Реферат

На тему:

Заболевания пищевода и желудка

2009

АХАЛАЗИЯ КАРДИИ (ACHALASIA CARDIAC)

Ахалазия кардии (греч, α — отрицание, chalasis — расслабление) — заболевание, при котором нарушается прохождение пищи из пищевода в желудок из-за отсутствия рефлекторного раскрытия кардии во время глотания, нарушения перстальтики пищевода. Предположение о наличии при этом заболевании активного спазма кардии послужило основанием для имевшего в прошлом большое распространение названия «кардиоспазм».

Это сравнительно редкое заболевание наблюдается чаше в возрасте 20—40 лет, одинаково распространено среди мужчин и женщин и составляет 3—5 % всех заболеваний пищевода.

Этиология ахалазии кардии выяснена далеко не полностью. Существует нейрогенная теория, согласно которой возникновение заболевания связано с психическими травмами, отрицательными эмоциями. Многочисленные клинические наблюдения подтверждают правильность этой теории, однако высказывается предположение, что эмоции только способствуют проявлению уже существующего заболевания.

Попытки связать развитие заболевания с гиповитаминозом не получили подкрепления в результатах витаминотерапии, оказавшейся в данном случае малоэффективной. Воспалительные изменения в пищеводе также, очевидно, не играют роли этиологического фактора, а являются вторичными, развивающимися на фоне уже имеющегося заболевания.

Существует теория врожденного происхождения ахалазии кардии.

Патогенез заболевания также весьма сложен. Играют роль как нарушения иннервации пищевода, изменения в интрамуральных его сплетениях, так и нарушения функции различных отделов нервной системы — центральной, вегетативной, прежде всего парасимпатической ее части.

При ахалазии кардии нарушается функция как кардиального сфинктера, так и пищевода. Изучение колебаний внутрипищеводного давления наряду с рентгенологическим методом исследования позволило выявить ослабление или даже отсутствие у больных перистальтических движений пищевода во время глотания. Следовательно, и современное название заболевания полностью не отражает его сущности.

Патоморфология. Отмечается резкое сужение дистального участка пищевода, а на 3—4 см выше кардии начинается его расширение с одновременным удлинением. Вместимость пищевода при этом может достигать 1 л и более (вместо 50— 100 мл у здоровых людей). Развиваются явления эзофагита, периэзофагита.

Клиника. Наиболее ранним и характерным симптомом заболевания является дисфагия, проявляющаяся затруднением при проглатывании пищи, чувством давления за грудиной, иногда болью, повышением слюноотделения, регургитацией, которая может наблюдаться во время сна и сопровождаться приступами ночного кашля. Срыгиваемая пища иногда застойного характера, имеет гнилостный запах.

В одних случаях дисфагия нарастает постепенно и вначале носит преходящий характер, причем нередко больные отмечают ее усиление при волнении, усталости; в других — развивается внезапно, чаще после сильного нервного потрясения.

Для облегчения состояния некоторые больные искусственно вызывают рвоту или прибегают к другим приемам — увеличивают паузы между глотательными движениями, пытаются «протолкнуть» пищу, запивая ее значительным количеством жидкости, и др.

Рентгенологическое исследование позволяет получить существенные диагностические данные уже в начальной стадии заболевания. Это умеренное расширение пищевода, некоординированная его перистальтика, кратковременный спазм кардии. По мере прогрессирования болезни увеличивается расширение пищевода, усиливается некоординированная перистальтика нижней его трети, увеличивается задержка контрастной массы, в пищеводе могут содержаться остатки пищи. Одновременно со значительным расширением, пищевод удлиняется, приобретает характерную изгогнутость. Газовый пузырь желудка при рентгенологическом исследовании часто не определяется.

Эзофагоскопия, которую следует проводить после рентгенологического исследования и отсасывания содержимого пищевода через зонд, помогает уточнить диагноз. Она позволяет выявить развивающийся в поздних стадиях болезни эзофагит. В сомнительных случаях для дифференциации ахалазии кардии с опухолевым поражением осмотр пищевода через эзофагоскоп дополняют биопсией.

Эзофаготонометрия выявляет нарушение перистальтики, повышение давления в пищеводе.

Рентгенологическое исследование, эзофаготонометрию сочетают с применением фармакологических проб, позволяющих определить повышенную чувствительность мышц пищевода к препаратам парасимпатомиметического действия (ацетилхолину, кар-бахолину и др.).

Дифференциальный диагноз. Дифференцировать ахалазию приходится с пептическим эзофагитом, развивающимся чаще всего вследствие попадания в пищевод желудочного содержимого (рефлюкс-эзофагит). Последний наблюдается при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, неправильном расположении кардиофундального отдела, а также при язренной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистите, бронхиальной астме и некоторых других заболеваниях. Основными клиническими проявлениями рефлюкс-эзофагита являются изжога, боль, срыгивание, возникающие или усиливающиеся в положении лежа, при сильном наклоне туловища больного вперед. Изжога, боль купируются приемом пищи, воды и особенно щелочей. Рентгенологическое исследование обнаруживает спазм кардиального отдела пищевода, сужение его просвета, изменение складок слизистой оболочки, забрасывание содержимого желудка в пищевод. Диагноз подтверждается эзофагоскопией. Существенным является также распознавание наличия у больного одного из заболеваний, которое может быть причиной развития пептического эзофагита, в частности грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, выявляемой при помощи рентгенологического исследования, производимого в горизонтальном положении больного. Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы разнообразны. Помимо симптомов рефлюкс-эзофагита могут наблюдаться кровотечения, анемия, сердцебиение, боль, напоминающая стенокардическую.

Нарушение глотания, боль за грудиной наблюдаются и при эзофагоспазме. Это редкое заболевание сопровождается диффузным или сегментарным спазмом мускулатуры пищевода, задержкой в нем содержимого, однако функция сфинктеров пищевода не нарушается. О дифференциальной диагностике ахалазии кардии и кардиоэзофагеального рака см. «Рак пищевода».

Возможно сочетание ахалазии кардии с другими заболеваниями органов пищеварительной системы.

Наблюдаемые у некоторых больных ахалазией кардии сердцебиения, боль в грудной клетке, напоминающая стенокардическую, одышка заставляют дифференцировать это заболевание с ишемической болезнью сердца.

Лечение при ахалазии кардии комплексное. Необходимо соблюдение механически, химически и термически щадящей диеты. Больной должен есть медленно, хорошо разжевывая пищу. Между последним ее приемом и сном необходим интервал в 3—3,5 ч. Назначают антихолинергические, спазмолитические препараты (парентерально), нитраты (нитроглицерин, эринит), непосредственно перед едой прием местно анестезирующих средств (новокаина, анестезина). На область кардии назначают индуктотермию. Эффективна психотерапия. При отсутствии противопоказаний периодически промывают пищевод изотоническим раствором натрия хлорида, слабыми антисептическими средствами. Такое комплексное лечение может уменьшить дисфагию, помогает улучшить питание больного.

Более эффективно расширение кардии при помощи различных расширителей, которое проводится под местной анестезией. После интервала в несколько дней кардиодилатацию можно повторить.

При неэффективности консервативного лечения (в случаях далеко зашедшего заболевания) прибегают к: оперативному лечению — эзофагокардиомиотомии, эзофагокардиомио-пластике.

Во всех случаях после лечения больные должны соблюдать щадящую диету, находиться на диспансерном учете.

РАК ПИЩЕВОДА (CARCINOMA OESOPHAGI)

Рак пищевода — наиболее часто встречающееся заболевание этого органа. В структуре онкологической заболеваемости он занимает 5— 7-е место, а среди злокачественных новообразований органов пищеварительной системы — второе место после рака желудка. Чаще заболевают мужчины в возрасте 50—60 лет.

Этиология и патогенез. Установлена более высокая заболеваемость в странах, где принято жевание наса (смеси, состоящей из табака, извести, золы, некоторых масел), употребление излишне горячей пищи и питья. Специальные исследования показали, что в местностях, где существуют эти обычаи, у лиц, умерших от других причин, в пищеводе обнаруживаются различного рода изменения — рубцы, лейкоплакии, папилломы. Еще больше возрастает опасность их появления, если одновременно с горячей пищей употребляются крепкие спиртные напитки, мелко костистая рыба.

Способствуют развитию рака язвы и рубцы, образовавшиеся в результате ожогов, ранений пищевода, хронические воспалительные процессы. Предопухолевым состоянием является дисплазия — нарушение регенерации слизистой оболочки и подслизистой основы пищевода.

Опухоль чаще локализуется в местах физиологических сужений пищевода. На первом месте по частоте развития рака стоит средняя треть пищевода, реже область кардии «ли начальная его часть,

Πатоморфология. Рак пищевода, как правило, развивается из многослойного плоского эпителия к относится к плоскоклеточному раку с ороговением или без ороговения. Реже встречается форма, возникшая из слизистых желез пищевода (аденокарцинома).

Клиник а. Наиболее характерной жалобой больных раком пищевода является дисфагия. Едва заметное вначале затруднение при глотании твердой пищи постепенно нарастает. Возникает необходимость усиленного пережевывания каждого куска твердой пищи, запивания его глотком воды. Каких-либо других проявлений заболевания в начальном периоде может не быть.

Между появлением первых признаков затруднения глотания и обращением больного к врачу проходит обычно несколько месяцев, а иногда и более года. Это свидетельствует с медленном прогрессировании болезни. Быстрее развивается дисфагия при локализации опухоли в начальном отделе пищевода.

Наряду с затруднением глотания может наблюдаться боль. Однако нередко, особенно при локализации опухоли в нижнем отделе пищевода, ее может не быть. Связь боли с едой наблюдается также непостоянно.

Характер и иррадиация боли различны. Она может быть мучительной, рвущей. При локализации опухоли в верхнем отделе пищевода боль часто иррадиирует в голову, шею, усиливается при глотании. Иррадиация боли в межлопаточное пространство чаще наблюдается при поражении средней трети пищевода, а в надчревную область— При опухолях нижнего отдела пищевода. Часто наблюдается рвота, обычно без тошноты. Наступает сразу после еды при раке верхнего отдела пищевода и спустя некоторое время — при поражении нижнего его отдела. В рвотных массах кроме пищи имеется значительное количество слизи, часто с неприятным запахом.

Довольно постоянным симптомом является усиление слюноотделения.

Появление foetor ex ore свидетельствует о развитии гнилостных процессов в пищеводе либо о распаде опухоли. Распад опухоли может сопровождаться уменьшением дисфагии.

Сдавление или разрушение опухолью возвратных гортанных нервов, чаще левого, сопровождается охриплостью голоса. Известны случаи, когда у больных раком пищевода этот симптом был первым и некоторое время единственным. Изменение голоса, лающий кашель наблюдаются чаще при локализации опухоли в верхней или средней трети пищевода (ларингеальная форма).

При локализации опухоли в верхнем отделе пищевода возможно повреждение симпатического нерва, в нижнем отделе — блуждающего или диафрагмального. В последнем случае может наблюдаться икота, что в сочетании с болью, локализующейся в надчревной области, дало основание для выделения гастрической формы заболевания. В некоторых случаях наблюдается боль за грудиной, нарушение дыхания, появление чувства страха (стенокардическая форма).

Прогрессирование заболевания может сопровождаться прорастанием опухоли в близлежащие органы, в частности в дыхательные пути. Рас-лад опухоли ведет к образованию свищей в соседние органы. Часто наблюдаются свищи между пищеводом и дыхательными путями. Некоторое время они могут существовать, ничем не проявляя себя. Однако раньше или позже развиваются аспирационная пневмония, абсцессы легкого. При образовании пищеводно-трахеальных или пищеводно-бронхиальных свищей можно говорить о бронхо-пульмональной форме заболевания.

Прорастание опухоли в перикард, крупные сосуды может осложниться развитием перикардита, тяжелым кровотечением.

Прогрессирующее затруднение прохождения пищи ведет к недостаточному питанию, обезвоживанию организма. Развивается кахексия.

Прорастание опухоли в перикард, крупные сосуды может осложниться развитием перикардита, тяжелым кровотечением.

Прогрессирующее затруднение прохождения пищи ведет к недостаточному питанию, обезвоживанию организма. Развивается кахексия.

Диагноз и дифференциальный диагноз. В распознавании заболеваний пищевода, в том числе и ракового поражения, важное место занимает рентгенологическое исследование. Рентгеноскопия, рентгенография (рис. 25), а в последнее время и рентгенокимография пищевода позволяют установить сужение его просвета, наличие дефектов наполнения, неровности контуров, деформацию рельефа слизистой оболочки, нарушение перистальтики, забрасывание контрастной массы из пищевода в дыхательные пути и т. д. Все это позволяет не только выяснить причины дисфагии, но и определить локализацию и степень распространенности патологического процесса.

Рентгенологическое исследование пищевода производят, пользуясь вначале жидкой контрастной массой, отчетливо обрисовывающей рельеф слизистой оболочки, форму и протяженность сужения. Важна рентгеноскопия пищевода в различных проекциях, особенно в косых (выводится из тени позвоночного столба, сосудистого пучка и сердца). Выявлению малых поражений иногда способствует обследование больного в горизонтальном положении, искусственное создание условий медленного прохождения по пищеводу контрастной массы, изучение рельефа слизистой оболочки. Ранняя рентгенологическая диагностика рака пищевода основывается на определении тонких изменений рельефа слизистой оболочки, деформации, обрыва ее складок, наличия незначительных дефектов наполнения, неровностей контуров.

Рентгенологическое исследование пищевода всегда следует производить одновременно с исследованием желудка, так как опухоли кардиального отдела желудка, язвенные поражения также могут сопровождаться дисфагией. Нередко раковое поражение нижнего отдела пищевода представляет собой распространение на пищевод опухоли из кардиального отдела желудка.

Рентгенологическая картина рака пищевода в большинстве случаев достаточно характерна, однако иногда (особенно в начальных стадиях заболевания) могут возникать дифференциально-диагностические трудности. Это наблюдается прежде всего при спастических явлениях в пищеводе, образовании рубцов после химических его ожогов.

Важным методом диагностики является эзофагоскопия. Этот метод исследования позволяет непосредственно видеть опухоль пищевода, определить ее положение, форму, размеры, дифференцировать злокачественные опухоли с доброкачественными, эзофагитом. Большое значение имеет возможность осуществления при эзофагоскопии прицельной биопсии.

Эзофагоскопии всегда должно предшествовать рентгенологическое исследование. Оно не только дополняет общую картину заболевания, но и позволяет выявить аневризму аорты, варикозное расширение вен, прорастание опухоли в соседние органы, образование свищей и другие изменения, значительно осложняющие проведение эзофагоскопии или являющиеся противопоказанием к введению эзофагоскопа.

При дифференциальной диагностике важно исключить сдавление пищевода увеличенными лимфатическими узлами, щитовидной железой, опухолью средостения, аневризмой аорты, а также другие поражения пищевода, сопровождающиеся дисфагией (рубцовые сужения после химических ожогов, спазм пищевода при неврозе). Картину, напоминающую рак пищевода, может давать ахалазия кардии. В этом случае имеют значение анамнез (наличие психических травм), общие изменения — анемия, увеличенная СОЭ, изъеденность контуров пищевода выше сужений, обнаруживаемая при рентгенологическом исследовании. Дифференциальная диагностика усложняется при развитии у больных ахалазиег кардии эзофагита. Иногда приходится дифференцировать рак пищевода с синдромом Маллори — Вейсса.

Лечение. В последние годы достигнуты успехи как в оперативном так и в консервативном лечении при раке пищевода. Отечественными хирургами разработаны методы удаления опухолей пищевода, дающие на ранних стадиях заболевания удовлетворительные результаты.

Значительные успехи достигнуть: в лучевой терапии рака пищевода Радиоактивные препараты вводят в просвет пищевода или применяют дистанционное облучение. Этот метод не дает полного излечения, но позволяет улучшить проходимость пищевода, облегчить тяжелое течение заболевания.

Успехи хирургии и лучевой терапии при раке пищевода, однако, мало изменили общие результаты лечена этого заболевания. Причиной являются трудности ранней диагностики рака, исключающие возможность радикальной операции. В связи с тем что с первыми жалобами больные обращаются, как правило, к терапевтам, решающее значение приобретает соответствующая онкологическая настороженность прежде всего участковых врачей.

Диетотерапия заключается в дробном, частом приеме пищи, которую следует тщательно пережевывать. В более тяжелых случаях переходят на прием тщательно измельченной, механически щадящей, не раздражающей пищи. Диета должна быть полноценной, содержать необходимое количество белков, жиров, углеводов, солей, витаминов.

При необходимости прибегают к парентеральному введению жидкости, переливанию крови, кровезаменителей.

Медикаментозное лечение заключается в назначении спазмолитических, болеутоляющих (папаверин, ношпа, платифиллин, анестезии, новокаин), а также седативных средств. При значительном нарушении проходимости пищевода препараты следует вводить парентерально.

Профилактика основывается на отказе от употребления пищи и питья, оказывающих резкое раздражающее термическое, химическое или механическое действие на слизистую оболочку пищевода. Важное значение имеет борьба с вредными привычками. Необходимо также эффективное лечение больных с хроническими воспалительными процессами в пищеводе.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Внутренние болезни / Под. ред. проф. Г. И. Бурчинского. ― 4-е изд., перераб. и доп. ― К.: Вища шк. Головное изд-во, 2000. ― 656 с.