**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Зав. кафедрой д.м.н.,

**ДОКЛАД**

на тему:

«Проявления заболевания пищевода и мануальные манипуляции при повреждении пищевода»

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

**Пенза 2008**

# **План**

1. Наблюдаемые симптомы

1.1 Дисфагия

1.2 Одинофагия

1.3 Пищеводная колика

1.4 Изжога (пирозис)

1.5 Регургитация

1.6 Water brash

1.7 Гематомезис и мелена

2. Внепищеводные проявления заболевания пищевода

2.1 Лёгочные симптомы

2.2 Голодание и задержка развития

2.3 Положение гиперазгибания

3. Мануальные манипуляции

3.1 Назогастральная интубация

3.2 Эндотрахеальная интубация

3.3 Эндоскопия

3.4 Интубация с использованием трубки Блейкмора

Литература

**1 НАБЛЮДАЕМЫЕ СИМПТОМЫ**

Больные жалуются не на заболевание пищевода, а на те или иные беспокоящие их проявления (симптомы). Дальнейшее рассмотрение симптомов включает точное определение их значения, классификацию их наиболее важных причин и обсуждение их диагностической информативности.

**1.1 Дисфагия**

Определение

Дисфагия — это ощущение дискомфорта при проглатывании (т. е. больной жалуется, что пища застревает, останавливается, задерживается или "неправильно" проходит). Наличие дисфагии практически всегда указывает на патологию пищевода. Она отличается от "globus hystericus" — постоянного ощущения чегото "застрявшего" в пищеводе, но способна перейти в дисфагию, представляющую невозможность инициирования акта глотания и обычно обусловленную слабостью глоточных мышц или заболеванием ЦНС.

Причины

Существуют две основные причины дисфагии: механическое сужение просвета; моторные нарушения (табл. 1). Механические проблемы возникают при аномалиях просвета (например, наличие инородного тела), стенки (пептическая стриктура подслизистой оболочки или рак пищевода) или вследствие внешних (по отношению к пищеводу) воздействий окружающих структур (зоб, увеличенные суббифуркационные лимфатические узлы). Большинство расстройств связано с собственной мускулатурой или иннервацией пищевода или глотки, а также с нарушениями со стороны ЦНС.

Таблица.1. Причины дисфагии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Врожденные | Обтурирующие | Нейромышечиые |
| Воспалительная инфекция - | Сосудистые аномалии, перепонки | Полиомиелит, дифтерия, ботулизм, бешенство, столбняк, хорея, герпес |
| Иммунологические, физические и химические | Шейные шпоры, кольцо, Schatzki, стриктура, эзофагит (едкие жидкости, рефлюкс) | Дерматомиозит, полимиозит, миастения гравис, склеродермия, рассеянный склероз |
| Травматические | Инородные тела, пиша, таблетки | Инсульт, паркинсонизм, псевдобульбарный паралич |
| Патология сосудов и сердца | Аневризма аорты, увеличение левого предсердия Зоб | Свинец, дефицит магния, тиреотоксикоз |
| Опухоли | Доброкачественные и злокачественные опухоли пищевода, щитовидной железы, гортани, трахеобронхиального дерева, легких и перикарда | Опухоли мозга |

Характеристика

Дисфагию может характеризовать следующее: 1) ее начало (т. е. размеры, характер и температура вызвавшей ее пиши); 2) ее локализация; 3) способ ее устранения. В одном из исследований причина дисфагии была установлена при правильном ответе на 39 вопросов; диагностическая точность оценена в 80 % (243 из 304 больных).

Механические нарушения вызывают застревание твердой пищи в пищеводе. Если причиной дисфагии является рак пишевода, то размеры пищевого комка, который может быть проглочен, неуклонно уменьшаются в течение короткого периода времени (более медленно — при доброкачественных стриктурах). Жидкости обычно легко проглатываются, если процесс не зашел слишком далеко или сужение не блокируется внезапно каким-либо твердым комком пищи или иным инородным телом (например, покрытые оболочкой таблетки). Пептическая стриктура может привести к появлению аналогичных симптомов, однако дисфагия чаще всего слабо выражена, а изжога при эзофагите сопровождается дисфагией. Трудности при проглатывании жидкостей, особенно холодных, служат признаком двигательных расстройств.

Метод устранения дисфагии часто помогает при ее диагностике. Регургитация пищевого комка при самоиндуцированной рвоте указывает на механическое сужение. При двигательных расстройствах комок обычно проходит по пищеводу после повторных глотательных движений, питья воды или отведения назад плечевого пояса и выполнения приема Вальсальвы.

**1.2 Одинофагия**

Определение

Одинофагия определяется как боль во время глотания. Она может быть связана с остановкой пищевого кома (дисфагия), однако наблюдается и без этого. Одинофагия и дисфагия являются кардинальными симптомами патологии заболевания пищевода.

Причины

Боль связана с понижением порога болевой чувствительности нервных окончаний из-за воспалительных изменений в слизистой оболочке. Следовательно, она наиболее часто наблюдается при рефлюксе, облучении или вирусном эзофагите.

Характеристика

Одинофагия появляется при прохождении пищевого комка и исчезает после его выхода из пищевода. Поэтому в отличие от болей кардинального происхождения одинофагия возникает при глотании и исчезает 10 минут спустя. Она может быть слабой или такой интенсивной, что больной отказывается глотать твердую пищу, жидкости или слюну.

**1.3 Пищеводная колика**

Определение

Пищеводная колика представляет собой острую, агонизирующую, спазматическую или нарастающую боль в пищеводе.

Причины

Как и любая колика, пищеводная колика обусловлена резким сжатием или растяжением полой мышечной трубки, когда блокируется пропульсивное поступательное движение ее содержимого; или она является следствием острого и сильного сокращения или спазма пищеводной мускулатуры после стимуляции. Спазм может быть прямым следствием одинофагии или изжоги и не снимается антацидами. Таким образом, пищеводная колика возникает при состояниях, сопровождающихся механическим сужением просвета с растяжением пищевода над местом обструкции, а также при механических расстройствах, вызывающих спазм. Как растяжение, так и спазм могут наблюдаться при одном заболевании. Наиболее частой причиной колики является эзофагит.

Характеристика

Острая нарастающая боль возникает загрудинно и иррадиирует в спину в межлопаточной области. Она может также иррадиировать в шею, челюсть или руку. Боль длится от 5—10 секунд до нескольких часов и обычно не отличима от стенокардической боли по своей интенсивности, иррадиации и связи с физической нагрузкой или приемом нитроглицерина, за исключением того, что для ее снятия требуется 7—10 минут, а не 2—3 минут. Она часто бывает сопутствующим симптомом у пациентов с дисфагией.

**1.4 Изжога (пирозис)**

Определение

Изжога — наиболее частый симптом заболевания пищевода. В отличие от первых трех симптомов она связана не с глотанием твердой или жидкой пищи, а скорее с рефлюксом кислоты или кислого содержимого из желудка в пищевод.

Причины

Изжога возникает в результате заброса кислого содержимого на измененную или воспаленную слизистую оболочку пищевода. Интенсивность воспалительной реакции зависит от частоты и количества забрасываемого кислого или иного материала, а также от скорости очищения от него поверхности слизистой оболочки. При биопсии в наиболее легких случаях эзофагита, связанного с рефлюксом, обнаруживается утолщение базального слоя слизистой оболочки пищевода с распространением дермальных бугорков на свободную поверхность. В более тяжелых случаях при эзофагоскопии отмечается явное воспаление эпителиального слоя; при микроскопическом исследовании слизистая оболочка покрыта микроязвами, a lamina propria имеетклассические патологические признаки воспаления.

В 1/3 случаев изжоги слизистая оболочка пищевода визуально не изменена. Примерно у 33 % больных с рефлюксом, но без изжоги слизистая оболочка имеет воспалительные изменения или истончена.

Характеристика

Изжога описывается как ощущение жжения в большей части загрудинной области. Она появляется после приема пищи, особенно жирной, усиливается в положении лежа или при вставании и снимается (на какое-то время) антацидами. Симптомы связаны с изменением рН нижнего отдела пищевода; после нормализации рН они исчезают.

**1.5 Регургитация**

Определение

Регургитация представляет собой ретроградное пропульсивное движение жидкости в полость рта. Она отличается от отрыжки, при которой недавно съеденная пища возвращается в полость рта в результате сильного сокращения мышц брюшной стенки.

Причины

Регургитация обычно обусловлена проникновением желудочного или дуоденального содержимого через неполностью закрытый НПС. Следовательно, она связана с эзофагитом и изжогой. Она может быть также связана с дивертикулом или ре-1ургитацией застойного содержимого при ахалазии.

Характеристика

Причиной регургитации является слабость НПС. Регургитация вызывает ощущение горечи или кислоты во рту и связана с повышением внутрибрюшного давления при наклонах вперед, лежании или поднятии тяжести.

С другой стороны, регургитация дивертикулярным содержимым или регургитация, связанная с ахалазией, обычно обусловливает несварение пищи, вследствие чего появляется неприятный запах изо рта. Оба типа регургитации могут вызывать аспирацию, пневмонию и задержку развития.

**1.6 Water Brash**

Water Brash — это внезапное появление во рту соленой жидкости. Вероятно, это обусловлено внезапным выделением слюны и не имеет отношения к регургитации.

**1.7 Гематомезис и мелена**

Определение

Гематомезис — это кровавая рвота, при этом кровь, может быть, свежей и алой или частично переваренной и темной. Слово "мелена" означает "черный" и обычно используется при описании угольно-черного стула, имеющего плотную консистенцию и напоминающего деготь. Однако этот термин используется в более широком клиническом значении (часто неверно) для обозначения присутствия какого-либо количества крови в стуле. Как правило, кровотечение из пищевода склонно вызывать гематомезис и появление стула темно-вишневого цвета, а более медленное кровотечение приводит к рвоте "кофейной гущей" и мелене или даже к появлению скрытой крови в кале.

**2 ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**ПИЩЕВОДА**

У многих пациентов с заболеванием пищевода наблюдаются симптомы, не имеющие прямого отношения к пищеводу, но представляющие осложнения этого заболевания. Такие симптомы описываются в этой главе как внепищеводные проявления (ВПП) заболевания пищевода.

Наиболее часто наблюдаемые ВПП у взрослых включают легочную симптоматику, снижение массы тела вследствие потери аппетита и железодефицитную анемию. У младенцев и детей с отставанием в развитии ВПП включают легочные симптомы, замедление роста и позу с гиперразгибанием.

**2.1 Легочные симптомы**

Регургитация или рефлюкс материала в гортань и трахеобронхиальное дерево вызывает астмоподобные симптомы у взрослых без семейного анамнеза астмы или контакта с промышленной пылью, а также кашель (ночью или рано утром), ночной стридор, осиплость голоса (особенно в утренние часы), вынужденное прочищение горла и ощущение постоянного давления в глубине шеи. Возможны повторные вспышки пневмонии с рентгенологическими изменениями в средней доле правого легкого и верхних сегментах нижних долей обоих легких. К аспирационной пневмонии особенно предрасположены дети, ослабленные подростки и взрослые после инсультов.

Аспирация может быть вызвана преходящей дисфонией во время пробуждения, рефлюксом при недостаточности НПС, а также рефлюксом застоявшейся пищей при ахалазии или из дивертикула во время сна.

**2.2 Голодание и задержка развития**

Эти признаки наблюдаются у младенцев, детей и взрослых. У взрослых они отмечаются при увеличении обструкции пищевода вследствие стриктуры, ахалазии или рака, при эзофагите, связанном с рефлюксом, особенно при наличии пищеводной колики, а также у умственно отсталых или ослабленных больных после инсульта. Во многих случаях выраженная ослабленность и (или) "умственная отсталость", наблюдаемые у таких пациентов, обусловлены нехваткой калорий, основных витаминов и минеральных веществ, помимо основного заболевания или легочных осложнений.

Замедленное развитие у умственно отсталых детей можно в некоторой степени исправить путем коррекции рефлюкса и сопутствующих легочных осложнений. Такие больные нередко быстро поправляются при улучшении питания. Аналогичное общее улучшение наблюдается у больных, перенесших инсульт, при достаточной калорийности питания. Больные, неспособные питаться самостоятельно, часто после коррекции легочных нарушений, вызванных рефлюксом, и ликвидации голодания возвращаются к самостоятельному приему пищи.

Когда осложненный рефлюкс-эзофагит является причиной недостаточного питания ребенка или взрослого, необходима госпитализация больного. При этом проводятся рентгенологическое исследование с барием и сиинтиграфия легких (выявление радиоактивных материалов после их введения в желудок).

**2.3 Положение гиперразгибания**

Такое положение, наблюдаемое у некоторых умственно отсталых детей, нередко исчезает при коррекции рефлюкса с аспирацией и, по-видимому, является осложнением этих симптомов.

**3 МАНУАЛЬНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ**

**3.1 Назогастральная интубация**

Показания

Диагностическое исследование с введением назогастральной трубки осуществляется во всех случаях желудочно-кишечного кровотечения, у большинства больных с возможными повреждениями пищевода вследствие проглатывания инородных тел, а также при кишечной непроходимости. Исключение составляют больные с имеющимися или предполагающимися разрывами или перфорацией пищевода (их обычной локализацией является верхняя слабая точка между нижним констриктором и крикотиреоидной мышцей или уровень НПС), с практически полной обтурацией пищевода доброкачественным или злокачественным новообразованием или с инородным телом в пищеводе. У больных с ринореей, связанной с травмой головы, назогастральную трубку следует вводить через рот.

Относительным противопоказанием для введения назогастральной трубки служит разрыв задней стенки гортани. В этом случае назогастральная трубка вводится под прямым ларингоскопическим контролем (после местного анестезирования гортани).

Анатомические аспекты

При введении назогастральной трубки необходимо помнить ряд нижеследующих моментов:

1. Одна ноздря может быть обтурирована. При этом используется другая ноздря или рот.

2. Кончик носа поднимается вверх, а конец назогастральной трубки направляется горизонтально и несколько вниз вдоль нижнего края заднего отдела носовых ходов (или вдоль верхнего края переднего отдела). Неверное направление введения трубки является наиболее частой причиной повреждения носоглотки.

Обструкция, вызванная спастическим закрытием и прижатием мягкого неба к верхнему констриктору, может быть преодолена при глотании. Спазм исчезает немедленно после глотка.

3. Следующая обструкция возможна на уровне нижнего констриктора на расстоянии 15—20 см от края ноздрей. Кончик назогастральная трубка может упереться в складку, образованную черепной поверхностью крикотиреоидной мышцы сзади и пириформной ямкой сбоку от гортани, либо в ямку, расположенную кпереди от голосовых связок или устья Киллиана. Эти препятствия исчезают при глотании воды (или без нее). Однако трубка может постоянно направляться в дивертикул Ценкера (если он присутствует). В такой ситуации назогастральная трубка проводится мимо отверстия дивертикула щипцами Magill под прямым ларингоскопическим контролем.

4. При спазме констрикторов НТ может быть проведена через голосовые связки в трахею. Эта опасность может быть преодолена двумя путями: либо введением трубки при глотании, когда гортань поднимается и прикрывается надгортанником, за счет чего образуется непрерывная кривая — задний край языка, надгортанник и передний край пищевода; либо разгибанием шеи таким образом, чтобы подбородок прижимался к груди, что обеспечивает продвижение НТ кзади. Введение НТ через рот, когда больной глотает трубку, обычно исключает все эти трудности.

5. При отсутствии глотательного рефлекса у больного или при невозможности согнуть шею (спинальные больные) НТ можно ввести через рот или нос в пищевод щипцами Magill под ларингоскопическим контролем.

Другой способ, позволяющий избежать неправильного направления назогастральной трубки при ее введении состоит в помещении второго и третьего пальцев руки в рот таким образом, чтобы их кончики касались задней стенки глотки. Затем кончик назогастральной трубки направляется по дорсальной борозде, образованной соединением пальцев.

Последним препятствием на пути прохождения назогастральной трубки является проксимальный конец соединения пищевода с желудком.

Обычно оно преодолевается посредством медленного и осторожного надавливания или (в случае неудачи) с помощью осторожного введения 15—20 мл воды для расслабления НПС. Иногда кончик трубки не проходит из-за большой грыжи пищеводного отверстия или дилатации пищевода вследствие ахалазии или же из-за наличия наддиафрагмальной грыжи, однакотакие случаи редки.

Перед введением пластиковые назогастральные трубки не требуют охлаждения. В любом случае достаточно применить легкое давление. Сопротивление введению трубки означает ее неверное направление либо наличие обструкции

**3.2 Эндотрахеальная интубация**

Показания

Эндотрахеальная трубка (ЭТ) вводится всем больным, находящимся в бессознательном состоянии, с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта или с уже установленной назогастральной трубки, а также всем больным независимо от их состояния (в сознании или без сознания), у которых планируется введение трубки Блейкмора для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода, ввиду высокого риска аспирации.

Анатомические аспекты и метод

Эндотрахеальная интубация должна предшествовать введению трубки Блейкмора у любого больного и введению пищеводной трубки любого типа у каждого пациента, находящегося в бессознательном состоянии. Во время прохождения кончика пищеводной трубки уровня баллонной манжетки эндотрахеальной трубки необходимо ослабить давление в манжетке.

**3.3 Эндоскопия**

Эндоскопия показана для удаления инородных тел, находящихся в гипофарингисе или в мышцах-констрикторах, а также для направленного введения кончика пищеводного зонда. У больных в сознании должна применяться местная анестезия; у них не следует разгибать шею, как при эндотрахеальной интубации; шейные позвонки должны быть интактными; предпочтительно использование прямого (а не изогнутого) ларингоскопического клинка.

Эндоскопия используется для удаления инородных тел из пищевода, а также для определения участка желудочно-кишечного кровотечения перед введением трубки Блейкмора или для подтверждения отсутствия пишеводного кровотечения и расширенных вен у больного, направляемого непосредственно на хирургическую операцию по поводу массивного кровотечения с предполагаемой гастродуоденальной локализацией.

Комментарии, данные относительно назогастральной интубации, касаются и эндоскопии. Обструкция, как правило, визуализируется, а методы ее преодоления аналогичны описанным выше.

**3.4 Интубация с использованием трубки Блейкмора**

Показания

Интубация с использованием трубки Блейкмора показана при массивном или неконтролируемом кровотечении с предположительной локализацией в пищеводе (ниже 10 см от его начала) или в кардиальном отделе желудка, при котором вазопрессин и другие меры неэффективны.

Противопоказанием служат кровотечение вследствие полного или неполного разрыва пищевода (например, при синдроме Мэллори — Вейса) или пептические язвы с формированием стриктуры.

Анатомические аспекты и техника

Полное описание техники введения трубки Блейкмора приводится в приложении к упаковке. Существует, однако, ряд моментов, о которых необходимо помнить.

Катетер вводится через рот или нос.

При введении трубки Блейкмора встречаются те же зоны обструкции, что и при введении назогастральных трубок.

Перед введением трубки Блейкмора анестезируется ротоглотка, за исключением случаев, когда больной находится в бессознательном состоянии или у него ослаблен рвотный рефлекс.

Место кровотечения должно быть предварительно установлено при эндоскопии.

Перед введением трубки Блейкмора необходима эндотрахеальная интубация.

Кончик трубки лучше направлять по дорсальной борозде, образованной вторым и третьим пальцами, прижатыми к задней стенке глотки.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год