

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ С ВПХ**

***РЕФЕРАТ***

**НА ТЕМУ:**

**Заболевания и повреждения пищевода**

**Ташкент – 2010**

## План реферата:

1. Анатомо-физиологические данные.
2. Рак пищевода.
3. Доброкачественные опухоли пищевода.
4. Дивертикулы пищевода.
5. Рубцовые сужения.
6. Ахалазия и кардиоэзофагоспазм.

### Анатомо-физиологические данные

Начальная часть пищевода расположена на уровне перстневидного хряща. Длина его у взрослого достигает до 24-29 см, причём из них 7-8 см составляет шейный, 16-18 – грудной и 1-3 см – абдоминальный отделы. Ширина его 2-2,5 см. Пищевод имеет три сужения: верхнее у входа в пищевод, среднее на уровне дуги аорты и левого главного бронха и нижнее на уровне пищеводного отверстия диафрагмы. Пищевод на всём протяжении не имеет серьёзного покрова и отделён от окружающих органов и медиастральной плевры рыхлой соединительной тканью. Имеется два слоя мышечной оболочки: наружный – продольный и внутренний – циркулярный. Слизистая пищевода выстлана многослойным плоским эпителием на всём протяжении, а в области кардии имеется цилиндрический эпителий. Артериальное кровоснабжение пищевода получает из ветвей нижней щитовидной артерии, из бронхиальных и непарных пищеводных и левой желудочной артерии. В области пищевода имеются венозные анастомозы между нижней и верхней полой веной. Иннервируется пищевод ветвями блуждающего нерва и из грудного и шейного отделов симпатической нервной системы.

Акт глотания совершается путём произвольного сокращения поперечно-полосатой мускулатуры шейного отдела и перистальтических сокращений гладкой мускулатуры грудного отдела пищевода.

В нижнем отделе пищевода и в области кардии нельзя доказать анатомическое наличие сфинктера, но физиологический или функциональный сфинктер там несомненно существует. Следовательно кардия в нормальных условиях при отсутствии акта глотания закрыта благодаря особому нервно-мышечному прибору и содержимое из желудка не попадает в пищевод. При глотании пищи кардинальный жом, расслабляясь, раскрывается и пищевой комок проходит в желудок.

### Рак пищевода

Рак пищевода развивается из эпителиальных образований слизистой оболочки и подслизистого слоя и в большинстве случаев является плоскоклеточным. Он составляет 75-80 % заболеваний пищевода.

По частоте поражений раком пищевод занимает четвертое место после желудка, толстой и прямой кишок.

По типу роста раковые опухоли пищевода могут быть экзофитными, растущими в просвет пищевода, и эндофитными, растущими в подслизистом слое пищевода.

По внешнему виду рак пищевода можно разделить на следующие формы:

1. скirrosный рак – равномерно инфильтрующий стенку пищевода и без видимой на глаз границы переходящий в нормальную ткань. При больших опухолях в центре её может быть плоское изъязвление.
2. мозговидный рак растёт в просвет пищевода и легко распадается, циркулярно прорастает в стенку пищевода только в далеко зашедших случаях. Чаще всего

встречаются смешанные формы опухоли, при которых имеются элементы эндофитного и экзофитного роста с ранним распадом и образованием язвы. Наиболее редко встречается папиллярный или сосочковый рак пищевода и карциносаркома.

Раковые опухоли пищевода в силу атомно-физиологических особенностей органа обычно не достигают большой величины. Отдалённые метастазы при раке пищевода встречаются редко. Метастазирование в первую очередь происходит в параэзогинальные и бифуркационные лимфатические узлы, узлы забрюшинного пространства и в печень. Часто обнаруживают внутрисстеночное метастазирование.

Различают четыре стадии рака пищевода:

- 1 стадия - чётко ограниченная небольшая опухоль, прорастающая в слизистый и подслизистый слой. Опухоль не суживает просвет пищевода. Метастазы отсутствуют.
- 2 стадия - опухоль или язва, прорастающая в мышечный слой пищевода, но не выходящая за пределы стенки пищевода. Метастазы единичные в регионарные лимфоузлы.
- 3 стадия - опухоль или язва, занимающая большую полуокружность пищевода, прорастающая в стенку пищевода и клетчатку, спаянная с соседними органами. проходимость пищевода нарушена значительно или полностью. Имеются значительные метастазы в регионарных лимфатических узлах.
- 4 стадия - опухоль прорастает все стенки пищевода, выходит за пределы органа, вызывает прободение в ближайшие органы. Имеются конгломераты неподвижных, регионарных, метастатических лимфатических узлов и метастазы в отдельные органы.

Ранними наиболее частыми являются чувство некоторого, вначале безболезненного затруднения проходимости комка пищи через пищевод, «прилипание пищи», появление лёгкой болезненности за грудиной или в спине, ощущение инородного тела в пищеводе вне приёма пищи. Они заставляют заподозрить рак, если больной старше 60 лет. Мужчины заболевают в 6-8 раз чаще, чем женщины. появление дисфагии в 80-90% случаев сигнализирует о раке пищевода. Часто в анамнезе отмечается «зlostное курение», употребление спиртных напитков, горячего чая, супов, перенесённый ранее ожог пищевода, оставивший рубцы, наличие дивертикула пищевода, лейкоплакий и др. Больные вынуждены делать более энергичные глотки, чтобы продвинуть пищевой комок по пищеводу. Затруднение глотания в конечном итоге прогрессирует и пищевод становится непроходимым для воды.

Нередко, ещё до наступления полной непроходимости пищевода опухоль прорастает в трахею, бронх, плевру, аорту, образуются бронхопищеводные свищи, при которых каждый глоток вызывает мучительный приступ кашля.

Более трети больных жалуются на повышенное слюнотечение, отрыжку пищей, боли над ключицей, в эпигастральной области. Возникают спазмодические боли позади грудины, которые часто переходят в левое предплечье. у ряда больных они возникают независимо от еды. Нередки ночные боли. Рвота появляется после того, как опухоль достигает довольно больших размеров. Затруднение глотания и даже полная непроходимость пищевода могут исчезнуть или уменьшиться с тем, чтобы через короткое время вновь появиться. Объясняется это распадом опухолевых масс. нередко появляется аспирационная пневмония и афония. На почве хронического голодания и обезвоживания кахексия.

К поздним симптомам рака пищевода относится зловонный запах изо рта, стреляющие боли в позвоночнике, по ходу межрёберных нервов, осиплость голоса. Кожа становится дряблой, сухой и тусклой, землисто серой, глаза теряют блеск. Прогрессирует общая слабость, исчезает интерес к окружающему, Больные начинают испытывать мучительную и неутолимую жажду и эти симптомы быстро прогрессируют.

В постановке раннего диагноза имеют значение данные анамноза, статуса больного и инструментальных исследований (рентгенологического, эзофаскопии, биопсии, цитологического исследования отпечатков и смывов со слизистой, индикации радиоактивным фосфором электроэзофагографии).

Рак пищевода следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

- 1) ахалазией пищевода
- 2) рубцовым сужением пищевода
- 3) язвой пищевода
- 4) эзофагитом
- 5) доброкачественными опухолями пищевода
- 6) варикозным расширением вен пищевода
- 7) дивертикулами
- 8) сдавлением пищевода извне опухолями средостения, рубцами после перенесённого медиастинита и аномально расположенными сосудами в средостении.

Основными методами лечения рака пищевода являются хирургический и лучевой. Химиопрепараты не эффективны. Процент резектабельности по отношению к госпитализированным от 27-45.

Чаще применяют операцию Добромыслова-Торека, которая включает в себя правостороннюю торакартомию с ревизией плевральной полости. После выделения пищевода с лимфатическими узлами и клетчаткой средостения, мобилизации брюшного отдела пищевода и кардии, пищевод пересекают над кардией и погружают в неё (либо туго перевязывают двумя лигатурами). Свободный конец пищевода надёжно изолируют. После мобилизации верхней трети пищевода, грудную полость дренируют и зашивают. Вторым этапом операции является шейная медиастинотомия, выведение мобилизованного пищевода наружу резекция опухоли формирование шейной эзофагостомы.

Третий этап – лапаротомия с наложением гастростомы. при благоприятном исходе этой операции может быть поставлен вопрос о пластике пищевода.

Операция Льюиса – проводится в два этапа:

вначале производится правосторонняя торакартомия для определения резектабельности опухоли, мобилизации и резекции пищевода. после этого производится лапаротомия, мобилизация желудка, перемещение его в плевральную полость и наложение анастомоза желудка с пищеводом. Перед перемещением желудка пищевод отсекают над кардией и погружают в желудок. Однако можно начинать операцию и с лапаротомии и мобилизации желудка при этом определяя наличие или отсутствие метастазов в брюшной полости. После зашивания раны живота наглухо производится правосторонняя торакартомия. Если опухоль пищевода окажется нерезектабельной, накладывается обходной пищеводно-желудочный анастомоз.

Операция Киришнера-Накаямы выполняется при локализации опухоли на границе верхне-среднегрудного отделов пищевода. Первым этапом этой операции является типичная операция Торека. Вторым этапом производится лапаротомия и мобилизация желудка с учётом необходимости дотянуть его верхний полюс угла нижней челюсти больного. Копьевидными расширителями С.С.Юдина под кожей груди проделывают туннель, который туго заполняют марлевыми тампонами. Третьим этапом производят шейную медиастинотомию и через шейную рану выводят пищевод. после извлечения тампонов через подкожный туннель протаскивают за нитку желудок, дно которого выводят в шейную рану. Производят резекцию пищевода и формируют пищеводно-желудочный анастомоз. Операция может быть проведена с пластикой пищевода сегментом толстой кишки.

Резекция верхнегрудного отдела пищевода относится к тяжёлым и сложным вмешательствам. Они проводятся в основном выше описанными способами, но эти опухоли значительно чаще оказываются нерезектабельными. при невозможности

выполнения радикальной операции при раке пищевода следует производить паллиативные операции.

Гастростомия может с успехом использоваться как для постоянного обеспечения питания больных с неудаляемыми опухолями, так и для временного питания истощённых и обезвоженных больных, готовящихся к операции.

Паллиативное удаление опухоли даже при наличии отдалённых метастазов может не только продлить больному жизнь, но и иногда вернуть его к трудовой деятельности. Весьма целесообразно и имеет большое значение при нерезектабельности опухоли, наложение обходного анастомоза, позволяющего восстановить питание. У больных с большим операционным риском, ввиду тяжёлого общего состояния, обходной анастомоз может быть выполнен из кишки, проведённой подкожно.

Раковое поражение нижнегрудного и брюшного сегмента пищевода, а также кардинального отдела желудка является прямым показанием к хирургическому лечению. при опухоли пищевода производится широкая резекция поражённого участка пищевода и кардии. при локализации рака в кардинальном отделе желудка, тактика хирурга может быть двойной в зависимости от характера опухоли. при ограниченной опухоли с эндофитным ростом возможно производить резекцию проксимального отдела желудка с удалением региональных лимфоузлов. При выявлении опухоли с инфильтративным ростом единственным видом операции должна быть гастрэктомия с резекцией брюшного сегмента пищевода.

Лучевое лечение применяют как для радикальной, так и для паллиативной терапии рака пищевода. Используются рентгеновское, гамма излучение, тормозное излучение и быстрые электроны.

Прогноз: нелеченный рак пищевода всегда имеет плохой прогноз. Средняя продолжительность жизни таких больных – 5 месяцев. Хирургическое лечение даёт выживание через 5 лет 8-10%, при послеоперационной летальности 25-40%. при лучевом лечении некоторые больные живут более пяти лет.

### Доброкачественные опухоли пищевода

1. Эпителиальные опухоли (полипы, аденомы, эпителиальные кисты).
2. Неэпителиальные опухоли (лейомины, фибромы, невриномы, гемангиомы и др. ).

Доброкачественные опухоли чаще развиваются в местах естественных сужений и в нижней трети пищевода, встречаются редко – от 1-6% по отношению к раку, чаще у мужчин среднего возраста.

Небольшие доброкачественные опухоли не вызывают клинических проявлений, могут случайно выявиться при рентгенологическом исследовании. Заболевание проявляется наступлением дисфагии. Доброкачественные опухоли редко вызывают обтурацию пищевода. Больные отмечают ощущение инородного тела, боли при еде, позывы на рвоту и тошноту. Окончательный диагноз доброкачественной опухоли можно поставить путём сопоставления клинических признаков с результатами рентгенологического, эзофагоскопического и других видов исследований.

Лечение доброкачественной опухоли должно быть только хирургическим:

- а) через эзофагоскоп удаляют электроном эпителиальные опухоли на узкой ножке.
- б) вылушивание, при внутристеночном расположении опухоли без повреждения слизистой.
- в) редко допускается резекция пищевода (если нельзя исключить малигнизацию больших опухолей пищевода).

Прогноз благоприятный. Рецидивов не наблюдается.

### Дивертикулы пищевода

Дивертикулы пищевода составляют 40% всех дивертикулов, развивающихся по ходу пищеварительного тракта. Различают пульсионные и тракционные дивертикулы. Первые образуются в результате постепенного выпячивания стенки пищевода в местах, анатомически слабее окружающих отделов. Тракционные дивертикулы развиваются путём втяжения участка стенки пищевода образовавшимися вне его рубцами и спайками в средостении. Обычно дивертикулы наблюдаются у пожилых людей, чаще у женщин. Долгое время они остаются бессимптомными. Позже появляется одышка, сердцебиение, наступающая во время еды рвота, после которой одышка тахикардия исчезают, может появиться затруднение глотания пищи, боли за грудиной и в области мечевидного отростка. При наддиафрагмальном дивертикуле рано наблюдается дисфагия, затруднение боли и боли в сердце, отрыжка пищей при лежании.

Яркая симптоматика наблюдается при ценкеровском дивертикуле, располагающимся на боковой поверхности шеи, над ключицей. Наличие здесь опухоли меняющей на глазах размеры и контуры в зависимости от приёма пищи, поддающейся сдавлению рукой и опорожнению, наводит на мысль о дивертикуле пищевода, достигшем значительных размеров. Появляется запах изо рта, нередко присоединяется воспаление клетчатки вокруг дивертикулы. Диагностика рентгенологическая и эзофагоскопия. Лечение – оперативное.

### Рубцовые сужения

Рубцовые сужения пищевода возникают после ожогов кислотами или щелочами, на почве язвенных процессов в нём, после эзофагита. После ликвидации наиболее острых симптомов ожога наступает период благополучия. Спустя некоторое время на месте ожога (главным образом при входе в пищевод через диафрагму) наступает замена грануляций рубцовой тканью. Постепенно усиливаются симптомы затруднения глотания. Наступает задержка пищи в пищеводе, появляется отрыжка, обильное слюноотделение, рвота неизменной пищей или гнилостными массами. Нарастает исхудание. Больные отмечают сильную жажду, слабость, подавленное настроение. Рентгенологически определяется постепенно увеличивающееся расширение пищевода над местом сужения.

Лечение. Эффективным методом предупреждения развития рубцового сужения пищевода является раннее бужирование. Сразу после поступления больному с острым ожогом пищевода в желудок вводят тонкую эластичную трубку для промывания и питания. Введение бужа начинают с четвёртого, седьмого дня (раннее бужирование).

Бужирование проводится ежедневно. Через месяц начинают увеличивать интервалы времени без бужирования. Через 6 месяцев – 1 год устанавливается оптимально возможный просвет пищевода.

Позднее бужирование не раньше 7 недель после ожога. Настойчивое консервативное лечение в некоторых случаях даёт удовлетворительные результаты. Полный курс бужирования длится не менее 1,5- 2 лет. При неэффективности лечения производят хирургическое вмешательство – пластику пищевода. Для замещения всего пищевода или его отдельного сегмента используют желудок, тонкую или толстую кишку.

### Ахалазия и кардиоэзофогоспазм

Ахалазия сравнительно нередкое заболевание пищевода сопровождающееся дисфагией. При этом речь идёт о нарушении нормальной функции кардии в виде отсутствия рефлекса на раскрытии кардии в момент прохождения пищевого комка в желудок. Симптоматика этого тягостного страдания сводится к явлениям дисфагии, задержке пищи в пищеводе, расширению его, позади – грудными болям и срыгиваниям пищи. Боли, отмечаемые у половины больных, испытываются в момент глотания пищи и отсутствия вне его. Нередко боли иррадируют в уши, нижнюю челюсть, затылок. Позже присоединяется весьма тягостное срыгивание малыми порциями неизменной пищи. Во сне срыгивания учащаются вместе с приступами кашля, вызываемого попаданием пищи в трахею.

Ахалазия часто осложняется повторными пневмониями, бронхоэктатической болезнью, абсцессом легкого. Чаще болезнь развивается с постепенным нарастанием тяжести отдельных симптомов. Наблюдаются случаи, когда среди как будто полного выздоровления, у больного впервые появляется чувство застревания пищи, которое через несколько минут проходит с тем, чтобы вновь возникнуть через несколько дней. В дальнейшем приступы задержки пищи учащаются. Нередко далеко зашедшее расширение пищевода происходит без расстройств глотания. В отличие от рака характерные для ахалазии симптомы периодически иногда исчезают и больные начинают чувствовать себя здоровыми. Иногда расширение пищевода достигает значительной степени, пищевод становится длиннее и как бы не уместаясь в средостении, принимает S-образную форму или форму сапога, что хорошо видно при рентгенологическом исследовании. Вместе с увеличением длины пищевода, стенки его утолщаются благодаря компенсаторной гипертрофии мышечного слоя.

Лечение. В ранних стадиях применяют антиспастические, антигистаминные и ганглиотические средства, новокаиновые блокады. При развитии грубых анатомических изменений показано хирургическое лечение (операция Микулича, эзофагокардиоластика по Геллеру, Б.В.Петровскому, эзофагогастромиа по Гайровскому). Большую популярность приобретает насильственное расширение сужения при помощи дилатора Брюнингеа, Штарка. Кардиодилатация при возникновении рецидива может быть легко повторена.

#### Литература:

1. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. Практическое руководство. Издательский центр КГМУ. 2000. 668с.
2. Избранные лекции под редакцией академика АН СССР Б.В. Петровского. М., 1968.
3. Частная хирургия. Учебник для медицинских вузов. Под редакцией члена - корреспондента РАМН, профессора Ю.Л. Шевченко, в 2-х томах. Санкт-Петербург. Специальная литература. 1998. 484с.
4. Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. Книга для опытных хирургов, клинических ординаторов и студентов. ГЭОТАР-Медиа. Москва. 2003. 272с.
5. Шулутко А.М.. Рабочий диагноз в трудных хирургических ситуациях. Москва. 2003. 256с.
6. А.А. Шалимов, А.П. Радзиховский. Атлас операций на органах пищеварения; том 1 – операции на пищеводе, желудке и кишечнике. Наукова думка. Киев. 2003. 332 с.
7. М.А. Бутов, П.С. Кузнецов. Обследование больных с заболеваниями органов пищеварения. ППП – исток система. Рязань. 2007. 37 с.
8. А.А. Крылов, А.Г. Земляной, В.А. Михайлович, А.И. Иванов. Неотложная гастроэнтерология. Издательство Питер. Москва. 1997. 104 с.
9. Г.М. Семёнов, М.В. Ковшова, В.Л. Петришин. Неотложные оперативные вмешательства в экстренных ситуациях. Издательство Питер. Санкт-Петербург. 2004. 378 с.
10. В.В. Савельев. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Триада-Х. Москва. 2004. 740 с.