

# Заболевания и повреждения пищевода

Пищевод представляет собой полую мышечную, выстланную изнутри слизистой оболочкой трубку, соединяющую глотку с желудком. Длина его составляет в среднем 25-30 см у мужчин и 23-24 см у женщин и зависит от длины тела.

- Нервно-мышечные заболевания пищевода:
- Кардиоспазм
- Ахалазия пищевода
- Диффузный эзофагоспазм(синдром Барсони-Тешендорфа)

Ахалазия заключается в отсутствии расслабления нижнего пищеводного сфинктера во время акта глотания. Выключение физиологического рефлекса его раскрытия приводит к нарушению тонуса и моторики пищевода, что вызывает задержку пищи.

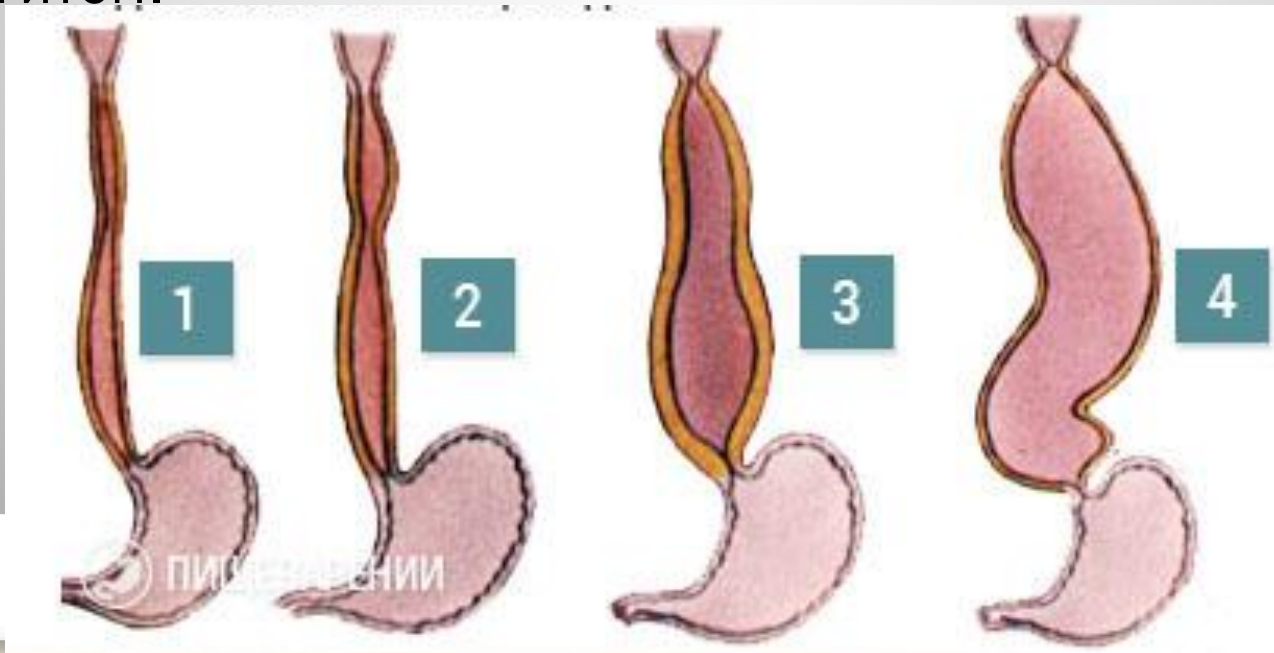
Кардиоспазм- стойкое спастическое сужение терминального отдела пищевода, проявляемое дисфагией и далеко зашедших стадиях сопровождаемое органическими изменениями его вышележащих отделов.

## Ахалазия пищевода и кардиоспазм

# Классификация

Б. В. Петровский выделяет четыре стадии заболевания ахалазией кардии.

- I стадия — функциональный непостоянный спазм кардии, расширения пищевода не наблюдается;
- II стадия — стабильный спазм кардии с нерезким расширением пищевода;
- III стадия — рубцовые изменения мышечных слоев кардии с выраженным расширением пищевода;
- IV стадия — резко выраженный стеноз кардии с дилатацией пищевода, часто 5-образной формы, и эзофагитом.



# Клиническая картина

Для ахалазии кардии характерна триада симптомов: **дисфагия, регургитация, боли.**

Дисфагия — основной и в большинстве случаев первый симптом заболевания. У одних больных она возникает внезапно, как бы среди полного здоровья, у других развивается постепенно.

- Усиление дисфагии у большинства больных отмечают после нервного возбуждения, во время поспешной еды, при приеме плотной, сухой и плохо прожеванной пищи.
- Иногда наблюдается парадоксальная дисфагия: плотная пища проходит в желудок лучше, чем жидкая и полужидкая.

- У ряда больных с ахалазией дисфагия зависит от температуры пищи: плохо проходит или не проходит теплая пища, а холодная проходит, или наоборот.

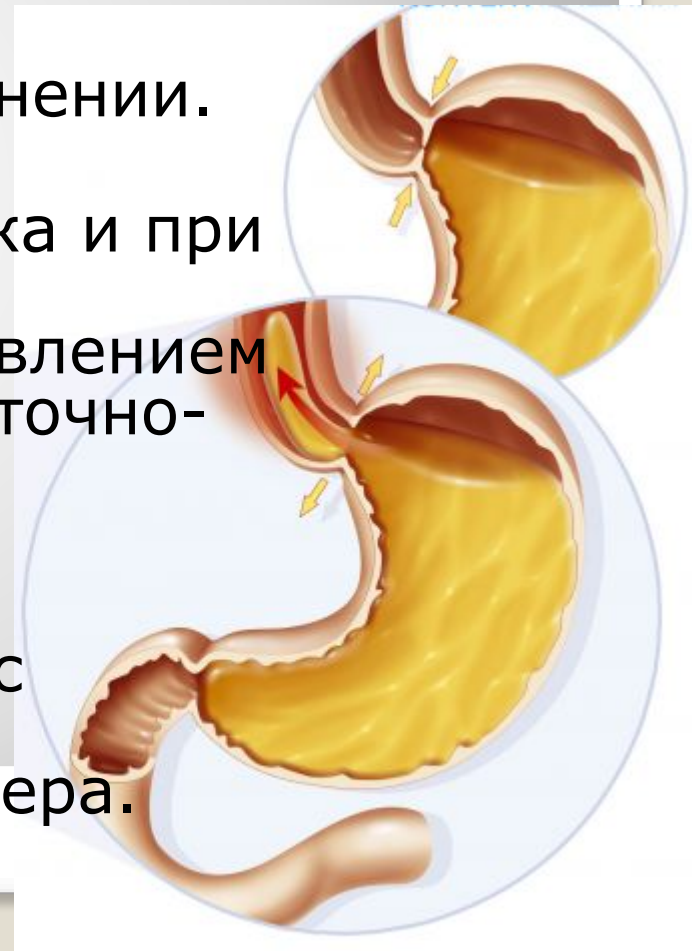
- Больные постепенно приспосабливаются облегчать прохождение пищи в желудок с помощью ряда приемов (ходьба, гимнастические упражнения, заглатывание воздуха и слюны, прием большого количества теплой воды и др.).

- Выраженную кахексию при ахалазии кардии наблюдают редко.



Регургитация при небольшом расширении пищевода наступает после нескольких глотков пищи, при значительно расширенном пищеводе бывает более редкой, но обильной и обусловлена сильными спастическими сокращениями пищевода, возникающими при его переполнении.

- Регургитация в положении лежа и при сильном наклоне туловища обусловлена механическим давлением содержимого пищевода на глоточно-пищеводный сфинктер и его растяжением.
- Ночная регургитация связана с некоторым снижением тонуса глоточно-пищеводного сфинктера.



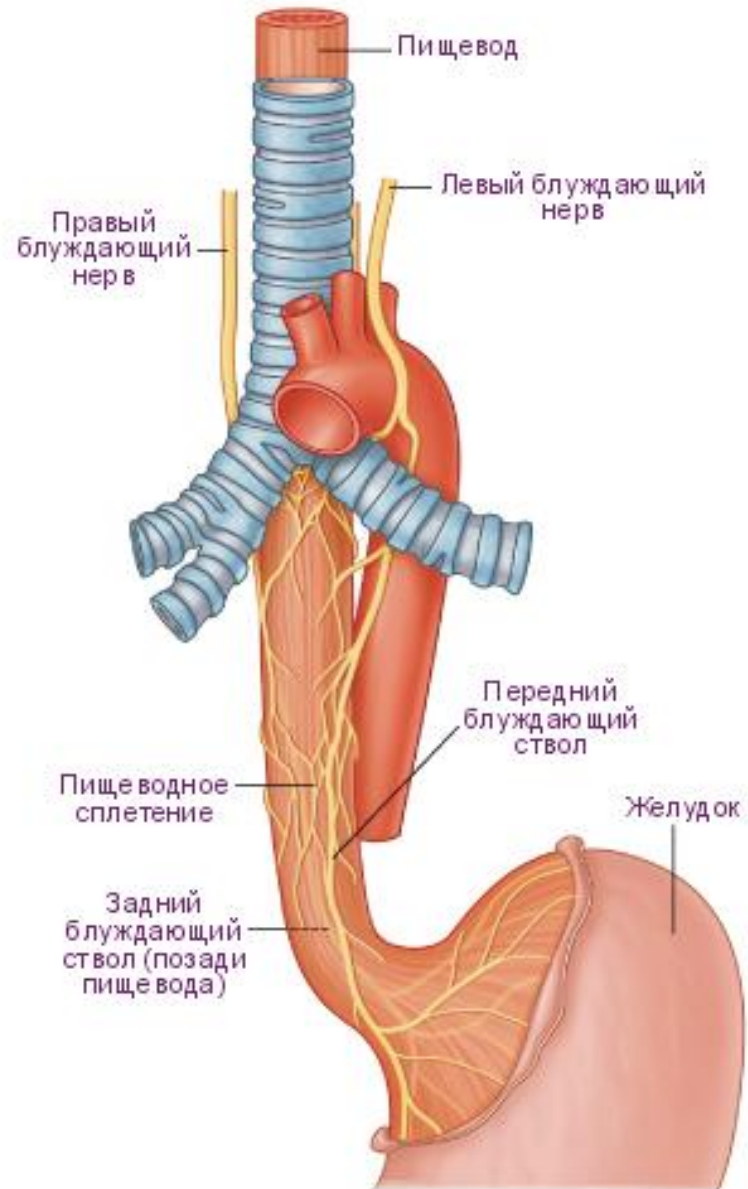
Боли за грудиной при ахалазии кардии имеют разнообразный характер. Они могут быть связаны со спазмом пищеводной мускулатуры и устраняются приемом нитроглицерина, амилнитрита и атропина. Однако у большинства больных боли возникают при переполнении пищевода и исчезают после срыгивания или прохождения пищи в желудок.

- У некоторых больных возникают приступы спонтанных болей за грудиной по типу болевых кризов. Подобные боли чаще наблюдают в начальном периоде заболевания, иногда еще до развития дисфагии и регургитации, которые не всегда снимаются атропином или нитроглицерином, что позволяет предположить их связь с прогрессирующим дистрофическим процессом в интрамуральном нервном сплетении пищевода.
- Боли натощак или после рвоты чаще обусловлены эзофагитом и снимаются приемом пищи.
- Отрыжка воздухом, тошнота, повышенное слюноотделение, жжение по ходу пищевода, неприятный запах изо рта также обусловлены эзофагитом.



# Осложнения

- Нередкими осложнениями ахалазии являются повторные аспирационные бронхопневмонии, абсцессы легких, пневмосклероз. Особенно часто эти осложнения встречаются у детей.
- Описаны осложнения, вызванные сдавлением расширенным пищеводом возвратного нерва, правого главного бронха, верхней полой вены, блуждающего нерва и др.



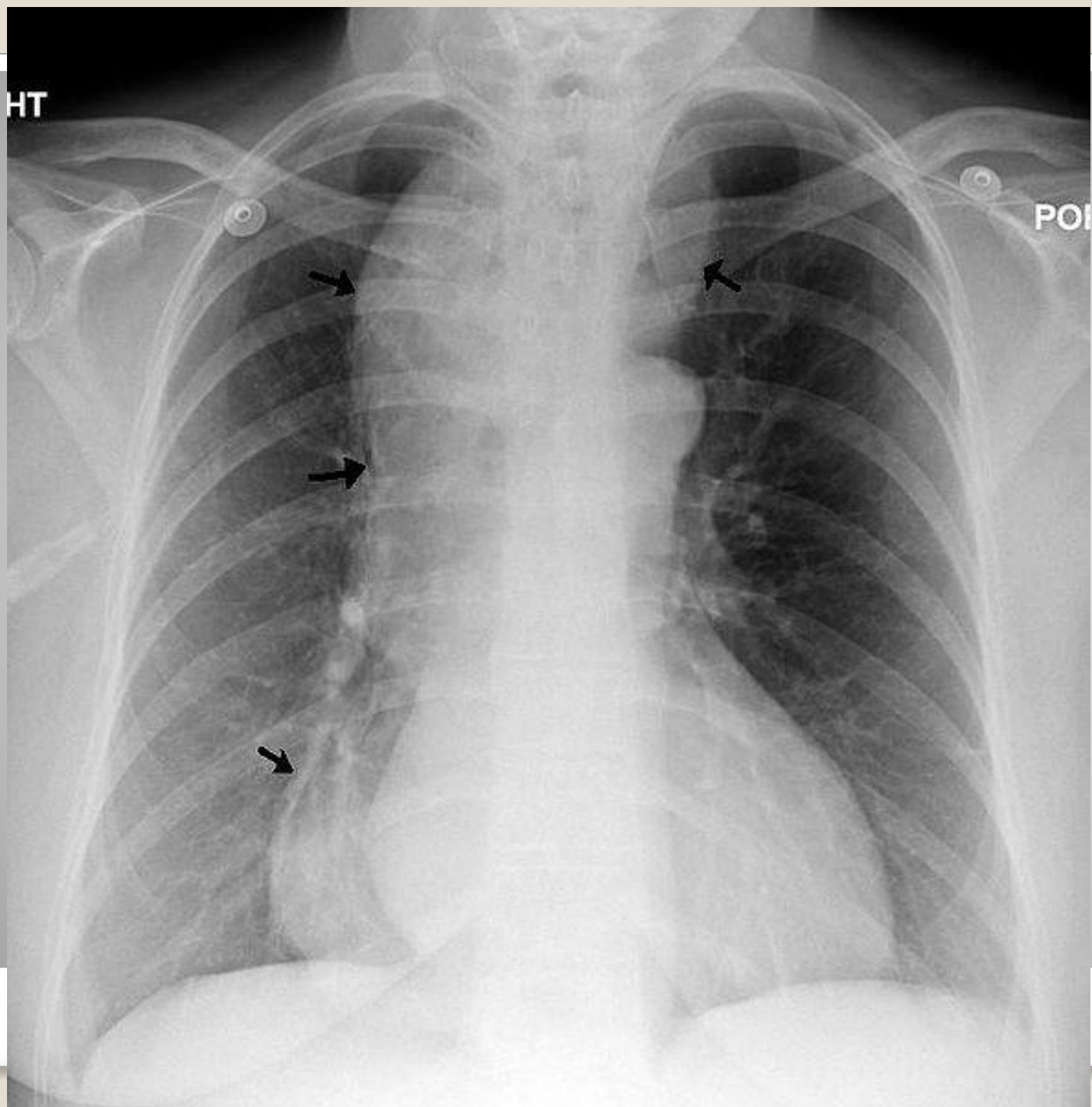
# Диагностика

Основными методами диагностики ахалазии кардии являются рентгенологическое исследование, эзофагоскопия, эзофаготономография, фармакологические пробы.

- При бесконтрастном рентгенологическом исследовании грудной клетки у больных с ахалазией выявляют дополнительное выбухание правого контура средостения, наличие уровня жидкости в проекции заднего средостения, отсутствие газового пузыря желудка.

HT

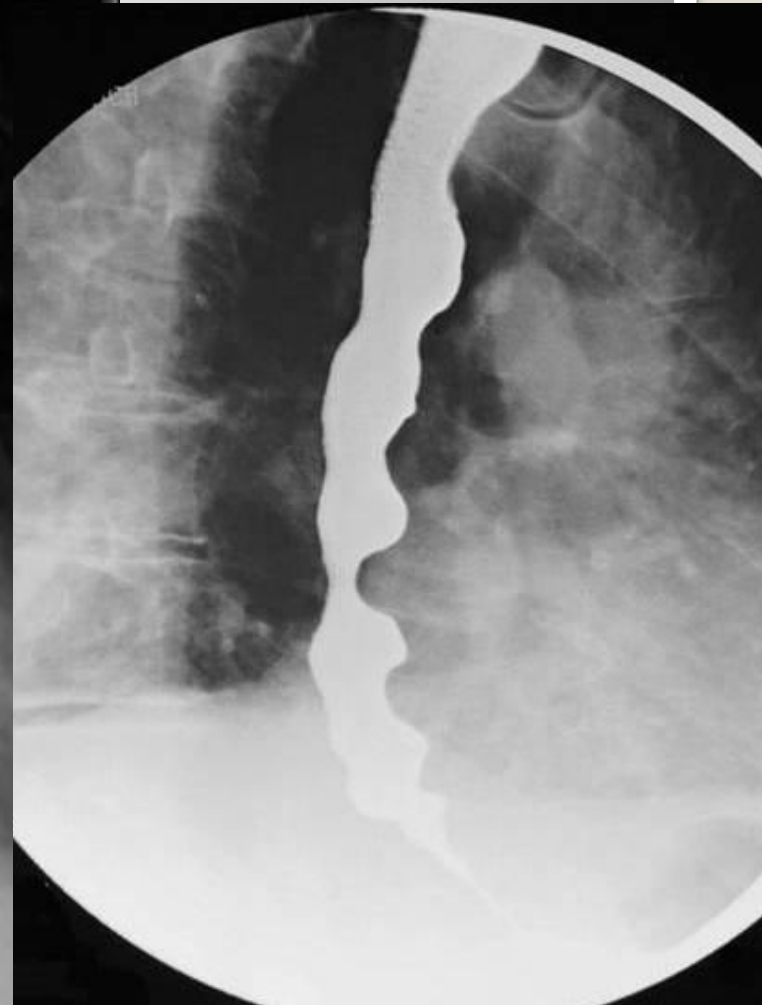
PO





Основной рентгенологический признак ахалазии — сужение терминального отдела пищевода с четкими, ровными и эластичными контурами («пламя перевернутой свечи», «мышинный хвост»). Складки слизистой оболочки в области сужения сохранены.

Первые глотки бария могут свободно поступать в желудок, затем контрастная масса длительно задерживается в пищеводе. Над бариевой взвесью определяют слой жидкости и остатки пищи. Расширение пищевода над местом сужения его выражено в различной степени. У ряда больных отмечают удлинение и искривление пищевода.



# Эзофагоскопия

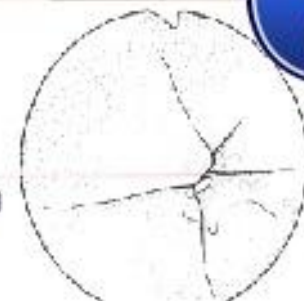
Эндоскопическая картина зависит от длительности заболевания. В начале болезни пищевод расширен незначительно, по мере прогрессирования заболевания его просвет все более расширяется и у некоторых больных становится извитым.



Норм  
а



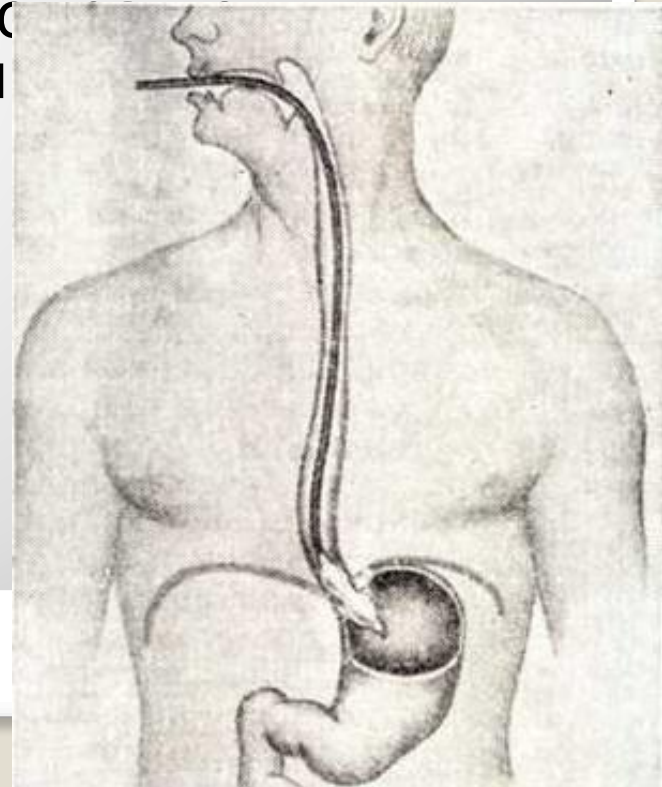
Сомкнутый  
сфинктер кардии



## Эзофаготонокимографическое

исследование — главный метод ранней диагностики ахалазии пищевода, так как нарушения сократительной способности пищевода и физиологической кардии возникают значительно раньше клинических симптомов заболевания.

- Исследование проводят с помощью специального многоканального зонда с резиновыми баллончиками или «открытыми» катетерами, регистрирующими сокращения пищевода и изменения внутрипищеводного давления.



# Лечение

Консервативную терапию при ахалазии кардии применяют только в начальных стадиях заболевания, а также используют как дополнение к кардиодилатации и при подготовке больных к хирургическому лечению.

- Пища должна быть механически и термически щадящей, богатой белками, витаминами. Питание дробное, последний прием пищи за 3—4 ч до сна.
- Уменьшения дисфагии в I—II стадиях заболевания можно добиться путем применения препаратов нитрогруппы — нитроглицерина, амилнитрита.
- При явлениях застойного эзофагита применяют промывание пищевода слабым раствором антисептиков.
- Терапевтический эффект отмечают после физиотерапевтических процедур: электрофореза (ионофореза) с новокаином, глубокой диатермии на область кардии, длинноволновой диатермии и др.



- Основной метод лечения ахалазии кардии — **кардиодилатация**, которая заключается в насильственном растяжении и частичном надрыве мускулатуры дистального участка пищевода и кардии.
- Кардиодилатацию можно проводить в любой стадии заболевания.
- Противопоказанием к ее использованию являются:
  - портальная гипертензия с варикозным расширением вен пищевода,
  - выраженный эзофагит,
  - заболевания крови, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью.

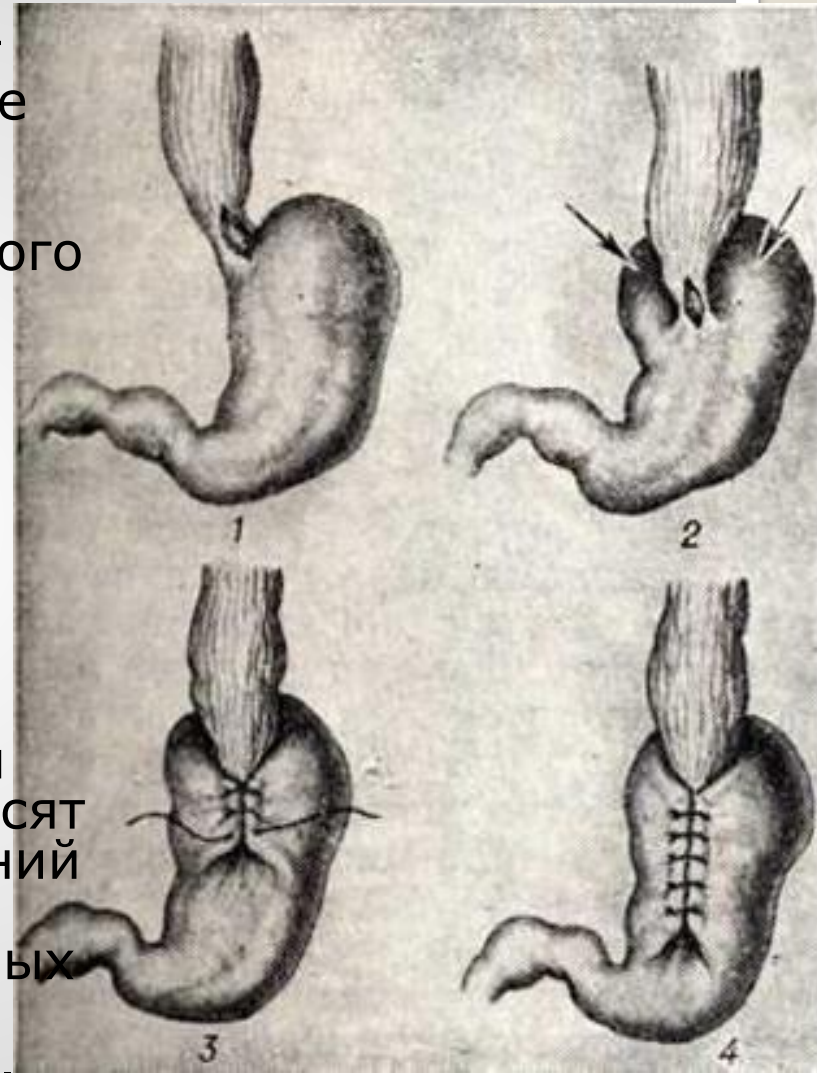
- Во время кардиодилатации и в ближайшие часы после нее возможно развитие осложнений (разрыв пищевода с развитием медиастинита, острое пищеводно-желудочное кровотечение), требующих принятия неотложных мер.
- **К ранним осложнениям** дилатации относят и недостаточность кардии с развитием тяжелого рефлюкс-эзофагита.
- В ближайшие сроки после кардиодилатации отличные и хорошие результаты отмечают почти у 95% больных, однако через несколько лет у 30—70% больных наступает рецидив, требующий повторного курса лечения.

- Оперативное лечение ахалазии кардии является симптоматическим и направлено на устранение непроходимости пищеводно-желудочного перехода.

Показаниями к нему являются:

- 1) невозможность провести кардиодилатацию;
- 2) отсутствие терапевтического эффекта после повторных курсов кардиодилатации;
- 3) рано диагностированные разрывы пищевода, возникающие во время расширения кардии;
- 4) выраженные пептические стриктуры, развившиеся после перерастяжения кардии и не поддающиеся консервативной терапии и бужированию;
- 5) резкое расширение, S-образное искривление пищевода в сочетании с Рубцовыми изменениями в кардии.

- Хирургическому лечению подвергаются 15—20% больных ахалазией.
- В настоящее время из всех предложенных операций применяют только те, которые основаны на идее внеслизистой кардиомиотомии. Экстрамукозную кардиоластику по Геллеру выполняют из абдоминального доступа, производя продольное рассечение мышечной оболочки терминального отдела пищевода по передней и задней стенкам на протяжении 8—10 см.
- Операцию Геллера сочетают с эзофагофундорафией или фундопликацией по Ниссену для предупреждения развития пептического эзофагита. Результаты операций при ахалазии кардии зависят от степени дооперационных изменений пищевода (изменения моторики и тонуса, выраженности воспалительных явлений), а также от тщательности выполнения пластической операции.





# *Грыжи пищевого отверстия диафрагмы*

# Классификация

в России широко применяется классификация ГПОД, предложенная Б.В.Петровским, Н.Н. Каншиным. Последняя делит все ГПОД на: 1) скользящие, 2) параэзофагеальные, 3) короткий пищевод, 4) гигантские ГПОД. Наиболее часто встречающиеся ГПОД - скользящие называются также аксиальными вследствие того, что смещение пищевода и кардии вверх происходит строго по общей оси. В то время как при параэзофагеальных ГПОД смещение органов брюшной полости вверх происходит рядом с пищеводом. Скользящие ГПОД делятся в свою очередь на: кардиальные и кардиофундальные. Кардиальные ГПОД образуются при смещении в грудную клетку абдоминального отдела пищевода и части кардиального отдела желудка, а при кардиофундальных ГПОД в грудную клетку пролабирует не только кардия, но и дно желудка

# Симптомы

Изжога - кардинальный симптом ГПОД - встречается у 20-40 % взрослого населения США, однако только 2 % лечатся по поводу ГПОД.

**Боль при грыже пищеводного отверстия диафрагмы** возникает у 40 – 50% пациентов. Боль бывает довольно интенсивной, ощущается за грудиной, имеет жгучий характер и, поэтому, нередко путается пациентами с болью при стенокардии. Боль при грыже пищевода чаще всего связана с наклонами, физической нагрузкой и усиливаются в положении лежа. Боль при грыже пищеводного отверстия диафрагмы часто сопровождается с забросом пищи в пищевод и, в тяжелых случаях, в рот (называется такое явление регургитация) При

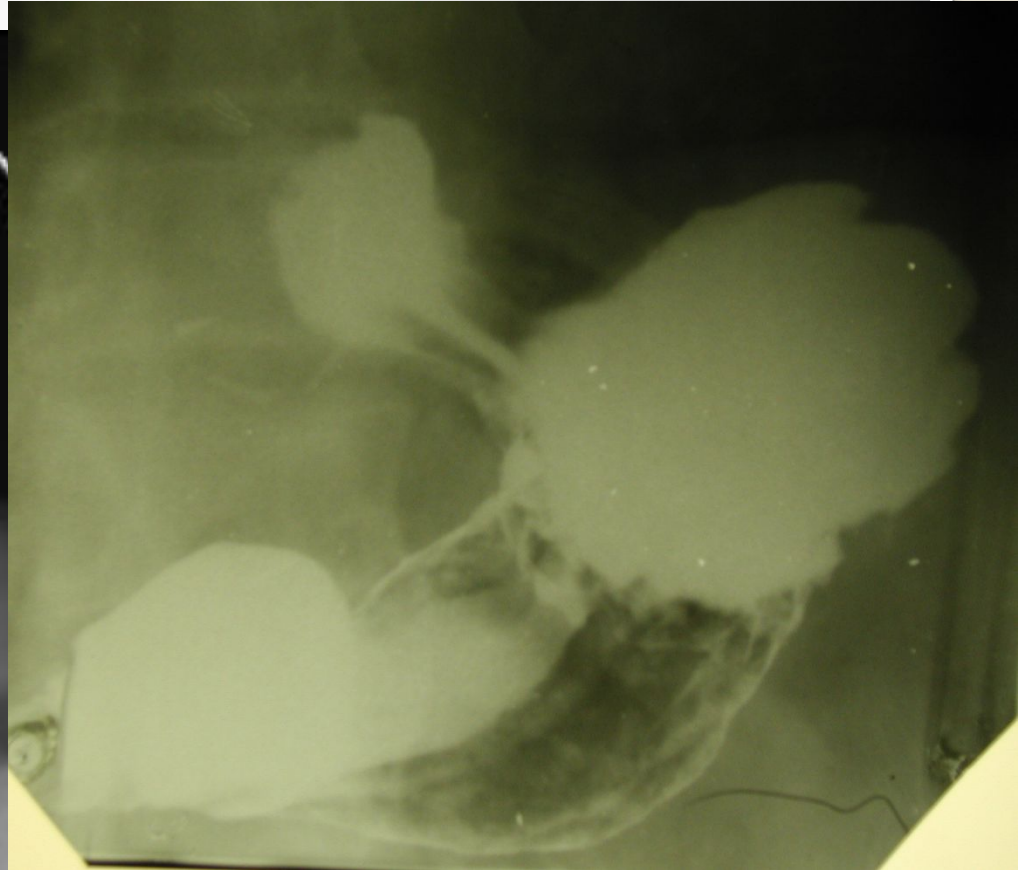
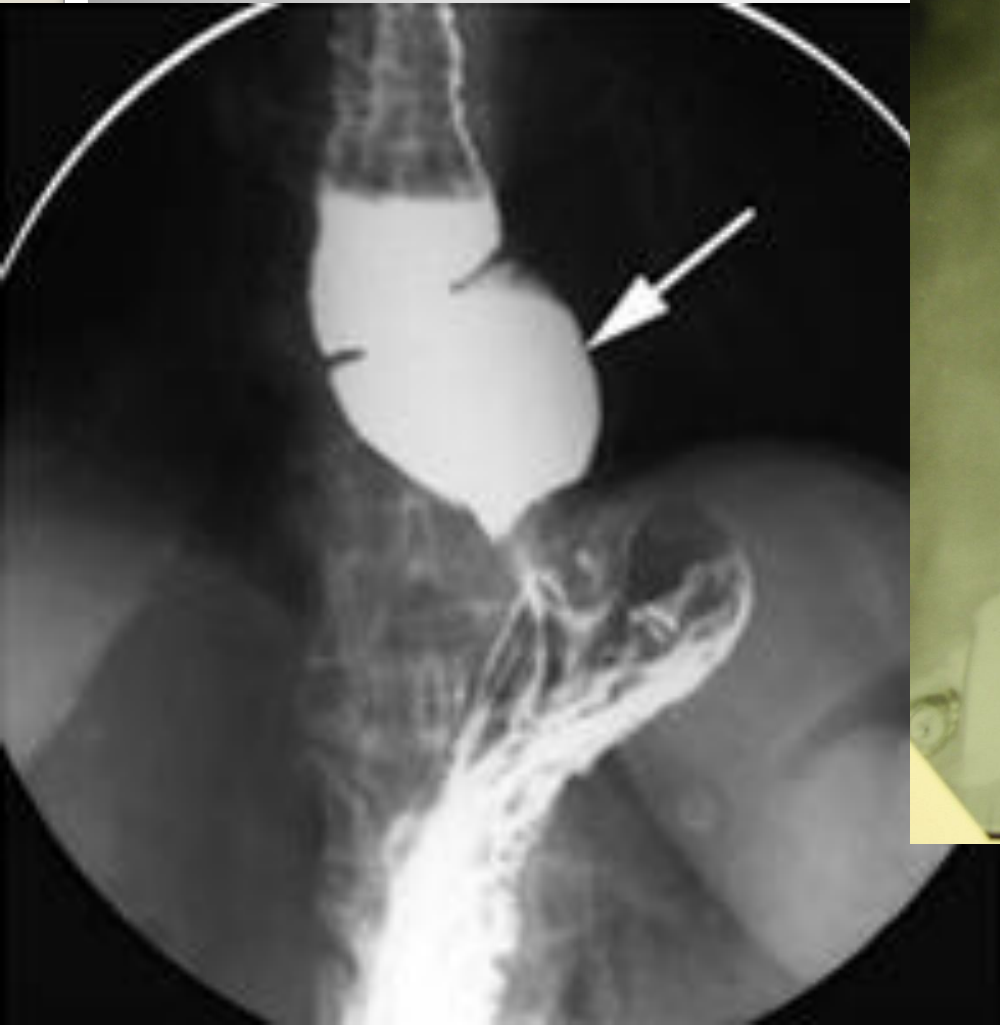
**Следующим частым симптомом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является отрыжка.** Отрыжка — непроизвольное внезапное выделение газов через рот из желудка или пищевода, иногда с примесью содержимого желудка, встречается у 30 - 73% больных. Отрыгивание происходит желудочным содержимым или воздухом. Отрыжке, как правило, предшествует чувство распирания в подложечной области. Данное состояние возникает после еды или во время разговора. Прием спазмолитиков бывает неэффективным, облегчение приносит лишь отрыжка значительным количеством пищи.

**Затруднение при прохождении пищи по пищеводу** при грыже пищеводного отверстия диафрагмы носит перемежающийся характер. Часто провоцируется приемом очень холодной или наоборот очень горячей пищей, а также нервными перегрузками. Постоянный характер затруднений прохождения пищи по пищеводу должен насторожить в отношении осложнений (стриктуры пищевода, язвенные поражения пищевода, ущемление грыжи ПОД).



# Диагностика

Рентгенография  
Эндоскопия



# ОСЛОЖНЕНИЯ.

1. Пептические язвы пищевода наблюдаются у 2-7% больных ГПОД, у 15% из них язвы осложняются перфорацией, чаще всего в средостение.
2. Острые и хронические кровопотери различной степени наблюдаются у всех пациентов с пептическими язвами пищевода, причем сильное кровотечение отмечается у половины из них.
3. Стенозирование пищевода придает заболеванию более стойкий характер: прогрессирует дисфагия, ухудшается самочувствие, снижается масса тела.
4. Стриктуры пищевода встречается примерно у 10% больных ГПОД. Клинические симптомы стеноза (дисфагия) возникают при сужении просвета пищевода до 2 см
5. Укорочение пищевода – довольно частое осложнение при пищеводных грыжах. Возникает вследствие постоянно протекающего воспаления слизистой оболочки пищевода. В результате укорочения пищевода, грыжа ПОД увеличивается и происходит фиксация части желудка в грудной клетке.
6. Рак пищевода может возникнуть при длительно существующей грыже ПОД, на фоне ее осложнений. Так у 5 – 7% больных раком пищевода при обследовании выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

# Лечение

Консервативное лечение направлено на предотвращение осложнений и улучшение самочувствия пациентов. Для лечения и профилактики рефлюкс-эзофагита назначают препараты, снижающие кислотность желудочного сока (омез, париет, ранитидин и т.д.), обволакивающие препараты (маолокс и др.), которые защищают слизистую пищевода от действия желудочного сока. Проводят лечение сопутствующих заболеваний. При этом пациентам надо абсолютно точно понимать, что вылечить грыжу пищеводного отверстия диафрагмы консервативно невозможно, а можно добиться длительной ремиссии заболевания.

Средства повышающие тонус нижнего пищеводного сфинктера

1. **метоклопрамид (реглан, церукал).**
2. В качестве прокинетики применяют мотилиум. Курс лечения при катаральном или эндоскопически негативном эзофагите длится около 4 недель, при эрозивном 6-8 недель, при отсутствии эффекта лечение может быть продолжено до 12 недель и более.

# Оперативное лечение

1. Операции, суживающие пищеводное отверстие диафрагмы и укрепляющие пищеводно-диафрагмальную связку.

2. Гастрокардиопексии.

3. Операции, воссоздающие угол Гиса.

4. Фундопликации.

В отдельную группу выделяют операции при коротком пищеводе, вмешательства по поводу стриктур пищевода и оригинальные методики пластик.

- Дивертикул пищевода - это ограниченное мешкообразное, слепое выпячивание стенки пищевода (обычно одностороннее), сообщающееся с его просветом.



Дивер



- Регургитация (обратное возвращение) содержимого пищевода без усилий, что может происходить, как сразу после еды, так и в течение 12-ти часов до или после еды.
- После кормления животного в яремном желобе появляется выпячивание грушевидной формы, болезненное. Консистенция выпячивания зависит от качества принятого корма. Особенно плотной и увеличенной припухлостью становится при скармливании грубого корма, при скармливании жидкого корма она незначительная. В перерывах между кормлениями припухлость уменьшается. У крупного рогатого скота возможно развитие метеоризма.

## Клинические признаки

- При дивертикулах в грудной части пищевода у животного наблюдаются одышка, нарушение сердечной деятельности, сразу после приема корма резко усиливается и становится затрудненным дыхание, появляются кашель, рвотные движения
- У крупного рогатого скота появляются слюнотечение, тимпания рубца, а у собак и кошек возникают рвотные движения.
- Надувание шейного отдела пищевода синхронно с дыханием.
- Повторная ларинготрахеальная аспирация ведет к рецидивирующей пневмонии.
- Гнилостный запах изо рта результат застоя неферментированной пищи, оставшейся в пищеводе.

## Клинические признаки

- При дивертикулах в грудной части пищевода у животного наблюдаются одышка, нарушение сердечной деятельности, сразу после приема корма резко усиливается и становится затрудненным дыхание, появляются кашель, рвотные движения
- У крупного рогатого скота появляются слюнотечение, тимпания рубца, а у собак и кошек возникают рвотные движения.
- Надувание шейного отдела пищевода синхронно с дыханием.
- Повторная ларинготрахеальная аспирация ведет к рецидивирующей пневмонии.
- Гнилостный запах изо рта результат застоя неферментированной пищи, оставшейся в пищеводе.

## Клинические признаки



- Подготовку животного, оперативный доступ к пищеводу и обезболивание проводят так же, как при вскрытии пищевода.
- При наличии ограниченного одностороннего выпячивания слизистой оболочки последнюю вправляют в просвет пищевода, не вскрывая его стенок.
- На образовавшуюся поверхность накладывают три-четыре узловых шва в поперечном по отношению к пищеводу направлении, прокалывая только адвентицию и мышцы. Складка стенки пищевода, погруженная в просвет, постепенно атрофируется и не препятствует прохождению корма по пищеводу.

## Оперативное лечение

- В тех случаях, когда дивертикул имеет большие размеры и его невозможно ушить, делают иссечение. Желательно удалить только мышечную часть стенки пищевода в виде эллипсовидного лоскута без вскрытия слизистой оболочки. Последнюю вправляют в просвет пищевода, а мышечную рану пищевода ушивают узловыми швами.

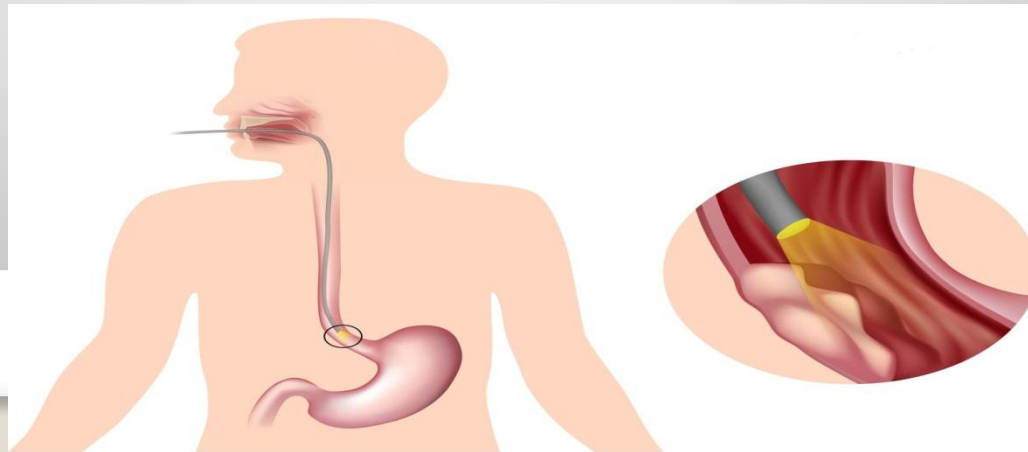
**Оперативное лечение**

**Доклад на тему  
«Доброкачественные  
новообразования  
пищевода.»**

Доброкачественные новообразования пищевода редкая патология (около 0,5-5%) от всех опухолей этого органа.

Мезенхимальные встречаются чаще, чем эпителиальные

Этиология доброкачественных эзофагеальных опухолей неизвестна; исключение составляют кисты пищевода являющиеся эмбриональными пороками развития (кроме каких?)



## **По характеру роста доброкачественные опухоли делят на:**

1. На внутристеночные (эндофитные, интрамуральные) - лейомиомы, кисты, сосудистые опухоли. Обычно локализуются в средней и нижней трети пищевода
2. Внутрипросветные (экзофитные) — фибромы, липомы, аденомы, папилломы. Растут на ножке или на широком основании. Обычно локализуются в начальном и терминальном отделах пищевода

## Клиника:

Часто бессимптомно и обнаруживают случайно  
В клинически выраженных случаях основными симптомами являются дисфагия, боли за грудиной или в эпигастральной области, диспепсические явления, респираторные нарушения (кашель, одышка, боли в области сердца, частые воспалительные заболевания бронхов и легких)

Клиника пищеводного кровотечения разной интенсивности (при гемангиомах и полипах);

Сдавление органов средостения растущей опухолью с возникновением сердцебиения, болей в сердце и одышки (редко)

# Диагностика

«Золотым» стандартом диагностики доброкачественных опухолей пищевода является ЭФГДС. При исследовании слизистая оболочка над опухолью при захвате щипцами легко смещается (симптом шатра)

# Диагностика

При рентген-контрастном исследовании выделяют следующие признаки:

1. ровные и четкие контуры;
2. округлая или овальная форма;
3. сохраненный рельеф слизистой оболочки с симптомом «обтекания»;
4. эластичность стенок пищевода в области опухоли;
5. отчетливая демаркация (граница) между опухолью и нормальной стенкой пищевода.



# Лечение доброкачественных опухолей

ОПЕРАТИВНОЕ. Лекарственное неэффективно!  
Применяют основных пять видов операций:

- 1) удаление опухоли через рот;
- 2) эндоскопическое удаление опухоли;
- 3) энуклеацию опухоли;
- 4) иссечение опухоли с участком стенки пищевода;
- 5) резекцию пищевода.

# Лечение доброкачественных опухолей

Метод удаления зависит от размера и гистологического типа опухоли.

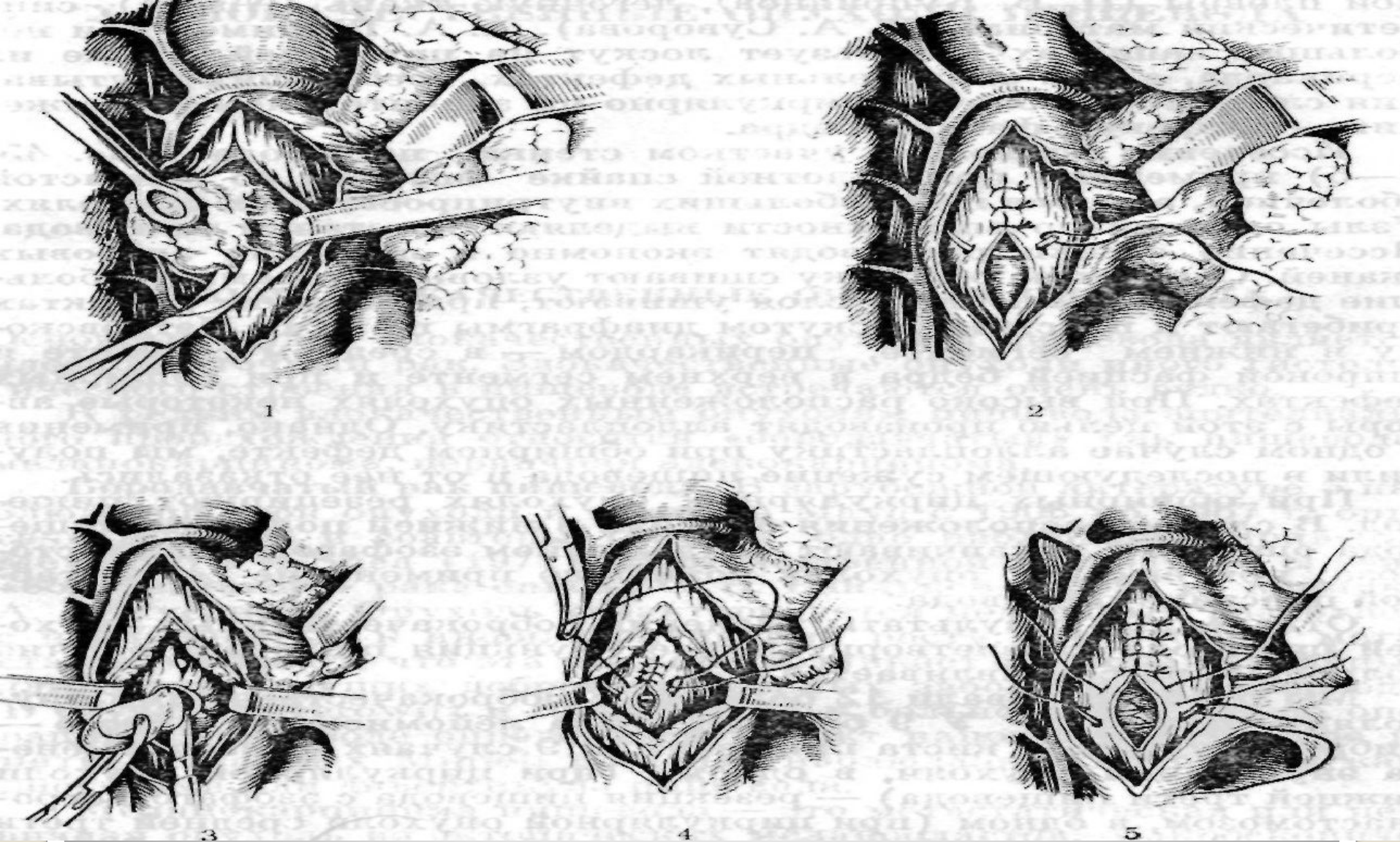
Внутрипросветные опухоли на ножке удаляются эндоскопически с применением диатермокоагуляции (с петлей).

Основным принципом оперативного лечения доброкачественных интрамуральных опухолей является органосохраняющий - вылушивание опухоли без вскрытия слизистой оболочки с последующим ушиванием мышечного слоя отдельными швами. Доступы: заднебоковая торакотомия или видеоассистируемая торакоскопии.

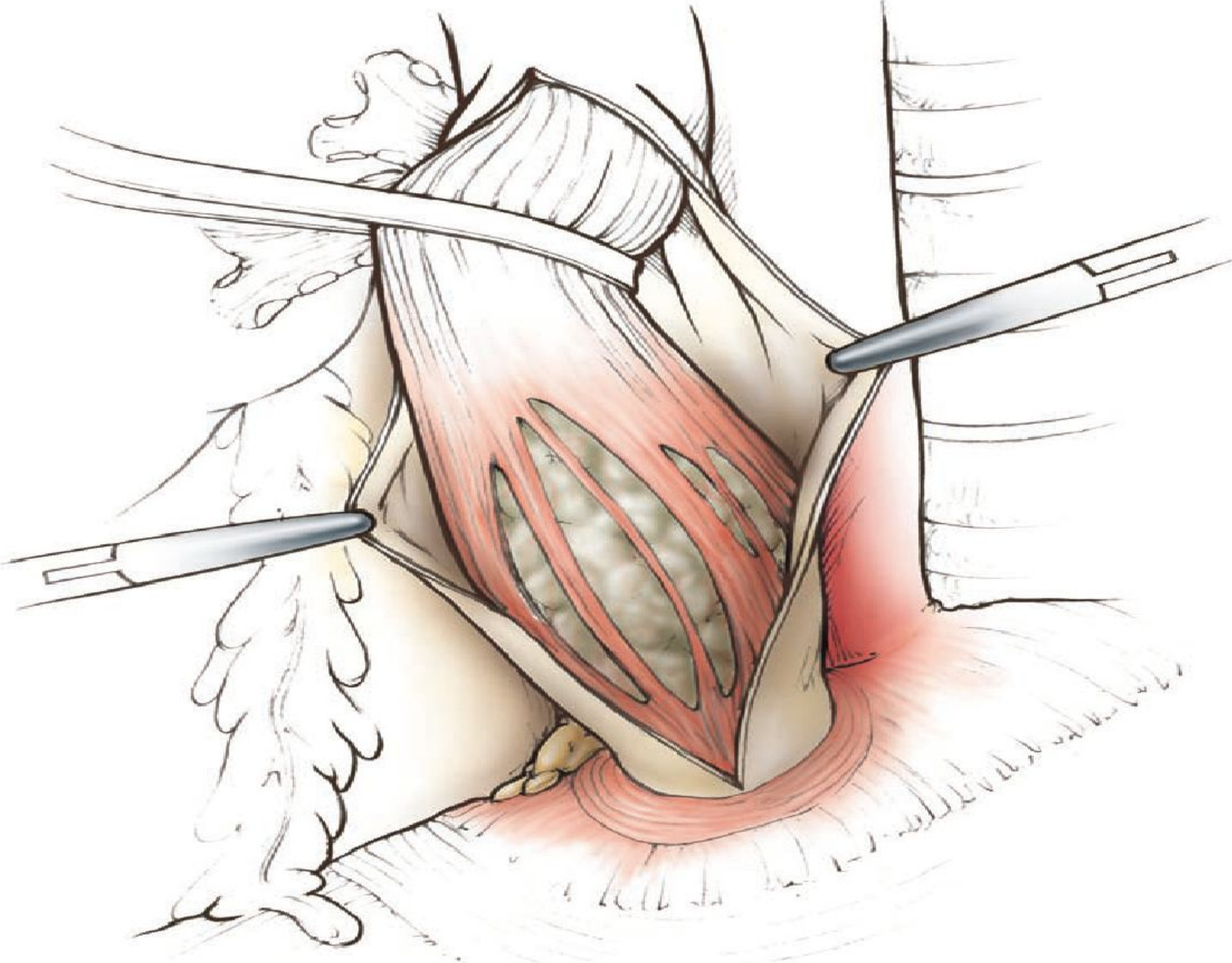
Иссечение опухоли с участком стенки пищевода применяют при плотной спайке опухоли со слизистой оболочкой.

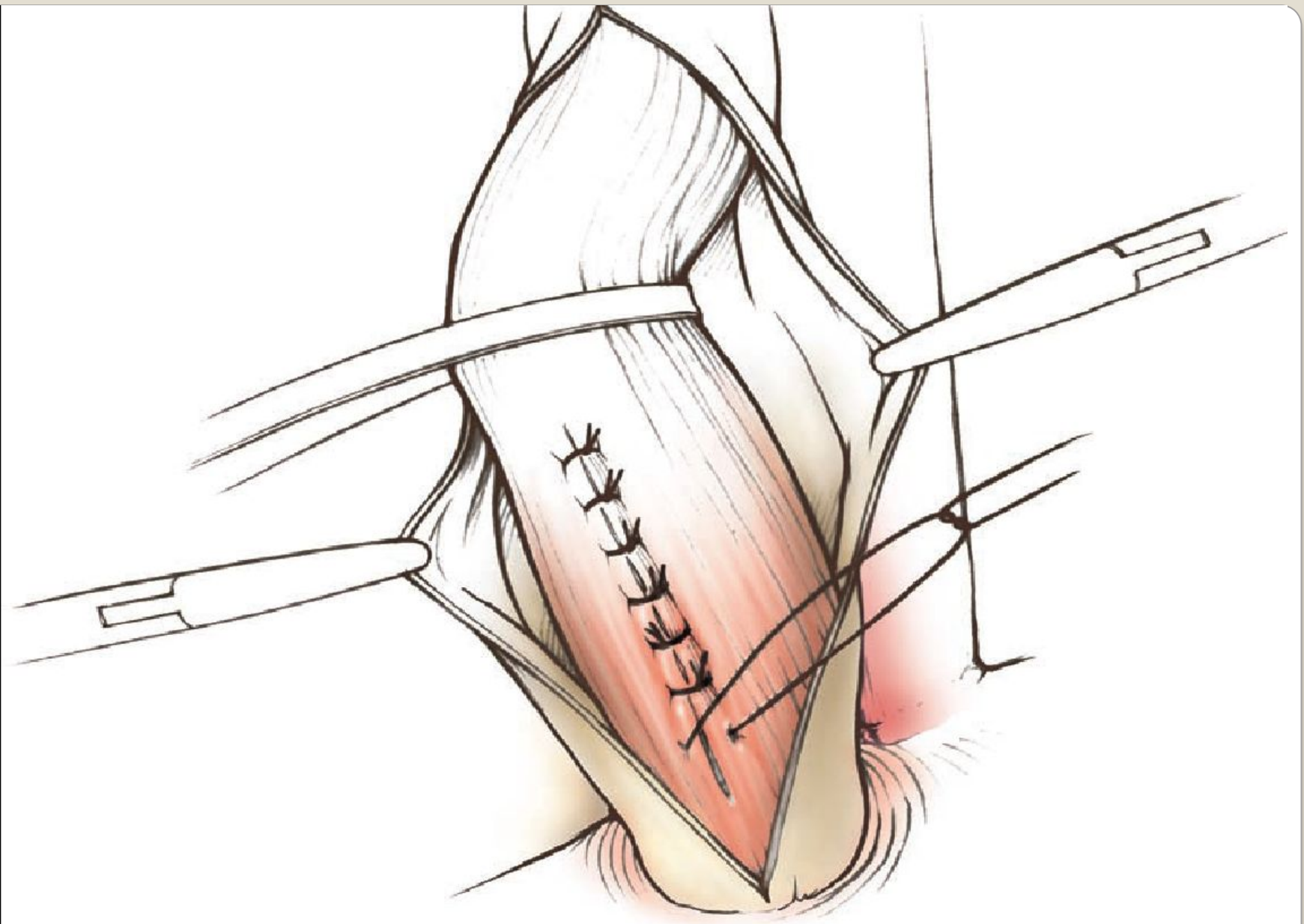
Узлы опухоли выделяют из стенки пищевода. Иссечение стенки производят в пределах здоровых тканей. Слизистую оболочку сшивают узловыми швами.

В случае расположения опухоли в нижней половине пищевода операцию заканчивают наложением эзофагогастроанастомоза; при высоких опухолях возможно применение сегментарной пластики пищевода.



1, 2 — энуклеация опухоли; 3, 4, 5 — иссечение с участком стенки.





# Рак пищевода

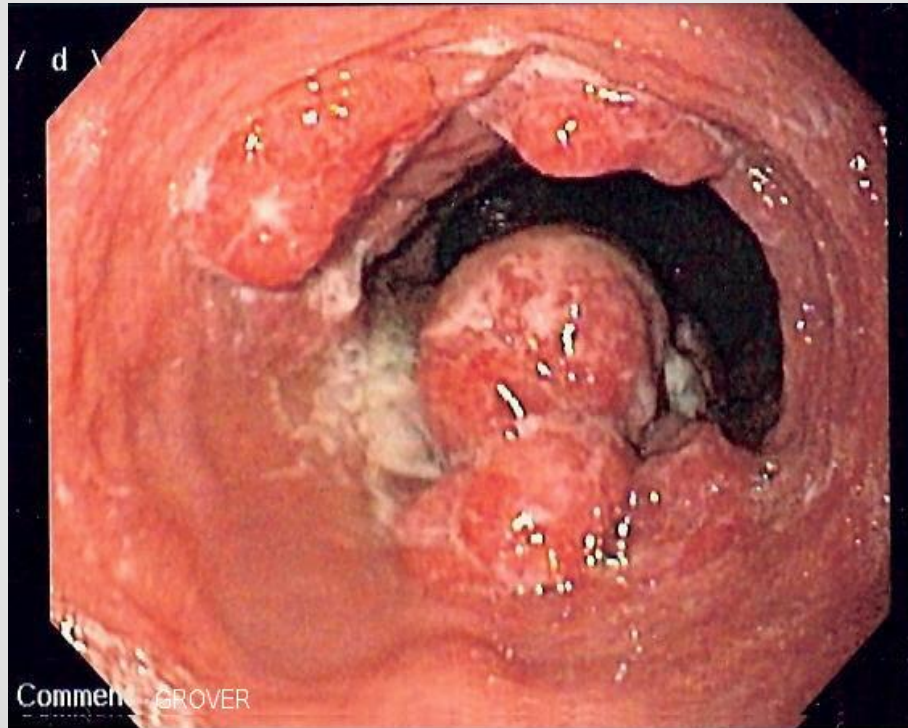
Классификация, клиника, лечение

## **Рак**

**пищевода** — онкологическое заболевание пищевода, составляет значительную часть от всех заболеваний этого органа. Основными симптомами этого заболевания являются: прогрессирующее нарушение глотания (сначала твёрдой пищи, потом жидкой) и непреднамеренное снижение массы тела. У заболевания плохой прогноз.

**Определение**





/ d \

Comment GROVER

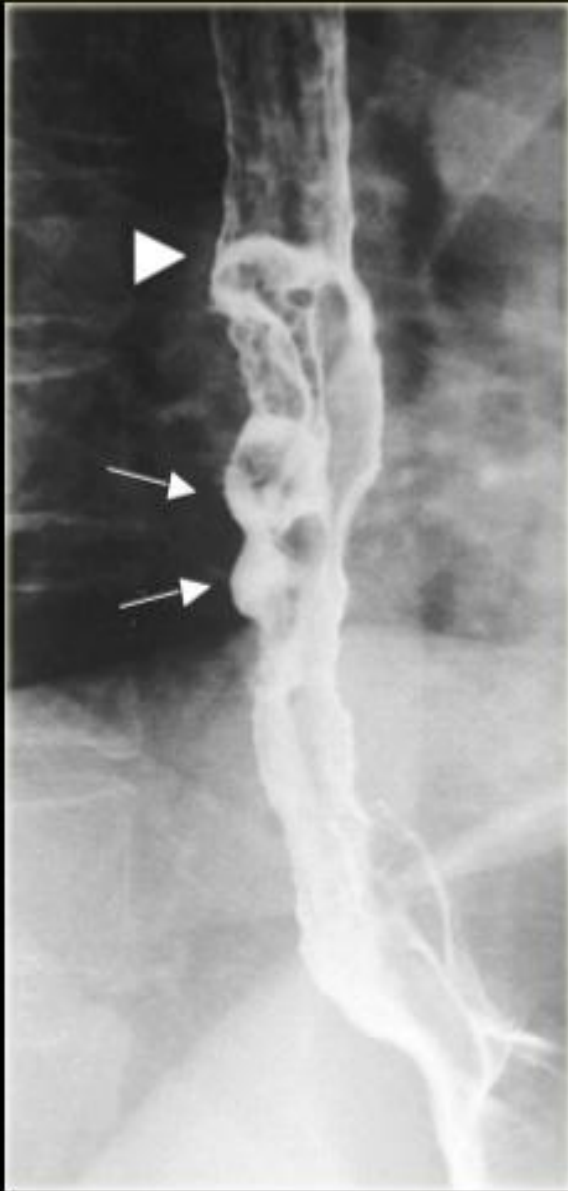
Различают три основные формы рака пищевода:

1. Экзофитный (узловой, грибовидный, папилломатозный);
2. Эндофитный (язвенный);
3. Инфильтративный склерозирующий (циркулярная форма). Бывают смешанные формы роста.

**Формы**

- Узловые формы составляют около 60 %, имеют экзофитный рост, представлены разрастаниями, похожими на цветную капусту. Опухоль легко травмируется, распадается и кровоточит.
- Язвенные (эндофитные) формы рака пищевода в начальной стадии представляют узелки в толще слизистой оболочки, быстро изъязвляющиеся.
- Инфильтративные (склерозирующие) формы рака пищевода составляют около 10—15 %. Опухоль развивается в глубоких слоях слизистой оболочки, быстро поражает подслизистую основу и распространяется по окружности пищевода. Разрастаясь, она захватывает все слои стенки пищевода, обтурирует его просвет.

**Формы**



- T — первичная опухоль  
Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли. T0 — первичная опухоль не определяется.  
Tis — преинвазивная карцинома (carcinoma in situ).  
T1 — опухоль инфильтрирует стенку пищевода до подслизистой основы. T2 — опухоль инфильтрирует стенку пищевода до мышечного слоя.  
T3 — опухоль инфильтрирует стенку пищевода до адвентиции.  
T4 — опухоль распространяется на соседние структуры.

## Международная классификация TNM (1997 г.)

- N — регионарные лимфатические узлы  
Nx — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов NO — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.  
N1 — имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами.

## Международная классификация TNM (1997 г.)

- М — отдаленные метастазы  
Мх — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.  
М0 — нет признаков отдаленных метастазов.  
М1 — имеются отдаленные метастазы.

**Международная классификация  
TNM (1997 г.)**

G — гистопатологическая  
дифференцировка

Gx — степень дифференцировки  
не может быть установлена. G1 —  
высокая степень  
дифференцировки.

G2 — средняя степень  
дифференцировки.

G3 — низкая степень  
дифференцировки.

G4 — недифференцированные  
опухоли.



**I** — четко отграниченная небольшая опухоль, прорастающая только слизистую и подслизистую оболочки, не суживающая просвет и мало затрудняющая прохождение пищи; метастазы отсутствуют.

**II** — опухоль, прорастающая мышечную оболочку, но не выходящая за пределы стенки пищевода; значительно нарушает проходимость пищевода; единичные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

**Стадии**

**III** — опухоль, циркулярно поражающая пищевод, прорастающая всю его стенку, спаянная с соседними органами; проходимость пищевода значительно или полностью нарушена; множественные метастазы в регионарные лимфатические узлы.

**IV** — опухоль прорастает все оболочки стенки пищевода, выходит за пределы органа, пенетрирует в близлежащие органы; имеются конгломераты неподвижных, пораженных метастазами лимфатических узлов и метастазы в отдаленные органы.

**Стадии**

Основными симптомами рака пищевода являются: ощущение дискомфорта за грудиной при проглатывании пищи, дисфагия, боль за грудиной, гиперсаливация, похудание.

Дисфагия встречается у 70—85 % больных и по существу является поздним симптомом, возникающим при сужении просвета пищевода опухолью на 2/3 и более. Для рака характерно прогрессирующее нарастание дисфагии.

**Клиническая картина**

Нарушение проходимости пищевода связано не только с сужением его просвета опухолью, но и с развитием перифокального воспаления, спазмом пищевода.

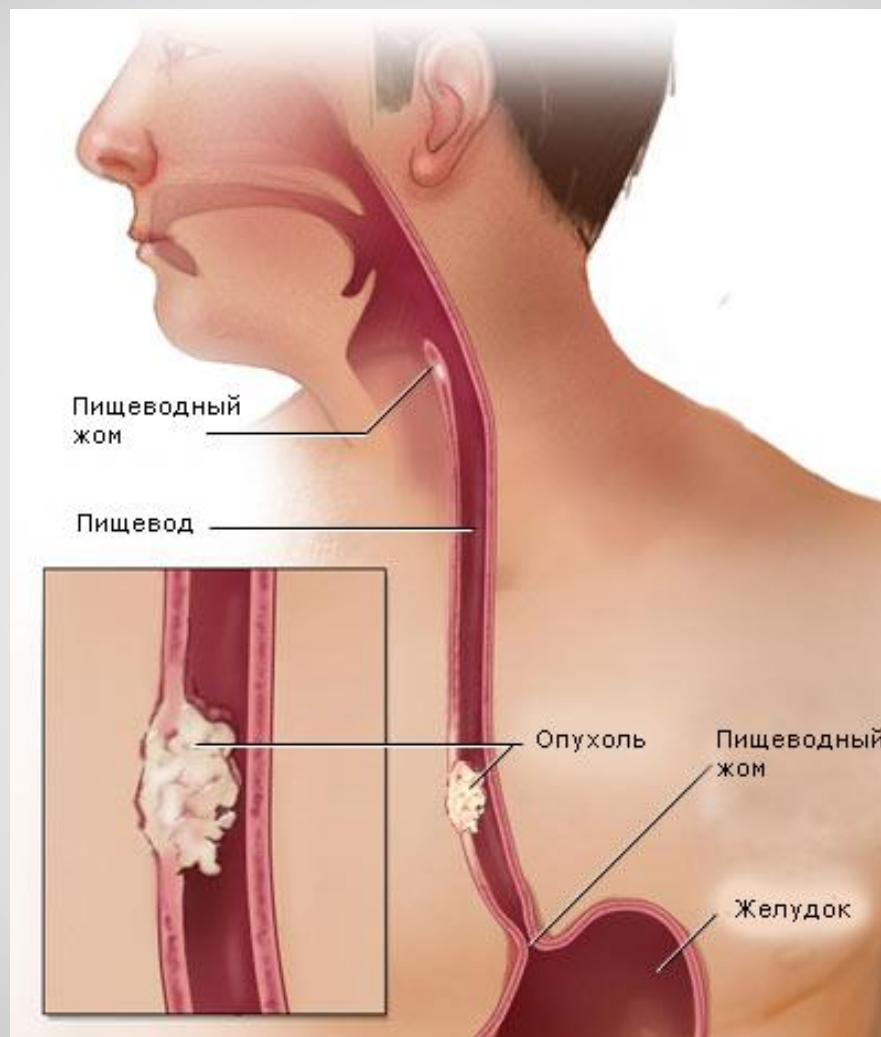
Возникновению дисфагии могут предшествовать ощущения инородного тела в пищеводе, чувство царапанья за грудиной, болезненность на уровне поражения, появляющиеся при проглатывании твердой пищи.

Боль отмечается у 33 % больных. Обычно она появляется за грудиной во время приема пищи. Постоянная боль, не зависящая от приема пищи или усиливающаяся после еды, обусловлена прорастанием опухоли в окружающие пищевод ткани и органы, сдавлением блуждающих и симпатических нервов, развитием перизофагита и медиастинита. Причиной боли могут быть метастазы в позвоночник.

**Клиническая картина**

При прорастании опухолью возвратных нервов развивается охриплость голоса. Поражение узлов симпатического нерва проявляется синдромом Бернара—Горнера. При прорастании опухоли в трахею и бронхи возникают пищеводно-трахеальный или бронхопищеводный свищи, проявляющиеся кашлем при приеме жидкости, аспирационной пневмонией, абсцессом или гангрой легкого. Вследствие перехода инфекционного процесса с пищевода на окружающие ткани могут развиваться периэзофагит, медиастинит, перикардит. Клиническое течение болезни зависит от уровня поражения пищевода.

## Клиническая картина



Рак верхнегрудного и шейного отделов пищевода протекает особенно мучительно. Больные жалуются на ощущение инородного тела, царапанье, жжение в пищеводе во время еды. Позднее появляются симптомы глоточной недостаточности — частые срыгивания, поперхивание, дисфагия, приступы асфиксии. При раке среднегрудного отдела на первый план выступают дисфагия, боли за грудиной. Затем появляются симптомы прорастания опухоли в соседние органы и ткани (трахея, бронхи, блуждающий и симпатический нервы, позвоночник и др.). Рак нижнегрудного отдела проявляется дисфагией, болью в эпигастральной области, иррадиирующей в левую половину грудной клетки и симулирующей стенокардию.

## Клиническая картина

## Степени нарушения проходимости пищевода

0 – дисфагии нет

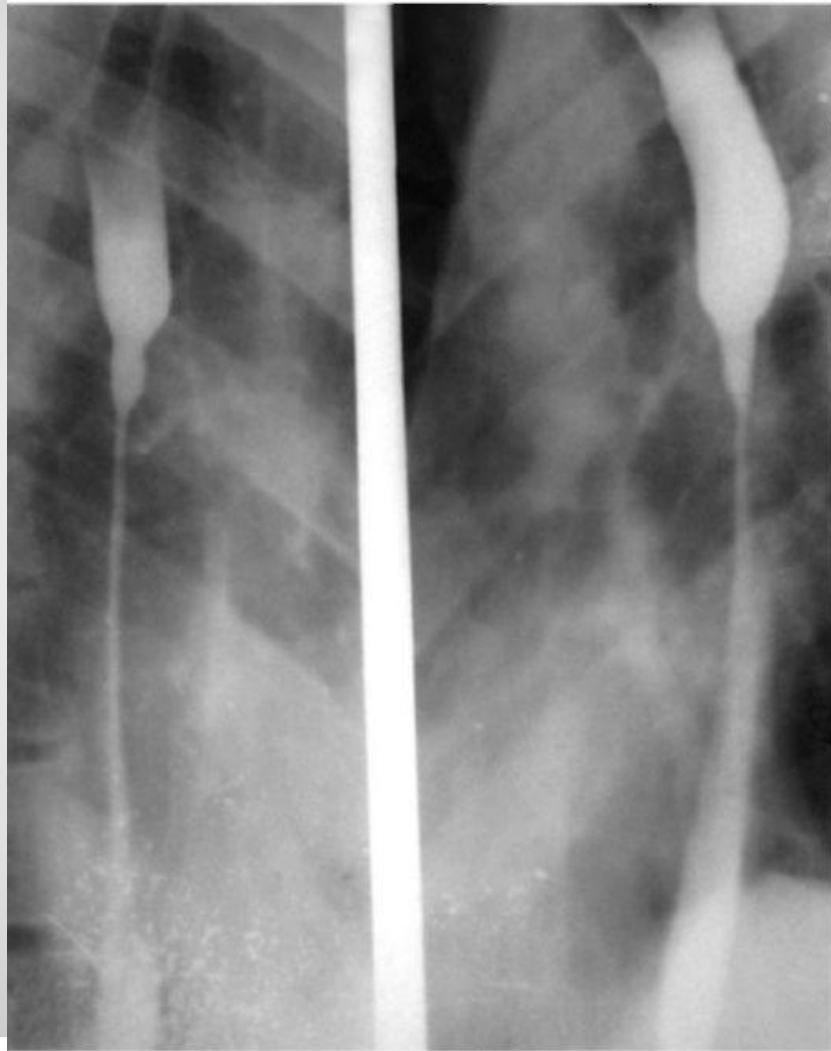
I – затруднение с проглатыванием твёрдой пищи

II – возможность глотать только жидкость

III – трудности с проглатыванием жидкости

IV – полная дисфагия





Рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода взвесью бария выявляет опухоль, ее локализацию, длину поражения и степень сужения пищевода, изменения в легких и плевральных полостях. Характерные симптомы рака — дефект наполнения, "изъеденные" контуры его, сужение просвета, ригидность стенок пищевода, обрыв складок слизистой оболочки вблизи опухоли, престенотическое расширение пищевода.

**Диагностика**

Эзофагоскопия показана во всех случаях при подозрении на рак пищевода.

Начальные формы рака могут выглядеть как плотный белесоватый бугорок или полип.

При экзофитных опухолях значительных размеров видна бугристая масса, покрытая сероватым налетом.

Поверхность опухоли легко кровоточит при прикосновении.

**Диагностика**

Хирургическое удаление пораженного пищевода является наиболее радикальным из имеющихся методов лечения рака.

Показания к операции зависят от распространенности и локализации опухоли, возраста и общего состояния пациента. Операция противопоказана при отдаленных метастазах, парезе возвратных нервов, прорастании опухоли в трахею или бронхи, тяжелом общем состоянии больного.

Объем хирургического вмешательства — радикальные и паллиативные операции — может быть точно определен только во время операции. Радикальная операция предусматривает удаление пищевода с одномоментным пластическим замещением его трубкой, выкроенной из большой кривизны мобилизованного желудка, или толстой кишкой. Паллиативные оперативные вмешательства предпринимают для устранения дисфагии без удаления опухоли.

## Лечение

# Лечение

При локализации рака в среднегрудном отделе производят правосторонний торакоабдоминальный разрез или отдельно торакальный, затем абдоминальный разрезы. Этот оперативный доступ дает возможность мобилизовать пищевод вместе с окружающей клетчаткой и региональными лимфатическими узлами. Через абдоминальный разрез создается хороший доступ к желудку и абдоминальному отделу пищевода. Он позволяет мобилизовать желудок и удалить лимфатические узлы. После удаления пищевода производят одномоментную пластику его мобилизованным желудком с наложением пищеводно-желудочного анастомоза в плевральной полости (по Lewis).

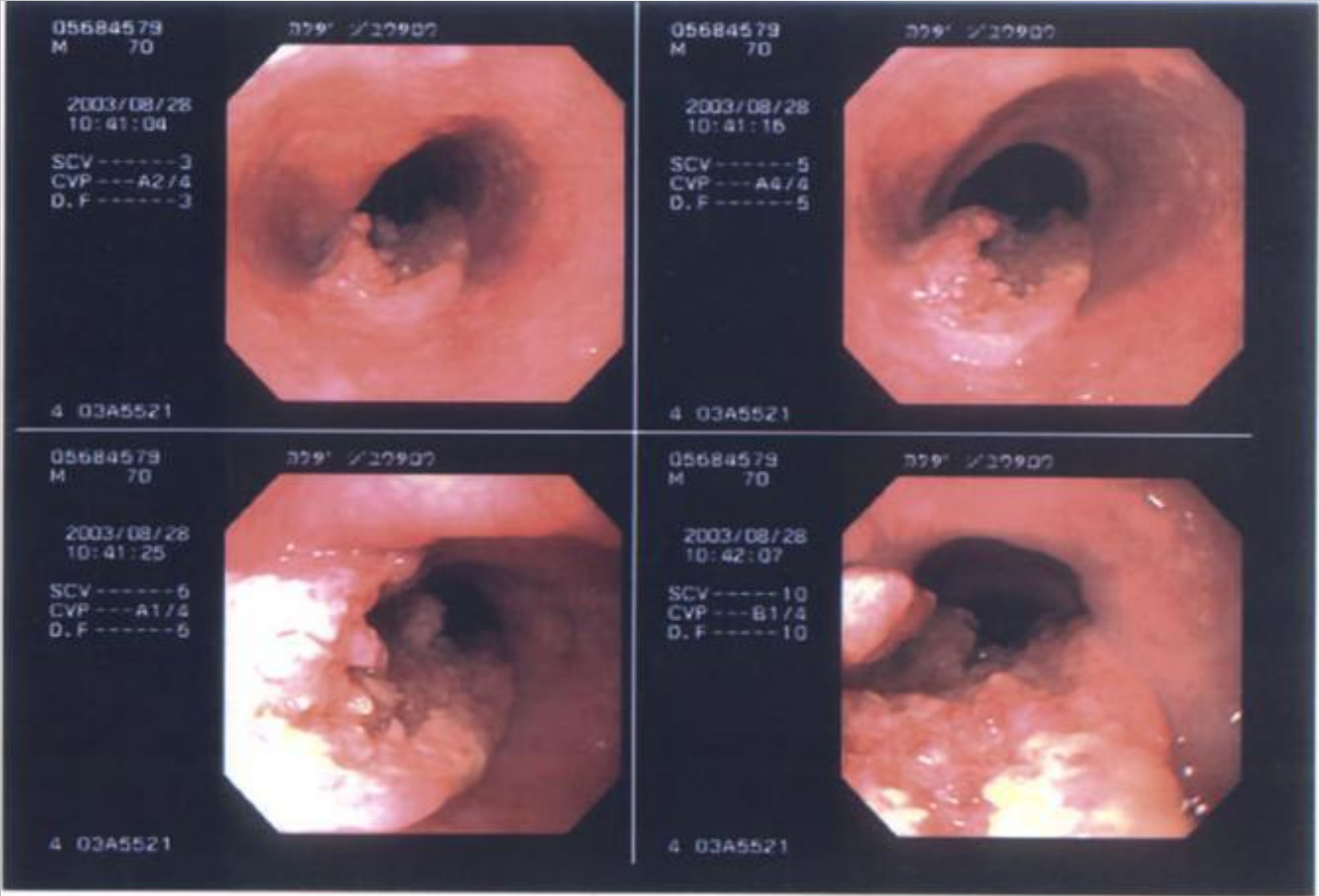
Недостатком чресплевральных доступов является частота дыхательных осложнений и высокая летальность (15—30 %), опасность расхождения швов анастомоза в плевральной полости и рецидивов рака на уровне анастомоза, рефлюкс-эзофагит.

Фотодинамическая терапия — метод частичного разрушения опухоли, предварительно sensibilizированной фотосенсибилизаторами лазерным лучом с длиной волны 630 нм. В качестве фотосенсибилизаторов используют дериваты гематопорфирина, аминолевуленовую кислоту и др. Фотосенсибилизаторы избирательно накапливаются в опухоли в большей концентрации, чем в здоровых тканях. Под влиянием облучения в опухоли образуются активные радикалы, разрушающие ткани опухоли на глубину проникновения лазерного луча (3—4 мм). Одновременно с этим тромбируются мелкие сосуды, питающие опухоль. Это приводит к частичному некрозу опухоли, улучшению проходимости пищевода.

## Фотодинамическая терапия

Паллиативное и симптоматическое лечение показано больным с неоперабельным раком пищевода. Результаты паллиативного лечения плохие по тому, что временное улучшение проходимости никак не влияет на распространение и рост опухоли и исходы лечения.

**Паллиативное лечение**





**Спасибо за внимание!**

