

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Гомельский государственный медицинский институт  
Кафедра хирургических болезней №3

Утверждено на заседании кафедры  
Протокол № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2003г.

Тема:  
«ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА»

Учебно-методические рекомендации

Автор: ассистент кафедры хирургических  
болезней №3, к.м.н. Лызилов  
А.А.

**Подписано в печать 20.01.03**

Сдано в набор 20.01.03

Формат 60 x 84 1/16 Бумага офсетная

Усл.-печ. л.1.1. Тираж 100 экз.

Заказ № 162/Н Бесплатно

---

Отпечатано в Гомельском государственном медицинском институте

246000, Гомель, ул.Ланге, 5

Гомель,  
2003

Автор: ассистент кафедры хирургических болезней №3, к.м.н. Лы-  
зинов А.А.

«ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА» (Учебно-методические рекомен-  
дации для студентов и преподавателей).

В методических рекомендациях по данной теме изложены основ-  
ные принципы диагностики и лечения больных заболеваниями пище-  
вода.

Рассмотрено и одобрено на заседании Совета Гомельского госу-  
дарственного медицинского института.

2003г. Протокол № \_\_\_\_\_

### ХРОНОКАРТА ЗАНЯТИЯ

Этапы занятия	Обеспечение	Место заня- тия	Время
Присутствие на утренней конферен- ции хирургов, отчет дежурных сту- дентов, обсуждение запланированных операций.		Конференц- зал, учебная комната.	15 мин.
Вводное слово преподавателя, обсу- ждение актуальности темы, ответы преподавателя на вопросы студентов.		учебная ком- ната	10 мин.
Программированный контроль исход- ного уровня знаний и его коррекция.	Таблицы, билеты для тестового контроля.	Учебная ком- ната.	40 мин.
Устный опрос, разбор темы.	Плакаты № Табли- цы № рентгенограм- мы, негатоскоп.	Учебная ком- ната	35 мин.
Самостоятельная работа студентов с больными по теме, микрокурация, отработка практических навыков.	Истории болезни, рентгенограммы, негатоскоп.	Палаты, учеб- ная комната	35 мин.
Разбор результатов курации, обсу- ждение и разбор историй болезни, составление алгоритма обследования и лечения курируемых больных.	Истории болезни, рентгенограммы негатоскоп.	Палаты, учеб- ная комната	15 мин.
Пребывание в операционной, перевяз- очной, манипуляционных.		Операционная, перевязочная, манипуляци- онные кабинеты.	40 мин.
Контроль усвоения тем путем реше- ния ситуационных задач.	Набор тестовых задач.	Учебная ком- ната	25 мин.
Подведение итогов занятия и задание для самоподготовки к следующему занятию.		Учебная ком- ната	10 мин.

**Примечание:** После каждых 45 минут занятия выделяется 5 минут  
на перерыв.

#### Литература:

##### Основная.

1. М. И. Кузин. Хирургические болезни. М. 1995. Стр. 257-292.
2. Конспект лекций.
3. Н.И.Батвинков, С.И.Леонович и др. Клиническая хирургия.

Минск, 2000.

##### Дополнительная.

1. Ю. Е. Березов., М. С. Григорьев. Хирургия пищевода. М. 1965.
2. А. А. Шалимов В. Ф. Саенко Е. А Шалимов. Хирургия пищевода  
М 1965
3. А.И. Пирогов и соавт. Хирургическое лечение рака пищевода  
после эффективной лучевой терапии. Хирургия. 1985. №3, с. 3
4. В Х Василенко. Заболевания пищевода. М. 1971.

**Врачебно-трудовая экспертиза.** Рак пищевода является основанием к установлению II–I группы инвалидности.

Прогноз при раке пищевода в случае радикальной операции в I–II стадиях болезни и неосложненном послеоперационном течении относительно благоприятный, при радикальном лечении в III стадии – сомнительный, при симптоматическом лечении – плохой.

**Профилактика** – это исключение курения, злоупотребления алкоголем. Большое положительное значение играет регулярное полноценное разнообразное питание. Нежелательным является систематическое употребление очень горячих напитков и пищи, а также постоянное питание острыми блюдами. Для своевременной диагностики рака пищевода большое значение имеет диспансеризация населения и систематическое обследование, особенно граждан после 40 лет.

## **I. Актуальность, научное обоснование темы.**

Среди поражений органов и систем человеческого организма одну из лидирующих позиций занимают заболевания желудочно-кишечного тракта, и немалая их доля приходится на долю пищевода. Не ясны окончательно вопросы этиологии и патогенеза многих заболеваний пищевода, не всегда проста и доступна своевременная и правильная диагностика заболеваний пищевода, сложной проблемой является лечение таких заболеваний, как кардиоспазм, эзофагит, рак пищевода, дивертикулы пищевода и др. Все это свидетельствует об актуальности темы и диктует необходимость изучения студентами вопросов этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения заболеваний пищевода.

## **II. Цель занятия.**

Студенты обязаны знать основные, наиболее частые заболевания пищевода, такие как ахалазия кардии, дивертикулы пищевода, ожоги пищевода, доброкачественные опухоли, а также их этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение. Студенты должны изучить различные клинично-анатомические формы рака пищевода, особенно раннюю симптоматику и клинику, знать роль и значение специальных методов диагностики, уметь самостоятельно поставить и обосновать развернутый диагноз, а также обосновать выбор метода лечения, знать показания к радикальным и паллиативным хирургическим операциям, требования к предоперационной подготовке и послеоперационному уходу.

## **III. Задачи.**

### **В результате изучения темы студенты должны знать:**

- ✓ анатомию и физиологию пищевода
- ✓ методы диагностики заболевания пищевода
- ✓ этиологию и патогенез основных заболеваний пищевода: ахалазии кардии, ожогов и травм пищевода, дивертикулов пищевода, доброкачественных опухолей и рака пищевода.
- ✓ клинику, диагностику и лечение ахалазии кардии
- ✓ клинику, диагностику и лечение дивертикулов пищевода
- ✓ клинику, диагностику доброкачественных опухолей и рака пищевода
- ✓ клинику, диагностику и лечение ожогов и травм пищевода

### **Студенты должны уметь:**

- ✓ собирать анамнез у больных с заболеваниями пищевода.
- ✓ составлять алгоритм обследования больных с заболеваниями пищевода
- ✓ уметь интерпретировать данные эзофагоскопии, рентгенографии и -скопии пищевода, pH -метрии.

- ✓ определять тактику и объем консервативного лечения заболевания пищевода
- ✓ определять показания к хирургическому лечению при заболеваниях пищевода и хирургическую тактику.

#### IV. Методика занятия.

Студенты должны обязательно курировать больных с заболеванием пищевода. Изучение анамнеза, результатов применения объективных методов исследования проводится у постели больного, а также рентгенологическом и эндоскопическом кабинетах. Обоснование диагноза, проведение дифференциального диагноза обсуждаются без больного. В ходе занятий должны обсуждаться данные эзофагоскопии, демонстрироваться рентгенограммы, характеризующие различные заболевания и Формы рака пищевода, а также схемы и слайды, иллюстрирующие виды хирургических операций и манипуляций.

#### V. Методика проведения и достижения учебно-целевых задач:

##### 1. Контроль уровня знаний:

- ✓ устный опрос;
- ✓ клинический разбор больных;
- ✓ тестовый контроль;
- ✓ клинический разбор историй болезни.

##### 2. Материалы для подготовки с преподавателем:

- ✓ истории болезни;
- ✓ Rtg - граммы;
- ✓ таблицы;
- ✓ методические разработки.

##### 3. Материалы для самоподготовки и УИРС:

- ✓ учебники;
- ✓ лекции;
- ✓ литература, рекомендуемая кафедрой.

#### VI. Методическое обеспечение:

- ✓ методические разработки;
- ✓ таблицы;
- ✓ истории болезни.

#### VII. Контрольные вопросы.

1. Основы анатомии пищевода. Общая симптоматика заболеваний пищевода. Ахалазия кардии. Ожоги, рубцовые стриктуры пищевода. Клиника, диагностика, лечение.

указывает на анемизацию больного, наблюдается ускоренная СОЭ, относительный тромбоцитоз, гипопротейнемия, диспротеинемия.

Нужно помнить о таких ранних симптомах рака пищевода, как необъяснимая слабость, вялость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, извращение вкуса, похудание, которые появляются до дисфагии. При рентгенологическом исследовании выявляется дефект наполнения с неровными, изъеденными контурами. Суженный участок выглядит извитым, неровным каналом. Барий оседает на поверхности опухоли, поэтому видны многочисленные различной формы бариевые депо. Противоположная стенка пищевода может быть неизменной. В таких случаях дисфагии обычно не наблюдается. Рентгенологическая картина может варьировать в зависимости от клинической формы опухоли.

**Диагноз и дифференциальный диагноз.** Если больной старше 40 лет обращается к врачу с неопределенного характера жалобами на необъяснимую слабость, вялость, утомляемость, снижение аппетита, извращение вкуса, исхудание, то наряду с прочими причинами необходимо заподозрить возможность рака пищевода. Основным является рентгенологическое исследование, при необходимости – томография пищевода. В сомнительных случаях диагноз уточняют с помощью фиброэзофагоскопии и биопсии подозрительных участков стенки пищевода. В обосновании диагноза имеют значение анамнез, жалобы больного, результаты объективного исследования, лабораторные данные.

Для дифференциального диагноза следует исключить сдавление пищевода извне, затем исключить все другие болезни пищевода (рубцовые сужения после ожога, спазмы на почве невроза, ахалазию и др.).

**Лечение рака пищевода** в I–II стадиях хирургическое. Это резекция пищевода в пределах здоровых тканей. В III стадии операция может быть относительно радикальной при отсутствии метастазов. В IV стадии лечение симптоматическое.

Лучшие результаты получаются при комбинированном (оперативном и лучевом лечении). После резекции пищевода накладывают эзофагогастроанастомоз, выполняют тонко-толстокишечную пластику. В ряде случаев лучевое лечение является основным и дает относительно благоприятные результаты. Симптоматическое лечение может включать паллиативные операции (гастростомия, еюностомия, обходной анастомоз), а также реканализацию пищевода аллопластическим протезом. Кроме того, рекомендуется высококалорийный диетический режим, при показаниях – анальгетики. Могут возникать показания к гемотрансфузиям, перфузии белковых препаратов, растворов глюкозы, витаминов, введению стимуляторов и т. д. В послеоперационном периоде после радикальной операции больной должен получать интенсивное лечение в реанимационном отделении.

5) рак кардиодиафрагмальной части пищевода и кардиоэзофагеальный рак. Более частыми симптомами являются боли, отрыжка воздухом, дисфагия. Боли локализуются в эпигастрии, но могут распространяться на область сердца. Дисфагия – более поздний симптом при кардиальном раке.

Имеется 4 стадии рака пищевода:

при I стадии опухоль поражает слизистую оболочку;

при II – не выходит за пределы мышечного слоя с единичными метастазами в регионарные лимфоузлы;

при III – выходит за пределы пищевода, имеются множественные метастазы в регионарные лимфоузлы;

при IV стадии прорастает соседние органы и дает отдаленные метастазы.

**Патологическая анатомия.** Рак пищевода возникает в местах физиологических сужений. Существует мозговидно-язвенная форма, скирр, сосочковый рак, грибовидный, простой. Более часто встречаются экзофитные, или узловатые, формы рака, более редко – язвенные, редко – склерозирующие, или циркулярные. Чаше имеем дело с плоскоклеточным раком и реже – с аденокарциномой. Опухоль верхней части пищевода метастазирует в лимфоузлы по ходу трахеи и у основания шеи, средней трети – в лимфоузлы корня легкого, нижней трети – в малый сальник, печень, забрюшинно. Отдаленные метастазы появляются в легких, костях, других органах.

**Клиническая картина и течение заболевания.** Начало болезни скрытое. Первым симптомом может быть дисфагия, которая, однажды возникнув, неуклонно прогрессирует. Она возникает в начале от плотной пищи, а затем и от жидкой. Позже появляется регургитация. Следующим симптомом являются боли, которые могут как сопровождать дисфагию, так и быть спонтанными. Боли локализуются за грудиной, в эпигастрии, отдают в зону сердца, в спину, могут имитировать стенокардию. Но боли не всегда характерны для ранних стадий рака. Наблюдается также пищеводная рвота, отличающаяся от желудочной тем, что пища в рвотных массах непереваренная, не содержит соляной кислоты, а только слизь, слюну, может быть примесь крови. Характерна отрыжка воздухом при кардиоэзофагеальном раке. Отмечается дурной запах изо рта при разложении пищи в пищеводе. Нередко наблюдается усиленное слюнотечение. Более поздними симптомами являются охриплость голоса, кашель, икота, снижение аппетита, извращение вкуса (отвращение к мясу), появление запоров (в результате голодания) или поносов (от ахилии). Объективно выявляется исхудание, могут быть метастазы в надключичные, шейные лимфоузлы. Иногда определяется резистентность и болезненность при пальпации в эпигастрии. Реакция на скрытую кровь в кале положительная. Анализ крови

2. Дивертикулы пищевода. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика, лечение.

3. Инородные тела и повреждения пищевода.

4. Доброкачественные опухоли. Рак пищевода. Заболеваемость. Способствующие факторы, меры профилактики. Клиническая картина, классификация.

5. Формы роста рака пищевода, стадии. Диагностика и дифференциальная диагностика.

6. Лечение рака пищевода. Виды операций, пластика пищевода. Отдаленные результаты. Паллиативные операции.

### **Контроль уровня знаний.**

#### **исходный:**

- устный опрос

- клинический разбор больных

#### **конечный:**

- чтение рентгенограмм

- решение ситуационных задач.

### **Темы для УИРС.**

1. Лечение дивертикулов Ценкера.

2. Хирургическое лечение ахалазии кардии.

3. Хирургическое лечение рака пищевода.

## **VII. Содержание занятия.**

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА**

#### **Ахалазия пищевода (кардиоспазм).**

Заболевание характеризуется нарушением проходимости пищи из пищевода в желудок вследствие дискоординации нервно-рефлекторного механизма глотания. Болезнь нередко встречается в молодом и среднем возрасте, несколько чаще у женщин.

**Этиология и патогенез.** Нервно-психический фактор является ведущим в развитии болезни. Заболевание часто проявляется вслед за психической травмой. Замыкание кардии в норме обеспечивается циркулярными и косыми мышечными волокнами желудка, медиальной ножкой диафрагмы, углубляющей угол между желудком и пищеводом. Слизистая оболочка также способствует закрытию кардии. Симпатические нервы обеспечивают закрытие кардии, расслабляют пищевод и поддерживают его мускулатуру в достаточном тоне. В то же время блуждающие нервы осуществляют необходимую перистальтику пищевода и раскрытие кардии при глотании. В этом нервно-рефлекторном механизме глотания участвует и автономная иннервация. Пси-

хический стресс вызывает нарушение этой сложной координированной нервнорефлекторной функции. В результате выпадает раскрытие кардии при глотании.

#### **Классификация.**

Различают в основном два типа ахалазии пищевода – цилиндрический и мешковидный.

Цилиндрический тип характеризуется равномерным или веретенообразным расширением пищевода на всем протяжении. Пищевод не удлинен, не имеет искривлений, изгибов. Дистальная часть его воронкообразно сужена. Сужение может быть выраженным. Внутренняя стенка пищевода гладкая, без карманов, изгибов. Пищевод располагается вертикально. Мешковидный тип характеризуется значительным или резким расширением пищевода, выраженным его удлинением, а, следовательно, и искривлением. Пищевод выглядит S-образно изогнутым, дистальная часть его располагается горизонтально на диафрагме. Стенка пищевода может иметь провисания в виде карманов. Супракардиальная часть пищевода резко сужена. Образуется тонкая щель с едва заметным переходом в желудок. При мешковидном типе кардиоспазма в пищеводе может помещаться до 2 л жидкости, в то время как в норме пищевод вмещает 50–150 мл жидкости. Обычно цилиндрический тип ахалазии пищевода не переходит в мешковидную форму. Однако, однажды возникнув, кардиоспазм медленно прогрессирует.

**Патологическая анатомия.** Ахалазия пищевода морфологически отличается от кардиостеноза в результате ожога, воспалительного процесса в зоне кардии тем, что при этом заболевании нет значительных анатомических рубцовых изменений. Кардиальное сужение может представлять собой гипертрофированный мышечный слой, отечную слизистую, однако рубцовая ткань не выражена. Рубцовые образования могут возникнуть вторично в результате постоянной задержки пищевых масс над входом в желудок, разложения их, что является причиной хронического воспаления не только слизистой оболочки, но и глубже лежащих мышц кардии. В то же время исследованиями подтверждено, что кардиальный жом при ахалазии пищевода имеет примерно такой же тонус, как и у здорового человека. Этот факт лишний раз указывает на функциональные нарушения механизма глотания при ахалазии пищевода. При этом заболевании чаще стенка пищевода утолщена, отечна, мышечный слой несколько гипертрофирован. Слизистая с явлениями эзофагита. На ней могут наблюдаться мелкие множественные эрозии и даже язвы. Иногда при резко выраженном мешковидном типе ахалазии пищевода на его стенке могут быть завороты, карманы, дивертикулы. Она может выглядеть истонченной и атрофичной.

**Клиническая картина.** Через некоторое время после нервно-психического стресса постепенно появляются признаки дисфагии.

давящая на пищевод, то помогает томография в сочетании с пневмомедиастиномом. Весьма целесообразна фибррзофагоскопия с биопсией.

**Лечение оперативное.** Выполняют энуклеацию опухоли, иссечение с частью стенки пищевода или резекцию пищевода. Если вскрывают просвет пищевода, то во время операции через пищевод проводят зонд для кормления, а дефект в пищеводе зашивают. После операции назначают интенсивное лечение, желателно в реанимационном отделении. Питание парентеральное или через зонд 6–10 дней. Антибиотики широкого спектра действия, профилактика плеврита, пневмонии.

**Врачебно-трудовая экспертиза.** При эффективном оперативном лечении возникают показания к временной нетрудоспособности на период лечения. Неоперированные больные могут быть отнесены к категории инвалидов III и II группы.

Прогноз при радикальном оперативном лечении и при благоприятном послеоперационном течении благоприятный – полное выздоровление.

**Профилактика** – полноценное регулярное питание, без злоупотребления алкоголем, без курения. Избегать приема очень горячей пищи и напитков, очень острых продуктов.

#### **Рак пищевода.**

Опухоль, обладающая злокачественным ростом, прорастающая соседние ткани и органы, быстро суживающая пищевод, распадающаяся, дающая метастазы и приводящая к высокой интоксикации и прогрессирующему истощению больного.

**Этиология и патогенез.** Предрасполагающими факторами являются: курение с частым употреблением алкоголя, привычка пить горячий и очень крепкий чай, другие горячие напитки, принимать горячую пищу, часто употреблять в пищу острые продукты, хронические эзофагиты различного происхождения. Постоянное раздражение слизистой пищевода приводит к хроническому ее воспалению, пролиферативным процессам эпителия и новообразовательному процессу.

**Классификация.** Известны формы:

- 1) латентная, протекающая скрыто и проявляющаяся анемией, увеличением лимфоузлов шеи;
- 2) болевая, вызывающая боли за грудиной, в левом подреберье, в области сердца, не связанные с физической нагрузкой и не снимаемые нитроглицерином;
- 3) рак верхней трети пищевода, проявляющийся выраженной дисфагией, срыгиванием, мучительным кашлем, быстрым прорастанием трахеи;
- 4) рак средней и нижней трети пищевода вызывает дисфагию, исхудание, боли;

*Профилактика.* Ядовитые вещества должны иметь яркую этикетку, хранить их следует в недоступном для детей месте, отдельно от пищевых продуктов, алкогольных и других напитков.

#### **Опухоли пищевода.**

Доброкачественные опухоли – это лейомиомы, фибромы, липомы, невриномы, остеохондромы, ангиомы, миксомы.

*Этиология и патогенез.* Причины возникновения доброкачественных опухолей неясны. Особенность течения заключается в том, что они чаще имеют собственную капсулу и не склонны к прорастанию соседних тканей и органов. Они чаще локализуются в местах физиологических сужений.

*Лейомиома* – опухоль из гладкой мышечной ткани, плотная, белесовато-серого цвета, с гладкой или узловатой поверхностью, покрыта капсулой. При своем росте опухоль может охватывать пищевод кольцом, сдавливать его просвет, выбу-хая через слизистую.

*Фиброма* – это чаще полипоидная опухоль, имеющая ножку. При высоком расположении в пищеводе и длинной ножке она может забрасываться в рот.

Более редкими опухолями являются липомы, ангиомы, кисты пищевода и др.

*Клиническая картина и течение болезни.* Течение болезни длительное и может продолжаться годы. Это очень важный отличительный признак. Эти опухоли не ведут к быстрому истощению больного. Следует помнить некоторые признаки доброкачественной опухоли – это интермиттирующая дисфагия, возникающая при употреблении твердой пищи. Она появляется временно и может с различными интервалами продолжаться годы. Кроме того, характерны боли за грудиной с иррадиацией в спину, лопатку. Может быть тошнота, срыгивание, рвота, потеря аппетита, изжога. Больших размеров опухоль может вызывать кашель, боли в сердце, аритмию и т. п.

*Осложнения.* Доброкачественные опухоли могут давать кровотечения, а также малигнизацию.

*Диагноз и дифференциальный диагноз.* Основным является рентгеновское исследование. Определяется дефект наполнения с четкими контурами. При этом противоположная дефекту наполнения стенка пищевода выбухает. Контрастная масса проходит, не задерживаясь. Даже в области опухоли определяются изменяющиеся контуры стенки пищевода. Опухоль из слизистой имеет вид полипа и гладкую поверхность, не дает тени вне контуров пищевода. Доброкачественная опухоль не вызывает выраженной регургитации, дурного запаха изо рта, повышенной саливации. Нет быстрого прогрессирования, не наступает анемии, истощения, интоксикации. Если имеется опухоль средостения,

Пища начинает задерживаться и накапливаться в пищеводе. В первое время плохо проходит в желудок густая и полугустая пища, затем и жидкая. Для облегчения глотательной функции больные запивают пищу холодной или теплой водой, принимают различные позы, распрямляясь и потягиваясь, что способствует проталкиванию пищи в желудок. Весьма характерным признаком ахалазии пищевода является регургитация пищи из пищевода. Она происходит обычно во время сна, что заставляет больных спать с возвышенным головным концом. Нередко больные жалуются на боли, ощущение давления, тяжести за грудиной. Регургитация может происходить и во время еды, что делает больного понурым, замкнутым или неврастеником. Такой больной стесняется есть за общим столом, постоянно держит носовой платок в руке во время еды. Постепенно больной истощается от недостаточного поступления в организм пищевых продуктов.

*Диагноз и дифференциальный диагноз.* Диагноз ахалазии пищевода можно поставить на основании анамнеза и данных клинического течения. Психическая травма в анамнезе, постепенное возникновение дисфагии и медленное ее прогрессирование, отсутствие анамнестических данных об инородном теле, травме, ожоге пищевода помогают диагнозу. Основным является рентгенологическое исследование. Обзорной рентгеноскопией при ахалазии пищевода, как правило, выявляется горизонтальный уровень жидкости в пищеводе вне приема пищи. Дальнейшим исследованием с контрастной массой сразу же обнаруживается патология. При этом выявляется цилиндрический или мешковидный тип кардиоспазма. Контрастное вещество задерживается над входом в желудок. По форме напоминает воронку с верхним горизонтальным уровнем. В желудок даже жидкий барий поступает тонкой струйкой и очень малыми порциями или не поступает вовсе. В этих случаях желудок недоступен для обычного рентгенологического обследования. Через 2–6 ч бариевая взвесь может почти полностью пройти в желудок или же остаться в пищеводе, в зависимости от степени выраженности этого заболевания. Рентгенологически при ахалазии пищевода внутренняя его поверхность имеет гладкие, ровные контуры, дистальная часть представляется в виде воронки. При этом нет ригидности стенок пищевода, дефекта наполнения, сужения за счет давления извне и т. п. Наблюдается различной степени расширение пищеводной трубки в виде цилиндра или расширение и удлинение пищевода с карманами и значительным сужением дистальной его части. При мешковидном типе ахалазии дистальная часть пищевода сужена, удлинена и может лежать горизонтально на диафрагме. Степень расширения пищевода не зависит от длительности заболевания. При сомнении в достоверности рентгенологического диагноза целесо-

образна фибро-эзофагоскопия с биопсией необходимого участка тканей пищевода.

### **Лечение.**

Консервативное лечение ахалазии пищевода с применением только медикаментозных средств и физиотерапевтических процедур малоэффективно. Целесообразно нормализовать общий и пищевой режим, устранить вредные психогенные факторы, избегать переутомления. Можно рекомендовать санаторное лечение, гидротерапию, спазмолитики. В настоящее время ведущим для большинства случаев ахалазии пищевода является хирургическое лечение путем кардиодилатации металлическим механическим или резиновым пневматическим аппаратами. Кардиодилатацию производят больному натощак с предварительной, за 30 мин, премедикацией (по 1 мл 1 % раствора димедрола, 1 % раствора про-медола и 0,01 % раствора атропина). Больного усаживают на стул с подголовником и просят раскрыть рот и высунуть язык.

Зев смазывают 1 % раствором дикаина (3–4 палочки с ватными шариками). После смазывания каждой палочкой больной выплевывает слюну. Кардиодилататор осторожно вводят на нужную глубину (43–45 см от резцов) и раскрывают расширяющую часть. Экспозиция 15 мин. Во время процедуры должен быть под рукой электроотсос, чтобы предупредить при необходимости аспирацию больным содержимого пищевода. При затруднениях во введении кардиодилататора процедуру выполняют под рентгеновским экраном. Кардиодилатацию повторяют через 4–5 дней и делают 4–6 раз. После каждой кардиодилатации за больным требуется наблюдение, чтобы не просмотреть разрыв пищевода. При выраженном мешковидном типе ахалазии пищевода, когда пищевод резко расширен, удлиннен и дистальная его часть лежит на диафрагме, кардиодилатация затруднительна. С этой целью мы применяем следующий способ. К эзофагоскопу с проводником крепим надувную манжету с трубкой. Эзофагоскоп с помощью проводника вводим в кардию и манжету раздуваем шприцем. После 2–3 таких сеансов можно использовать кардиодилататор. Эта методика в большинстве случаев ахалазии пищевода помогает избежать операции.

**Оперативное лечение.** Известны операции: трансгастральное расширение кардии по Микуличу, кардиоластика по Марвелделю-Венделю, внеслизистая кардиоластика Готштейна-Жирара, внеслизистая кардиомиотомия Геллера, пластика кардии диафрагмальным лоскутом Петровского и др. Однако оперативное лечение хирурги применяют редко из-за тяжелых послеоперационных осложнений в отдаленном периоде – болевых, геморрагических эзофагитов, рубцовых стенозов и т. п. При резко выраженном мешковидном типе ахалазии в отдельных случаях целесообразна операция – эзофагогастроанастомоз.

да, зашивание прободного отверстия, дренирование медиастинальной клетчатки. Последняя операция наиболее целесообразна при ожоговой перфорации пищевода.

Очень тяжелым осложнением является ожог гортани с острой дыхательной недостаточностью. При этом осложнении может потребоваться кроме интенсивного противошокового лечения дача кислорода, трахеостомия с канюлированием трахеи, искусственная вентиляция легких.

Осложнения в отдаленном периоде – это стриктуры пищевода. Стриктуры могут развиваться на различном уровне, но, как правило, они бывают в местах физиологических сужений. При резких стриктурах пищевода необходимо наложить гастростому для питания. После рентгенологического уточнения степени и протяженности стриктуры делают попытку бужирования пищевода. С целью введения бужа больному дают проглотить бусинку на нитке, затем ее отыскивают в желудке. Потом по нитке проводят бужи. Иногда таким образом удается создать достаточный канал в пищеводе. При неэффективности бужирования больного оперируют. Пластику пищевода делают тонкой или толстой кишкой. Трансплантат проводят под кожей, загрудинно, в плевральной полости, в заднем средостении. Концы трансплантата соединяют на шее с начальной частью пищевода, дистально – с желудком. Успех данной операции зависит от хорошего кровоснабжения трансплантата. Операция имеет следующие этапы: 1) создание гастростомы для временного питания больного; 2) мобилизация и подведение трансплантата к шейной части пищевода, затем соединение его с пищеводом; 3) создание соустья между желудком и кишкой с закрытием гастростомы.

В настоящее время разработана методика кровоснабжения кишечного трансплантата путем наложения аортомезентериального соустья (И. Н. Гришин). Это облегчает мобилизацию кишечного трансплантата. Если во время операции через нос и трансплантат проведена тонкая трубочка в желудок, то больной после операции наряду с общим противовоспалительным лечением, перфузиями белковых препаратов, крови и прочими получает питательные растворы через трубку. Это облегчает выхаживание больного в послеоперационном периоде.

**Врачебно-трудовая экспертиза** при ожоге пищевода предусматривает временную нетрудоспособность на период лечения и реконвалесценции. После операций пластики пищевода кишечным трансплантатом в связи с рубцовыми стриктурами могут возникнуть показания к установлению инвалидности П1, а иногда и II группы.

**Прогноз** при ожогах пищевода серьезный и зависит от общего состояния организма в момент ожога, возраста пострадавшего, качества и количества химического реагента.



нопон, промедол). Рвотный рефлекс целесообразно снимать. Больных с ожогами пищевода следует госпитализировать в отделение интенсивной терапии. Наряду с общим интенсивным лечением необходимо проводить ощелачивание организма внутривенным введением до 500 мл 4% раствора соды. Проводят инфузии 10–20% раствора глюкозы до 500 мл с инсулином, полиглюкином, вводят анальгетики, тонизирующие средства и т. д. В стационаре ведут наблюдение за суточным диурезом и качественными показателями мочи. При сильном болевом синдроме может потребоваться введение смеси 5% раствора глюкозы 500 мл с инсулином и 0,5% раствора новокаина 100 мл внутривенно. По показаниям используют гидрокортизон, строфантин, эфедрин, коргликон и т. п. Всем больным необходимо на весь курс лечения назначать 0,5% раствор новокаина и растительное масло (кукурузное, оливковое, подсолнечное по 150 мл в сутки), пить глотками. В него следует добавлять 2 г левомицети-на. Для предупреждения пневмонии, медиастинита назначают антибиотики. В ряде случаев при возникновении кислотного гемолиза, острой почечной недостаточности требуются диуретики (20% раствор маннитола), гемотрансфузии, гемодиализ. Широко используют инфузии хлорида натрия, хлорида кальция, белковые препараты и т. д.

При тяжелых ожогах первые дни больные получают парентеральное питание. Затем с 3–4-го дня назначают 1а, 1б, 4-й стол. Хорошо употреблять сырые яйца, сливки, сливочное масло. Пищу рекомендуют принимать 4–5 раз в день.

После окончания острого периода необходимо продолжить лечение ожогового эзофагита назначением преднизолона по 5 мг 3 раза в день (30–40 дней). Продолжить применение спазмолитиков, нейроплегиков, кортизона, лидазы, 0,5% раствора новокаина и пр. Одновременно проводить бужирование пищевода в течение 3–4 месяцев с различными интервалами.

**Осложнения.** Кровотечения из ожоговых язв пищевода и желудка. Подлежат в основном консервативному гемостатическому лечению (гемотрансфузии, белковые препараты, гемофобин, α-аминокапроновая кислота, викасол, витамины группы В, аскорбиновая кислота и т. п.). Некроз и перфорация стенки пищевода возникают в раннем периоде. Проявляются болью за грудиной, в межлопаточном пространстве, может быть подкожная эмфизема. Может развиваться гнойный, гнилостный медиастинит и т. д. Диагноз уточняют рентгеноконтрастным исследованием, лучше с йодолиполом. Лечение при небольшой перфорации без признаков медиастинита – консервативное. Это парентеральное питание или через ниппельную трубку, большие дозы антибиотиков и т. д. При развивающемся медиастините показана операция. Выполняют гастростомию, еюностомию, резекцию пищево-

Следует отметить, что кардиодилатация не излечивает больного, а только улучшает функцию глотания. Поэтому при вторичном нарушении глотательной функции необходимы повторные курсы кардиодилатации.

**Врачебно-трудовая экспертиза.** Поскольку при ахалазии пищевода нет эффективного радикального лечения, а болезнь приводит к постепенному истощению больного, эти пациенты нуждаются в трудоустройстве. Им противопоказан тяжелый физический труд, работа, связанная с нервным напряжением, сухоедением, не рекомендуется работа в химических производствах и т. д. Поэтому при цилиндрическом типе ахалазии пищевода рекомендован легкий физический труд, не связанный с нервным напряжением. При резко выраженном мешковидном типе кардиоспазма больные становятся нетрудоспособными.

**Профилактика.** Избегать стрессовых ситуаций, особенно людям с неустойчивым типом нервной системы. Вести полноценный образ жизни, иметь достаточный по продолжительности, спокойный сон. Правильно использовать очередной отпуск для достаточного отдыха.

#### **Воспалительные заболевания пищевода (эзофагиты).**

Воспаление пищевода редко бывает самостоятельным заболеванием. Это чаще проявление других болезней (язвенная болезнь, холецистит, гастрит, панкреатит, ахалазия, рак пищевода, дивертикулит и т.д.).

Причиной эзофагитов чаще, чем это принято думать, являются и диафрагмальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

**Классификация.** Различают острый и хронический эзофагит. Острый эзофагит бывает катаральный, эрозивный, геморрагический, псевдомембранозный, эксфолиативный (перепончатый).

**Этиология и патогенез.** Эзофагит возникает при раздражении слизистой пищевода горячими пищей, питьем, крепкими алкогольными напитками, при химическом ожоге (йод, кислота, щелочь и т. д.). Может возникать в результате желудочного рефлюкса. Эрозивный, геморрагический эзофагит проявляется при сыпном тифе, сепсисе, гриппе и др.

**Патологическая анатомия.** Характерен отек слизистой, гиперемия ее, могут быть эрозии, язвы, выделение значительного количества слизи, крови. Иногда наблюдаются некротические, отторгающиеся пленки.

**Клиническая картина и течение заболевания.** Острый эзофагит характеризуется болью, жжением за грудиной, слюнотечением, дисфагией. При эрозивном, геморрагическом эзофагите может наблюдаться кровавая рвота, мелена, скрытая кровь. Дифтерийный псевдомембранозный, эксфолиативный эзофагиты могут проявляться еще отхожде-

нием некротических пленок. В результате могут образовываться эрозии и язвы с возможным кровотечением.

**Диагноз.** Диагноз устанавливается на основании анамнеза (наличие заболевания, приводящего к эзофагиту), клинической картины, рентгенологических данных, фиброэзофагоскопии с биопсией.

**Лечение** острого эзофагита зависит от излечения основного заболевания. Рекомендуется щадящая диета (стол 0, 1а, 1б). В основном молочные супы, жидкая манная каша, несоленые, не кислые отвары и пр. При геморрагическом эзофагите с кровотечениями – гемостатическая терапия, в том числе гемотрансфузии.

Острый эзофагит может быть основанием для временной нетрудоспособности до излечения основной болезни.

**Прогноз** при остром эзофагите зависит от тяжести основной болезни.

**Профилактика.** Предупреждение химических отравлений, ожогов пищевода, травм от заглатывания инородных тел, рациональное лечение инфекционных и вирусных болезней.

Хронический эзофагит, как правило, является осложнением операций (гастрэктомия, эзофагогастроанастомоз и др.), а также болезней (ахалазия, рак пищевода), поэтому тесно связан с лечением этих заболеваний и состояний.

#### **Дивертикулы пищевода.**

Дивертикулы пищевода – ограниченное выпячивание стенки пищевода в виде мешочка.

**Этиология и патогенез.** Дивертикулы возникают по типу грыжи или же в результате медиастинита, плеврита. Играют роль неврогенные нарушения, так как дивертикулы нередко возникают при кардиоспазме.

**Классификация.** Дивертикулы бывают тракционные, образующиеся при воспалительных процессах, пульсионные (по типу грыж) и смешанные. Различают глоточно-пищеводные и собственно пищеводные дивертикулы. Первые образуются над первым физиологическим сужением по задней стенке. Они могут быть малыми и большими. Собственно пищеводные дивертикулы – это бифуркационные и наддиафрагмальные. Наиболее крупные дивертикулы обычно располагаются в нижней трети пищевода, т. е. наддиафрагмальные.

**Патологическая анатомия.** Стенка дивертикула истончена, слизистая атрофична. Иногда наблюдаются явления дивертикулита, особенно при задержке пищи в дивертикуле и ее загнивании.

**Клиническая картина и течение заболевания.** При задержке пищи в дивертикуле, ее загнивании ощущается дурной запах изо рта, чувство давления, боли в зоне расположения дивертикула. Глоточно-пищеводный дивертикул может проявляться припухлостью на левой стороне шеи. Собственно пищеводные дивертикулы при малых их

ги дети. Более глубокие ожоги происходят в местах физиологических сужений пищевода.

Больных с ожогами пищевода целесообразно госпитализировать в реанимационное отделение, так как у них может возникнуть острая почечная недостаточность. *Течение* ожога пищевода разделяют на три периода: острый, относительно благополучный и рубцевания. Острый период продолжается до трех суток. Тяжесть состояния зависит от состояния организма, химического реагента, его количества, возраста пострадавшего. Уже к 3–5-му дню состояние больного улучшается. На 7–12-й день больные начинают глотать пищу. В дальнейшем при глубоких ожогах, после отторжения некротических тканей в пищеводе возникают язвенные дефекты, которые постепенно рубцуются, вызывая деформацию и сужение пищевода.

**Диагноз и дифференциальный диагноз** устанавливают на основании анамнеза и клинических данных. Следует только уточнить характер реагента и его количество, попавшее в пищевод. В отдельных случаях необходимо рентгенологическое исследование пищевода с жидким контрастным веществом, чтобы исключить ожоговую перфорацию пищевода. Однако эту процедуру выполняют одновременно с обезболиванием, не только общим, но и местным (пищевода), и интенсивным лечением. В период рубцевания пищевода и образования рубцовых стриктур рентгенологическим исследованием уточняется степень сужения и его протяженность. С этой целью может понадобиться контрастирование пищевода через рот и через гастростому одновременно с помощью катетера.

**Лечение.** Это, прежде всего, неотложная медицинская помощь. Надо стремиться как можно раньше удалить отравляющее вещество из пищевода и желудка, по возможности провести его нейтрализацию. Для этого осторожно вводят зонд в желудок. Слизистую рта, пищевода обезболивают 0,5% раствором новокаина в количестве 100–150 мл путем полоскания и заглатывания. Желудок промывают небольшими порциями воды, используя 8–10 л воды. В первые часы после ожога возможность перфорации пищевода зондом минимальна. При отравлении кислотами промывание заканчивают введением через зонд 2% раствора пищевой соды (1 чайная ложка на стакан воды) или жженой магнезии, при отравлении щелочами – 1% раствора лимонной кислоты, уксусной кислоты (столовый уксус напополам с водой). Вводят антидоты до промывания нежелательно, чтобы не вызвать острого расширения желудка. Тяжелые ожоги уксусной эссенцией требуют введения в желудок после его промывания 15–20 г соды в растворе для борьбы с ацидозом и гемолизом. После извлечения зонда желательно дать пить глотками нейтрализующее вещество и 0,5% раствор новокаина. Одновременно вводят обезболивающие средства (морфин, ом-

**Прогноз** серьезный, особенно при перфорации стенки пищевода на всю глубину.

**Профилактика.** Требуется необходимая осторожность при кардиодилатации, эзофагоскопии, меры предосторожности при извлечении инородных тел пищевода.

#### **Ожоги пищевода.**

Ожоги возникают чаще в бытовых условиях при ошибочном употреблении кислот и щелочей, а также в случаях проглатывания этих веществ детьми. Реже происходят преднамеренные отравления. Этиологическими факторами ожога могут быть горячая жидкость, уксусная эссенция, хозяйственные щелочи, моющие средства, растворители и т. п. Кроме местного прижигающего действия на ткани химические реагенты вызывают и общую токсическую реакцию организма, вплоть до острой почечной недостаточности.

**Классификация.** Ожоги могут быть термические (горячие жидкости) и химические. Химические ожоги возникают от действия кислот (чаще) и щелочей (реже). По глубине повреждения тканей ожоги могут быть трех степеней: поверхностный – легкая степень – повреждена только слизистая; средняя степень – повреждены подслизистый и мышечный слои; тяжелая степень – стенка пищевода поражена на всю глубину.

**Патологическая анатомия.** Термические ожоги горячими жидкостями обычно бывают поверхностными и проявляются отеком слизистой, омертвением эпителиального слоя. Ожоги кислотами вызывают коагуляционный некроз. Слизистая пищевода выглядит черным струпом в результате коагуляции тканевых белков. Глубокий ожог кислотой внешне может напоминать ожог пламенем. Ожоги крепкими щелочами вызывают колликвационный некроз. Щелочи способствуют не только разрушению клеточных элементов, но и расплавлению межклеточных соединений, поэтому они вызывают более глубокие повреждения. Токсические продукты распада белков всасываются и могут вызвать острую печеночно-почечную недостаточность. Наиболее глубокие поражения наблюдаются у людей с ослабленной критикой (при алкогольном опьянении), а также при умышленном отравлении.

**Клиническая картина и течение заболевания.** Сразу же возникает острая жгучая боль во рту и пищеводе, рвота, дисфагия. Наступает психическая депрессия в результате страха смерти, а поэтому может быть коллапс или сильное беспокойство. На коже губ видны потеки реагента. Слизистая рта отечна, гиперемирована, с бурными корками или белесоватая. Язык такой же. В результате возможного ожога голосовых связок голос глухой. Пострадавший испуган, часто плачет. Рвота или позывы на рвоту. Тахикардия. Особенно тяжело переносят ожо-

размерах могут не давать определенных симптомов. Однако при возникновении дивертикулита развивается картина острого эзофагита с возможным медиастинитом.

**Диагноз и дифференциальный диагноз.** Диагноз устанавливают на основании жалоб больного, объективных данных, рентгенологического и фиброэзофагоскопического исследования. Следует учесть, что при тракционном дивертикуле с вершиной, идущей вверх, нужно исследовать больного с опущенным головным концом, чтобы контрастная масса могла попасть в дивертикул. Рентгенологически дивертикул имеет вид грыжевого выпячивания стенки пищевода различных размеров. Это выпячивание может иметь форму пирамиды при тракционном дивертикуле.

**Лечение** глоточно-пищеводных дивертикулов оперативное. Доступ обычно со стороны левой половины шеи. Чаще удаляют дивертикул, реже производят инвагинацию или дивертикулопексию. При имеющихся противопоказаниях промывают дивертикул катетером и соблюдают щадящий пищевой режим. Лечение собственно пищеводных дивертикулов, если они не причиняют беспокойства, консервативное, а также щадящий пищевой режим. При возникновении дивертикулита устраняют его операционным путем с дренированием средостения и плевральной полости. Для укрытия дефекта пищевода применяют пластику лоскутом диафрагмы и т. п. Во время операции через нос в желудок вводят трубку и сохраняют ее в течение 6–10 дней для питания больного. Проводят интенсивное лечение.

Только большие дивертикулы с задержкой и загниванием в них пищи при противопоказанном оперативном лечении могут быть поводом к инвалидности III и II группы. В других случаях определяется временная нетрудоспособность при обострении болезни.

**Прогноз** при глоточно-пищеводном дивертикуле без операции серьезный (летальность до 30%). При собственно пищеводных – обычно благоприятный. Возникший дивертикулит, как правило, дает основание к серьезному прогнозу.

**Профилактика** заключается в правильном регулярном питании доброкачественными продуктами. Пищу нужно принимать без спешки в хорошем настроении. Своевременно эффективно лечить воспалительные заболевания органов груди.

#### **Инородные тела пищевода.**

Инородные тела попадают в пищевод чаще при спешке в еде, в случаях загрязненной инородными телами пищи, у людей с отсутствием зубов, а также у малых детей, тянущих в рот различные предметы. В большинстве случаев инородное тело задерживается в нижней части шейного отдела пищевода над яремной вырезкой.

**Патологическая анатомия.** Если инородное тело имеет гладкую поверхность и не повреждает пищевода, то оно может не причинять особых страданий. Однако, например, большой кусок мяса может застрять над гортанью и вызвать асфиксию с летальным исходом. Большое инородное тело может сдавить трахею, но прохождение инородного тела ниже шейной части пищевода не вызывает таких явлений. Травмирование острым инородным телом стенки пищевода может вызвать бурный гнилостный эзофагит и медиастинит. Инородными телами пищевода могут оказаться самые различные предметы – от иглы до столовой ложки и зубного протеза.

**Клиническая картина** и течение заболевания зависят от величины, формы, особенностей инородного тела, уровня его в пищеводе, длительности нахождения. Если инородное тело перекрыло вход в гортань или сдавливает трахею, то будут явления асфиксии. Травма инородным телом стенки пищевода вызывает сильную боль за грудной, может появиться припухлость на боковых поверхностях шеи с крепитацией газа. Общее тяжелое состояние, высокая температура, ознобы, тахикардия и т. д.

**Диагноз и дифференциальный диагноз.** Учитывая анамнез, следует убедиться в наличии инородного тела в пищеводе. В ряде случаев инородного тела в пищеводе уже нет, но остались явления эзофагита, вызывающие дисфагию и боли. Для этого полезна контрольная рентгенограмма (при рентгеноконтрастных инородных телах). Не следует применять слепые методы исследования бужами. Чтобы выявить неконтрастный предмет, дают барий, а затем больной смыкает его глотком воды. Рентгенологически выявляются воспалительная инфильтрация клетчатки средостения, наличие газа, гноя, изменение легочной ткани, плевры, позвоночника. В необходимых случаях целесообразна фиброэзофагоскопия.

**Лечение.** При имеющемся инородном теле оно подлежит удалению, что наиболее целесообразно сделать с помощью фиброэзофагоскопа. В экстренной ситуации при асфиксии может понадобиться проталкивание куска мяса в пищевод, наложение трахеостомы. Травма пищевода, отек его, эзофагит, медиастинит при инородном теле являются показанием к его удалению. В отдельных случаях требуется эзофаготомия на левой половине шеи. При перфорации пищевода справа и правосторонней флегмоне операцию делают справа. Рану пищевода после удаления инородного тела следует зашить, предварительно введя зонд через нос в желудок для питания на 7–14 дней. Лечение после операции интенсивное, направленное на борьбу с медиастинитом.

**Осложнения.** При возникшем гнойном, гнилостном медиастините требуется дренирование его разрезом на шее, паравертебрально, через диафрагму путем лапаротомии. В случае перфорации пищевода ино-

родным телом также требуется введение зонда, дренирование зоны перфорации и интенсивное противовоспалительное лечение. При имеющемся гнойном медиастините следует в средостение ввести двухпросветный катетер с постоянным орошением средостения антибиотиками, антисептиками. К более редким осложнениям относятся гнойный плеврит, перикардит, остеомиелит позвонков. Редким и серьезным осложнением является кровотечение из места травмы пищевода, которое следует остановить консервативным способом.

Инородные тела пищевода относятся к неотложной патологии и дают основания к определению временной нетрудоспособности на время лечения.

**Прогноз** при раннем распознавании и своевременном удалении инородного тела обычно благоприятный. При перфорации пищевода инородным телом или манипуляциями при его удалении – серьезный.

**Профилактика.** Устранить привычку держать во рту посторонние предметы, пищу принимать в спокойной обстановке, не спеша и не волнуясь, пища не должна быть загрязненной инородными телами. Не разрешать детям брать в рот и держать во рту посторонние предметы.

#### **Повреждения пищевода.**

Пищевод повреждается преимущественно инородными телами или манипуляциями при их извлечении. Иногда перфорация может возникнуть при эзофагоскопии, фиброэзофагоскопии, бужировании пищевода.

Повреждения могут быть на всю глубину или частичными (со стороны слизистой). Происходит прогрессирующее развитие эзофагита, медиастинита, который может стать гнойным, гнилостным, с наличием газа.

**Клиническая картина и течение заболевания.** Быстро развивается острый воспалительный процесс с высокой температурой, общим тяжелым состоянием, тахикардией, одышкой, флегмоной шеи, воспалительными изменениями в крови. Боли за грудиной, очень болезненны глотательные движения.

**Диагноз и дифференциальный диагноз.** Важен анамнез. Обзорная рентгенограмма для выявления воспалительной инфильтрации, газа в средостении. Рентгенологическое исследование пищевода с жидким барием. Фиброэзофагоскопия.

**Лечение.** При установлении перфорации пищевода – немедленная операция с ушиванием дефекта, введением зонда, дренированием зоны перфорации. Интенсивное лечение медиастинита. При ранении стенки пищевода не на всю глубину – интенсивное противовоспалительное лечение.

Имеются данные для временной нетрудоспособности на время лечения.