

Дивертикулы пищевода, инородные тела пищевода, разрывы пищевода

докладчик – **Ивлев И.С.**
содокладчик – **Симаб Н.**

Дивертикулы пищевода

Это деформация эзофагеальной стенки, характеризующаяся мешотчатым выбуханием ее слоев, обращенным в сторону средостения. Может проявляться чувством першения, гиперсаливацией, ощущением комка в глотке, дисфагией, регургитацией, гнилостным запахом изо рта.

Дивертикулы пищевода (эзофагеальные дивертикулы) выявляются у 2% лиц при рентгенологическом обследовании. В современной гастроэнтерологии среди дивертикулов желудочно-кишечного тракта они составляют около 40%. Чаще диагностируются у мужчин старше 50 лет, как правило, страдающих другими заболеваниями пищеварительной системы – язвенной болезнью, холециститом, желчнокаменной болезнью и пр. Дивертикул может развиваться в любом сегменте пищевода, однако чаще образуется в его грудном отделе. В 90% случаев является одиночным, в 10% наблюдаются множественные выпячивания стенки пищевода.

Причины

Происхождение дивертикулов пищевода может быть различным. Образование врожденного выпячивания как правило, связано с первичной слабостью мышечного слоя пищеводной стенки на определенном участке. В развитии приобретенных дивертикулов существенную роль играют воспалительные процессы верхних отделов ЖКТ и средостения.

Часто возникновению патологии предшествует длительное течение эзофагита и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, медиастинит, туберкулез внутригрудных лимфоузлов, грибковая инфекция пищевода (эзофагеальный кандидамикоз). К развитию эзофагеального дивертикула может привести травма пищевода, эзофагоспазм, ахалазия кардии, стриктуры пищевода.

Патогенез

Образование пульсионного выпячивания вызвано нарушением эзофагеальной моторики, приводящей к спастическим сокращениям мускулатуры, повышению внутрипищеводного давления и выбуханию стенки в наиболее слабом месте (часто выше функционального или органического сужения).

Развитию тракционного дивертикула способствуют соединительнотканые сращения стенок пищевода с воспаленными лимфоузлами средостения, которые вызывают растяжение и смещение эзофагеальной стенки в сторону средостения с образованием патологического выпячивания. Иногда пульсионные и тракционные механизмы воздействуют одновременно.

Классификация

По месту расположения различают глоточно-пищеводные (фарингоэзофагеальные, дивертикул Ценкера), эпибронхиальные (среднепищеводные, бифуркационные), наддиафрагмальные (эпифренальные), поддиафрагмальные (абдоминальные) дивертикулы пищевода.

По механизму образования выпячивания могут быть пульсионными, тракционными или смешанными - пульсионно-тракционными.

По происхождению и времени возникновения дивертикулы классифицируются на врожденные и приобретенные.

По типу строения различают истинные дивертикулы, состоящие из всех слоев пищеводной стенки, и псевдодивертикулы (ложные), не имеющие мышечной оболочки. Ложные дивертикулы образованы выпячивание слизистой оболочки пищевода через дефект в мышечном слое; они возникают в момент перистальтического сокращения пищеводной стенки и исчезают при ее расслаблении.

Клиника

Регургитация может наблюдаться в положении лежа, в связи с чем пациенты часто обнаруживают при пробуждении слюнь и остатки пищи на подушке. Также больные могут жаловаться на першение, царапанье глотки, ощущение непроглатываемого комка в горле, сухой кашель. Часто отмечается тошнота, гиперсаливация, изменение тембра голоса. Характерно развитие «феномена блокады», когда после приема пищи появляется покраснение лица, ощущение удушья, головокружение, развивается обморок. Данное состояние обычно купируется после рвоты.

Осложнения

Дивертикулы пищевода могут сопровождаться дивертикулитом и его осложнениями – флегмоной шеи, медиастинитом, образованием пищеводно-медиастинального свища, сепсисом.

Регургитация с аспирацией пищевых масс приводят к развитию хронического бронхита, аспирационной пневмонии, абсцесса легкого. Возможно эрозирование слизистой, эзофагеальное кровотечение, образование полипов пищевода, развитие рака пищевода.

Диагностика

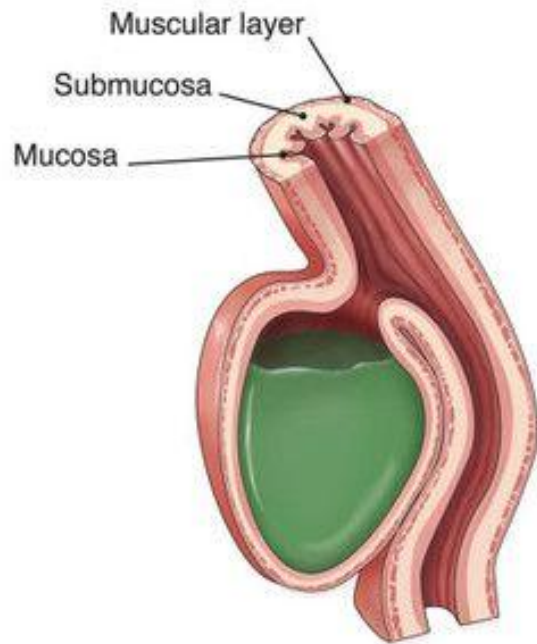
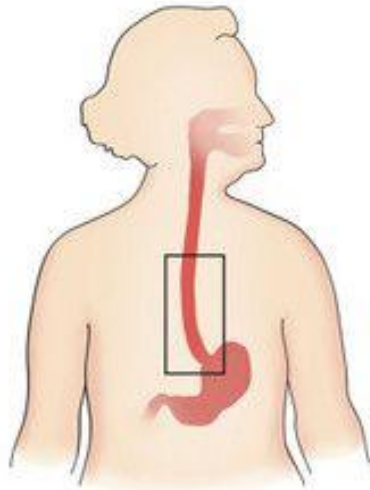
- Рентгенографии пищевода
- КТ
- МРТ

Лечение

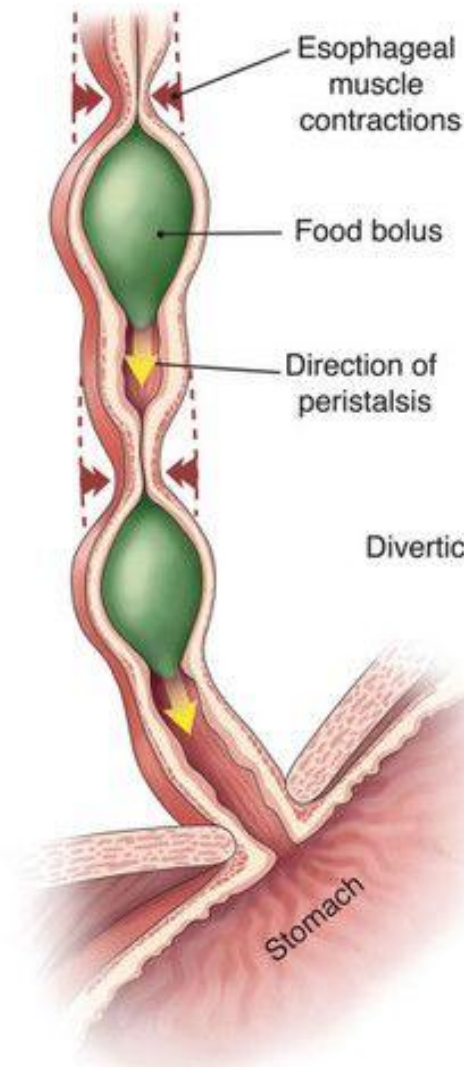
Небольшие образования с малосимптомным течением лечатся консервативно под наблюдением гастроэнтеролога. Пациентам рекомендуется соблюдение диеты, основанной на принципах термического, химического и механического щажения пищевода.

Хирургическое лечение проводится при больших дефектах, сопровождающихся выраженной дисфагией, болями или осложненным течением (перфорацией, пенетрацией, стенозом пищевода, кровотечением и т. д.). В этих случаях обычно производится иссечение дивертикула – дивертикулэктомия с пластикой пищевода диафрагмальным или плевральным лоскутом. Небольшие выпячивания могут быть устранены путем инвагинации – погружения дивертикула в просвет пищевода и ушивания пищеводной стенки.

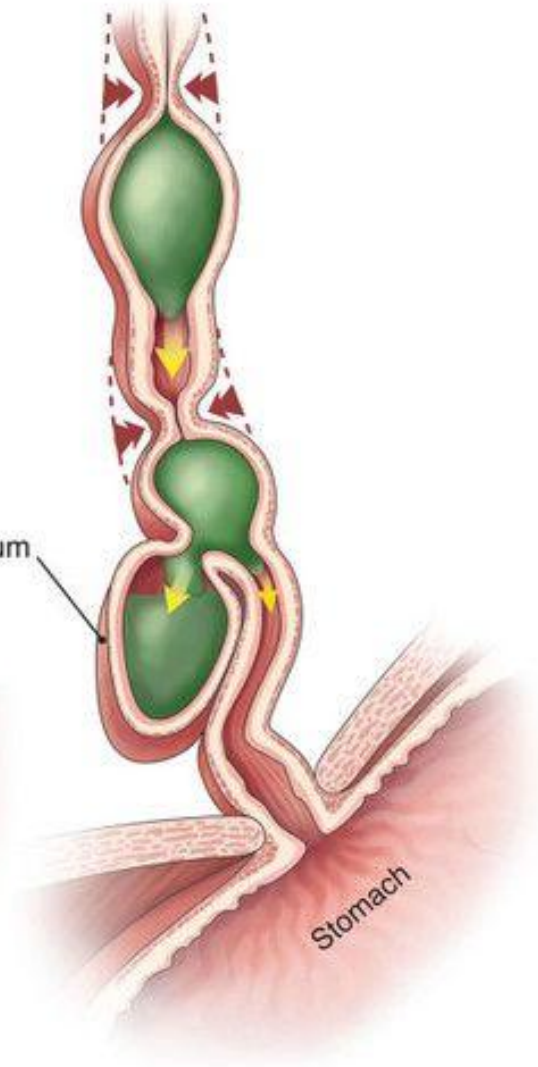
ESOPHAGEAL DIVERTICULUM



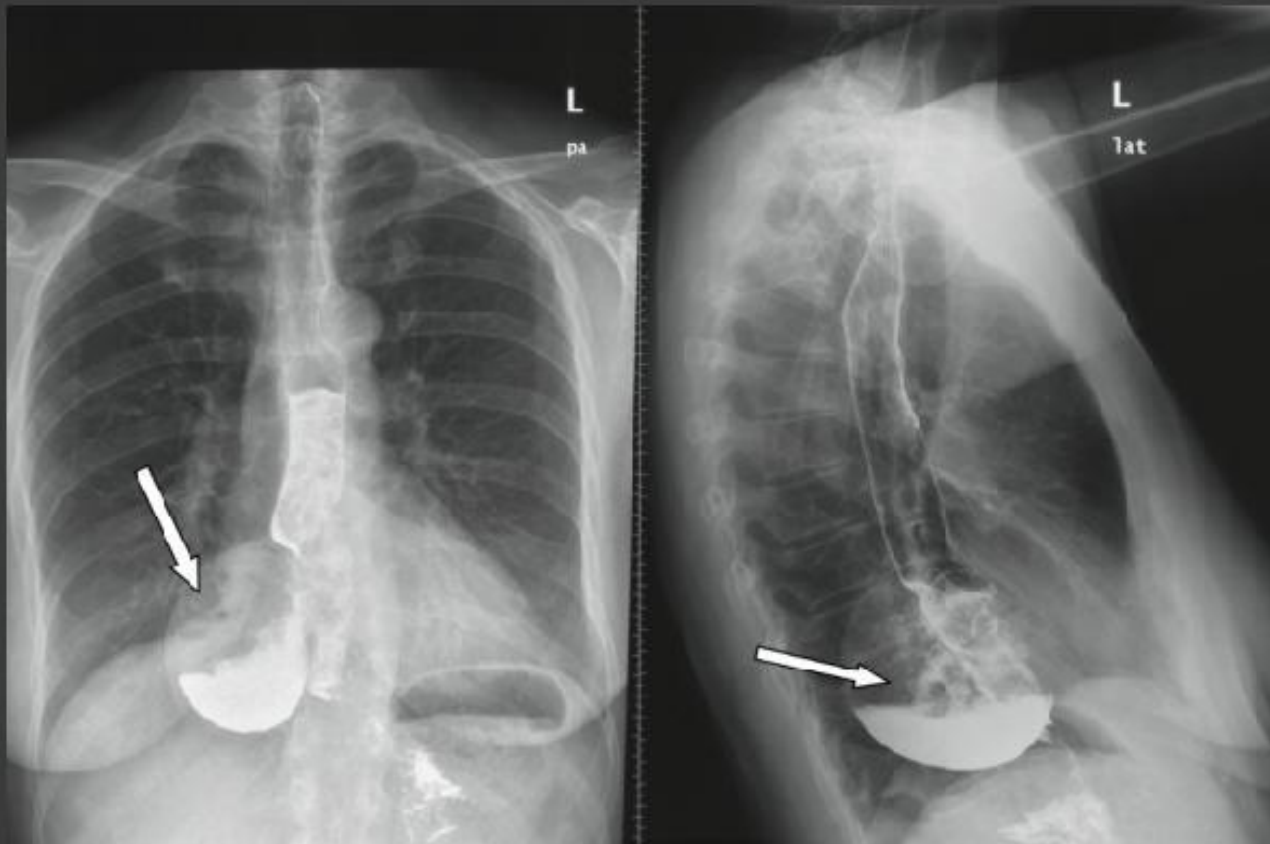
Normal Esophagus



Esophagus with Diverticulum

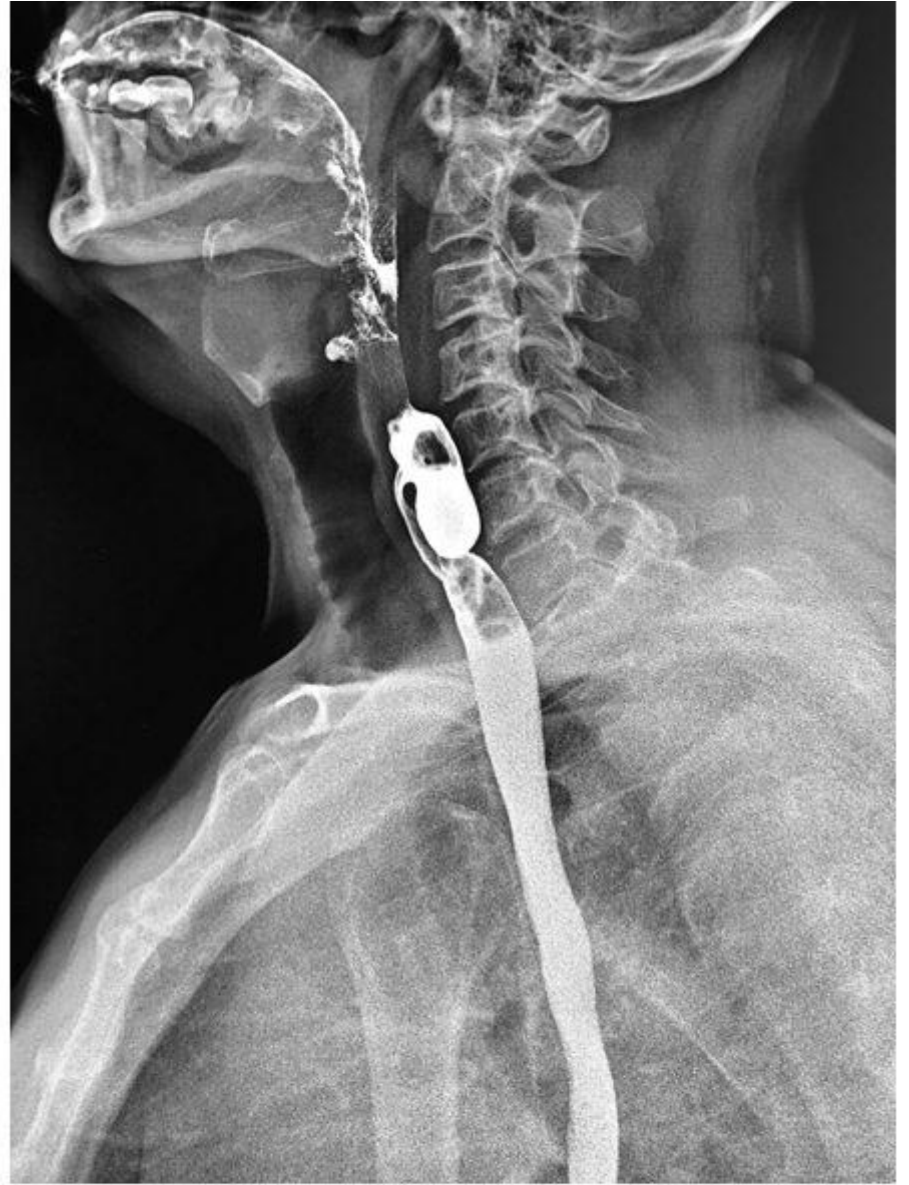


Эпифрeнальный дивертикул

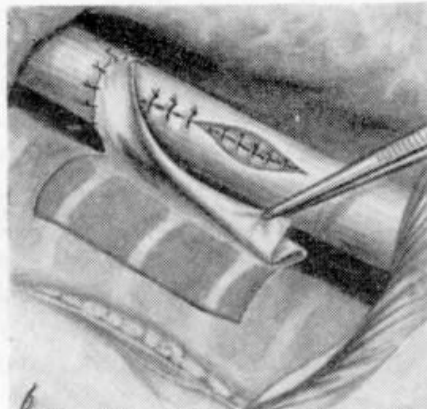




прямая проекция



боковая проекция



Инородное тело пищевода

это случайно или намеренно проглоченные чужеродные предметы или куски пищи, застрявшие в просвете пищеварительной трубки. Признаками патологии могут быть боль и спазм в пищеводе, дисфагия, гиперсаливация, респираторный синдром, удушье, отек тканей шеи, крепитация, кровавая рвота, лихорадка.

Чаще всего в качестве постороннего предмета выступают крупные, плохо пережеванные куски пищи (мясные завалы), косточки от рыбы, мяса или фруктов, зубные протезы, монеты, пуговицы, иголки, булавки, гвозди и др. Примерно в половине случаев патология выявляется у пациентов в возрасте старше 40 лет, около 25 % - у детей до 10 лет.

Причины

Частыми причинами инородных тел пищевода являются поспешный прием большого количества пищи и ее плохое пережевывание, разговор или смех во время еды, попадание в пищу посторонних предметов при ее небрежном приготовлении. У пожилых пациентов посторонними объектами в пищеводе могут стать съемные зубные протезы при их плохой фиксации.

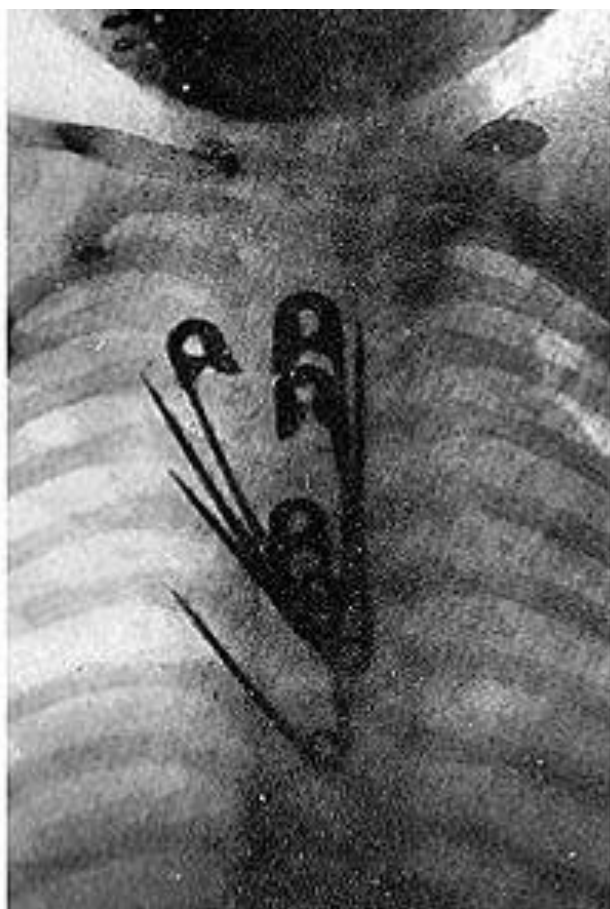
Кроме того, инородные тела могут застрять при заболеваниях пищевода - наличии стриктур, ожогов, опухолевых образований, дивертикулов, функциональных расстройств.

Диагностика

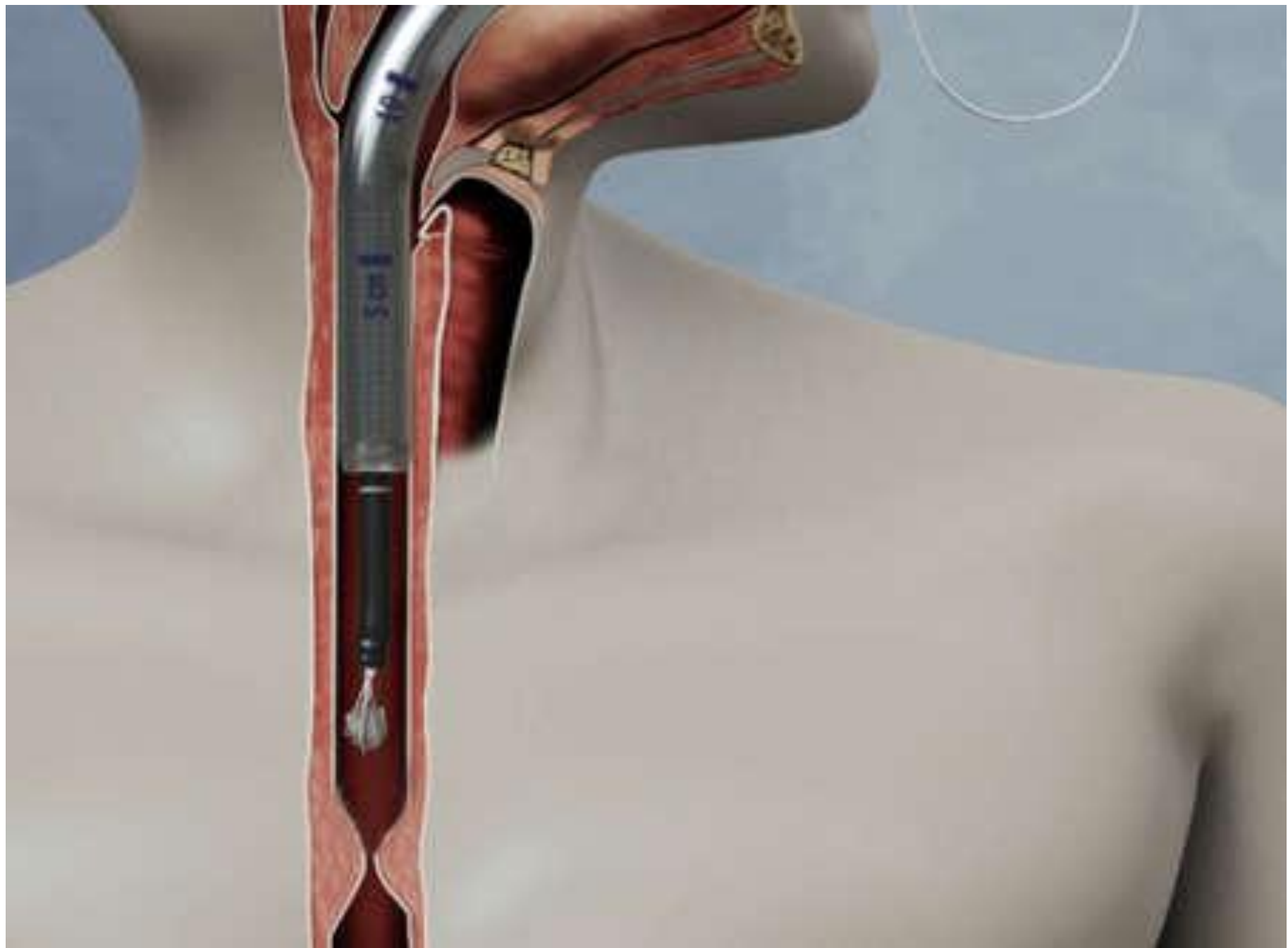
- Рентгенографии пищевода
- КТ
- МРТ
- Проведение эзофагоскопии

Лечение инородного тела пищевода

Патология относится к неотложным состояниям и требует немедленного удаления объекта эндоскопическим или хирургическим методом.







Разрывы пищевода

Разрыв пищевода – нарушение целостности пищеводной стенки травматического или спонтанного характера. Разрыв пищевода проявляется внезапными сильными болями за грудиной и в эпигастрии, нарушением дыхания, цианозом лица, губ и конечностей, появлением на шее подкожной эмфиземы.

Разрыв пищевода относится к неотложным состояниям, требующим проведения ряда экстренных хирургических мероприятий. Запоздалая диагностика разрыва пищевода приводит к тяжелым гнойным осложнениям (флегмоне шеи, медиастиниту, эмпиеме плевры, сепсису), пищеводно-респираторным свищам, кровотечениям и высокой летальности.

В гастроэнтерологии выделяют перфорацию пищевода и спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве), «банкетный пищевод», которые различаются по причинам своего возникновения.

Причинами перфорации пищевода могут выступать ятрогенные лечебно-диагностические процедуры.

Химические ожоги

пищевода, язвы, опухоли и инородные тела пищевода.

Реже спонтанный разрыв пищевода происходит при натуживании (во время подъема тяжестей, в родах), при кашле, эпилептическом приступе, тупой травме живота.

Клиника

Развивается внезапная резкая загрудинная или эпигастральная боль, нередко иррадиирующая в надплечье или поясничную область. Дыхание становится поверхностным и затрудненным, пульс – частым; развивается цианоз кожных покровов (лица, губ, конечностей), выступает холодный пот. В области шеи быстро нарастает подкожная эмфизема, обусловленная выходом воздуха в подкожно-жировую клетчатку. Во время глотания, кашля, глубокого вдоха боли в груди усиливаются; в некоторых случаях отмечается гиперсаливация и кровавая рвота.

При локализации разрыва пищевода в шейном отделе образуется запищеводная или околопищеводная флегмона шеи; при разрыве грудного отдела пищевода развивается медиастинит, брюшного отдела – перитонит.

Диагностика

- Рентгенографии пищевода
- КТ
- МРТ
- Проведение эзофагоскопии

Лечение

Производится экстренная госпитализация пациента, исключается питание через рот, назначается обезболивающая и антибактериальная терапия. За пациентом устанавливается динамическое наблюдение с целью раннего выявления показаний к оперативному вмешательству.



Здоровый пищевод



Разрыв пищевода



ПЕРФОРАЦИЯ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

