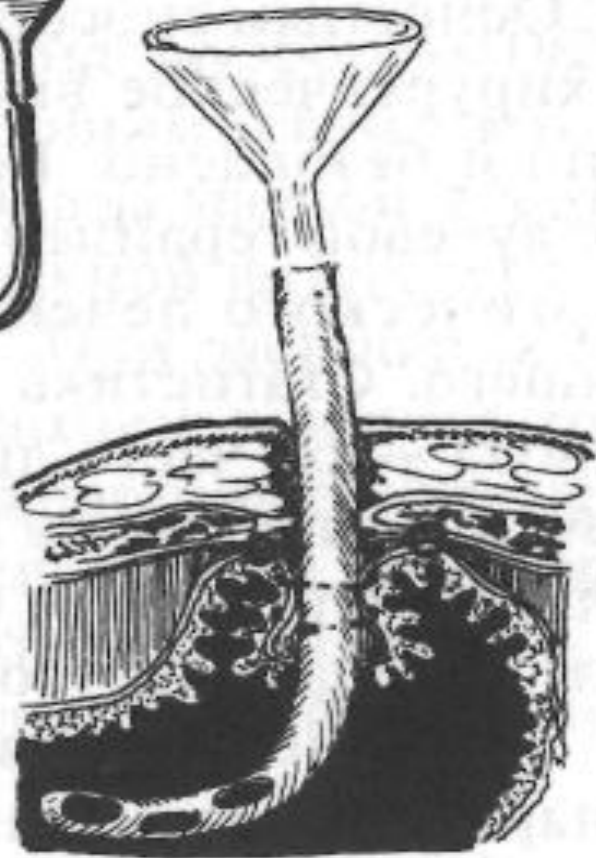
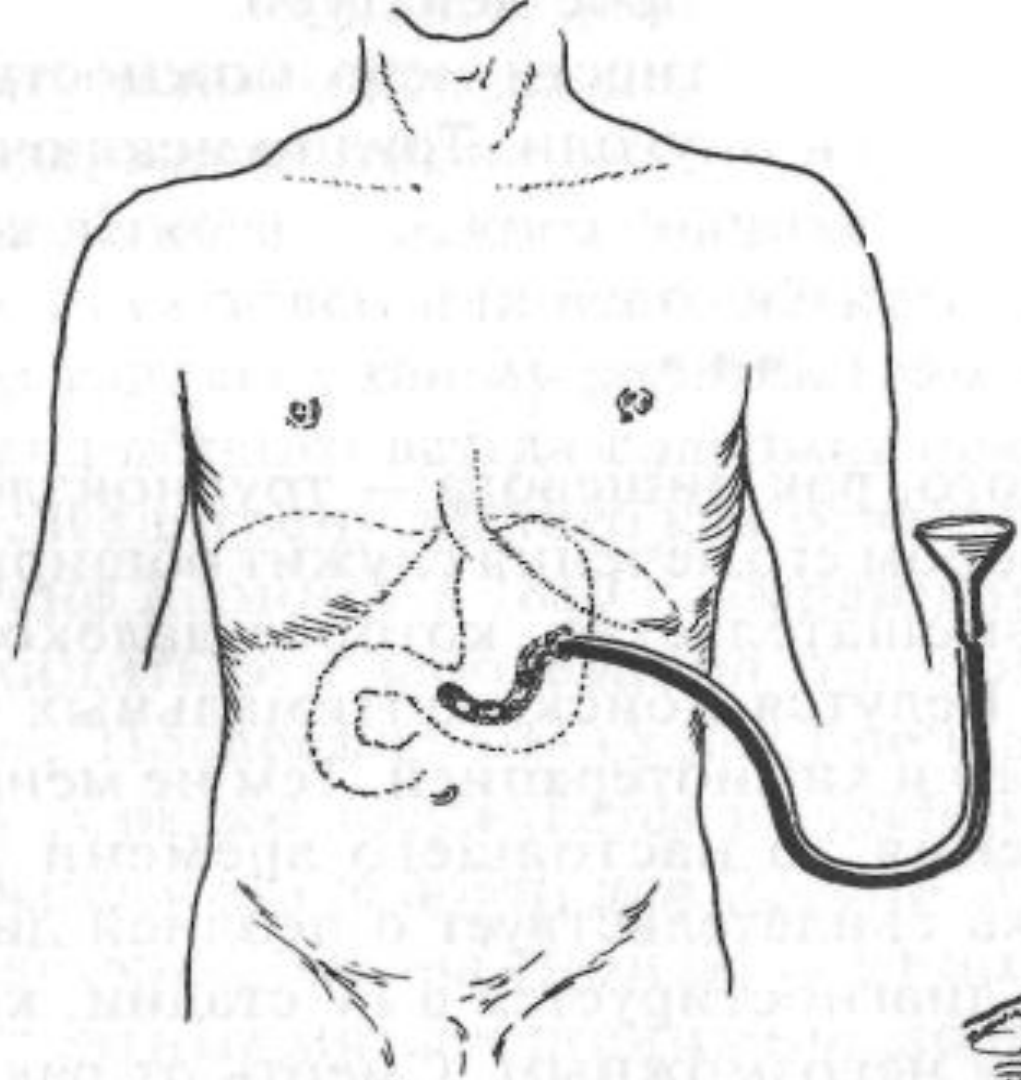
1. Паллиативное

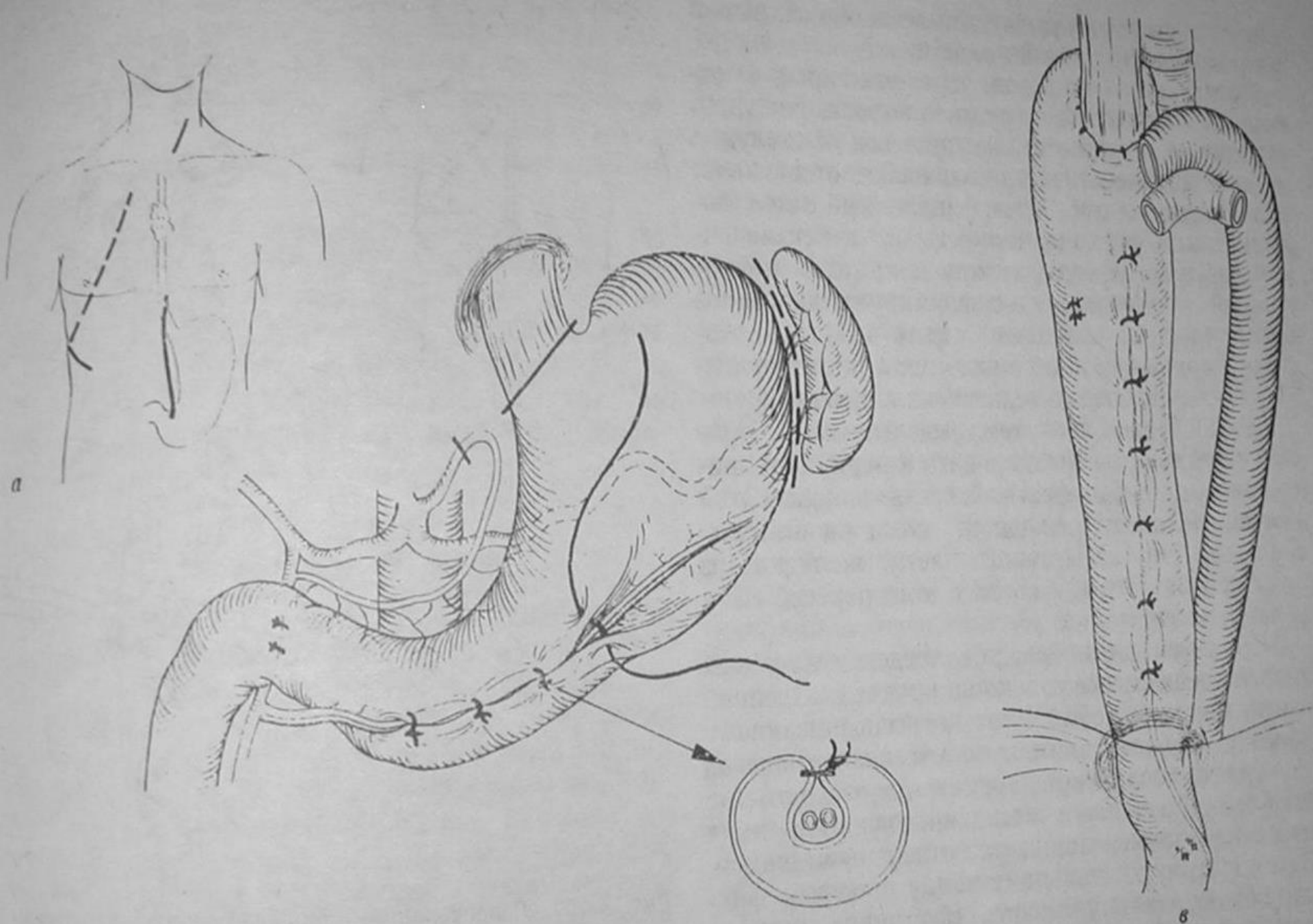
А. Гастростомия

Б. Бужирование и стентирование пищевода

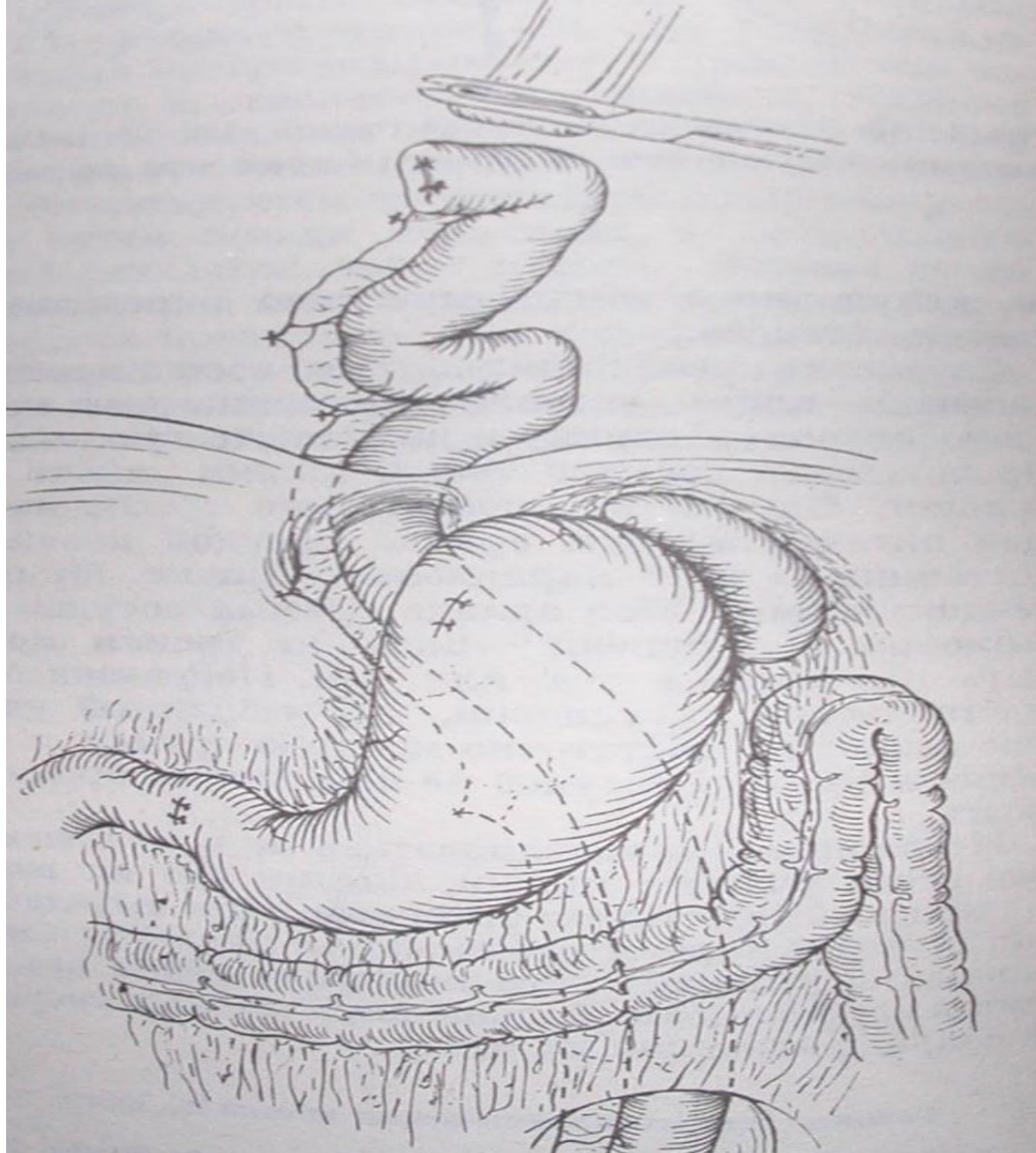
В. Эндоскопическая резекция опухоли
(электро-, лазерная)

2. Радикальные – резекция пищевода

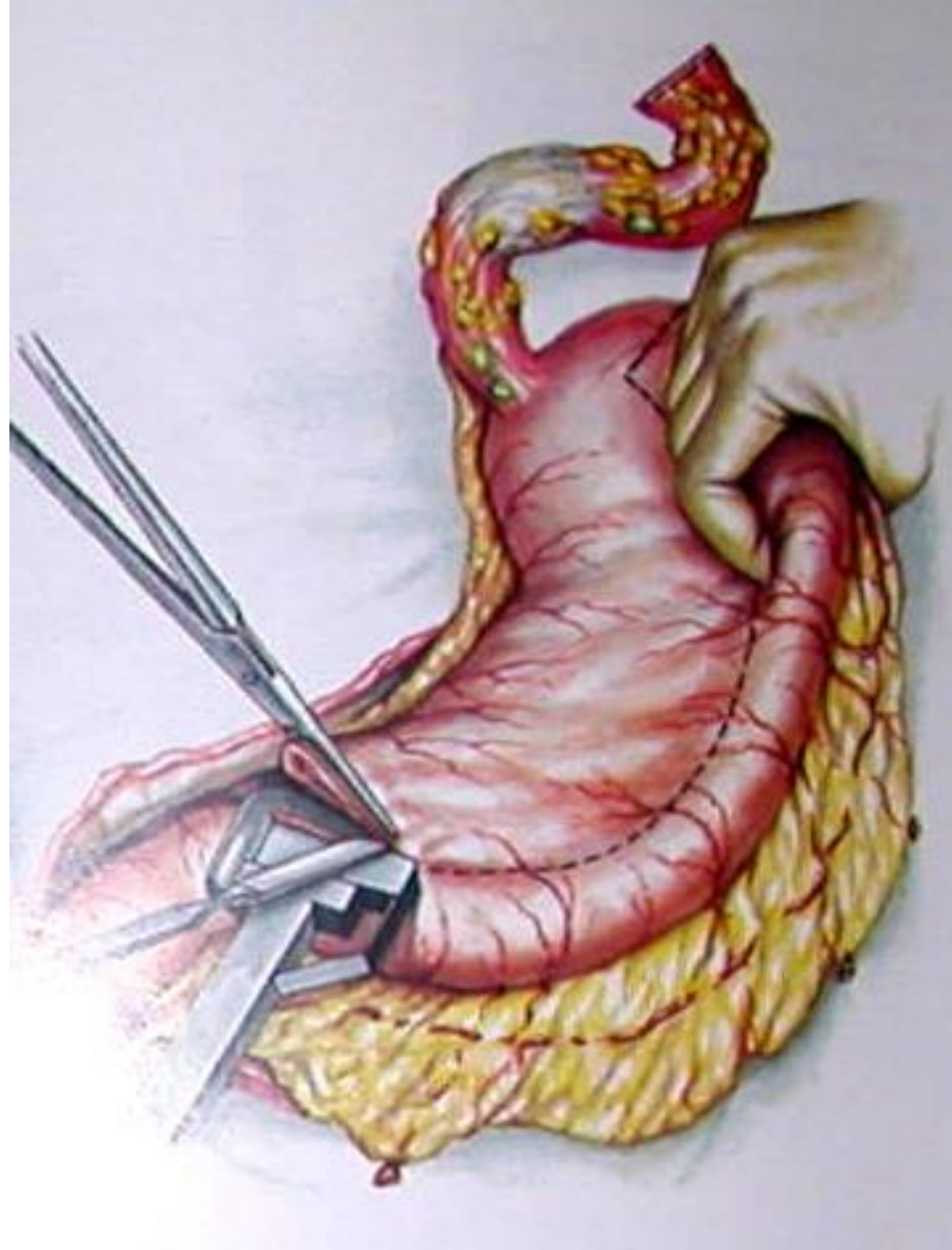




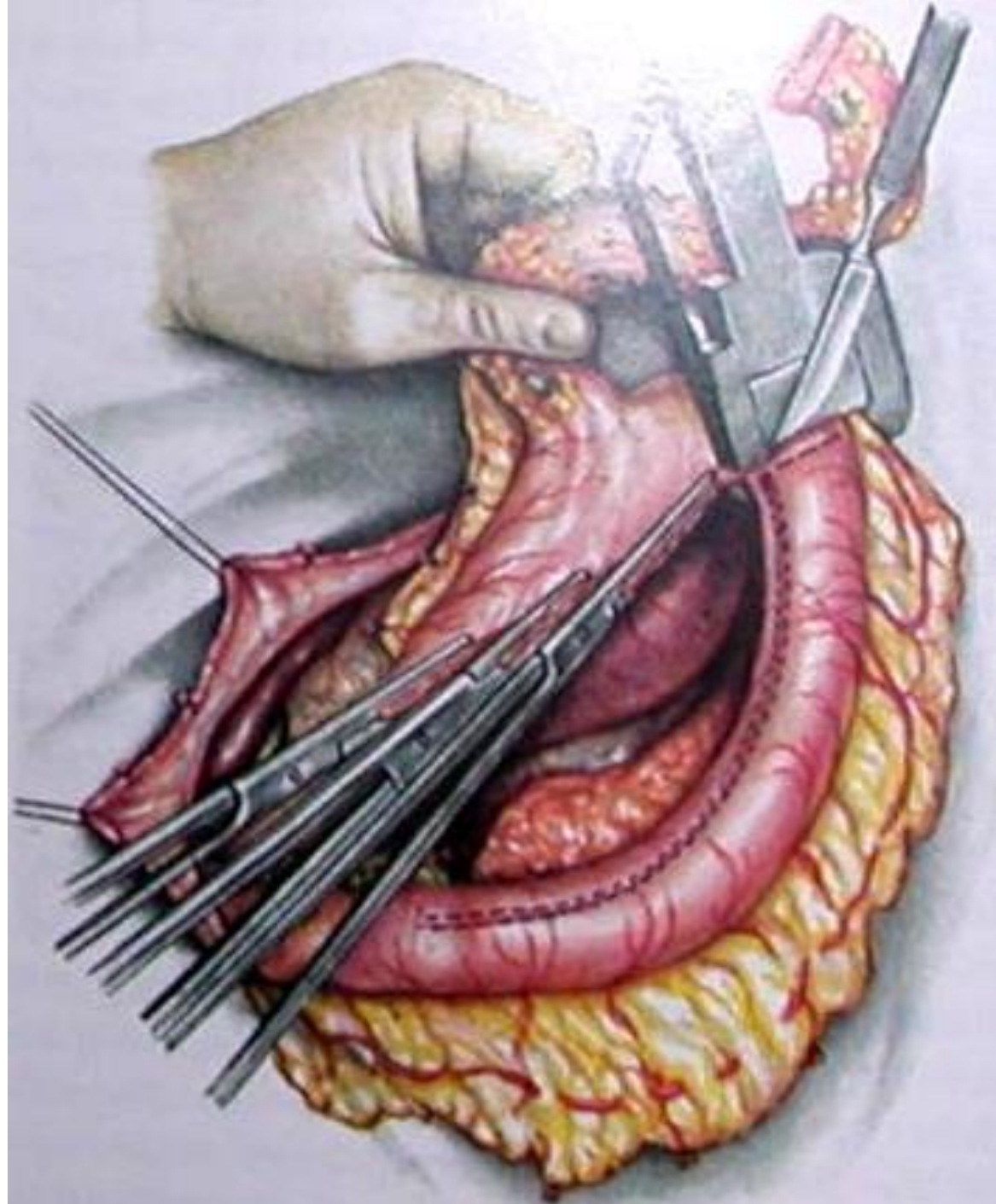
Операция Льюиса



Тонкокишечная пластика пищевода по Ру (1906)



Пластика пищевода изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка (А. Ф. Черноусов, 1980).



- При оперативном лечении 5-летняя выживаемость для всех групп больных — 5-15%. У пациентов, оперированных на ранних стадиях заболевания (без видимого поражения лимфатических узлов), 5-летняя выживаемость повышается до 30%.
- Методичное применение расширенной абдоминальной ЛАЭ при РП позволило увеличить пятилетнюю выживаемость пациентов в 2 раза - с 15,4 до 34,9%.