

Тема лекції:

Захворювання стравоходу

Лектор:

доктор медичних наук, професор,
Заслужений лікар України

Пойда Олександр Іванович

Анатомо-фізіологічні особливості стравоходу

Ковтальний апарат людини:

- Глотка
- Верхній стравохідний (петстнеглотковий) сфінктер
- Тіло стравоходу
- Нижній стравохідний сфінктер

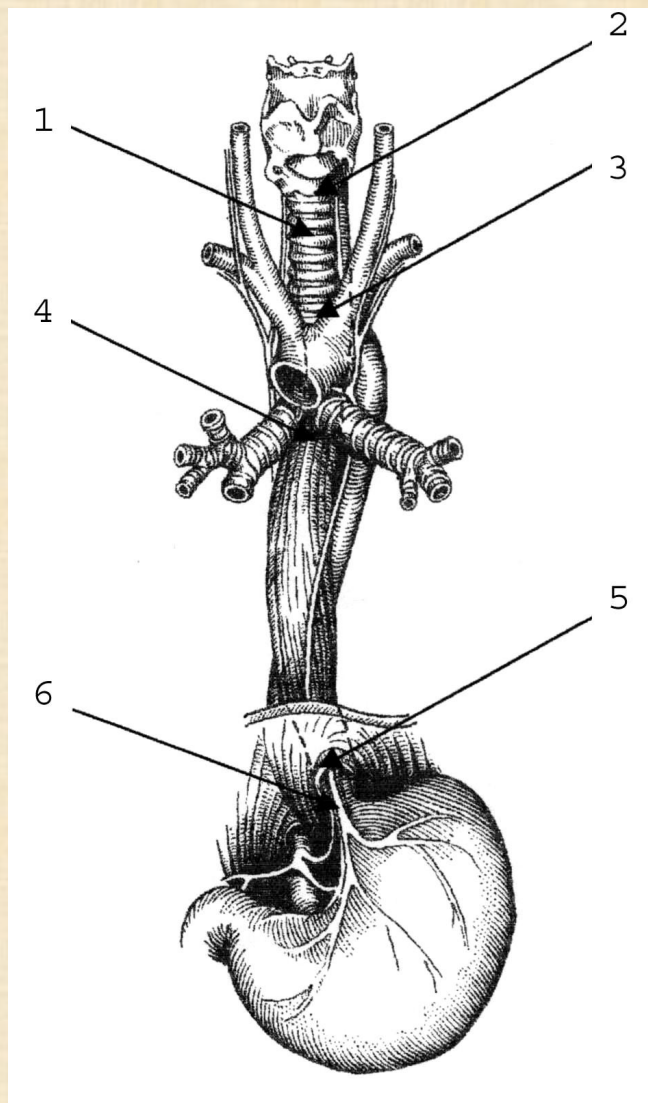
Відділи стравоходу: стравоходу:

- Глотково-стравохідний
- Шийний
- Грудний
- Черевний

Звуження

- перснеглоткове
- аортальне
- бронхіальне
- діафрагмальне

Взаєморозташування органів середостіння. Фізіологічні сфінктери та звуження стравоходу.



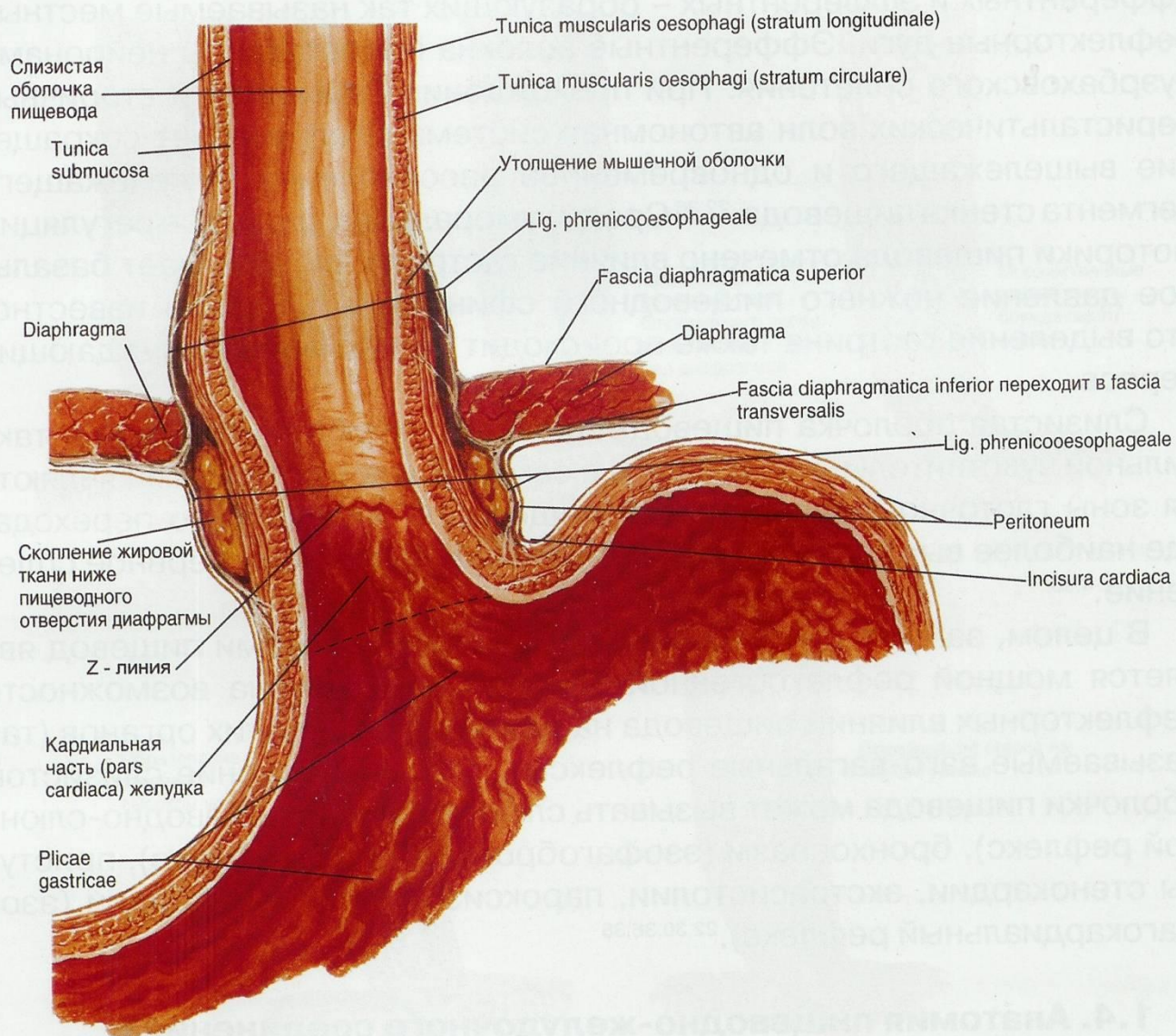
1. Верхній стравохідний сфінктер
2. Персне-глоткове звуження
3. Аортальне звуження
4. Бронхіальне звуження стравоходу
5. Діафрагмальне звуження стравоходу
6. Нижній стравохідний сфінктер

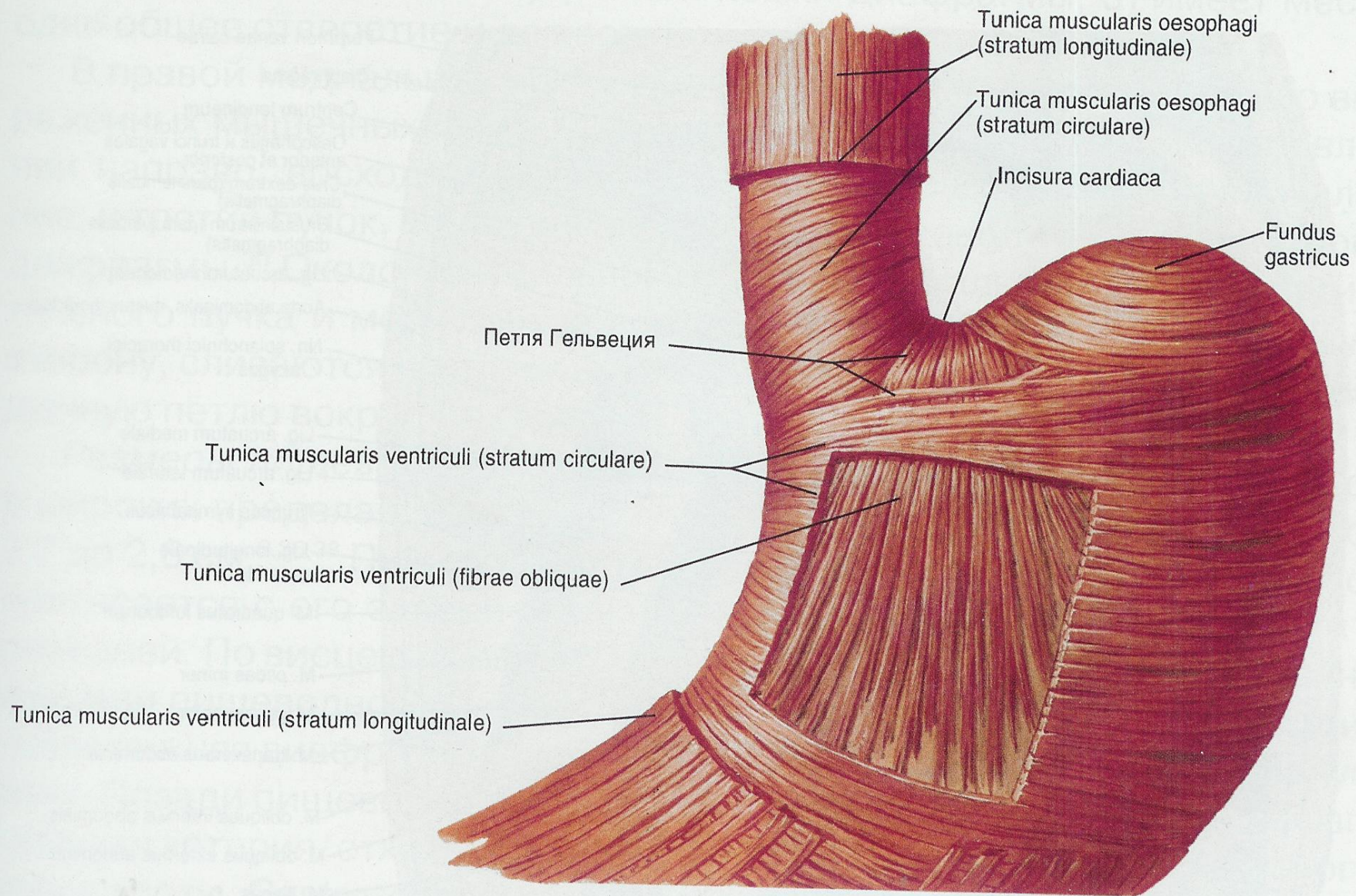
Анатомо-фізіологічні особливості сфінктерів стравоходу

Верхній стравохідний (глотково-стравохідний) сфінктер – утворений *m.cricopharyngeus* (*pars cricopharyngea m.laringopharyngeus*) та циркулярними м'язовими волокнами стравоходу.

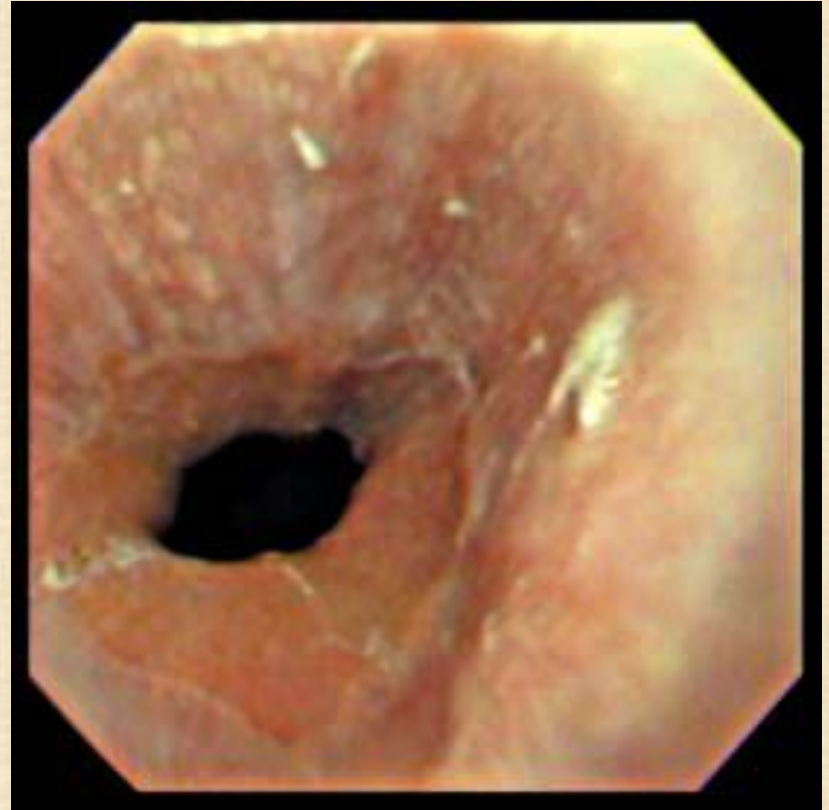
Нижній стравохідний (стравохідно-шлунковий) сфінктер – термін, під яким розуміємо зону підвищеного тиску на протязі 8-10 см, що розташовується на рівні дистального відділу стравоходу, стравохідно-шлункового з'єднання та кардії.

- *Функцію жома виконує повздожній та циркулярний м'язовий шар.*
- *На 2-3 см вище стравохідно-шлункового з'єднання є потовщення м'язової оболонки – так зване А-кільце. В цьому місті реєструється більш високий тиск за рахунок якого утворюється слизова розетка (розетка нижнього стравохідного сфінктера).*
- *На рівні кардії, крім вказаних м'язів, функцію жома з боку малої кривизни шлунка виконують спереду і ззаду косі волокна, що з'єднуються в області кута Гіса і які утворюють петлю Вілліса (пращевидний м'яз, або тракт Гельвеція)*





Нормальна ендоскопічна картина стравохідно-шлункового з'єднання



Нормальна ендоскопічна картина
стравохідно-шлункового з'єднання
(огляд в інверсії)



Фізіологічні особливості стравоходу

- ❑ основна функція стравоходу –забезпечення проходження їжі з глотки у шлунок;
- ❑ харчовий комок просувпається з глотки у шлунок не пасивно (!), а завдяки чітко скоординованій роботі м'язів глотки,верхнього стравохідного сфінктера, повздожніх та поперечних м'язів тіла стравоходу та нижнього стравохідного сфінктера;
- ❑ процес, що включає розкриття верхнього стравохідного сфінктера, первинну перистальтичну хвилю та розкриття нижнього стравохідного сфінктера називається *первинни ковтальним комплексом* (продовженість його у нормі складає 3-9 секунд);
- ❑ в нормі, поза актом ковтання, скорочення м'язів тіла стравоходу відсутні;
- ❑ поза актом ковтання верхній і нижній стравохідні сфінктери знаходяться у постійному тонусі – *базальний тиск*;
 - базальний тиск верхнього стравохідного сфінктеру – 5-15 мм рт.ст.;
 - базальний тиск нижнього стравохідного сфінктеру – 15-25 мм рт.ст. (такий тиск перешкоджає ретроградному поступленню шлункового вмісту у стравохід!);
- ❑ в нормі просування їжі через стравохідно-шлункове з'єднання у ретроградному напрямку можливо при створенні тиску у шлунку не менш 80 мм рт.ст.;
- ❑ у замикаючому механізмі стравохідно-шлункового з'єднання приймають участь:
 - тонус нижнього стравохідного сфінктера;
 - кут Гіса;
 - кардіальна складка (клапан Губарева);
 - газовий міхур шлунка;

Клінічні симптоми захворювань стравоходу

1. Дисфагія:

- **пreeзофагеальна** (неврологічна або м`язова патологія);
- **езофагеальна** (стеноз або порушення моторики);

2. Грудні болі стравохідного походження:

- печія (гіперсалівація);
- біль під час ковтання - **одинофагія**;
- спонтанний біль;

Діагностика захворювань стравоходу

- 1. Опитування** (діагноз у 80% хворих).
- 2. Фізикальні дослідження** (збільшення шийних та надключичних лімфатичних вузлів, припухлість на шиї при великих глоткових дивертикулах, збільшення тривалості ковтання при порушенні моторики).
- 3. Лабораторні і інструментальні дослідження** (рентгенографія, езофагоскопія, стравохідна манометрія, моніторна реєстрація стравохідного РН та інші).

Інструментальні та лабораторні методи дослідження стравоходу

- **Рентгенологічне дослідження** - контрастне рентгенологічне дослідження в різних проекціях проводять за допомогою водної суміші сульфата барія, а при підозренні на перфорацію стравоходу – з водорозчинним контрастом. За показаннями дослідження проводиться в різних положеннях хворого.
- **Комп'ютерна та спіральна томографія** дають можливість визначити товщину стінки стравоходу, виявити пухлину та її проростання у прилеглі анатомічні структури, а також наявність метастазів в лимфатичні вузли та інші органи.
- **Езофагофіброскопія** дозволяє оглянути слизову оболонку стравоходу по всій його довжині, виконати прицільну біопсію з підозрілих ділянок (знаступним гістологічним дослідженням), зробити мазки для цитологічного дослідження.
- **Езофагоскопія жорстким езофагоскопом** використовують в лікувальних цілях для видалення сторонніх тіл, склерозування варикозних вен і т.п.
- **Ендоскопічне ультразвукове дослідження (ендосонографія)**, при можливості проведення датчика через звужену ділянку стравоходу, дозволяє визначити глибину враження стінки стравоходу та виявити враження медіастінальних лімфатичних вузлів.
- **Комбінація ендоскопії з високою розв'язувальною здібністю, великим збільшенням (до 200 разів), вузькоспектральною візуалізацією** – дозволяє виявити враження слизової оболонки мінімальних розмірів на початковому етапі розвитку патологічних змін та виконати прицільну біопсію.
- **Хромоендоскопія** – передбачає забарвлення епітеліальних структур під час виконання ендоскопічного дослідження стравоходу з використанням барвників, які абсорбуються (метиленовий синій, індігокармін та ін.) з подальшою прицільною біопсією.
- **Езофаготонокімографія** — графічний запис перистальтичних рухів і тонуусу стінок стравоходу та його сфінктерів - метод діагностики функціональних та деяких органічних захворювань стравоходу.
- **Проведення рН-метрії**— дає можливість визначити ступінь шлунково–стравохідного рефлюксу за допомогою спеціального зонду, який встановлюється на 5 см вище кардіального відділу шлунка. При наявності стравохідно-шлункового рефлюксу відбувається різке зниження рН у стравоході та посилення больового синдрому.

Класифікація дивертикулів стравоходу

За патогенезом: 1. Пульсійні (юкстасфінктерні).
2. Тракційні (несфінктерні).

За будовою стінки дивертикула:

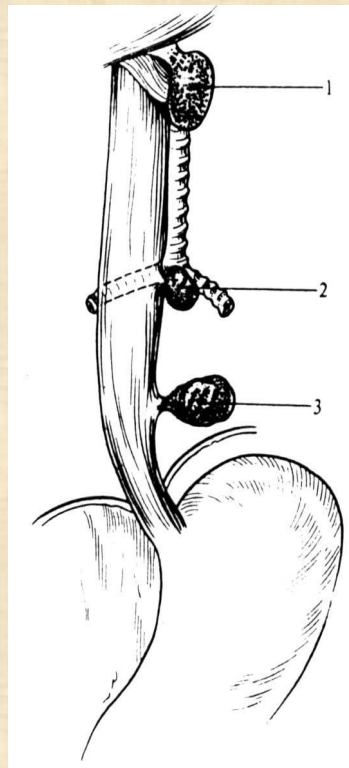
Істинний (стінка дивертикула має всі шари стінки стравоходу у

відповідній розташуванню дивертикула ділянці стравоходу); за патогенезом він тракційний.

Несправжній (стінка дивертикула представлена лише слизово-підслизовим футляром стінки стравоходу,

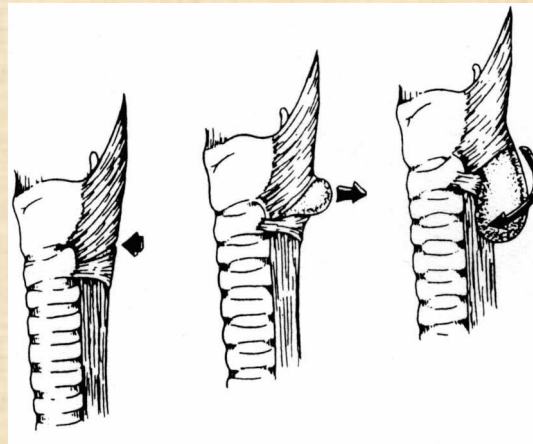
який вип'ячується через природній чи набутий дефект у м'язовій і адвентиціальній чи серозній оболонці); за патогенезом він пульсійний.

Класифікація дивертикулів стравоходу за локалізацією (типом)



1. Глотковий (глоткотково-стравохідний, Ценкера)
2. Біфуркаційний (епібронхіальний)
3. Наддіафрагмальний (епіфренальний)

Стадії виникнення та розвитку глоткових дивертикулів



- 1. Вип'ячування слизової оболонки стравоходу через слабкі ділянки м'язової оболонки.**
- 2. Формування шароподібного дивертикулярного мішка, який розповсюджується донизу і назад між стравоходом та хребтом; вхід до дивертикула не є прямим продовженням стравоходу, тому їжа надходить у стравохід.**
- 3. Збільшення розмірів дивертикула, в результаті чого він може опускатися у середостіння; при цьому отвір дивертикулу стає якби продовженням стравоходу, а природній отвір зміщується вперед та в сторону.**

Класифікація дивертикулів стравоходу за ускладненнями

- 1. Дивертикуліт – гостре або хронічне
запалення стінки дивертикула
(катаральне, виразкове,
флегмонозне,
гангренозне);**
- 2. Перфорація дивертикула.**
- 3. Кровотеча з дивертикула.**
- 4. Стравохідно-бронхіальні нориці
(для
біфуркаційних дивертикулів).**

Клінічні прояви дивертикулів стравоходу

Глотковий дивертикул:

- Клінічні прояви залежать від стадії їх розвитку та їх здатності випорожнюватися.
- Характерна триада симптомів великих глоткових дивертикулів:
 - регургітація застояної їжі;
 - постійна наявність слизу у глотці;
 - бурхливий шум при натисканні на глотку.

Біфуркаційний дивертикул:

- Не мають характерної симптоматики .
- Інколи є клінічні прояви у вигляді утруднення дихання, болі в грудній клітці, відрижки, зригування.
- Дисфагія частіше не виражена, так як дивертикул добре випорожнюється у стравохід.

Наддіафрагмальний дивертикул:

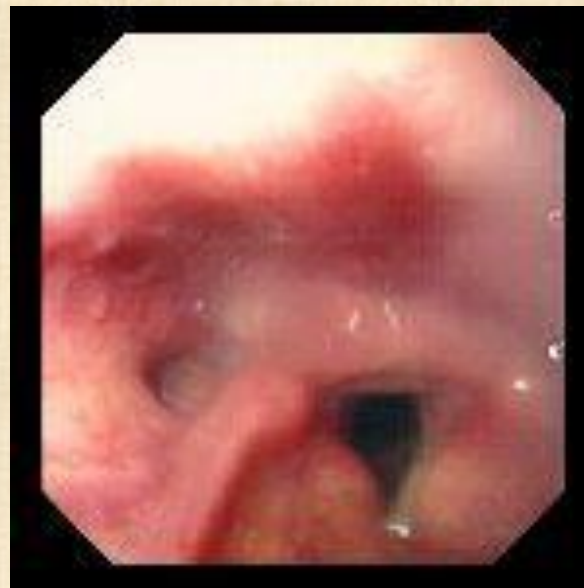
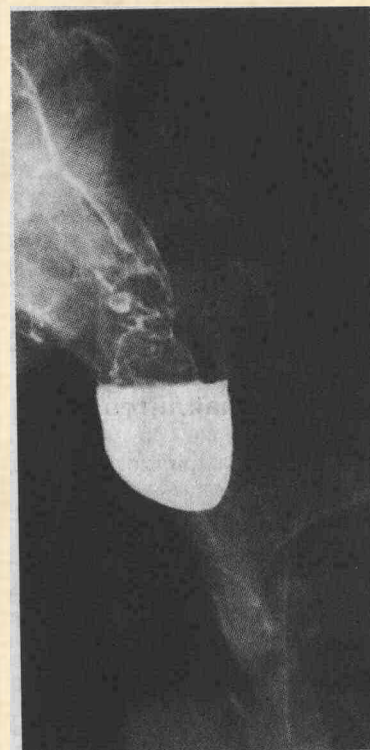
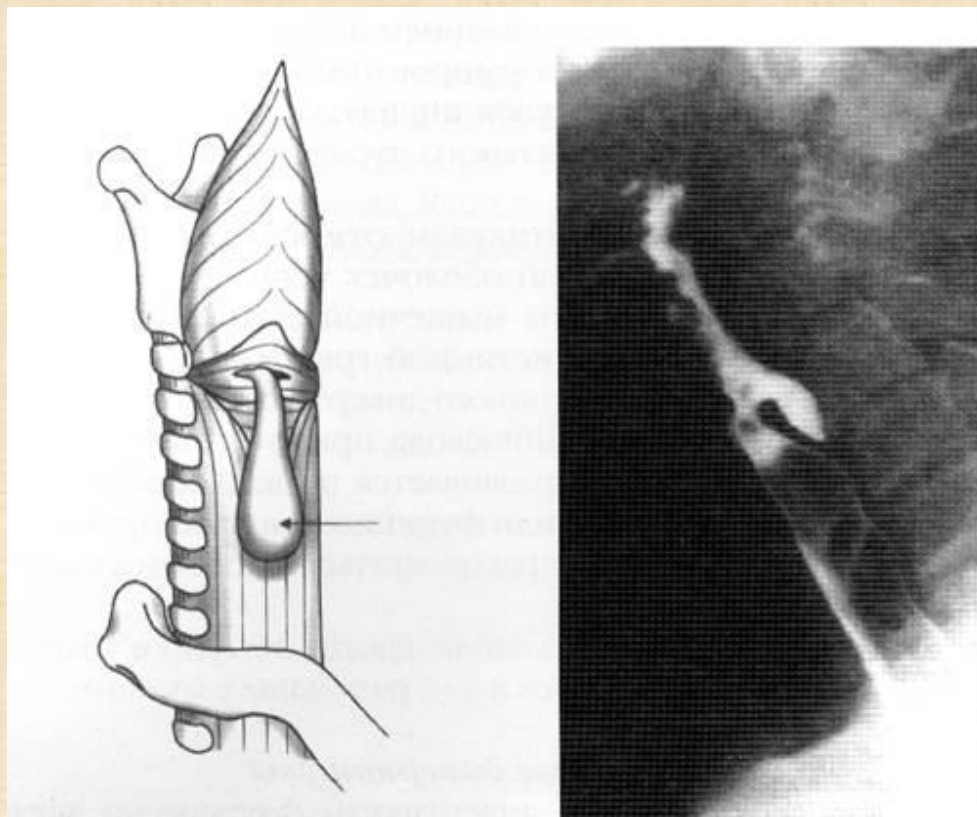
Клінічні прояви обумовлені:

- порушеннями функції стравоходу (спазм, ахалазія, дискоординація моторики), що проявляється дисфагією, регургітацією, блюванням, аспірацією;
- затримкою та розпадом їжі в дивертикулі, внаслідок чого відмічається неприємний запах з рота та неприємні смакові відчуття, зригування їжі з неприємним запахом.

Діагностика дивертикулів стравоходу

1. Клінічні прояви.
2. Фіброезофагоскопія.
3. Езофагографія (у різних положеннях хворого).

Ценкеровський дивертикул



Ендоскопічна діагностика дивертикула стравоходу



Рентгенологічна діагностика дивертикула стравоходу.





Лікування дивертикулів стравоходу

Лікувальна тактика при неускладнених дивертикулах стравоходу залежить від:

1) локалізації дивертикула; 2) його розмірів; 3) наявності і характеру ускладнень.

Глотковий дивертикул – радикальним методом лікування є хірургічне видалення дивертикула (одномоментна дивертикулектомія)

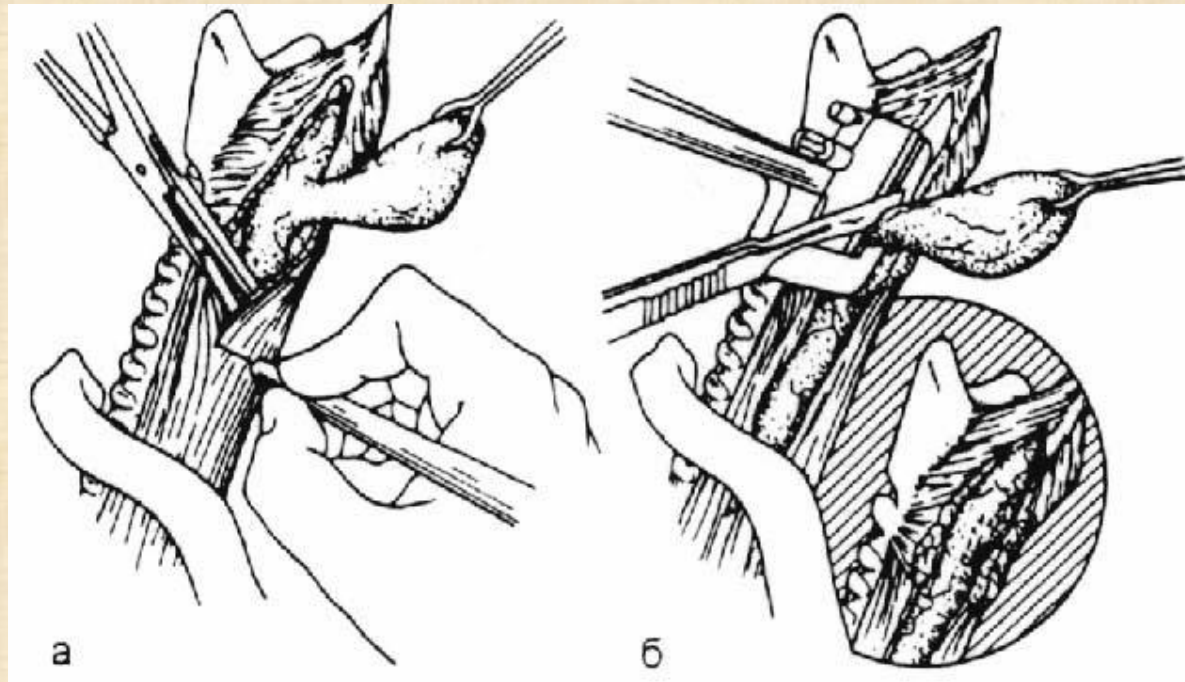
- при наявності протипоказнь до хірургічного лікування можливе консервативне лікування – строга дієта, приймання їжі у відповідному положенні, промивання дивертикулу, приймання рослинного масла для змазування дивертикула.

Біфуркаційний дивертикул – взагалі рідко потребують лікування;

- хірургічному лікуванню (дивертикулектомія із трансплеврального доступу) підлягають лише дивертикули великих розмірів з явищами стазу в них, ускладнені дивертикулітом, кровотечею, а також невеликі дивертикули з вираженою симптоматикою дивертикуліта (постійний тупий біль за грудиною).

Епіфренальний дивертикул – радикальним методом лікування є хірургічне видалення дивертикула (дивертикулектомія із правобічного трансплеврального доступу).

Хірургічне лікування глоткового дивертикула (одномоментна дивертикулектомія)



А - Видалення дивертикула та екстрамукозна езофаготомія

Б - висічення дивертикула

Ахалазія стравоходу

Визначення захворювання:

Ахалазія стравоходу (кардіоспазм, аперистальтика стравоходу, мегаезофагус) – нервово-м'язеве захворювання стравоходу, яке характеризується неефективною перистальтикою всього стравоходу та ***відсутністю координованого розслаблення нижнього стравохідного сфінктеру у відповідь на ковтання.***

Класифікація ахалазії стравоходу

Клінічні стадії захворювання (за Б.В.Петровським):

1. **Функціональний спазм** без розширення стравоходу.
2. **Стійкий спазм** з помірним розширенням стравоходу.
3. **Рубцеве змінення м'язових шарів** з вираженим розширенням стравоходу.
4. **Кардіостеноз** з великим розширенням стравоходу та S-подібним його викривленням.

Форми захворювання відповідно порушенням моторики стравоходу та

нижнього стравохідного сфінктеру (за Siewert):

1. **Vigorous achalasia** – залишковий тиск нижнього стравохідного сфінктеру може бути високим, тиск у тілі стравоходу зростає одночасно з ковтанням;
2. **Hipermotile achalasia** – залишковий тиск може бути нормальним і стравохід при рентгеноскопії відносно незмінений, але нижній стравохідний сфінктер під час ковтання не розслаблюється;
3. **Amotile achalasia** – стравохід делятований і сфінктер не розслаблюється.

Клінічні прояви ахалазії стравоходу

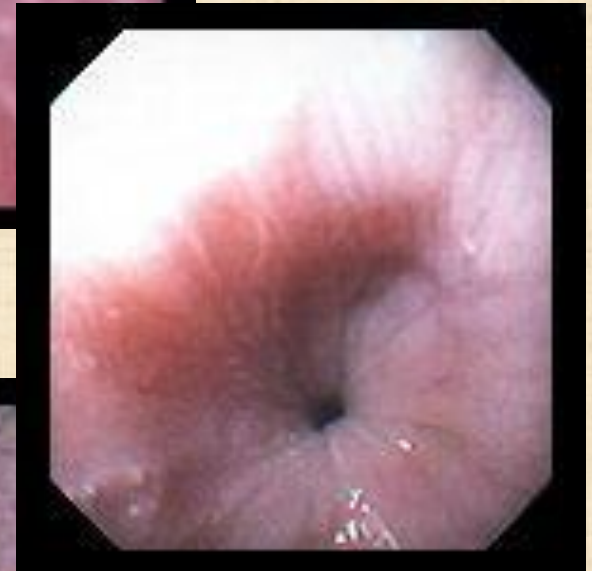
Основні симптоми ахалазії стравоходу:

- ▣ **дисфагія** – утруднення ковтання внаслідок порушення просування вмісту з глотки у шлунок (езофагеальна дисфагія – утруднення проходження їжі по стравоходу);
- ▣ **регургітація** – переміщення вмісту стравоходу в напрямку, протилежному фізіологічному (у ротоглотку) в результаті скорочення його м'язів;
- ▣ **загрудинна біль** -
 - печія - жгуча загрудинна біль;
 - одинофагія - біль при ковтанні;
 - спонтанна біль - пов'язана з порушенням моторної функції стравоходу.

Діагностика ахалазії стравоходу

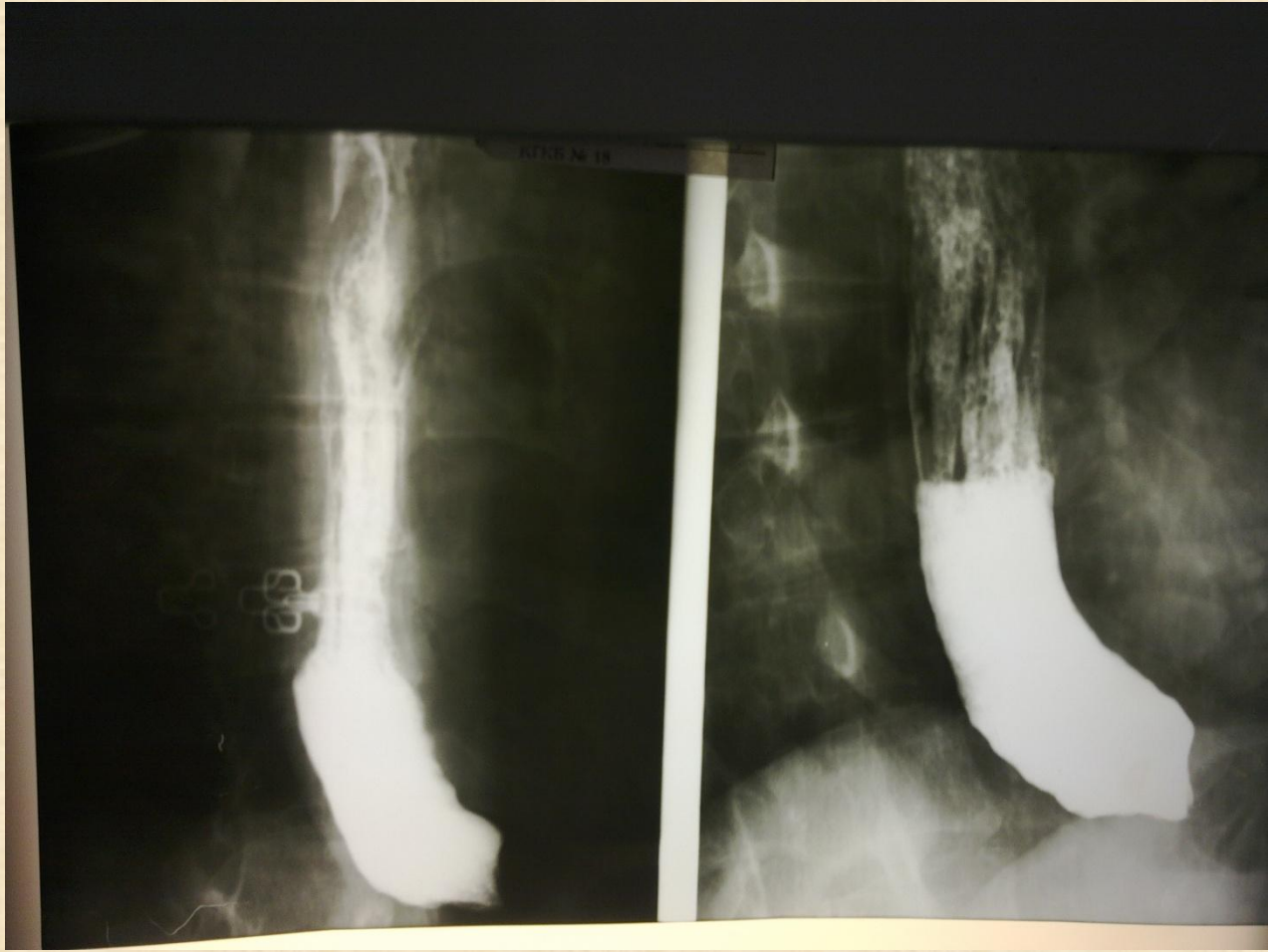
1. Рентгенологічне дослідження (езофагографія).
2. Езофагоскопія.
3. **Комбінація ендоскопії з високою розв'язувальною здібністю, великим збільшенням (до 200 разів), вузькоспектральною візуалізацією** – дозволяє виявити враження слизової оболонки мінімальних розмірів на початковому етапі розвитку патологічних змін та виконати прицільну біопсію.
4. **Хромоендоскопія** – передбачає забарвлення епітеліальних структур під час виконання ендоскопічного дослідження стравоходу з використанням барвників, які абсорбуються (метиленовий синій, індігокармін та ін.) з подальшою прицільною біопсією.
5. **Езофаготонкімографія (езофагоманометрія)**— графічний запис перистальтичних рухів і тону стінок стравоходу та його сфінктерів.
6. **Проба на чутливість до М-холіностимулятора метахоліна (метахолінова проба)** - типовою ознакою захворювання є підвищення чутливості м'язів стравоходу до холінергічних імпульсів, що проявляється появою скорочень стравоходу і значним підвищенням базального тиску у стравоході при підшкірному введенні 10-15 мг метахоліну.

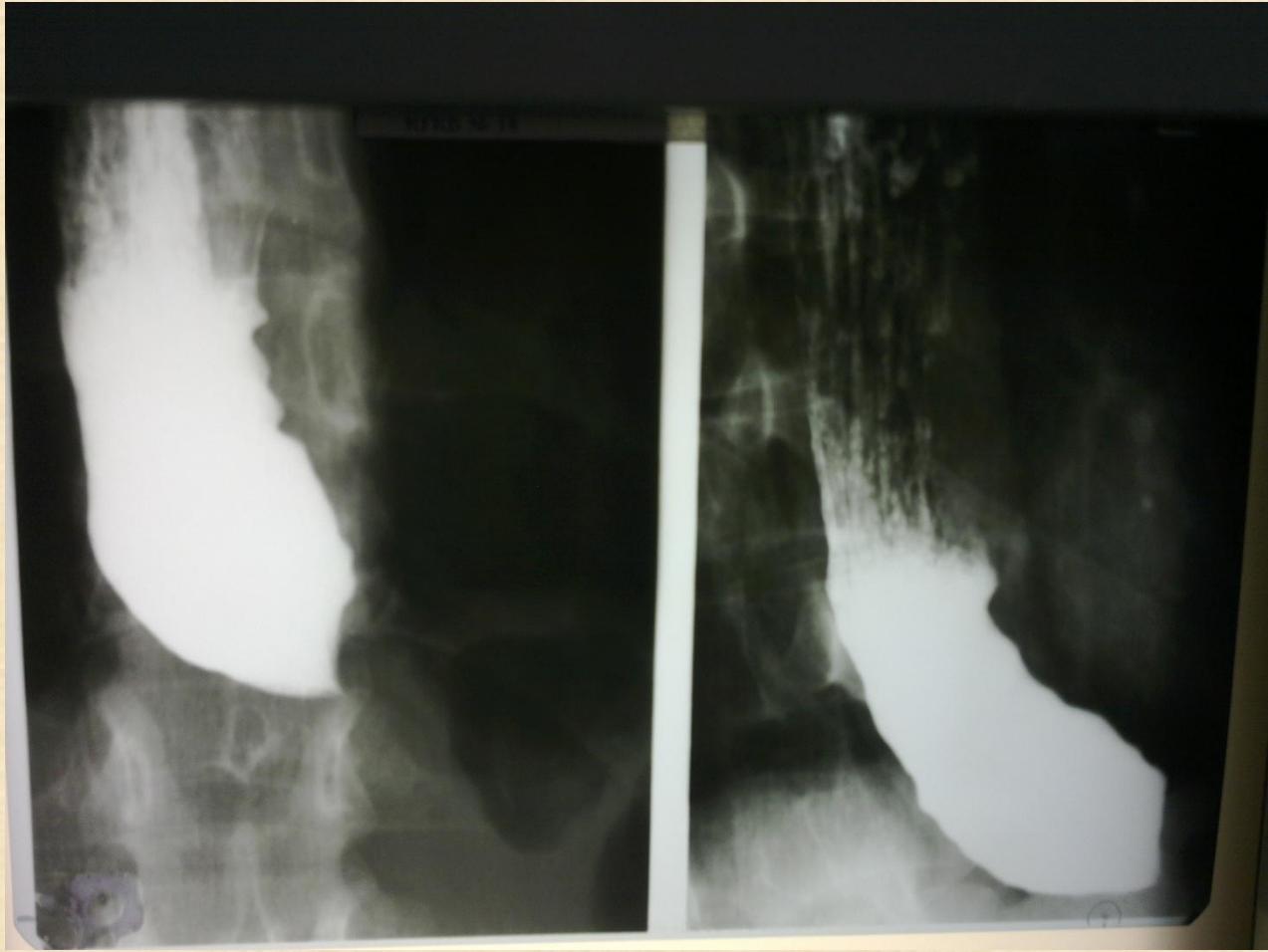
Ахалазія кардії (ендоскопічна
та рентгенологічна картина)



Рентгенологічна діагностика ахалазії стравоходу









Диференційна діагностика ахалазії стравоходу

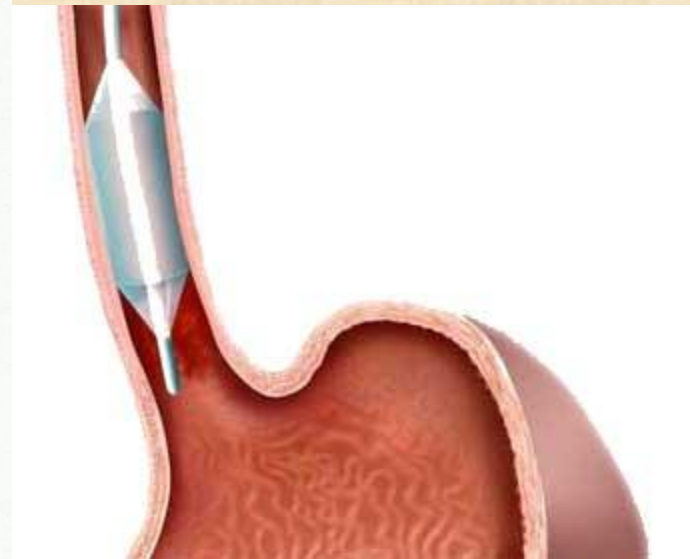
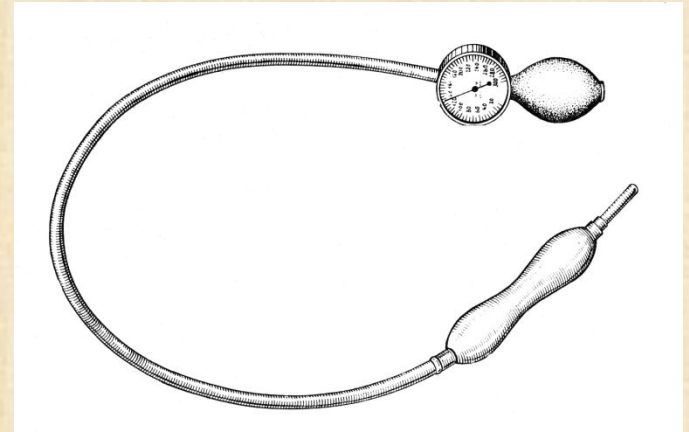
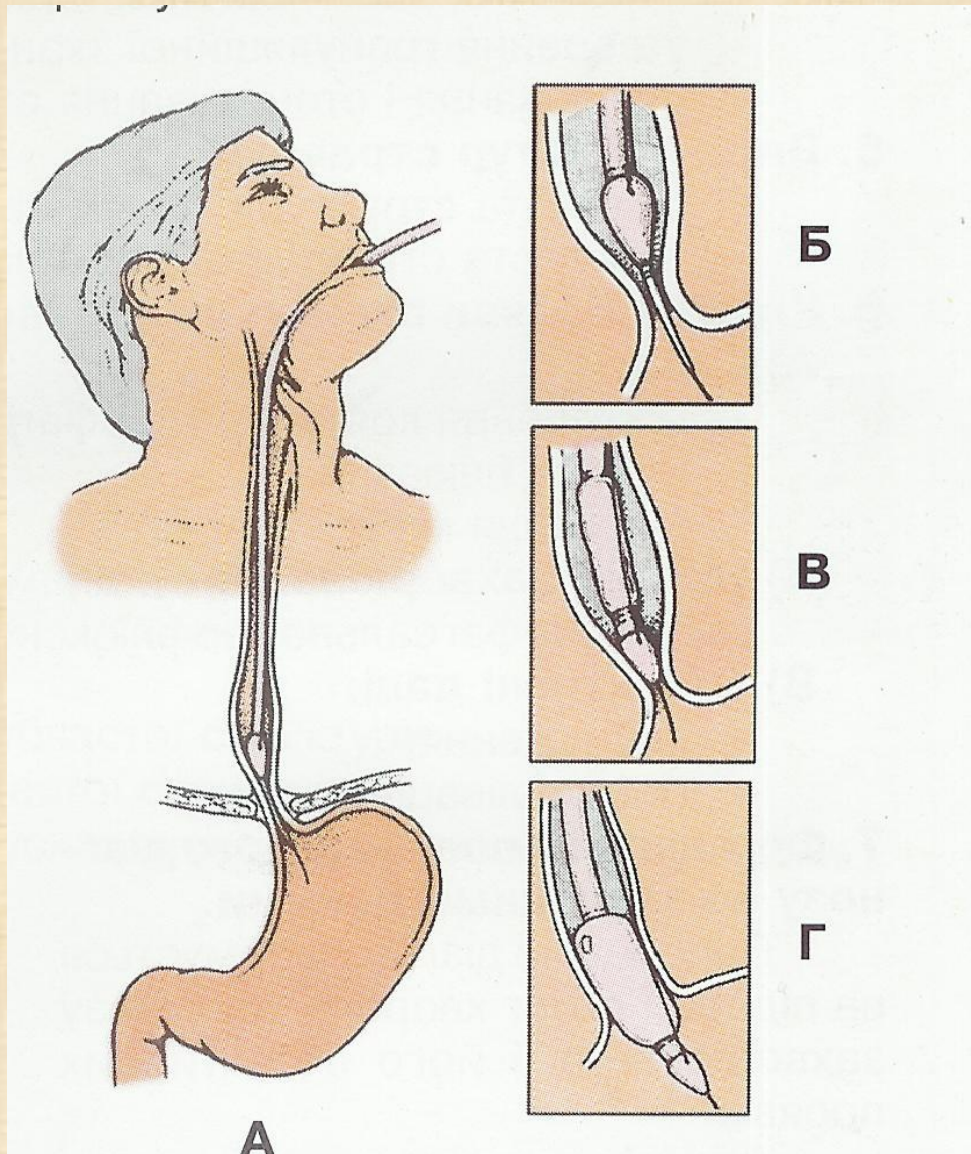
Ахалазію стравоходу перш за все доцільно диференціювати з такими захворюваннями як:

- ❑ Стенозуючі доброякісні чи злоякісні пухлини стравоходу** - схожею клінічною ознакою є дисфагія.
- ❑ Рубцеве звуження стравоходу** – виникає як наслідок, наприклад, хімічного опіку. Схожею клінічною ознакою є дисфагія.
- ❑ Інші захворювання стравоходу** – хвороба Крона, виразковий стеноз, склеродермія, синдром Рейно, дифузний езофагоспазм (нейрогенне порушення скорочувальної здібності стравоходу), стискання ззовні (пухлини оточуючих органів, збільшення лівого передсердя, аневризми аорти та ін.).

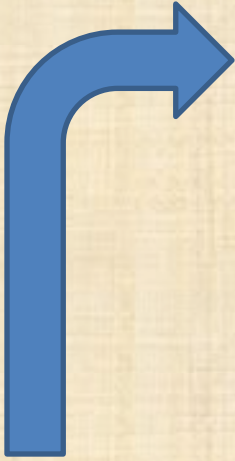
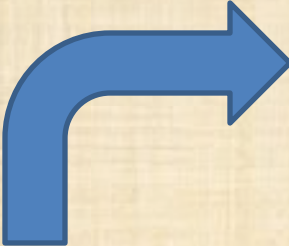
Консервативне лікування ахалазії стравоходу

- **Проводиться при 1 і 2 стадії захворювання.**
- **Мета консервативного лікування** - зменшення тиску і, відповідно, обтурації в області нижнього стравохідного сфінктеру.
- **Методи консервативного лікування:**
 - **дієта** - їжа повинна бути роздрібленою чи кашцеподібною, за хімічним складом на викликати подразнення, з достатнім складом білків та вітамінів;
 - **лікарські засоби** - медикаментозне лікування дає лише тимчасовий ефект (!) і включає місцевоанестезуючі та спазмолітичні засоби, м-холінолітики, седативні препарати, фізіотерапевтичні процедури;
 - **кардіодилатація** – це насильне розтягнення та частковий надрив м'язів кінцевої частини стравоходу, здійснюється з використанням пневматичного кардіодилататора;
 - критерії успішної дилатації* - зникнення чи суттєве зниження тиску у нижньому стравохідному сфінктері, покращення випорожнення стравоходу та розширення звуженої ділянки, що визначається при рентгенологічному дослідженні;
 - ефективність кардіодилатації* - складає 65-80%;
 - **введення ботулінового токсину** (в Україні - Botox та Dysport) - основане на інгібуванні холінергічного впливу (в результаті блокади виділення ацетілхоліну), що призводить до зниження тонусу нижнього стравохідного сфінктера;
 - стандартна техніка використання* - введення 1 мл (20-25 одиниць) токсину у чотири квадрати на 1 см вище Z- лінії; для введення використовується стандартна голка для склеротерапії;
 - ефект настає* через, в середньому, 24 години після введення;
 - основний недолік терапії* - її достатньо короткочасний ефект.

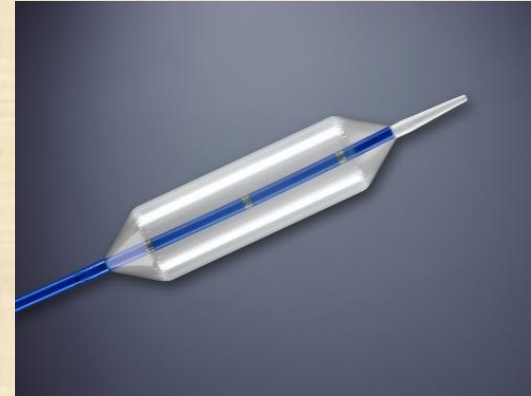
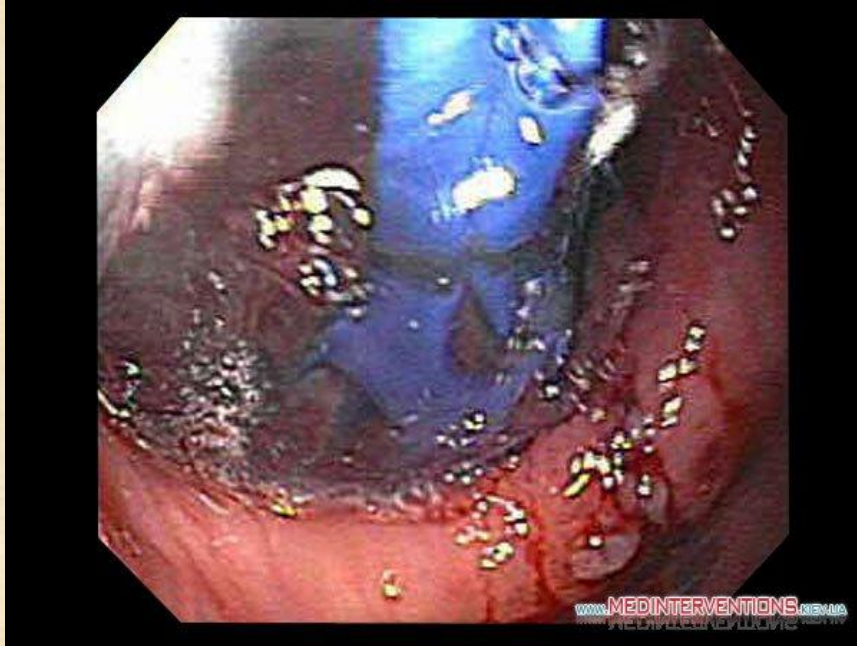
Балонна кардіодилатація



Етапи виконання балонної кардіодилатації



Балонна кардіодилатація під ендоскопічним контролем



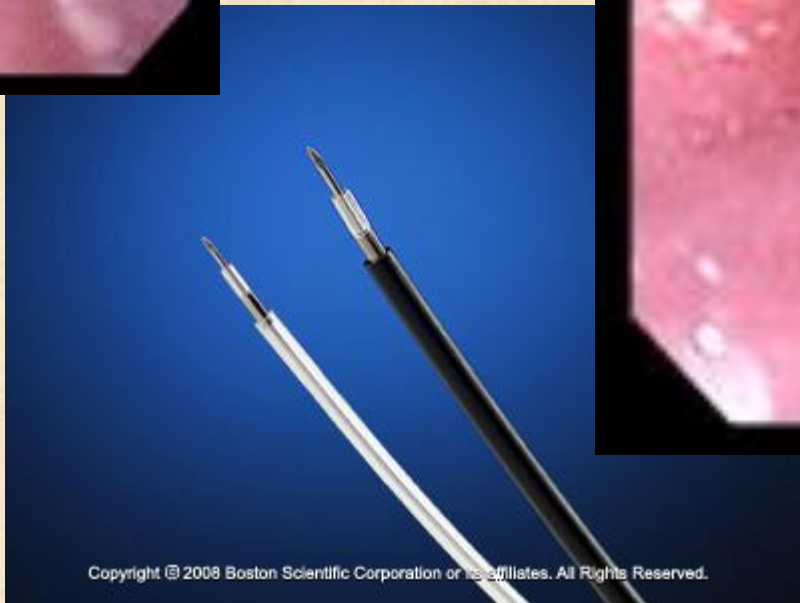
Лікування ахалазії кардії шляхом ін'єкції ботулотоксину



До введення ботулотоксину



Після введення ботулотоксину



Copyright © 2008 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All Rights Reserved.

Ендоскопічний ін'єктор

Хірургічне лікування ахалазії стравоходу

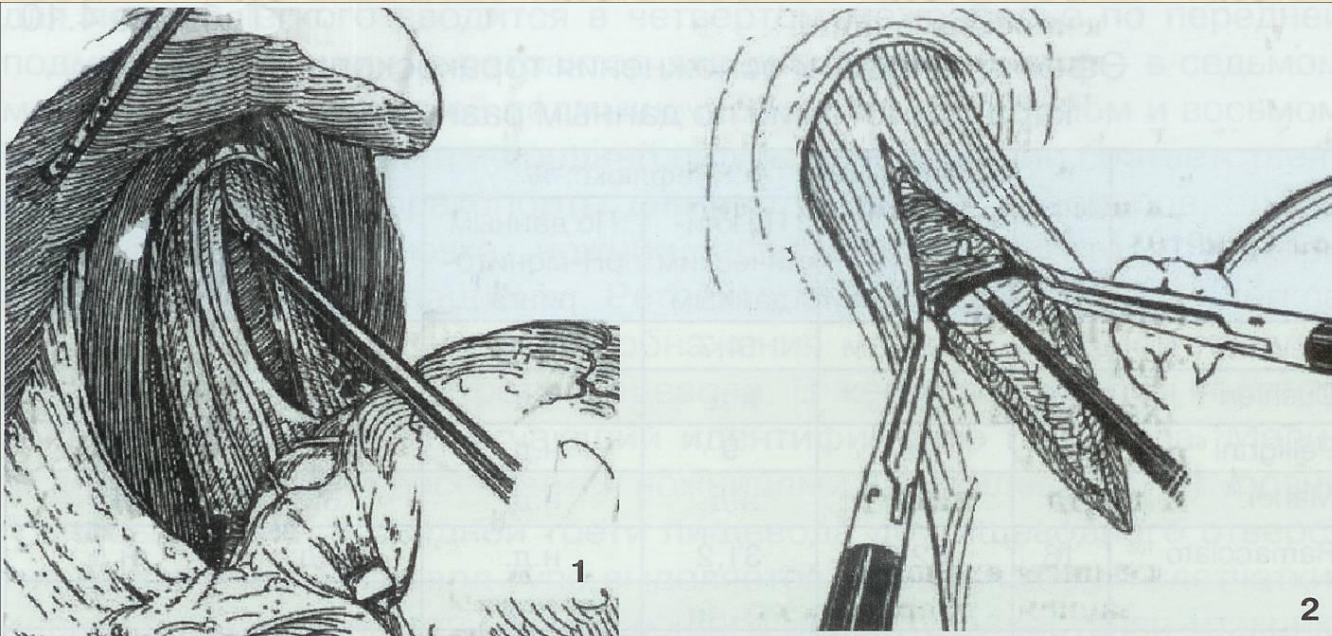
- Хірургічне лікування показане у 3 та 4 стадії захворювання та при рецидивах після курсу кардіодилатації.
- Його характер визначається індивідуально і передбачає:
 - **операції на розширеному стравоході** - висічення ділянки стравоходу, трансплевральна езофагоплікація, сегментарна резекція стравоходу та ін.;
 - **операції на звуженій ділянці стравоходу** –
 - розсічення звуженої ділянки (відкрита та лапароскопічна позаслизова езофагокардіоміотомія, в тому числі і з фундоплікацією, тотальна демускуляризація кардії, ендоскопічна міотомія та ін.);
 - розсічення звуженої ділянки з його пластикою (кардіопластика, позаслизова ззофагоміотомія з пластикою: клаптем діафрагми, чіпцем, шлунком та ін.);
 - резекції звуженої ділянки (резекція кардії, резекція кардії та нижньої тритини стравоходу, переміщення кардії та ін.);
 - **обхідні анастомози** - езофагогастроанастомоз, обхідна езофагоєюностомія, езофагогастростомія з резекцією шлунку за Фінстерером чи Ру.

Позаслизова езофагокардіоміотомія



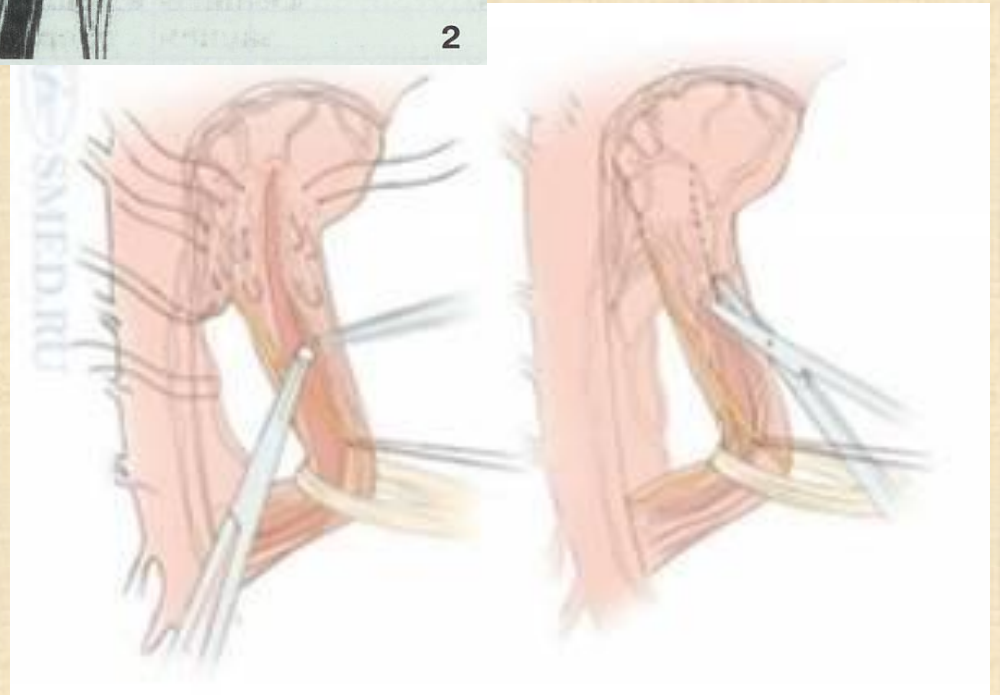
За допомогою стравохідної манометрії доведено, що для досягнення найкращих результатів в хірургічному лікуванні ахалазії стравоходу **кардіоміотомія повинна бути виконана на рівні дистального відділу стравоходу на протязі 6-8 см, а на рівні кардії дистальніше шлунково-стравохідного з'єднання – на протязі не менш 1-2 см.**

Кардіоміотомія

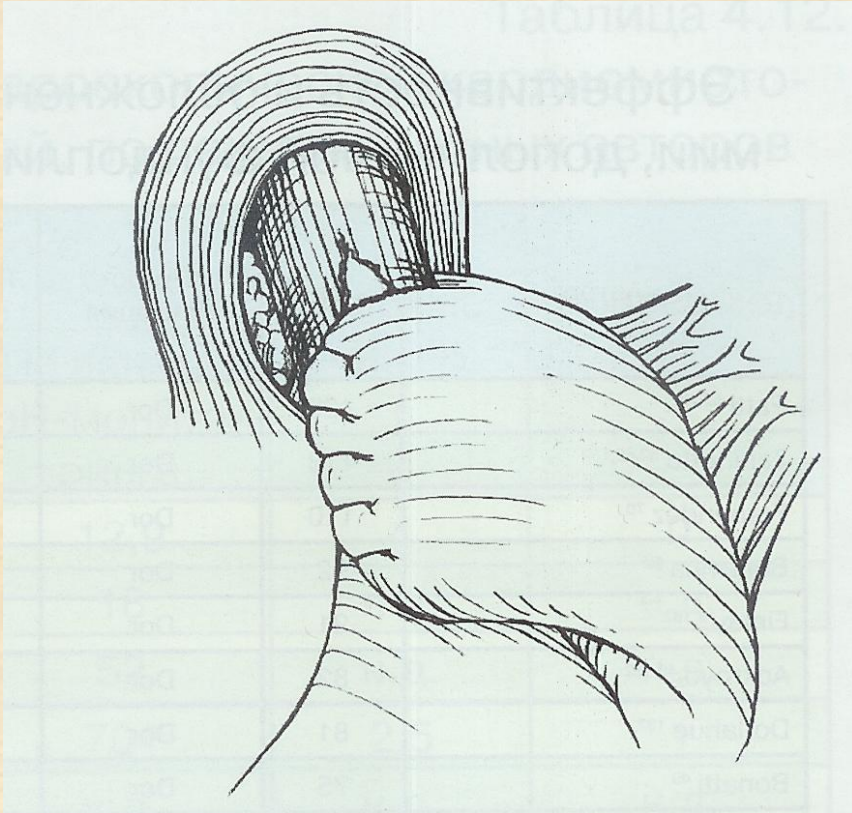


Лапароскопічна

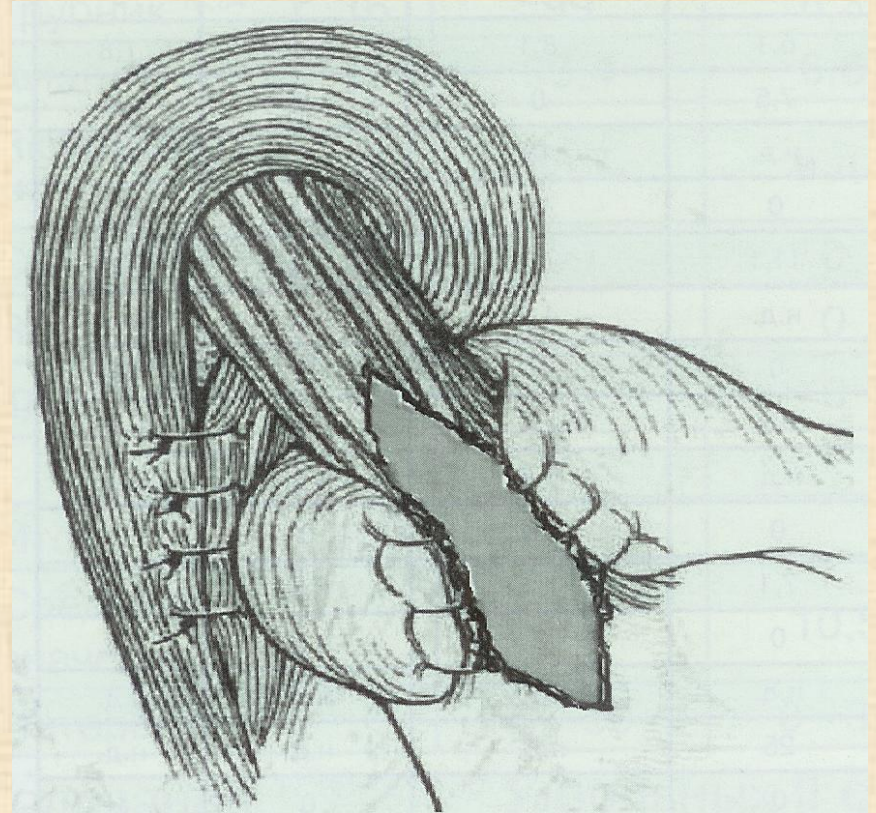
Відкритим
доступом



Фундоплікація



за Дором



за Тупе

Ускладнення ахалазії стравоходу

- 1. Езофагіт.**
- 2. Виразкування стравоходу.**
- 3. Легеневі ускладнення (в наслідок затікання вмісту стравоходу у дихальні шляхи виникає: *аспіраційна пневмонія, бронхіт, абсцес легені, бронхоектази, бронхіальна астма*).**
- 4. Мимовільний розрив стравоходу.**
- 5. Утворення стравохідно-трахеальної нориці.**

Хімічні опіки стравоходу

Визначення захворювання:

Хімічні опіки стравоходу - це пошкодження стінок стравоходу внаслідок руйнівної дії на неї кислот чи лугів.

Кислоти викликають *сухий коагуляційний некроз*, луги – *глибокий, вологий чи колікваційний некроз* (м'яке змертвіння).

Зіхворюванність (епідеміологія), медична та соціальна значущість:

- частіше зустрічаються у дітей у віці від 1 до 5 років;
- в переважній кількості випадків мають ненавмисний характер;
- при випадковому прийомі агресивної речовини летальність складає біля 2%, при спробі самогубства – 20-30%.

Класифікація хімічних опіків стравоходу

1. *Ступіні хімічного опіку стравоходу:*

I – ураження поверхневих шарів епітелію стравоходу;

II – розвиток некрозу, який місцями розповсюджується на всю глибину слизової оболонки стравоходу;

III – розповсюдження некрозу на всі прошарки стравоходу;

IV – розповсюдження некрозу на навколостравохідну клітковину, плевру, іноді на перикард і задню стінку трахеї та інші прилеглі до стравоходу органи.

2. *Періоди хімічного опіку стравоходу:*

1-й – період гострого карозивного езофагіту;

2-й – період хронічного езофагіту (макроскопічно виявляються виразки слизової оболонки різного розміру, формується звуження отвору неоднакової протяжності);

3-й – період формування стриктур стравоходу (починається через 2-4 місяці після опіку і закінчується

звичайно через 2-3 роки);

4-й – період пізніх ускладнень: облітерація отвору стравоходу (розвивається через 2-3 роки після опіку), перфорація стінки стравоходу, рак рубцевозміненого стравоходу.

3. *Клінічні стадії хімічного опіку стравоходу:*

1 - гостра стадія;

2 - латентний період;

3 - стадія рубцевої непрохідності.

4. *Ступені тяжкості хімічного опіку стравоходу:* легка, середня, тяжка.

Ускладнення хімічних опіків стравоходу

Ранні ускладнення: - гострий обмежений чи дифузний медіастиніт;

- серозно-фібринозний та гнійний перикардит;

- плеврит;

- пневмонія;

- абсцеси легенів (пара- та метапневмонічні);

- стравохідно-бронхіальні та стравохідно-трахеальні

нориці;

- аррозії великих судин середостіння;

- гострий опіковий гастрит та перигастрит;

- шлунково-кишкові кровотечі;

- рубцеві звуження стравоходу;

Пізні ускладнення: - облітерація отвору стравоходу;

- перфорація стінки стравоходу;

- рак рубцевозміненого стравоходу.

Клінічні прояви хімічного опіку стравоходу

- ❑ **При легкому ступені опіку** - рефлекторна рвота, іноді з кров'ю; скарги на біль у глотці при ковтанні слюни та їжі, підвищене слиновиділення, загальну слабкість, підвищення температури тіла на протязі 1-3 діб, спрагу, інколи зменшення виділення сечі; *звичайно ці симптоми проходять через 3-6 діб.*
- ❑ **При середньому ступені опіку** - багаторазове блювання, часто з домішками крові; у хворого виникає страх, збудження, відмічається блідність шкіри, виражене слиновиділення, часто спостерігається осиплість голосу; хворі відчувають сильну біль в порожнині роту, за грудиною в епігастральній ділянці, спрагу; при прийманні води виникає повторне блювання, температура тіла підвищується до 38-39° С, пульс частішає до 120 на хвилину, зменшується кількість сечі, через 1-2 доби в ній з'являється білок; після 3-4 діб, якщо не приєднуються ускладнення, стан хворого покращується, а через 12-15 діб *симптоми гострого запалення проходять і він вже може приймати їжу.*
- ❑ **При важкому ступені опіку** - в клінічній картині *переважають прояви тяжкої інтоксикації та шоку*; зразу після прийому хімічної речовини настає різке збудження, страх, хворий блідий, вкривається холодним пітом, потім лице стає ціанотичним; хворий борсається від сильної болі в порожнині роту, за грудиною, та в епігастральній ділянці, настає багатократне блювання з домішками крові; при тяжкому пошкодженні стравоходу у 20% хворих виникає пошкодження шлунку; рухове збудження змінюється адінамією, з'являється сплутана свідомість, інколи марення, пульс нитковидний, артеріальний тиск знижується, виникає задишка, утруднене дихання, кількість сечі помітно зменшується, в ній виявляється білок, еритроцити; приймання кислоти призводить до метаболічного ацидозу, внутрішньосудинному гемолізу з гемоглобінурією.

Діагностика хімічного опіку стравоходу

- **Діагноз опіку стравоходу ставитья на підставі:**
 - клінічних (опит, огляд) даних;
 - даних рентгенологічних (езофагографія – проводиться після зменшення дисфагічних розладів на 5-10 добу після опіку) та лабораторних (крові та сечі) досліджень.
- При діагностиці опіку стравоходу, для прогнозування його наслідків та визначення лікувальної тактики **дуже важливо визначити вид, концентрацію і кількість агресивної хімічної речовини**, що була прийнята.
- **На догоспітальному етапі** діагноз ставиться на підставі клінічних даних та, підтвердження факту прийому та характеристики агресивної речовини.
- **На госпітальному етапі** для діагностики та диференційної діагностики використовуються лабораторні дослідження крові та сечі, езофагографія та фіброезофагоскопія.

Лікування хімічного опіку стравоходу

- ❖ **У перші години після прийому кислот або лугів** необхідно видалити хімічну речовину шляхом промивання шлунку та стравоходу за допомогою шлункового зонду слабким розчином нейтралізуючої речовини чи водою. Поряд з видаленням та нейтралізацією хімічної речовини показаним є використання протишокових засобів і детоксикаційної терпії.
- ❖ **Через два дні після опіку доцільно проведення через ніс у шлунок тонкого хлорвенілового зонду для ентерального череззондового харчування.** Якщо опік стравоходу значний і хворий на протязі 5-7 днів не може почати приймати їжу через рот, показане накладання гастростоми. Постійна аспірація слизу з трахеї і бронхів та підтримка прохідності дихальних шляхів являється важливим лікувальним заходом. У важких випадках (IV ступінь, важка форма) накладають трахеостому.
- ❖ **З перших діб після опіку рекомендується прийом рідких масел** (рослинне, вазелинове, риб'ячий жир), обволокуючих речовин (яєчний білок, молоко).
- ❖ **Проведення раннього (профілактичного) бужування стравоходу,** яке є достатньо ефективним методом попередження утворення рубцевого стенозу. Його виконують після стихання запальних явищ. Бужування слід починати через 7-15 діб з моменту опіку стравоходу, здійснюють його двічі на тиждень у перші два тижні. В подальшому проводять бужування еластичним бужом №24 також два рази на тиждень, залишаючи його у стравоході на 10-20 хвилин. При досягненні ефекту бужування проводять 1 раз на місяць на протязі року. Можливим ускладненням бужування є перфорація стінки стравоходу.
- ❖ Використовують також **стероїдні гормони** (100 мг преднізолону внутрішньовенно) у поєднанні з **антибіотиками**, а також **парентеральне харчування** (при II-III ступені опіку) – кристалічні амінокислоти, жирові емульсії, розчини глюкози тощо.

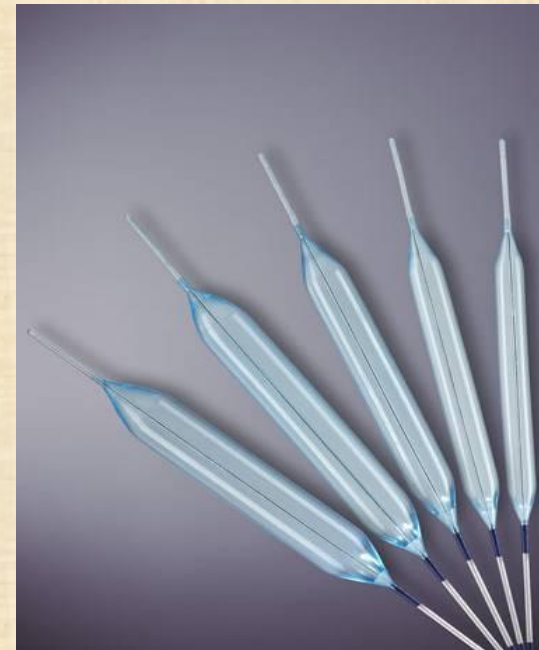
Класифікація післяопікової непрохідності стравоходу (за Ратнером Г.Л. та Білоконєвої В.І., 1982)

- I ступінь – “вибіркова”**, що клінічно проявляється лише при прийманні деяких видів їжі;
діаметр стравоходу у ділянці звуження менш ніж 1-1,5 см;
- II ступінь – компенсована** (стравохід прохідний до напіврідкої та добре обробленої механічно їжі;
діаметр отвору – 0,3-0,5 см, є невелике розширення стравоходу над звуженням);
- III ступінь – субкомпенсована** (стравохід прохідний для рідини та масла, діаметр звуження менш ніж 0,3 см, є супрастенотичне розширення стравоходу);
- IV ступінь – декомпенсована** (повністю порушена прохідність стравоходу, виражене супрастенотичне розширення; під впливом протизапального лікування і накладання гастростоми прохідність може відновитися);
- V ступінь – незворотня** (характеризується облітерацією стравоходу).

Рубцова стриктура (звуження) стравоходу



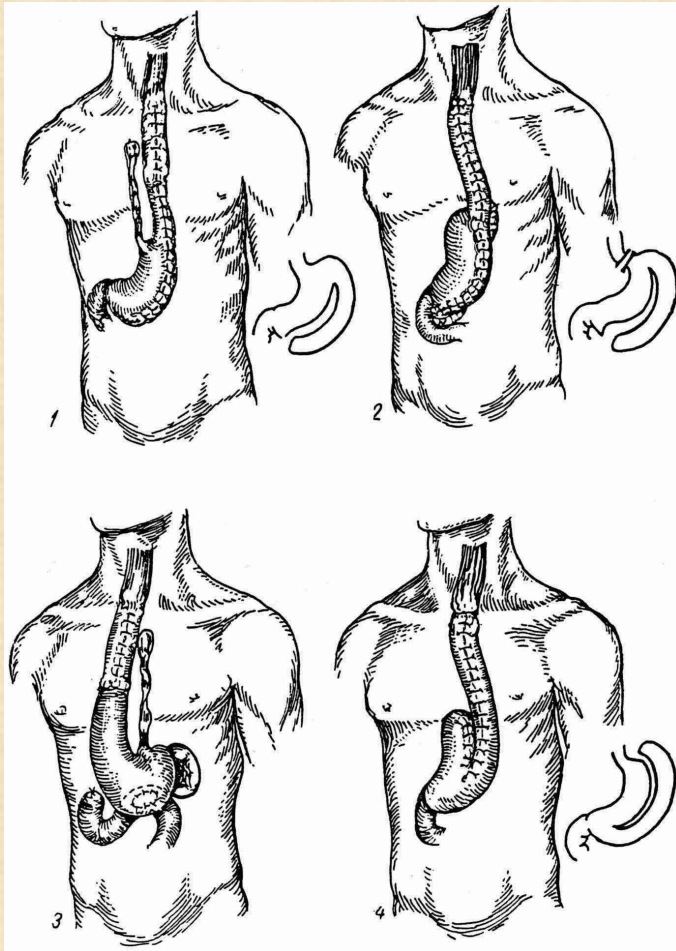
Стриктури стравоходу



Copyright © 2008 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All Rights Reserved.

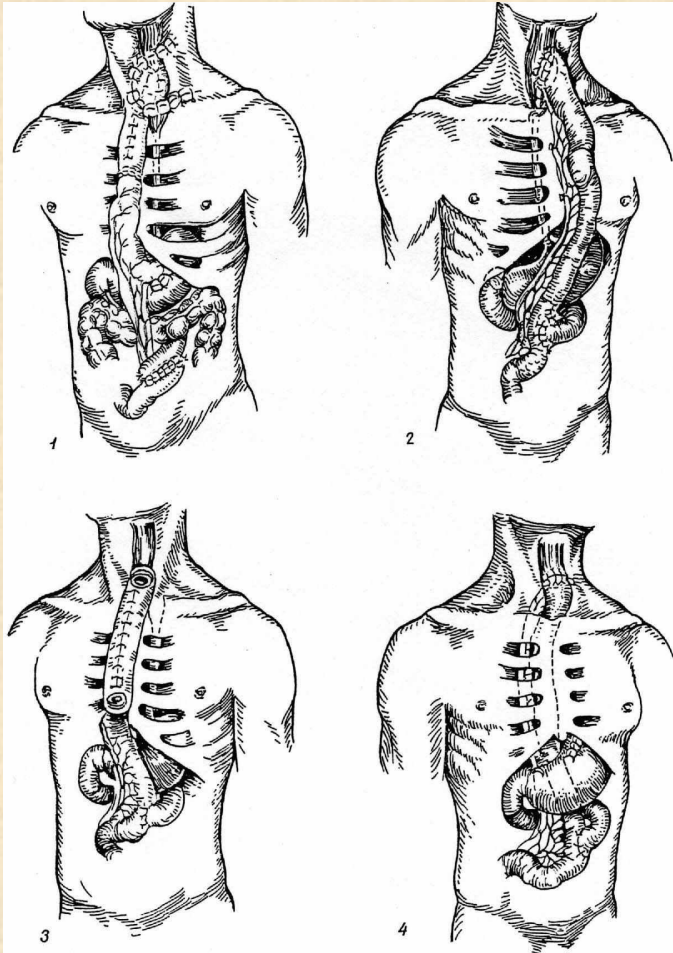
Copyright © 2008 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All Rights Reserved.

Варіанти пластики стравоходу шлунком



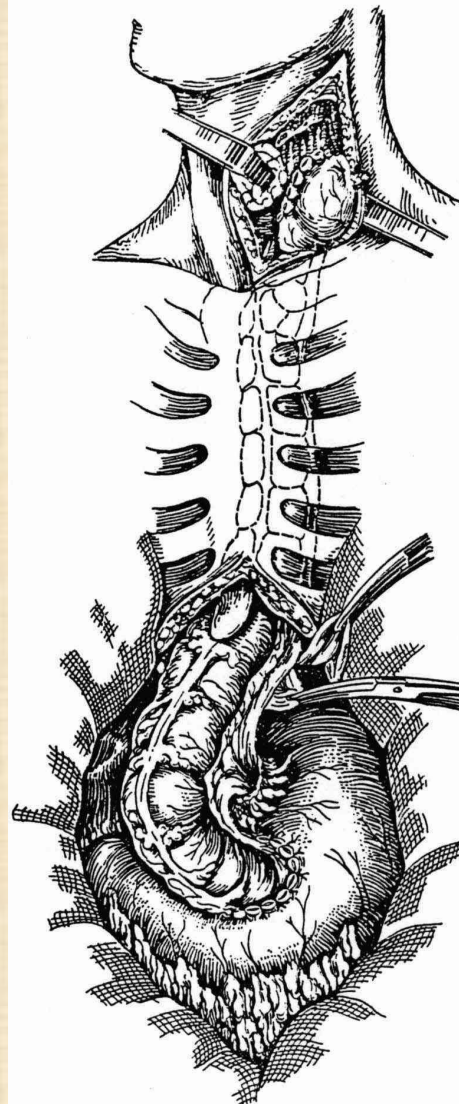
1. за Jianu
2. за Guariliu
3. за Fink
4. за Rutkowski

Варіанти тонкокишкової езофагопластики



1. за Лексером
2. за Юдіним
3. за Вульштейном
4. за Єреєвим

Остаточний вигляд позагрудинної товстокишкової езофагопластики



Дякую за увагу !