

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ДИСФАГИИ

(Методическое пособие для студентов)

Ташкент 2010 г

Составители:

Зубайдуллаева М.Т. – старший преподаватель кафедры внутренних болезней по подготовке ВОП с клинической аллергологией

Нуритдинова Н.Б. - доцент кафедры внутренних болезней по подготовке ВОП с клинической аллергологией

Абдуллаев С.П. – профессор, зав. кафедрой кафедры внутренних болезней по подготовке ВОП с клинической аллергологией

Юлдашева Х.Ю.- старший преподаватель кафедры внутренних болезней по подготовке ВОП с клинической аллергологией

Махмудов А.Б.- доцент кафедры внутренних болезней по подготовке ВОП с клинической аллергологией

Рецензенты:

Искандерова С.Д. д.м.н., профессор кафедры нефрологии и ревматологии ТашИУВ

Закирходжаев Ш.Я – д.м.д., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гематологии, ВПТ, проф..заболеваний, медсестринское дело лечебного факультета.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«СОГЛАСОВАНО»

Начальник отдела по координации
Научно-исследовательской
деятельности
Б.Т.ДАМИНОВ

« _____ » _____ 2010 г

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник главного
Управления науки и
учебных заведений
Ш.Э.АТАХАНОВ

« _____ » _____ 2010 г

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ДИСФАГИИ

(Методическое пособие для студентов)

Ташкент 2010

Введение.

Дисфагия (затрудненное глотание) может наблюдаться вследствие воздействия на акт глотания различных факторов. Дисфагия всегда связана с глотанием, а жалобы на затруднение глотания указывают на поверхностный или внутренний патологический процесс в глотке или пищеводе.

Болезни пищевода дают характерную симптоматику, что позволяет врачу правильно оценить заболевание и определить его локализацию. Подробно расспросив больного о течении заболевания, врач может обнаружить один или чаще несколько симптомов, на основании которых болезнь может быть отнесена к одному из видов дисфагии. Дальнейшее уточнение диагноза становится возможным благодаря наличию симптомов, характерных для определенных состояний.

1. Дисфагия – нарушение акта глотания, которое вызвано органическим или функциональным препятствием на пути продвижения пищи по пищеводу. Симптом часто определяют как чувство застревания в горле. При дисфагии больной не может проглотить пищу сначала твердую, а потом и жидкую. Чаще всего причиной дисфагии являются сужения пищевода вследствие ожога или другой какой-либо причины, поражение мышц, участвующих в акте глотания, сдавление пищевода опухолью или лимфатическими узлами. Временная дисфагия встречается при истерическом неврозе. Дисфагия пищевода – это расстройство третьей фазы глотания. Экстрапищеводная дисфагия – это нарушение акта глотания за счет внепищеводных причин. Иногда дисфагия наблюдается у истеричных людей, она называется псевдодисфагией и обусловленная спазмом циркулярных мышц глотки или устья пищевода.

К высокой интраэзофагеальной дисфагии приводят спазмы устья пищевода, пограничные дивертикулы Ценкера, инородные тела, острые и хронические воспаления слизистой оболочки рта, глотки и гортани. Средняя интраэзофагеальная дисфагия может быть вызвана как функциональными нервно – мышечными расстройствами, так и органическими поражениями (эзофагиты, язвы, стриктуры, опухоли, дивертикулы и др.) Дисфагия после приема любой пищи более характерна для эзофагита, после жидкой – для функциональной патологии, после твердой – для органического сужения просвета опухолью, стриктурой. «Низкая» дисфагия часто отражает ахалазию, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс – эзофагиты, язвы, стриктуры, опухоли, эпинефральные дивертикулы.

Парадоксальная дисфагия, при которой твердая пища проходит лучше жидкой, а большие куски пищи лучше малых, описывается в литературе как симптом Лихтенштерна.

2. Боль – частое проявление как функциональных расстройств, так и органических поражений пищевода и кардии. Болезненные ощущения обычно локализуются на уровне очага поражения – как правило, за грудиной, изредка с локализацией в шею, челюсть, плечо, спину, эпигастральную область. Функциональные расстройства (спазмы) сопровождаются болями во время еды или в стрессовых ситуациях. Принципиально важно исключить в таких случаях стенокардию или инфаркт миокарда. Дисфагия и боли при дисфункции не связаны с физическими нагрузками, ЭКГ нормальная, прием нитроглицерина не помогает. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или крупные эпинефральные дивертикулы при заполнении пищей приводят к послеобеденным болям. Рефлюкс – эзофагиты и эзофагиты сопровождаются болями после приема кислой или острой пищи, после отрыжки съеденной пищей, в положении лежа. При ахалазии боли могут возникать то натощак по утрам, то ночью в виде длительных болевых кризов или сочетаться с дисфагией. Декомпенсированные стадии ахалазии ослабляют болевой синдром до полного его исчезновения (важное отличие от рака). Боли при раке пищевода могут возникать во время или сразу после еды, локализуясь выше опухоли (престеночный эзофагит и спазмы) или быть постоянными, локализуясь ниже опухоли (периезофагит и

медиастинит, сдавление блуждающего нерва) Прорастание опухоли в клетчатку средостения обуславливает иррадиацию боли в межлопаточную область, а прорастание в нервные стволы сопровождается межреберной невралгией. Постоянная боль по ходу пищевода иногда объясняется не опухолью самого органа, а метастазами в позвоночник и говорит о запущенности патологического процесса.

3. Изжога – чувство жжения за грудиной у мечевидного отростка. Изжога бывает натощак или после сытной еды, большого количества сладостей, пряностей или острых блюд. Нередко она появляется в горизонтальном положении, при физической работе в согнутом состоянии, в период беременности. Наиболее частый механизм изжоги это заброс кислого желудочного содержимого в пищевод и в большинстве случаев он служит признаком рефлюкс – эзофагита, ахалазии, склеродермии, грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

4. Отрыжка и срыгивание – произвольные резкие выбрасывания в рот из полости пищевода или желудка воздуха или смеси воздуха с желудочным содержимым. Отрыжка малым количеством пищи является регургитацией, а отрыжка большим количеством пищи, внезапное извержение полным ртом без предшествующей тошноты – характерная пищеводная рвота. Данным проявлением присущ общий механизм (слабость кардиального сфинктера), отсутствие патологических ощущений в животе и участия мышц брюшного пресса.

5. Запах изо рта (какосмия) – неприятный, дурной запах изо рта может быть признаком не только опухоли, но и эзофагита, пептической язвы и стриктуры, грыжи, жидертикулита, ахалазии.

6. Руминация – редкий вид срыгивания пищу у человека и частый у млекопитающих. Он заключается в повторном пережевывании и заглатывании пищи, выброшенной из желудка в рот.

7. Пищеводная рвота – представляет собой сочетанное состояние эксплеции (наполнение) и экспульсии пищевода (изгнание), т.е. опорожнение заполненного пищевода. Истинная пищеводная рвота совершается собственными антиперистальтическими сокращениями мышц расширенного пищевода при органическом стенозе кардии (опухоль, язва, ахалазия).

8. Кровотечение из пищевода – это спонтанное выбрасывание изо рта алой крови. Выброс небольшого количества крови является собой отрыжку кровью, а обильный выброс – кровавую рвоту. При пищевой кровавой рвоте реальный источник кровотечения расположен в самом пищеводе, возникает профузное кровотечение изо рта с относительно мало выраженной меленой, кровотечение начинается ночью или после сытной еды (увеличен приток крови). Подобную картину могут дать рак кардии, синдром Меллори-Вейса, гипохромная анемия (синдром Пламмера–Винсона), ущемление параэзофагеальной грыжи, трахеозофагеальные свищи и другие заболевания. Эрозивно – язвенные эзофагиты, варикозные узлы пищевода бывают наиболее частой причиной пищевого кровотечения.

9. Икота – повторяющиеся приступы икоты у больных с поражением пищевода свидетельствуют о вовлечении в процесс диафрагмального нерва. Часто это происходит при раке пищевода, но может наблюдаться при эзофагите, ахалазии, осложненных грыжах. При раке кардии икота может быть обусловлена поражением ветвей блуждающего нерва.

Многие заболевания пищевода сопровождаются рядом второстепенных, неспецифических местных и общих клинических проявлений – гиперсаливация потеря аппетита, истощение при раке, приступы ночного кашля при ахалазии.

Методы исследования

Рентгенологическое исследование. Последовательное полипозиционное исследование пищевода дает клиницистам большую диагностическую информацию. Рентгенологическое исследование начинается с обзорной рентгенографии органов

грудной клетки, а при необходимости и брюшной полости. Следующий этап – контрастное полипозиционное исследование пищевода. Контрастирование пищевода следует начинать с использования обычной жидкой бариевой взвеси **сметаноподобной** консистенции (100 гр. Бария и 100 гр воды.). Для исследования шейного отдела к такой бариевой взвеси добавляют 10 мл иодолипола.

При необходимости выполняют пневмомедиастинографию, рентгенконтрастные исследования сосудов и камер сердца.

Эндоскопическое исследование.

Биопсия и морфологическое исследование.

Цитологическое исследование.

Манометрия пищевода.

Эзофаготономография – метод графической регистрации состояния стенок и сфинктеров пищевода, позволяет диагностировать органические и ранние стадии функциональных нарушений.

pH – метрия.

Проба с раствором метиленового синего.

Радионуклидные исследования – метод построен на избирательном накоплении радионуклидов в патологических образованиях пищевода. Безвредный и нетоксичный изотоп ³²P в течение часа после внутривенного введения неравномерно накапливается в тканях и может сохраняться в них до 3 суток. По сравнению со здоровыми тканями накопление изотопа в раковой опухоли превышает до 200-400% и медленно снижается в течение 1 – 2 суток. Воспалительные процессы в пищеводе сопровождаются быстрым накоплением изотопа и довольно резким его падением. Измерение радиоактивности тканей пищевода гибким интрузивным зондом – счетчиком в первые часы, через 24 и 48 часов после введения изотопа подтверждает ценность этого метода диагностики. Он особенно оправдан при подозрении на рак пищевода или кардии.

Монометрические и рентгенологические признаки распространенных нарушений моторики пищевода.

| Заболевание | Перистальтика | Нижний сфинктер пищевода | Реакция на фармакологические пробы | Рентгенологические симптомы. |
|---------------------|---|---|---|---|
| Ахалазия | Отсутствует на всем протяжении | Давление более 30 мм.рт.ст. часто в 3-5 раз выше нормы, не полностью расслаблен во время глотания | Классическая «реакция денервации» на холинергические препараты | На рентгенограмме грудной клетки: расширение тени средостения, уровень жидкости в пищеводе, газовый пузырь желудка отсутствует. Барий: расширение, перистальтики нет, дистальное сужение, рефлюкса нет. |
| Склеродермия | Отсутствует или резко ослаблена в дистальных 2\3 пищевода | Давление очень низкое, часто не определяется | Дистальные сокращения и давление почти не увеличиваются в ответ на введение холинергических препаратов. | Барий: нормальная моторика проксимального отдела, нижние 2\3 – нет сокращений, свободный рефлюкс, дистальная стриктура. |

| | | | | |
|---------------------------------|--|---|---|--|
| Диффузный спазм пищевода | Вариабельная, синхронная, тетаническая или спонтанная, высокоамплитудная (более 200 мм.рт.ст.), сокращения длительные (более 7с) | Давление различное, при «активной ахалазии» давление повышено | Реакция на холинергические препараты, как при ахалазии. На нитраты: снижение амплитуды и длительности сокращений. | Барий: сегментарные третичные сокращения или генерализованная картина «штопора» с псевдодивертикулами, нет расширения и терминального сужения. |
|---------------------------------|--|---|---|--|

Классификация дисфагии

Все состояния, вызывающие дисфагию, можно разделить на две основные категории: 1) нарушения поступления пищи на уровне ротоглотки: 2) нарушения транспорта пищи на уровне пищевода (табл.2) вероятность того, что какой-либо определенный патологический процесс является причиной дисфагии у больного, определяется многими факторами, в частности возрастом, полом, сопутствующими заболеваниями, длительностью дисфагии и дополнительной симптоматикой.

Классификация причин дисфагии

| | |
|--|--|
| Нарушения поступления пищи в пищевод. Нейромышечные нарушения. | Сосудистая патология мозга. Рассеянный склероз Боковой амиотрофический склероз. Паркинсонизм. Бульбарный полиомиелит. Миастения |
| Коллагеновые сосудистые заболевания | Дерматомиозит/полимиозит Смешанная патология |
| Миопатии, метаболические и эндокринные болезни | Микседема. Тиреотоксикоз. Алкоголизм. Диабет. Амилоидоз. |
| Воспалительные заболевания | Инфекционный фарингит. Объемные образования в глотке/гортани. Острый тиреоидит. Лучевое поражение. |
| Анатомические аномалии | Дивертикул Ценкера. Дисфункция переднеглоточной мышцы. Трахеостомия. Шейный остеофит. |
| Нарушение прохождения пищи. Нарушения моторики | Ахалазия. Склеродермия. Диффузный спазм пищевода. Неспецифические нарушения моторики. Дивертикулез. Рефлюкс-эзофагит. Системные заболевания. Старческий пищевод. |
| Механическое сужение | Опухоли. Плоскоклеточный рак. Аденокарцинома. Рак в области дна желудка. Доброкачественные опухоли. Пептические стриктуры. |

Состояния, нарушающие поступление пищи в пищевод.

Нейромышечные нарушения.

Многочисленные неврологические и нейромышечные заболевания могут нарушать акт глотания. К ним относятся слабость поперечнополосатой мускулатуры, участвующей в начальном этапе глотания, невозможность закрытия носоглотки и гортани, неполное расслабление верхнего пищеводного сфинктера.

Диффузные заболевания соединительной ткани.

Дерматомиозит и полимиозит почти всегда поражают поперечно – полосатые мышцы, поэтому слабость мышц глотки и верхней части пищевода можно считать причиной дисфагии у таких больных. Смешанные или «перекрестные» коллагеновые сосудистые синдромы могут затрагивать и поперечнополосатую, и гладкую мускулатуру, нарушая как поступление, так и транспорт пищи.

Воспалительные заболевания

Часто встречающийся острый инфекционный фарингит может вызывать боль и отек в гортани, которые временно затрудняют глотание. Рак гортани, перитонзиллярный абсцесс, эпидемический паротит, острый тиреоидит, а также лучевое поражение как причины воспалительных заболеваний, вызывающих нарушения глотания встречаются гораздо реже.

Миопатия

Хронические метаболические и эндокринные расстройства могут быть причиной нарушения глотания, сходных с дисфагией, обусловленной нейромышечными нарушениями. Часто у этих больных при манометрии обнаруживают нарушения активности гладких мышц. При алкоголизме и диабете с помощью манометрии пищевода можно обнаружить существенные нарушения моторики пищевода, как проявления нейропатии, но у этих больных дисфагия может и отсутствовать.

Заболевания, вызывающие дисфагию пищеводного происхождения.

Пищеводная дисфагия наблюдается при нарушенном продвижении проглоченных жидких или твердых пищевых масс по пищеводу в желудок. Эти заболевания относятся к двум основным группам: нарушения моторики пищевода и механические сужения просвета пищевода.

Кардиоспазм.

Под термином кардиоспазм принято понимать заболевание, которое характеризуется сужением дистального сегмента пищевода, расширением значительной его части над сужением и нарушением активной перистальтики, даже несмотря на гипертрофию мускулатуры. Расстройства перистальтики выражаются в редких и нерегулярных сокращениях низкой амплитуды.

В зависимости от многочисленных теорий происхождения кардиоспазма это заболевание получило ряд других названий: «идиопатическое расширение пищевода», «врожденное расширение пищевода», «френокардиоспазм», «кардиопищеводное сужение», «эзофагоспазм».

Физиологические наблюдения Kuoneker и Meltzer (1888) позволили им впервые выдвинуть нервный патогенез для объяснения непроходимости кардиального сфинктера при отсутствии органического заболевания. Они показали, что при каждом акте глотания наступает рефлекторное открытие кардии, если же рефлекс нарушен, то кардия при проглатывании пищи остается закрытой и возникает затруднение пассажа пищи в желудок.

Этиология и патогенез.

Причина кардиоспазма до сих пор не установлена, однако клинические, морфологические и экспериментальные исследования дают некоторую основу для понимания этого страдания. В настоящее время подавляющее большинство исследователей считают, что в развитии кардиоспазма и расширении пищевода лежит нарушение двигательной координации пищевода, выражающейся в недостаточном расслаблении нижнего сегмента пищевода и неэффективной перистальтике в расширенном отделе пищевода. Согласно этой теории, такое состояние связано с аномалиями развития нервной вегетативной системы.

Патологоанатомические изменения:

Стадии кардиоспазма по Б.В.Петровскому (1962)

1. Макроскопических изменений нет, а микроскопические находятся на границе нормы.
2. Определяется заметное сужение кардии и расширение пищевода до 3см. Микроскопически видны некоторое расширение сосудов, периваскулярная инфильтрация лимфоидных и плазматических клеток, гипертрофия и отек мышечных волокон. В интрамуральных нервных сплетениях обнаруживаются клетки, дегенерация и распад волокон, деструкция ганглиев и отдельных нервных стволов.
3. Кардия отчетливо сужена, а просвет пищевода расширен до 5 см. Слизистая оболочка утолщена, отечна, гипермирована. Подслизистый и мышечный слой утолщены в 2-3 раза вследствие инфильтрации и гипертрофии. Изменяется и нервный аппарат: выявляется перинервальный склероз, фиброз эндоневрия, исчезновения нервных клеток в ганглиях (гипоганглиоз).
4. Дистальные сегменты сужены, пищевод расширен более 5 см (иногда до 15-18 см). Его вместимость достигает 2-3 литров (вместе 50-100 мл в норме). Пищевод удлиняется и S-образно деформируется, создавая картину набитого мешка или раздутой сигмовидной кишки. Наблюдается выраженный эзофагит. Микроскопически обнаруживается атрофия и дистрофия мышечного сфинктера кардии, склероз интрадиафрагмального и интраабдоминального сегментов пищевода, нарушение трофики и иннервации вплоть до аганглиоза.

На 3 и 4 стадиях уже изменены окружающие пищевод мягкие ткани.

Клиника и диагностика.

Как причина дисфагии кардиоспазм занимает по частоте второе место после карциномы пищевода. Это заболевание может возникнуть в любом возрасте, но наиболее часто оно поражает людей среднего возраста.

Ряд больных с кардиоспазмом страдает невропатическими расстройствами, и появление первых симптомов кардиоспазма у них иногда совпадает с эмоциональными потрясениями.

Клиника кардиоспазма характеризуется триадой симптомов – дисфагией, регургитацией и болями.

Основным и обычно первым признаком болезни становится дисфагия. У 1\3 больных она появляется внезапно среди полного здоровья, а у 2\3 больных развивается постепенно. Острое начало дисфагии обычно связывают с длительными переживаниями или внезапным стрессом. Одновременно у большинства больных с кардиоспазмом можно выявить своеобразный порочный круг-волнения, отрицательные эмоции усиливают дисфагию, а дисфагия в свою очередь травмирует нервно-психическую сферу больного. Важным отличием ранней дисфагии при от кардиоспазма раковой является чередование коротких периодов стенозирования и нормальной проходимости пищи. Иногда наблюдается парадоксальная дисфагия – симптом Лихтенштейна. Еда в спокойной домашней обстановке, употребление любимых блюд, положительные эмоции ослабляют дисфагию, что типично для ранних стадий АК.

Характерный симптом АК – регургитация. Она может появляться эпизодически во время еды вместе с дисфагией или сразу после еды, а иногда и спустя 2-3 часа в виде срыгивания полным ртом. Срыгивание мелкими порциями характерно для АК 1-2 ст и объясняются полным ртом (пищеводная рвота) – для АК 3-4 ст. Вследствие переполнения пищевода до аортального сегмента.

Больные стремятся облегчить свои страдания, искусственно вызывая аэрофагию, запивая пищу жидкостью, сдавливая эпигастрий и грудную клетку. Эти индивидуальные приемы принудительно раскрывая кардии являются одним из характерных признаков АК.

Третий по частоте симптом – боли, они появляются за грудиной при глотании (однофагия) или вне приема пищи (эзофагодиния). Однофагия при 1-3 ст. связана со спазмами, а при 3-4 с эзофагитом. Наиболее сильные боли (эзофагодинические кризы) наблюдаются вне еды при волнении, физических нагрузках, что объясняют внеглотательными. Третичными сокращениями пищевода. Происхождение кризов неясно, однако они наблюдаются чаще в 1-2 ст АК и обычно купируются атропином, нитроглицерином, что подтверждает их спастический характер. Боли исчезают также после срыгивания или прохождения пищи в желудок, т.е. связаны с растяжением стенок пищевода.

На декомпенсированных стадиях АК боли почти исчезают или отходят на второй план, уступая нарастающей дисфагии и регургитации. Почти все больные худеют, слабеют, теряют трудоспособность.

Диагноз АК основывается на данных анамнеза, клиники и детального рентгенологического исследования, эзофагоскопии с биопсией.

Рентгенологическое исследование состоит из 3 последовательных этапов: обзорного контрастного и функционального. На первом этапе можно заподозрить изменения, характерные для АК 3-4 ст., равномерное или неравномерное расширение тени средостения со смещением трахеи вперед, иногда виден уровень жидкости в верхнем средостении в области дуги аорты. Характерно отсутствие газового пузыря желудка, что почти не встречается при других заболеваниях. На этом этапе выявляются и легочные осложнения – аспирационные пневмонии, абсцессы, пневмосклероз.

При 1 ст. АК выявляется временный спазм кардии. Продолжительность его различна – от 1/2 мин до 2-3 мин, а частота зависит от нервно – психического состояния больного в момент исследования. Газовый пузырь желудка не изменен. АК первой степени выявляют с помощью ацетилхолиновой, карболиновой или амилнитратной пробы. Этот тест указывает на характерную для АК повышенную склонность пищевода к спазмам, что не наблюдается при раке.

На 2 ст. АК определяются стойкий спазм кардии с незначительным расширением пищевода, «танцем контрастного глотка» и выраженные нарушения моторики. Тонус пищевода обычно сохранен, а перистальтика сначала усилена, а потом ослаблена. Наблюдаются антиперистальтические сокращения пищевода, сопровождающиеся болями за грудиной. Раскрытие кардиального сфинктера чаще всего становится возможным только под повышенным гидростатическим давлением жидкости и пищи. Газовый пузырь желудка при этом часто отсутствует, иногда наблюдается уровень жидкости в пищеводе. Для выявления проходимости кардии у лиц с АК 2-3 ст используют своеобразные пробы: пробу Кона (дополнительный прием 200-500) пробу Херста (тугое контрастное заполнение до уровня дуги аорты), прием шипучей смеси контраста с питьевой содой и лимонной кислотой.

На 3-4 ст дистальные сегменты пищевода длительно сужены и вместе с постоянно расширенным проксимальным отделом создают характерную рентгенологическую картину (симптом «заточенного карандаша», «поломанного грифеля», «мышинного хвоста», «клюва голубя»). Пищевод веретенообразно или цилиндрически расширен, но постепенно приобретает мешковидную форму. Удлиняется и искривляется (сигмообразный пищевод). Тонус и перистальтика снижены или полностью отсутствуют,

что создает картину «сонливости пищевода». Скопление в пищеводе жидкости, слизи и пищи приводит к перестройке рельефа слизистой оболочки и картине шагренового рельефа, что свидетельствует о развитии эзофагита. Периезофагит приводит к деформации стенок и развитию дивертикулообразных выпячиваний. На полную декомпенсацию АК указывает значительное увеличение диаметра пищевода до 15-18 см, обилие в нем жидкости натошак(до 3-5 л) , резкая задержка эвакуации бария, более 24-48 часов после исследования.

У 3-8% больных АК развивается рак. При эзофагоскопии всегда следует стремиться пройти аппаратом через кардию, что обычно удается при ахалазии и не удается при раке кардии (феномен Мельцера).

Диагностика. Рентгенологически при ахалазии кардии терминальный отдел пищевода обычно имеет закругленную форму, его суженная часть нередко располагается эксцентрично, характерен симптом нависания стенки пищевода над сужением. Холинолитики на кардию не действуют, а начало опорожнения пищевода зависит от высоты столба бариевой взвеси и наступает при повышении гидростатического давления (положительная проба Хурста). При эзофагоскопии выявляют утолщенные складки слизистой оболочки, участки гиперемии, эрозии, изъязвления. Как правило, конец эзофагоскопа удается провести через суженный участок, что подтверждает преимущественно функциональный характер изменений. Слизистая оболочка в месте сужения чаще всего не изменена. Эзофаготоникомиография является основным методом ранней диагностики ахалазии, так как нарушения сократительной способности пищевода и нижнего пищеводного сфинктера возникают значительно раньше клинических симптомов заболевания. Исследование проводят многоканальным зондом с резиновыми баллончиками или «открытыми» катетерами, регистрирующими сокращения пищевода и изменения внутрипищеводного давления. В норме после акта глотания по пищеводу распространяется перистальтическая волна, нижний пищеводный сфинктер в этот момент открывается и давление в пищеводе падает. После прохождения перистальтической волны сфинктер вновь закрывается. При ахалазии кардии отсутствует рефлекторное расслабление нижнего пищеводного сфинктера при глотании и остается без изменений внутрипросветное давление. В сомнительных случаях для подтверждения диагноза ахалазии используют фармакологические пробы. Нитроглицерин, амилнитрит у больных с нарушениями моторики пищевода снижают тонус мышечной оболочки пищевода и нижнего пищеводного сфинктера, что облегчает прохождение содержимого пищевода в желудок. Введение холинотропных лекарственных препаратов (ацетилхолина, карбахолина) оказывает стимулирующее действие на мышечный слой пищеводной стенки и на нижний пищеводный сфинктер. При кардиоэзофагеальном раке и органических стенозах пищевода обе пробы бывают отрицательными.

Лечение.

Консервативное лечение начинается со щадящей диеты (стол1-1а), запрещения курить, употреблять острые блюда и пряности. Питание должно быть частым (до 5-6 раз в сутки). Особенно важно обеспечить больному психологический комфорт.

Целесообразно применение местных анестетиков внутрь на ночь, нитропрепаратов, ганглиоблокаторов, церукала, седативных средств, витаминотерапия, физиотерапии. Иногда благоприятные результаты достигаются вагосимпатическими блокадами или курсами гипноза.

Кардиодилатация – насильственное расширение кардии растяжением или разрывом циркулярной мускулатуры металлическим, ртутным, гидростатическим и другими дилататорами. Показанием к кардиодилатации является – неэффективность консервативного лечения АК 2ст. Кардиодилатацию можно проводить в любой стадии заболевания. Противопоказаниями к ее применению являются портальная гипертензия с

варикозным расширением вен пищевода, выраженный эзофагит, заболевания крови, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью

Хирургический метод лечения применяется лишь у 15-20 % больных АК, обычно в 4 ст.

Эзофагоспазм

Эзофагоспазм — заболевание пищевода, обусловленное спастическими сокращениями его стенки при нормальной функции нижнего пищеводного сфинктера. У ряда больных эзофагоспазм обусловлен висцеро-висцеральными рефлексам и сочетается с другими заболеваниями.

Клиника. При первичном диффузном эзофагоспазме дисфагия перманентная, иногда имеющая парадоксальный характер: твердая и грубая пища проходит беспрепятственно, а жидкая и полужидкая, наоборот, может задерживаться. К косвенным признакам относятся повышенная саливация, быстрое снижение массы тела больного, нарастающая слабость и анемия. Интермиттирующие боли за грудиной, не имеющие определенной взаимосвязи с едой и исчезающие надолго в периоды ремиссии, отличают клиническое течение диффузного эзофагоспазма от кардиоспазма и ахалазии кардии.

Диагностика. При рентгенологическом исследовании пищевод имеет деформацию в виде четок, псевдодивертикулов, штопора; диаметр его выше и ниже сужений не изменен, стенки эластичны, складки слизистой оболочки продольные, перистальтика неравномерная и нерегулярная. При повторных рентгенологических исследованиях обычно сохраняется один и тот же тип нарушения перистальтики. Эзофагоскопия имеет значение только для исключения органических заболеваний пищевода, часто она бывает затруднена из-за сильных загрудинных болей, возникающих во время исследования. Эзофаготономография выявляет спастические сокращения пищевода в виде волн различной формы и амплитуды, одновременно регистрируют и перистальтические сокращения. Определяют постоянное рефлекторное расслабление нижнего пищеводного сфинктера. Фармакологическая проба с ацетилхолином и карбахолом отрицательная. Течение заболевания длительное, дисфагия то усиливается, то исчезает почти бесследно. При вторичном (рефлекторном) эзофагоспазме симптомы обычно проходят при излечении основного заболевания. Трудоспособность, как правило, не нарушена.

Лечение. При консервативном лечении эзофагоспазма назначают щадящую диету, препараты нитрогруппы, спазмолитические и седативные средства, витамины. При отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии проводят хирургическое лечение — производят эзофагомютомию (по типу кардиомиотомии Геллера) до уровня дуги аорты. Результаты, как правило, незначительные. В отличие от кардиоспазма и ахалазии кардии при первичном диффузном эзофагоспазме дисфагия не ликвидируется пневмокардиодилатациями, которые в лучшем случае не уменьшают, а в ряде случаев даже усугубляют ее.

Эффективным методом является только комплекс терапевтических мероприятий, включающий: — спазмолитические препараты — галидор по 0.05 г 3—4 раза в день, но-шпу — по 0.04 г 3—4 раза в день, 2% раствор папаверина по 2 мл внутримышечно 1 раз в день, 0,2% раствор платифиллина по 1 мл 1 раз в день внутримышечно; — нейролептики и транквилизаторы — эглонил по 100 мг внутримышечно 1 раз в день в течение 7—10 дней, настойка пустырника — по 1 столовой ложке 4 раза в день; — витамины В6 (5% раствор по 1 мл 1 раз в день внутримышечно) и В12 (0,01 % раствор по 1 мл 1 раз в день внутримышечно); — иглорефлексотерапию с влиянием на точки общего и местного воздействия — 7—10 процедур

У больных с первичным системным склерозом (склеродермией) нередко бывает поражена гладкая мускулатура дистального отдела пищевода, при этом развивается моторное нарушение в виде отсутствия перистальтики в нижних двух третях пищевода и патологически низкого давления в нижнем пищеводном сфинктере. Если при склеродермии поражен пищевод, часто отмечаются кожные изменения и синдром Рейно. У таких больных в анамнезе имеются длительные жалобы на изжогу, связанную с

хроническим пищеводным рефлюксом, при котором кислое желудочное содержимое не эвакуируется из пищевода из-за отсутствия перистальтики.

Механическое сужение

Болезни, вызывающие анатомическое перекрытие просвета пищевода, могут быть эндогенными и экзогенными.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА

Опухоли по отношению к стенке пищевода могут быть внутрипросветными (полипообразными) и внутрестеночными (интрамуральными). Внутрипросветные опухоли располагаются чаще в проксимальном или в дистальном отделе пищевода, внутрестеночные – в нижних двух третях его.

Клиника. Наиболее частым симптомом является медленно нарастающая на протяжении многих лет дисфагия. При интрамуральных опухолях, циркулярно охватывающих пищевод, дисфагия может носить постоянный характер, иногда больные отмечают боли, ощущение давления или переполнения за грудиной. При опухолях шейного отдела пищевода может возникать регургитация опухоли с развитием асфиксии. Вследствие сдавления опухолью органов средостения могут возникать кашель, одышка, цианоз и др. расстройства.

При полипе небольших размеров клинические проявления могут быть весьма скудны или отсутствовать. Однако при локализации даже небольших полипов в области шейного отдела пищевода (вблизи «рта» пищевода) или на уровне кардии сравнительно рано могут появиться такие симптомы, как дисфагия и нарушение акта глотания. Полипы пищевода могут существовать длительно (годами), иногда достигая гигантских размеров. В то же время у значительной части больных они могут много лет существенно не изменяться. Если систематизировать все клинические проявления, присущие доброкачественным опухолям пищевода, то их можно разделить на две группы: симптомы, зависящие от поражения пищевода, и симптомы, присущие медиастинальным опухолям. Наиболее важным и часто встречающимся симптомом первой группы является дисфагия. Чаще она наблюдается при внутрипросветных опухолях, особенно больших размеров и на длинной ножке. У таких больных неожиданно может наступить полная непроходимость пищевода. Дисфагия при доброкачественных опухолях чаще бывает интермиттирующей, с медленным прогрессированием. Однако при больших, особенно циркулярно охватывающих пищевод интрамуральных опухолях она может быть постоянной. Боли различной интенсивности наблюдаются нередко и локализуются за грудиной, в спине или в эпигастрии. Они возникают чаще при приеме пищи и почти никогда не бывают интенсивными. Боли после еды, которые иногда наблюдаются у подобных больных, зависят скорее от сопутствующих заболеваний (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и др.), нежели от самой опухоли. Кровотечения и анемия обусловлены травматизацией полипов из-за их чрезмерной подвижности, при интрамуральных опухолях — повреждением растянутой и анемизированной слизистой оболочки пищевода над опухолью, а иногда (в случаях сочетания опухоли с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы) — с эзофагитом. При опухоли на ножке, расположенной в шейном отделе пищевода, может наблюдаться регургитация ее, которая может привести к асфиксии.

Симптомы, присущие медиастинальным опухолям, являются следствием сдавления органов средостения (одышка, кашель, сердцебиение, цианоз, аритмия и др.). Эти симптомы встречаются чаще при больших интрамуральных опухолях, расположенных в бифуркационном отделе пищевода, где они могут сдавливать левый главный бронх и левый блуждающий нерв.

Диагностика. Основным методом диагностики доброкачественных опухолей пищевода является рентгенологическое исследование. Характерны следующие рентгенологические признаки: четко очерченный дефект наполнения овальной формы на одной из стенок пищевода, сохраненный рельеф слизистой оболочки и эластичность стенок пищевода в области дефекта, выявляемый в косом положении четкий угол между стенкой пищевода и краем опухоли (симптом «козырька»). Складки слизистой оболочки пищевода над

опухолью часто выглядят уплощенными, но в отличие от рака никогда не обрываются в области дефекта наполнения, а огибают его. Пищевод в области опухоли может быть умеренно расширен, но задержки бария, как правило, не бывает, что объясняется сохранившейся эластичностью стенок пищевода. Кольцевидные и подковообразные опухоли могут иногда вызывать циркулярное сужение просвета пищевода, но и тогда складки слизистой оболочки хорошо прослеживаются.

Основным рентгенологическим признаком полипа пищевода является дефект наполнения с четкими, чаще округлой формы контурами, расположенными центрально. Иногда дефект наполнения имеет ячеистую структуру. Контрастная масса как бы обтекает внутрипросветное образование. При полипах на широком основании рентгенологическая картина весьма сходна с картиной экзофитной раковой опухоли.

Эзофагоскопия должна проводиться всем больным, у которых заподозрена доброкачественная опухоль. Она необходима для уточнения характера доброкачественного новообразования и исключения малигнизации, позволяет четко определить ее протяженность, тщательно осмотреть слизистую оболочку пищевода и выявить патологию, которая могла остаться незамеченной при рентгенологическом исследовании. Внутрипросветные опухоли имеют вид цветной капусты. Цвет их, как правило, такой же, как и окружающей слизистой оболочки пищевода. Нередко определяется округлой или вытянутой формы образование, иногда бугристое, покрытое, как правило, неизменной слизистой оболочкой. Эндоскопия позволяет осмотреть ножку и основание полипа и убедиться в отсутствии ригидности стенок пищевода. При полипах, особенно в виде цветной капусты, показана биопсия.

При интрамуральных опухолях отмечается отчетливое выпячивание слизистой оболочки, которая в этой области бывает сглажена, обычной окраски или бледноватая. Иногда при локальном эзофагите отмечаются умеренная отечность и краснота. Как правило, даже при циркулярных опухолях удается пройти инструментом ниже и осмотреть пищевод до кардии.

Лечение. Диагноз полипа пищевода служит показанием к операции его удаления из-за опасности таких осложнений, как малигнизация и кровотечение. Малигнизация полипов (даже небольших размеров) наблюдается нередко. Хирургическое вмешательство показано также при интрамуральных опухолях ввиду возможных осложнений — малигнизации, сдавления окружающих органов, а при кистах—их нагноения и перфорации. Исключение могут составить только небольшие интрамуральные опухоли, когда есть полная уверенность в доброкачественном их характере и когда хирургическое лечение представляет значительный риск в связи с сопутствующими заболеваниями. В таких случаях показано динамическое наблюдение. Оперативное вмешательство при полипах и интрамуральных опухолях различно. При полипах небольших размеров на тонкой длинной ножке можно удалить опухоль через эзофагоскоп специальной петлей с коагуляцией ножки для предупреждения кровотечения. Полипы на широком основании иссекают с последующим укреплением линии шва лоскутом диафрагмы на ножке. Основным принципом хирургического лечения доброкачественных интрамуральных опухолей и кист пищевода является применение органосохраняющих операций, т. е. их энуклеации. Опухоль почти всегда удаляют без повреждения слизистой оболочки пищевода. В случае случайного повреждения слизистой оболочки разрыв необходимо ушить двухрядными швами. Отдаленные результаты операций хорошие.

РАК ПИЩЕВОДА

Рак пищевода является одной из наиболее частых локализаций рака. С возрастом частота заболевания раком пищевода увеличивается; наиболее часто им заболевают люди старше 60 лет. У мужчин рак пищевода наблюдается в 2—3 раза чаще, чем у женщин. Примерно в 40—50% случаев рака пищевода возникают метастазы. Как правило, они распространяются лимфогенно.

Клиника. В клинической картине рака пищевода можно выделить две группы симптомов—местные, зависящие от поражения стенок пищевода и окружающих органов, и общие. В большинстве случаев первым симптомом рака пищевода является дисфагия. Однако, хотя дисфагия у большинства больных и является первым симптомом,—это по существу поздний симптом. Только у некоторых больных он может быть действительно ранним признаком заболевания, когда опухоль небольших размеров располагается на одной из стенок пищевода и дисфагия зависит не от сужения просвета опухолью, а от спазма пищевода из-за местного эзофагита. В ряде случаев при тщательном расспросе удается выяснить, что у больного в прошлом уже были эпизоды дисфагии (он отмечает, что как бы «подавился» куском пищи). Обычно это связывается с торопливой едой и вскоре забывается. Лишь повторение дисфагии заставляет больного фиксировать внимание на этом факте и обратиться к врачу. У пожилых людей дисфагия может длительное время проявляться лишь эпизодически. Для рака пищевода характерно прогрессирующее нарастание непроходимости пищевода, которое у одних больных развивается быстро, у других—медленно. Вначале застревает грубая, плохо пережеванная пища. В дальнейшем перестает проходить даже хорошо пережеванная пища и больные вынуждены принимать полужидкую и жидкую пищу. Наблюдающиеся иногда периоды улучшения проходимости пищи после периода стойкой дисфагии обычно связаны с распадом опухоли. При расположении опухоли в шейном отделе пищевода больные обычно вначале жалуются на ощущение инородного тела, царапанье, жжение, и только позднее появляется дисфагия. Прорастание опухоли в область верхнего гортанного нерва может привести к расстройству акта глотания при сохраненной еще проходимости пищевода. При раке кардии с переходом на пищевод дисфагия нередко появляется поздно, уже при значительном распространении опухоли. Нередко больные указывают область застревания пищи значительно выше, чем на самом деле. Так, при раке кардии с переходом на пищевод нередко жалобы больных на чувство задержки пищи в области шейного отдела пищевода. Боли при раке пищевода от слабовыраженных, граничащих с определением «неприятных ощущений», до весьма сильных нередко наблюдаются при проглатывании пищи. Вне еды их может и не быть. При кардиальном раке могут иметь место боли язвенноподобного характера, наступающие после еды. Усиленное слюноотделение, которое встречается при раке пищевода, нередко наблюдается и при стенозах другой этиологии. Пищеводная рвота и срыгивание свидетельствуют о значительном стенозировании просвета пищевода и зависят от скопления пищи над сужением. При медленном развитии опухоли пищевод над стриктурой может значительно расширяться, иногда достигая таких же размеров, как при кардиоспазме III стадии. Отрыжка длительное время может быть единственным симптомом рака кардии и зависит от инфильтрации стенок физиологической кардии. Охриплость голоса появляется при поражении возвратного нерва и указывает на запущенность заболевания. Такие общие симптомы, как снижение массы тела, слабость, снижение работоспособности, эмоциональная подавленность и др., являются следствием интоксикации и не могут быть опорными моментами для раннего распознавания заболевания.

Диагностика. Основная роль в диагностике рака пищевода принадлежит рентгенологическому методу исследования. При начальных стадиях рака определяется дефект наполнения на ограниченном участке пищевода, на одной из его стенок. Это наиболее трудные случаи диагностики, в которых большую помощь может оказать рентгенокинематография, ибо покадровая расшифровка рентгенофильма позволяет выявить минимальные изменения стенки пищевода. Отличительным признаком рака даже в ранних стадиях является потеря эластичности (ригидность) стенки пищевода в области расположения опухоли. Если опухоль локализуется на одной из стенок пищевода, то просвет его в этой области бывает даже несколько расширен. Сужение просвета наступает при циркулярном росте опухоли. При распространенных опухолях характерными симптомами рака являются

обрыв складок слизистой в области патологического процесса, неровность и изъеденность контуров. При блюдцеобразных карциномах определяется дефект наполнения в виде овала, вытянутого по длиннику пищевода, нередко с изъязвлением в центре. Для уточнения распространенности опухоли на соседние органы применяют рентгенологическое исследование в условиях пневмомеднастинума. При необходимости делают томограммы в прямой и сагиттальной проекциях. Определенную помощь в диагностике может оказать радиоизотопное исследование с ^{32}P . При этом в области злокачественной опухоли происходит значительная концентрация изотопа, в $11/2 - 31/2$ раза превышающая нормальную. Эзофагоскопия показана во всех случаях подозрения на рак пищевода. Задача исследования заключается в том, чтобы не только визуально подтвердить диагноз рака пищевода, но и получить гистологическое подтверждение диагноза, которое совершенно необходимо, особенно при проведении предоперационной лучевой терапии. При эндоскопии обязательно надо сделать цитологическое исследование содержимого пищевода и мазков из области опухоли. Цитологическое исследование в сочетании с биопсией позволяет в большинстве случаев уже при первом исследовании подтвердить или отвергнуть диагноз рака.

Лечение рака пищевода в значительной мере зависит от локализации опухоли. Так, рак шейного и верхнегрудного отделов пищевода, расположенный выше дуги аорты, протекает чрезвычайно неблагоприятно — рано прорастает окружающие органы и рано дает метастазы. Неудовлетворительные результаты операций заставили хирургов отказаться от резекции пищевода у этих больных в пользу лучевой терапии. Понятно, что при ранних стадиях рака этих отделов пищевода можно и нужно выполнять радикальную операцию.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА

Причинами попадания инородных тел в пищевод могут быть: привычка держать некоторые предметы во рту (у маленьких детей, у работников некоторых профессий), небрежность в приготовлении пищи и поспешная еда, преднамеренное поглатывание разнообразных предметов психически больными. Более чем в 50% случаев инородное тело свободно проходит по пищеводу и через другие отделы пищеварительного тракта и выходит естественным путем. Острые инородные тела застревают в начале пищевода, крупные задерживаются в местах физиологических сужений. Задержке инородного тела в пищеводе способствуют патологические изменения (опухоль, доброкачественная стриктура, дивертикул и т.д.), а также спазм пищеводной мускулатуры в ответ на раздражение слизистой оболочки инородным телом.

Клиника. Симптомы зависят от характера инородного тела, уровня его задержки в пищеводе, степени повреждения стенки пищевода. Частым симптомом является дисфагия, которая обусловлена инородным телом, развитием спазма пищеводной мускулатуры и воспалительной реакции слизистой оболочки пищевода. В результате возникает полная непроходимость пищевода и регургитация при приеме жидкости или пищи. У больных возникает чувство страха, давления или боль в горле, в области яремной ямки либо за грудиной, усиливающаяся при проглатывании слюны, жидкости. При попадании крупного инородного тела в область входа в пищевод возможна мгновенная смерть от асфиксии. Перфорация стенки пищевода острыми инородными телами может привести к профузному кровотечению из поврежденных прилежащих крупных сосудов — общей сонной артерии, яремной вены, аорты и др.; возможно повреждение плевры, бронхов и легких с развитием пищеводно-трахеальных или бронхопищеводных свищей. Длительное пребывание инородного тела в пищеводе вызывает травматический эзофагит, изъязвления и перфорацию стенки пищевода.

Диагностика. При экстренном рентгенологическом исследовании обнаруживают металлические инородные тела, менее контрастные инородные тела выявляют при исследовании пищевода с водорастворимым контрастным веществом.

При перфорации пищевода отмечают затекание контрастного вещества за контуры его, наличие медиастенальной эмфиземы, при развитии свищей – попадание контрастного вещества в трахео-бронхиальное дерево. Большое диагностическое значение имеет эзофагоскопия, уточняющая характер инородного тела и его расположение, позволяющая удалить его.

Лечение. При подозрении на инородное тело пищевода больного необходимо в любое время суток направить в хирургический стационар. Удаление инородного тела производят с помощью жесткого эзофагоскопа и набора специальных цапаков. При невозможности извлечения инородного тела через эзофагоскоп показана операция – рассечение пищевода, удаление инородного тела и ушивание стенки пищевода.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – это хроническое заболевание, обусловленное периодическими забросами желудочного или кишечного содержимого в пищевод, приводящее к развитию рефлюкс – эзофагита или протекающее без него. Сопровождается изжогой, возникающей более 1 раза в неделю в течение 6 месяцев, и характерными внепищеводными клиническими проявлениями.

Этиология и патогенез

В настоящее время, общепризнано, что ГЭРБ является многофакторным заболеванием.

Основные патогенетические механизмы ГЭРБ:

- снижение функции антирефлюксного барьера пищевода.
- уменьшение клиренса пищевода
- повреждающее действие рефлюксата
- неадекватная защита эпителия слизистой оболочки пищевода
- ухудшение опорожнения желудка
- уменьшение выработки слюны.

Функции антирефлюксного барьера пищевода

К анатомическим механизмам,поддерживающим состоятельность запирающей функции пищеводно-желудочного перехода, относят:

- нижний пищеводный сфинктер (НПС) и его внутрибрюшное положение
- расположение ножек диафрагмы
- слизистую складку кардии
- угол Гиса

Главная роль в «запирающем» механизме кардии отводится состоянию НПС. Если у здоровых лиц давление в этой зоне составляет 20,8+ 3 мм.рт.стб. ,то у больных ГЭРБ оно снижено до 8,9 + 2,3 мм.рт.стб. Это подтверждается данными, согласно которым гипотензия НПС имеет место только у 1% пациентов с интактной слизистой пищевода.

Нарушение функционирования НПС может быть связано как с его гипотензией в базальных условиях, так и с учащением спонтанных расслаблений НПС на фоне увеличения их продолжительности (более 5-30 секунд). Собственно транзиторные релаксации могут быть ответом на глотание (в 5-10% рефлюксных эпизодов) , вздутие живота, они часто возникают после приема пищи.

Тонус НПС находится под воздействием значительного числа экзогенных и эндогенных факторов представленных в таблице.

Факторы, влияющие на тонус нижнего пищеводного сфинктера

| | Повышают давление | Понижают давление |
|------------------|--------------------------------|---|
| Гормоны | Гастрин, мотилин, субстанция Р | Вазоактивный интестинальный пептид, глюкагон, прогестерон, секретин, соматостатин, холецистокинин |
| Продукты питания | Мясные продукты | Жиры, шоколад, цитрусовые, перец, мята, |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| | | чай, кофе, алкоголь, |
| Медикаменты и другие факторы | α- адреномиметики, β-адренолитики, гистамин, мотилиум, простагландины, холиномиметики, метоклопрамид, координакс | α- адренолитики, β-адреномиметики, барбитураты, блокаторы Са ⁺⁺ -каналов, дофамин, морфин, нитраты, серотонин, теофиллин, транквилизаторы, холинлитики: курение, беременность |

Агрессивная природа рефлюктантов.

ГЭРБ рассматривается как результат повреждения кислотой слизистой оболочки пищевода, однако роль заброса щелочного кишечного содержимого, в частности в патогенезе пищевода Баррета, получает все большее признание.

Рефлюктат различают:

-кислотный

-желчный (щелочной) при сочетании с дуоденогастральным рефлюксом и низким уровнем желудочной секреции.

Повреждающий эффект рефлюктанта зависит от концентрации в нем пепсина, но это происходит только тогда, когда его рН будет достаточно кислым – 1,5-2,5.

Роль патологии желудка и двенадцатиперстной кишки в патогенезе

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

По мнению рдисследователей нарушениями функции желудка, которые вносят свой вклад в развитие патологического гастроэзофагеального рефлюкса, являются: чрезмерное растяжение желудка пищей (например, при переедании) или воздухом (в т.ч. при стрессовой аэрофагии), а также повышенное внутрижелудочное давление вследствие нарушения процессов релаксации и замедленного опорожнения желудка.

Учащение релаксацией НПС в ответ на перерастяжение желудка или замедленную эвакуацию, встречающиеся у 9-13% больных ГЭРБ, ведет к увеличению времени воздействия желудочного содержимого на слизистую оболочку дистального отдела пищевода, соответственно, возникновению эзофагита. Это приводит к более частому глотанию слюны с целью уменьшения явлений изжоги. В свою очередь при ускоренном глотании наступает аэрофагия, дистензия желудка, вздутие живота. Результатом является возникновение замкнутого патологического круга с повторяющимися эпизодами воздействия желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода и утяжелением явлений эзофагита. Задержка эвакуации из желудка обнаруживается у 40-50% больных ГЭРБ.

Классификация

В настоящее время общепринята следующая классификация ГЭРБ: (Лос – Анжелес, 1995)

| Степень | Эндоскопическая картина |
|------------|---|
| А | Дефект слизистой (один или более) размером меньше 5 мм. |
| В | Дефекты слизистой размером больше 5 мм., не выходящие пределы 2-х складок слизистой оболочки пищевода (СОП) |
| С | Дефекты слизистой, выходящие за пределы двух складок СОП, но захватывающие менее 75% окружности. |
| Д | Дефекты слизистой захватывающие 75% окружности. СОП |
| Осложнения | Местные (язва, стриктура, пищевод Баррета), ларингит, бронхиальная астма, аспирационные пневмонии |

До недавнего времени широкое распространение имела эндоскопическая классификация (Savary M., Miller G., 1977) выделяющая 4 степени эзофагита.

Эндоскопическая классификация рефлюкс-эзофагита

1 степень – отдельные не сливающиеся эрозии и (или) эритема дистального отдела пищевода.

2 степень –сливающиеся, но не захватывающие всю поверхность слизистой оболочки эрозивные поражения

3 степень – язвенные поражения нижней трети пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки

4 степень – хроническая язва пищевода, стеноз, пищевод Баррета(цилиндрическая метаплазия слизистой оболочки пищевода)

Клинические проявления

Клинические проявления ГЭРБ следует подразделять на пищеводные и внепищеводные.

Пищеводные проявления ГЭРБ

Изжога

Отрыжка (кислым, горьким или пищей)

Ощущение повышенного количества жидкости во рту

Дисфагия и одиофагия

Ощущение комка за грудиной

Боль за грудиной

Внепищеводные проявления

ГЭРБ часто сопровождается внепищеводными проявлениями, возникающими при развитии осложнений заболевания. Это могут быть кардиалгии, который ирри

При рассмотрении клинической картины ГЭРБ следует учитывать, что эта патология часто сопровождается внепищеводными проявлениями, возникающими при развитии осложнений заболевания. Это могут быть кардиалгии (так называемая noncardiac или angina-like chest pain). При этом ретростеральная боль может иррадиировать в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть и левую половину грудной клетки. Вообще боль за грудиной, вызываемая патологией пищевода, встречается в 20-60% случаев и является одной из главных проблем в клинической практике. Более чем у 20% больных, которым была выполнена коронарография по поводу стенокардии, не выявлено признаков обструкции коронарных артерий. При дифференциальной диагностике генеза болей необходимо помнить, что для эзофагеальных болей характерны связь с приемом и физическими свойствами пищи, положением тела и купирование их приемом щелочных минеральных вод и антацидов.

К внепищеводным проявлениям заболевания, кроме кардиалгий, относятся прежде всего:

- легочные (кашель, одышка, чаще возникающие в положении лежа):

- отоларинголо-гические (охриплость, слюнотечение):

- стоматологические (быстрое насыщение, вздутие, тошнота, рвота) симптомы.

Действительно, симптомы ГЭРБ выявляются у 82% пациентов страдающих бронхиальной астмой, у 75%-хроническим бронхитом, у 78% - ларингитом с хронической охриплостью.

Необходимо также отметить аритмии, возникающие в результате инициации эзофагокардиального рефлекса. В педиатрии выделяют синдром внезапной смерти у детей до 2 лет вследствие асфиксии желудочным содержимым.

При клинической диагностике ГЭРБ необходимо всегда помнить об отсутствии связи между выраженностью рефлюксных симптомов и тяжестью эзофагита, сопровождающего ГЭРБ.

Крайне важно, что заболевание характеризуется рецидивирующим прогрессирующим течением. У 24% пациентов с жалобами на изжогу, но не имеющих эзофагит, он развивается в течение 4-5 лет. У 90% пациентов с рефлюкс-эзофагитом I-III степени через 4-5 лет развивается пищевод Баррета.

Пищевод Баррета.

Клиническая диагностика, по сравнению с данным аутопсий, к сожалению, выявляет 1 из 16 больных пищеводом Баррета. В какой – то мере это связано тем, что до 30% пациентов с явлениями цилиндроклеточной метаплазии слизистой оболочки кислоты, попавшей в пищевод.

Драматичность ситуации заключается в этом, что в 3 % случаев, уже через 5 лет, пищевод Баррета трансформируется в аденокарциному пищевода. Чаще пищевод Баррета выявляется при желчном рефлюксе. Важным фактором в этих условиях является уровень кислотопродукция и рН рефлюктата, так как известно, что желчные кислоты преципитируются в кислом желудочном содержимом. Поэтому наиболее выраженное повреждающее действие желчного рефлюкса определяется в условиях сниженного кислотообразования.

Другие осложнения ГЭРБ : язва, кровотечения, перфорации, стриктуры пищевода, а также аспирационные пневмонии.

Методы диагностики ГЭРБ и пищевод Баррета.

1. Эзофагогастрофиброскопия с гистологическим исследованием биоптатов и хромоскопией.

С помощью эндоскопического метода можно подтвердить наличие рефлюкс – эзофагита, оценить степень его тяжести и осуществить забор материала для гистологического и бактериоскопического исследования.

При эндоскопическом исследовании для выявления пищевода Баррета нужно проводить хромоскопии. При этом очаги метаплазии хорошо выявляются при окраске слизистой оболочки метиленовым синим или феноловым красным.

Для гистологического исследования у больного с пищеводом Баррета берут биопсии из 4-х точек, переход пищевода эпителия в желудочный и пищеводно-желудочным переходом.

Эндоскопические критерии пищевода Баррета.

Изменения рельефа и окраски слизистой оболочки пищевода

«языки» перемещения желудочного эпителия вверх

Перемещения линией перехода пищевода эпителия ив желудочный вверх более чем на 1-2 см.

Эндосонография проводится с использованием специальных эндоскопических ультразвуковых зондов или с помощью эхоэндоскопа. Данное исследование позволяет Сканировать ткани на глубину 6-10 см и верифицировать все слои стенки пищевода.

Длительная (24-часовая) рН –метрия пищевода - является «золотой стандарт» позволяющие судить о частоте , продолжительности и выраженности рефлюкса.

Общее время , в течение которого рН менее 4 ед (%)

| Показатели | Норма (не более) |
|---|------------------|
| Общие время , в течение которого рН менее 4 ед (%) | 4,5 |
| Общие время , в течение которого рН менее 4 ед (%), при вертикальном положении тела пациента | 8,4 |
| Общие время , в течение которого рН менее 4 ед (%) при гоизонтальном положении тела пациента | 3,5 |
| Общее число рефлюксов за сутки | 47 |
| Число рефлюсов, продолжительностью более 5 мин | 3,5 |
| Длительность наиболее продолжительного рефлюкса (мин) | 20 |

Отклонение из представленных показателей внутрипищеводного мониторинга свидетельствует о патологической роли гастроэзофагеального рефлюкса и четко коррелируется с тяжестью повреждения слизистой оболочки пищевода.

Гастроэзофагеальный рефлюкс является физиологическим и может встречаться у абсолютно здоровых людей в основном в дневное время – после или во время приема

пищи и, значительно реже, в ночное время (горизонтальном положении). Критерии физиологического гастроэзофагеального рефлюкса:

pH рефлюктата в пределах 4,0 -7,0.

Общая продолжительность – 5% -7% времени и менее в течение 24-х часового мониторинга.

Днем рефлюкс возникает только во время или сразу же после еды.

Во время сна – первой половине ночи.

Большинство исследователей считает, что допускается не более двух эпизодов ГЭР в час.

Рентгенологическое исследование пищевода и желудка позволяет оценить двигательную функцию органов, топографию, величину угла Гиса, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, состояние слизистой пищевода, и прежде всего эрозивно-язвенных изменений.

При эзофаготономографии отмечают снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, нарушение перистальтики пищевода типа эзофагоспазма, желудочно-пищеводный рефлюкс, который также может быть подвержен данными внутриводной pH-метрии (снижение pH до 4,0 и ниже).

Сцинтиграфия пищевода применяется для оценки эзофагеального клиренса с радиоактивным изотопом технеция. Задержка приетаго изотопа в пищеводе более чем на 10 мин указывает замедление эзофагеального клиренса. Из-за высокой лучевой нагрузки и дороговизны изотопов и оборудования метод широко не применяется в клинике.

Лечение ГЭРБ и пищевода Баррета

Общие рекомендации по режиму и диете

Соблюдение диеты и режима питания (ограничить потребление продуктов оказывающих раздражающее действие: жиры, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусовые: избегать обильного приема пищи и не есть на ночь: после приема пищи избегать наклонов вперед и не ложиться.

Отказаться от курения

Не носить тесную одежду и тугий пояс.

Спать с приподнятым головным концом кровати.

Контролировать массу тела.

Ограничить приём лекарств, вызывающих рефлюкс: (седативные, транквилизаторы, бета блокаторы, теофиллин, нитраты и.т.д.)

Патогенетические лечения ГЭРБ .

Прокинетики

Повышают тонус нижнепищеводного сфинктера

Повышают эвакуаторную функцию желудка

Нормализуют соотношение фаз мигрирующего моторного комплекса.

Повышают продуктивную перистальтику кишки

Повышают сократительную способность желчного пузыря.

Препаратом этой группы является блокатор центральных и периферических D2 – дофаминовых рецепторов метоклопрамид.

Антагонист периферических 2 – дофаминовых рецепторов препарат мотилиум не проникает через гематоэнцефалический барьер и поэтому практически лишен побочных действий.

Наиболее эффективным препаратом при лечении ГЭРБ является гастроинтестинальный прокинетик цизаприд (координакс).

Препарат оказывает не прямое холинергическое действие на нейромускульный аппарат всего желудочно-кишечного тракта. Его назначают по 1 таб (10)мг 3 раза в день за 30 мин до еды и 1 раз на ночь по 10 мг.

Цель антисекреторной терапии ГЭРБ – уменьшить повреждающее действие кислого желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода при гастроэзофагеальном рефлюксе.

Блокатором H^+K^+ - АТФ азы. относятся : рабепразол (париет) , омепразол, лансопразол, пантопразол. Ингибируя протонный насос, они обеспечивают выраженное и продолжительное подавление кислой желудочной секреции.

Антациды при лечении ГЭРБ назначаются с целью снижения кислотно-протеолитической агрессии желудочного сока и кишечного содержимого. Препараты назначают 3 раза в день через 40-60 мин после приема пищи, когда чаще всего возникают изжога и ретростернальные боли, а также на ночь. Антациды играют минимальную роль в лечении рефлюкс – эзофагита.

При лечении ГЭРБ рекомендуется придерживаться следующего правила: каждый приступ боли и изжоги следует купировать, поскольку эти симптомы указывают на прогрессирующее повреждение слизистой оболочки пищевода.

При рефлюкс – эзофагите, обусловленном забросом в пищевод «агрессивного» дуоденального содержимого (в первую очередь желчных кислот), что наблюдается при дуоденогастроэзофагеальном рефлюксе, следует применять средства с сорбирующим эффектом.

Используется урсодезоксихолиевая кислота (урсофальк, урсосан) по 2-3 капсулы (250мг) на ночь. Эффект препарата обусловлен секвестрацией из желчи «агрессивных, токсичных» желчных кислот за счет замещения их нетоксичной урсодезоксихолиевой кислотой.

Лечение проводится в течение 3-8 недель до купирования симптоматики заболевания. В случаях неэффективности проводимого лечения необходимо провести суточное внутрипищеводное и внутрижелудочное рН- мониторинг для оценки эффективности проводимого антисекреторного лечения.

По мере купирования клинической симптоматики интенсивность антисекреторного лечения снижают, используют блокаторы протонной помпы в меньшей дозе и в некоторых случаях переходят на блокаторы H_2 – гистаминовых рецепторов. Секретолитики комбинируют с прокинетики (мотилиум по 10 мг 2-4 раза в сутки)

Лечение пищевода Баррета

Лечение пищевода Баррета ингибиторами протонной помпы может привести к частичной регрессии заболевания и появлению островков плоскоклеточного эпителия. Тем не менее считается, что пищевод Баррета не подвергается обратному развитию. Под ним может сохраниться метаплазированный эпителий.

Всё большее распространение получают эндоскопические методы лечения пищевода баррета.

Показания к оперативному лечению:

- сохраняющаяся симптоматика при интенсивном продолжительном консервативном лечении;
- осложненный эзофагит степени «В-D» (стриктуры, повторные кровотечения)
- сопутствующие заболевания ЖКТ требующие оперативного лечения (калькулёзный холецистит, острый аппендицит, киста яичника и т.д.)

Целью операций, направленных на устранение рефлюкса, является восстановление нормальной функции кардии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.Н.Гаджиев. Дифференциальная диагностика нервно-мышечных заболеваний пищевода. /Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. №1, 2001г.
2. Хирургия. /Под ред. Ю.М.Лопухина, В.С.Савельева. – М.: ГОЭТАР Медицина, 1997г.
3. Клиническая хирургия. /Под ред. Ю.М.Панцирева. – М.: Медицина, 1988г.
4. Трудный диагноз. Том 1. Р.Б.Тейлор Москва: Медицина -1988.

Тесты.

1. При химическом ожоге пищевода в острой стадии показано:

- А) промывание рта, пищевода, желудка водой
- Б) назначение препаратов морфия и седативных средств
- В) питьё молока
- Г) всё верно
- Д) всё не верно

2. Основным методом лечения кардиоспазма является:

- А) кардиопластика по Геллеру
- Б) фундопликация по Ниссену
- В) кардиодилатация
- Г) различные способы экстамукозной пластики
- Д) бужирование

3. Основным методом диагностики дивертикула пищевода является:

- А) эзофагоскопия
- Б) контрастное рентгенологическое исследование
- В) УЗИ
- Г) радионуклидное исследование

4. При раке среднегрудного отдела пищевода чаще всего наблюдается:

- А) срыгивание
- Б) боль за грудиной
- В) кашель, одышка
- Г) дисфагия
- Д) слюнотечение

5. Ценкеровский дивертикул пищевода локализуется:

- А) в области бифуркации трахеи
- Б) над диафрагмой
- В) в v_3 пищевода
- Г) в глоточно-пищеводном переходе
- Д) над кардией

6. Для диагностики новообразований средостения может быть использован:

- А) пневмоторакс
- Б) пневмоперитонеум
- В) ретропневмоперитонеум
- Г) бронхография
- Д) пневмомедиастинография

7. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:

- А) инвагинация дивертикула
- Б) зондовое питания
- В) удаление дивертикула
- Г) эндоскопическое рассечение в месте сужения, ниже дивертикула
- Д) всё перечисленное

8. Наиболее ранним проявлением рака пищевода является:

- А) дисфагия
- Б) боль за грудиной и в спине
- В) срыгивание застойным содержимым
- Г) усиление слюноотделения
- Д) похудание

9. В диагностике инородных тел пищевода не используют:

- А) сбор жалоб и анамнеза

- Б) зондирование пищевода
- В) эзофагографию
- Г) эзофагоскопию
- Д) ларингоскопию

10. Наиболее опасным осложнением грыжи пищеводного отверстия является:

- А) желудочное кровотечение
- Б) недостаточность кардии
- В) ущемление желудка
- Г) рефлюкс-эзофагит
- Д) пептическая язва пищевода