

БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА

**САНКТ – ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени академика
И.П.ПАВЛОВА**

Кафедра факультетской терапии www.spbmeduftk.ru



**Заслуженный врач РФ
Доцент Е.В.КРАЕВСКИЙ**

Заболевания собственно пищевода

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь:

Недостаточность запирающего механизма кардии.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

СТЕНОЗЫ:

Ахалазия кардии с кардиоспазмом.

Опухоли

Рубцовые сужения

Заболевания слизистой оболочки:

Пептический эзофагит.

Язва пищевода.

Химический ожог.

Заболевания стенки пищевода:

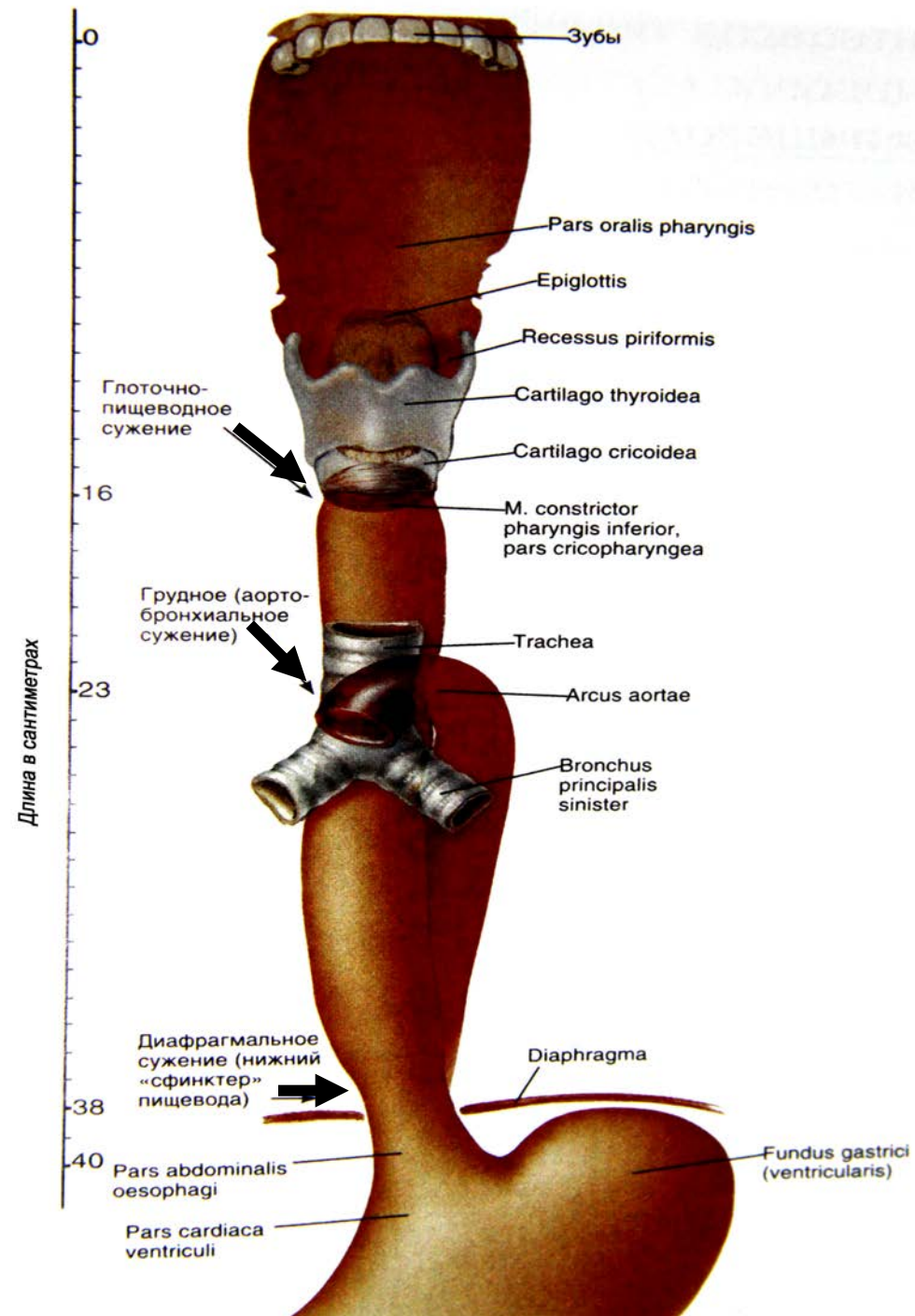
Дивертикулез

Варикозное расширение вен пищевода.

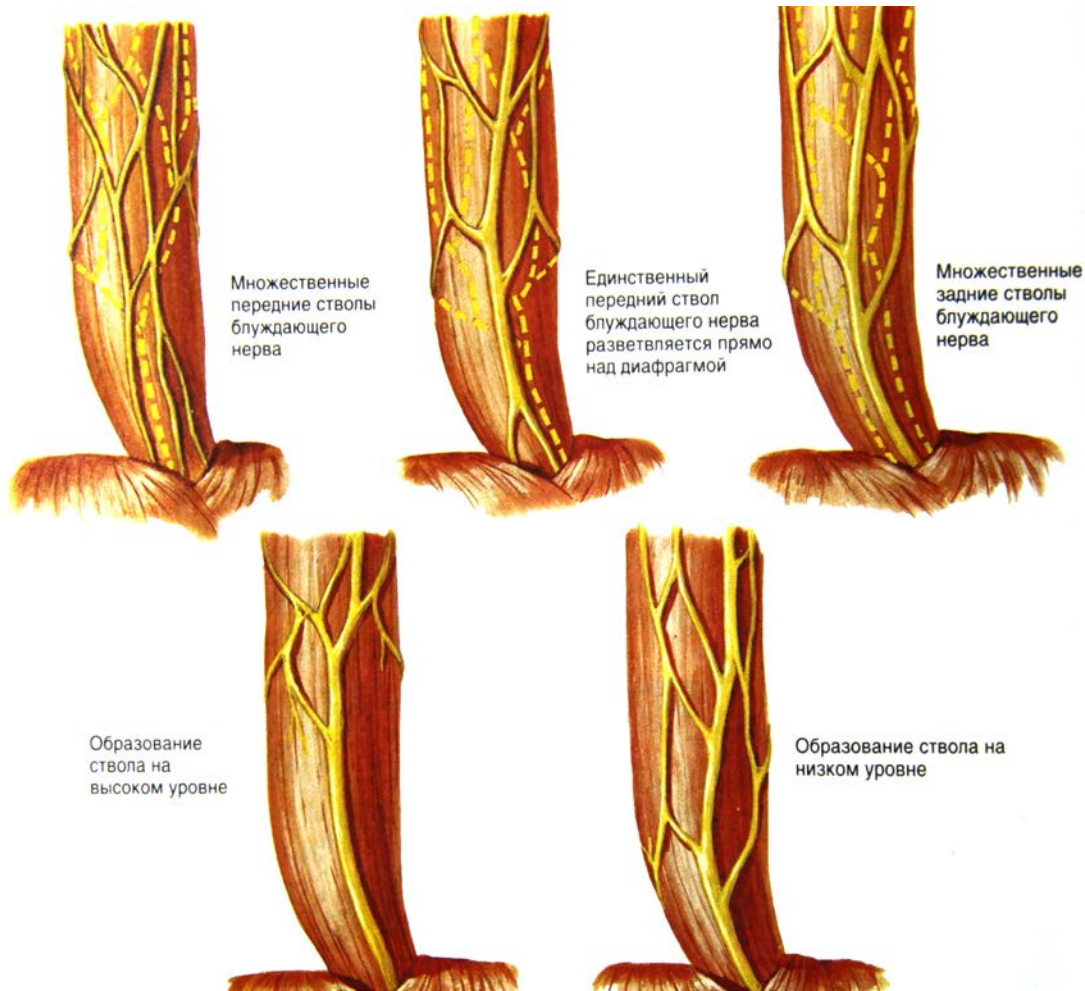
Склеродерма с вовлечением в процесс пищевода (атрофия гладкомышечной части стенки пищевода ведущее к слабости сокращений нижней трети пищевода и недостаточности нижнего пищеводного сфинктера).

Пища проталкивается по пищеводу посредством перистальтических движений мышц пищевода, которые иннервирует n.vagus. Перерезка последнего прекращает продвижение пищи. Раздражение, вызываемое находящейся в нижней части пищевода пищей, приводит к рефлекторному открыванию кардии желудка.

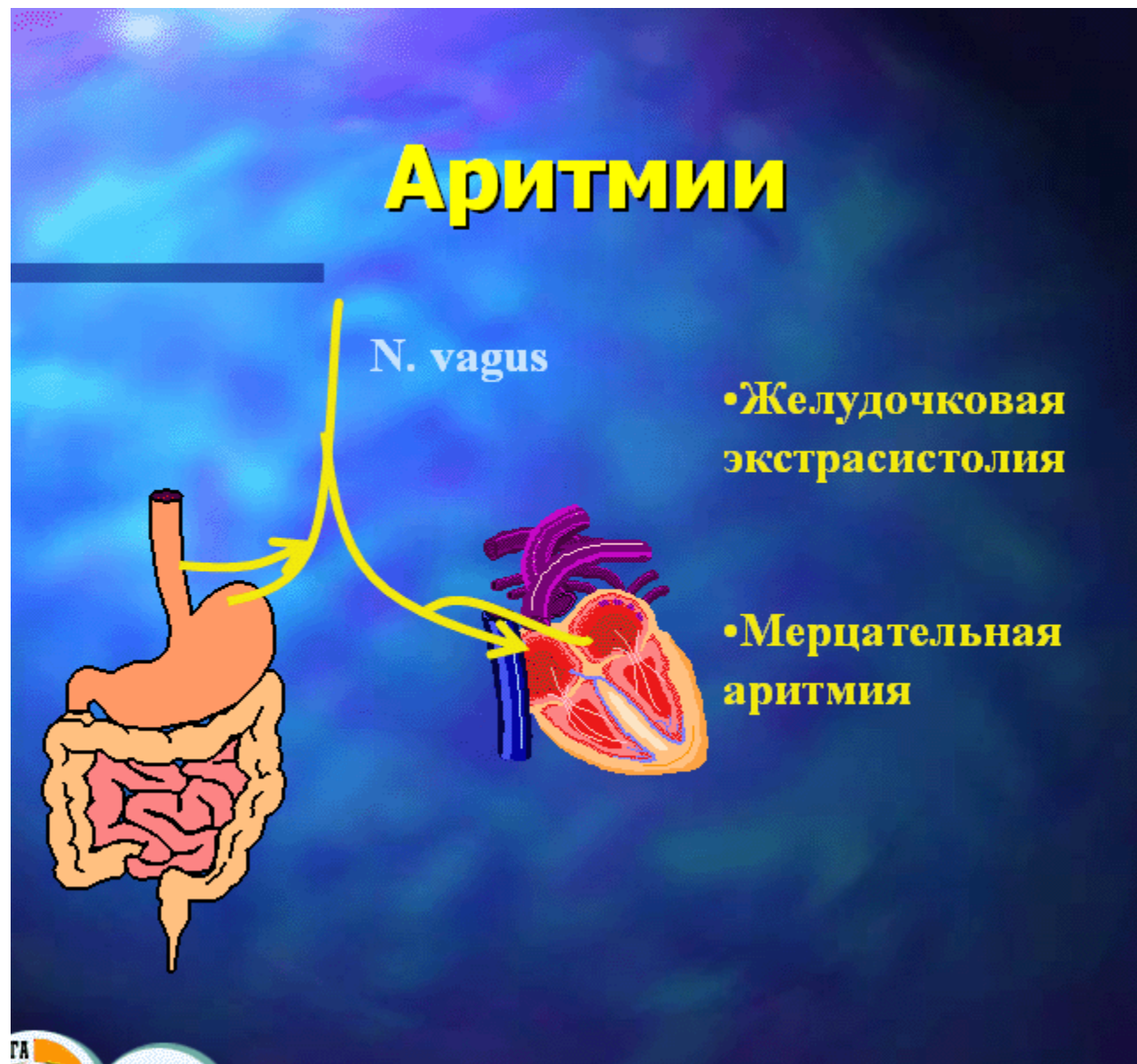
Сужения пищевода (по Неттеру Ф., 2003)



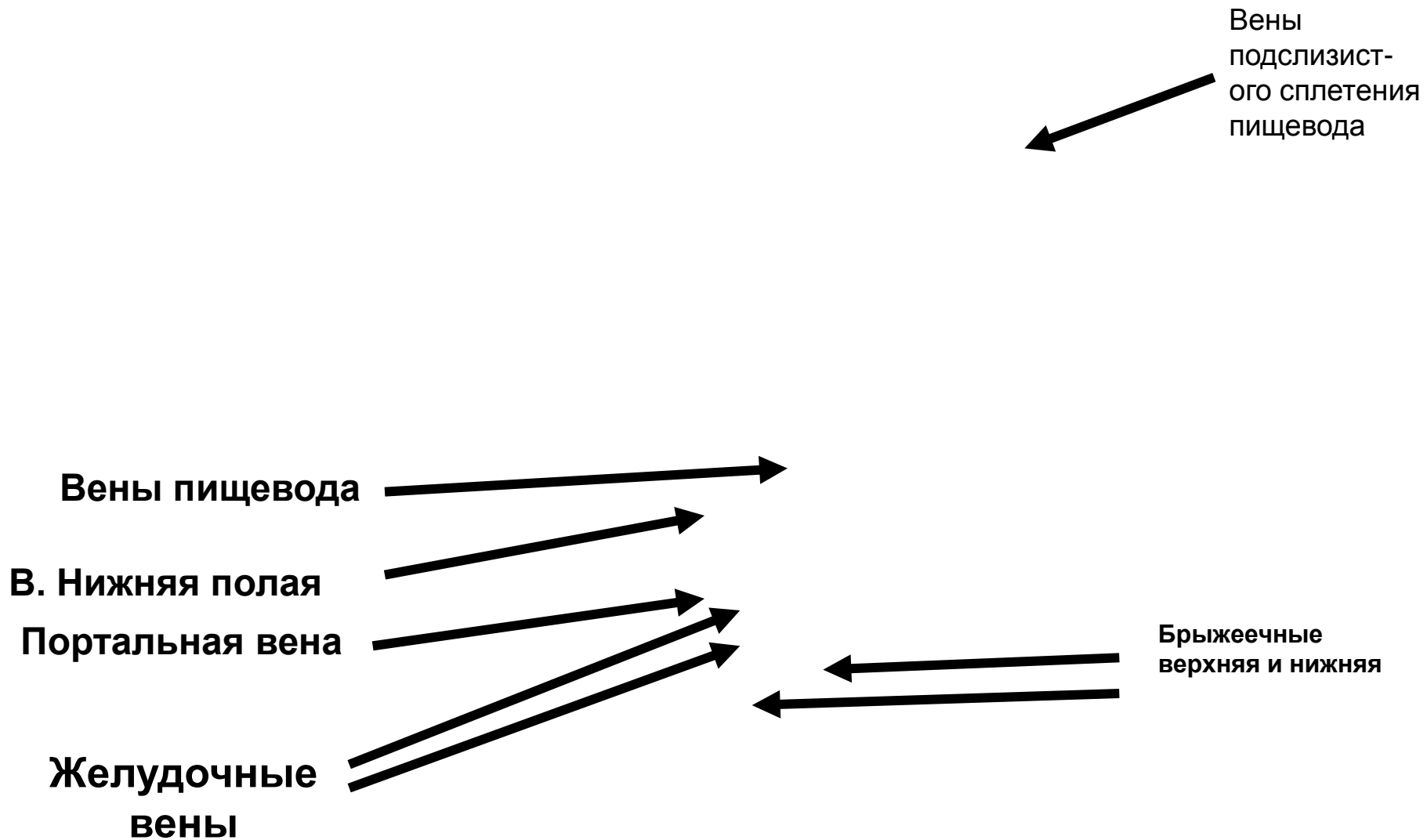
Варианты анатомии блуждающих нервов (по Неттеру ф.,2003)



Варианты анатомии блуждающих нервов и локализация повреждений слизистой оболочки нижней трети пищевода (эрозии, язвы, ахалазия кардии, опухолевый рост), являются определяющими в развитии эзофаго-кардиальных симптомов. Поэтому не во всех больных с повреждением пищевода наблюдаются симптомы сердечной дисфункции (аритмии, кардиалгия)



Вены пищевода ,желудка

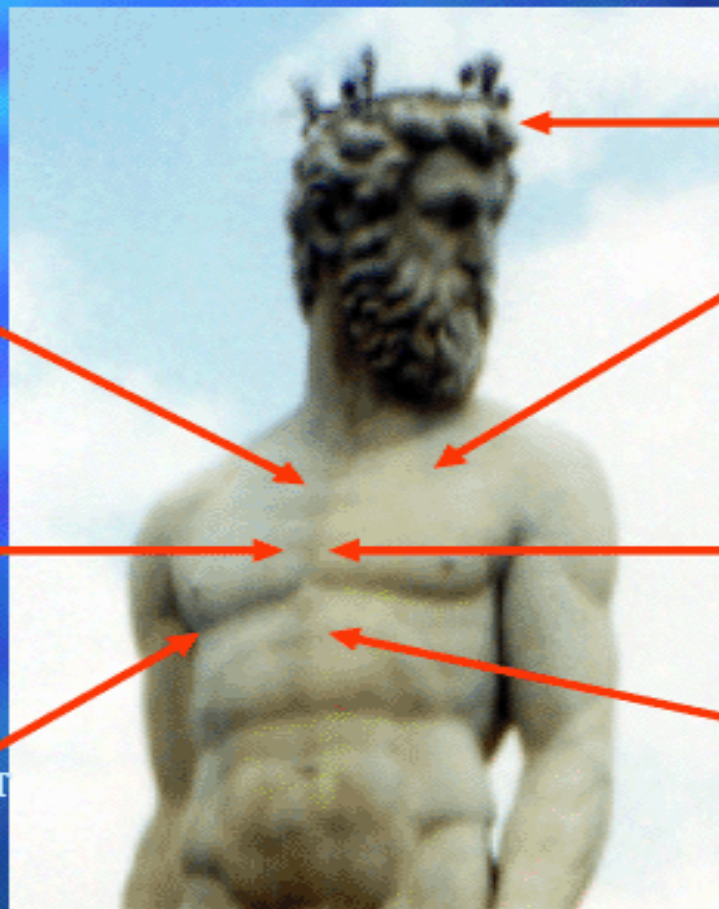


Боль в грудной клетке

Болезни органов средостения:
медиастинит

Болезни сосудов:
расслаивающаяся
аневризма аорты,
ТЭЛА

Болезни органов дыхания: инфаркт
легкого
пневмоторакс,
плеврит.
пневмония



Психогенная боль
Заболевания позвоночника,
травмы грудной клетки

Болезни сердца:
инфаркт
миокарда,
перикардит,
ИБС

Болезни ЖКТ:
эзофагит, ГЭРБ,
эзофагоспазм, ЯБ,
холецистит,
панкреатит.

Зависимость характера болей от механизма возникновения

- **Характер боли:** приступообразные (ангиоподобные) загрудинные боли раздирающего характера, иррадиирующие в шею, челюсть, спину. Могут сопровождаться вегетативными проявлениями (ощущением жара, потливостью, дрожью в теле). Купируются нитроглицерином, глотком воды, анальгетиками. **ЗАБОЛЕВАНИЯ:** Дискинезия пищевода, ахалазия кардии, ГЭРБ, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- **Характер боли:** загрудинные боли жгучего характера, усиливаются в горизонтальном положении или наклоне туловища вперед. Купируются переменной положения тела, антацидами. **ЗАБОЛЕВАНИЯ:** ГЭРБ
- **Характер боли:** постоянные тупые или жгучие боли за грудиной. **ЗАБОЛЕВАНИЯ:** Ахалазия кардии, дивертикулиты, опухоли пищевода.
- **Характер боли:** Одинофагия или болезненное глотание. **ЗАБОЛЕВАНИЯ:** характерно для нерефлюксного эзофагита, в частности кандидозного или герпетического. Одинофагия может возникнуть также при пептической язве пищевода (язва Баретта), раке с периезофагеальным распространением, ожоге каустической содой, перфорации пищевода. Не типична для неосложненного рефлюкс эзофагита.
- **Характер боли:** загрудинная боль с чувством распирания в эпигастрии и нехватки воздуха, проходит после отрыжки. **ЗАБОЛЕВАНИЕ:** аэрофагия

Одинофагия - , или болезненное глотание, характерно для нерефлюксного эзофагита, в частности кандидозного или герпетического .

Однанофагия может возникнуть также при пептической язве пищевода (язва Баретта), раке с периэзофагеальным распространением, ожоге каустической содой, перфорации пищевода.

Не типична для неосложненного рефлюкс эзофагита.

Спастические боли в грудной клетке в сочетании с непроходимостью тонкого кишечника следует дифференцировать от одинофагии.

Ray R.Goyal., 1984

Механизм возникновения болей при различных заболеваниях пищевода

Голочевская В.С., 2009

- Нарушение моторики пищевода: дискинезия пищевода, ахалазия кардии
- Пептическая агрессия желудочного и дуоденального содержимого при ГЭР
- Растяжение стенок пищевода при ГЭР
- Поражение слизистой оболочки пищевода (эзофагит, язвы, эрозии)
- Нарушение трансэзофагеального пассажа при ахалазии кардии и стенозах пищевода различного генеза
- Аэрофагия
- Прорастание серозной оболочки пищевода при злокачественных новообразованиях

Методы диагностики болезней пищевода

- Расспрос
- Осмотр
- Эзофагоскопия
- ЭКГ
- Рентгенологическое исследование пищевода
- Эзофагоманометрия
- 24-часовая рН-метрия
- Пробы с антисекреторными препаратами (омепразол 20 мг 2 раза /сутки 2 недели)
- Провокационная проба Бернштейна: перфузия пищевода через катетер 0,1 Н раствором HCl со скоростью 6-8 мл/мин может вызывать типичные загрудинные боли. Оценка этой пробы неоднозначна: от 10-27% положительных результатов до 80%

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – одна из разновидностей **рефлюксной болезни** пищеварительного тракта.

В основе этих заболеваний лежит нарушение моторики пищеварительного тракта, при котором содержимое нижележащих отделов забрасывается в выше лежащие отделы пищеварительного тракта. При этом, наряду с пищевым химусом (или без него) химические вещества, ферменты и др. попадая на слизистую не приспособленную к агрессивному действию указанных веществ приводит к нарушению целостности слизистой оболочки и развитию нетипичных, для данного отдела пищеварительной трубки, (микро и макро) морфологических изменений: эрозии, язвы, **метаплазии** эпителия.

Регургитация – причина развития симптомов ряда заболеваний пищеварительного тракта:

***Заброс содержимого желудка и 12 п.к. в пищевод – ГЭРБ**

***Содержимого 12 п.к в желудок – рефлюкс гастрит (Гастрит С)**

***Содержимого 12 п.к. в холедох , панкреатический проток – холангит, панкреатит.**

***Содержимого слепой кишки в терминальный отдел тонкой кишки – дисбиоз, илеит.**

Изменение слизистой оболочки вышележащих органов (метаплазия эпителия)

- приспособительная реакция слизистой оболочки вышележащего органа в отношении агрессивного действия забрасываемого содержимого из ниже лежащих отделов пищеварительной трубки

**Ликвидация регургитации и её последствий
это не столько купирование симптомов
возникшего заболевания, сколько
предотвращение прогрессирования
метаплазии эпителия , т.е. предопухолевых
состояний слизистой оболочки.**

**Следовательно, лекарством №1 при
данном заболевании является
ПРОКИНЕТИК , на втором месте
антисекреторные препараты или
антациды, или препараты уменьшающие
токсичность желчи и тонкокишечного
содержимого (урсодеоксихолиевая
кислота)**

ГЭРБ шифр К 21.0

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Хроническое заболевание, обусловленное периодическими забросами **желудочного или (и) кишечного содержимого** в пищевод, приводящее к развитию рефлюкс – эзофагита **или протекающее без него**, сопровождающееся изжогой, возникающей более 1 раза в неделю в течение 6 месяцев, и характерными вне пищеводными проявлениями.

Терминлогия и классификация:

К21.0 Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом

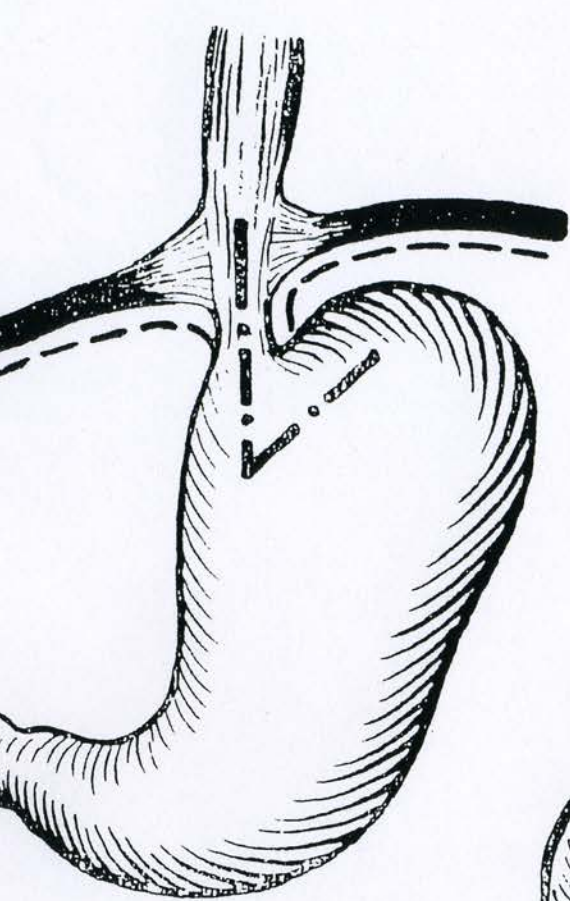
Рефлюкс-эзофагит (синоним)

К21.9 Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь без эзофагита

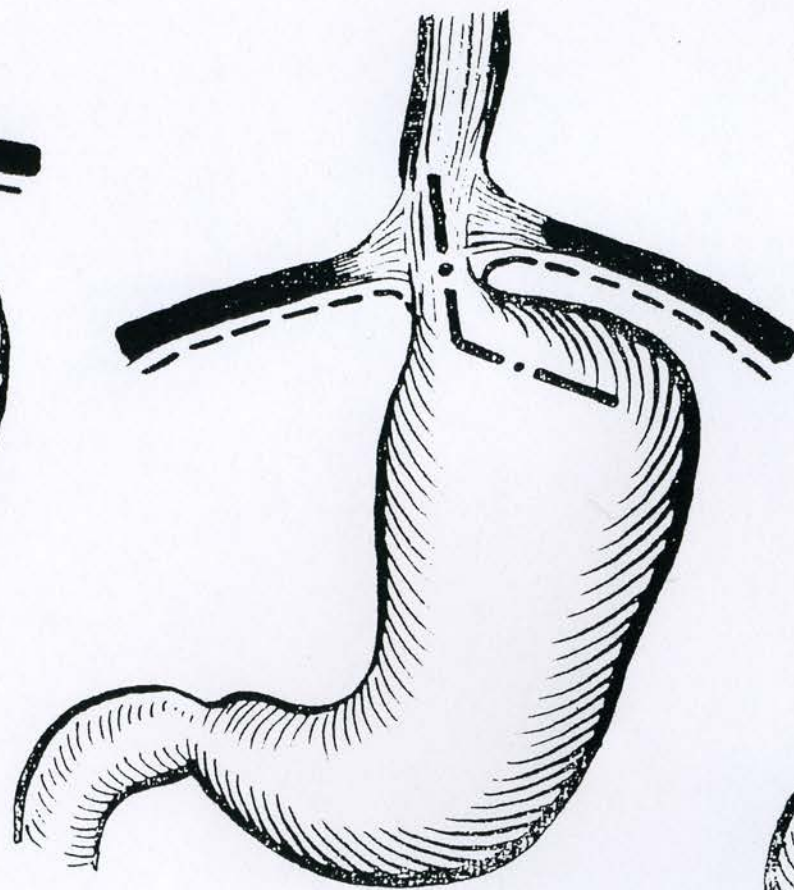
Эзофагеальный рефлюкс без дальнейшей детализации

ГЭРБ – болезнь XXI века

- Симптомы встречаются у половины взрослого населения
- Изжогу испытывают 20% - 40% населения
- При эндоскопии у 10% больных выявляют изменения пищевода , характерные для ГЭРБ
- Из всех больных, имеющих повреждение слизистой пищевода, только 25% обращается к врачу



a



б



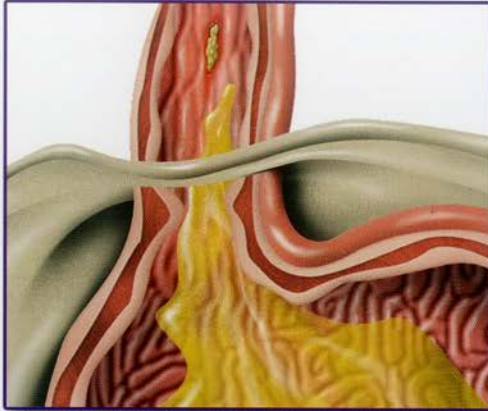
в

Грыжа пищеводного отверстия у взрослого. Нормальный острый угол His-а
острый угол превратился в тупой (б), скользящая грыжа кардии (в)

Оценка тяжести ГЭРБ (эндоскопически)

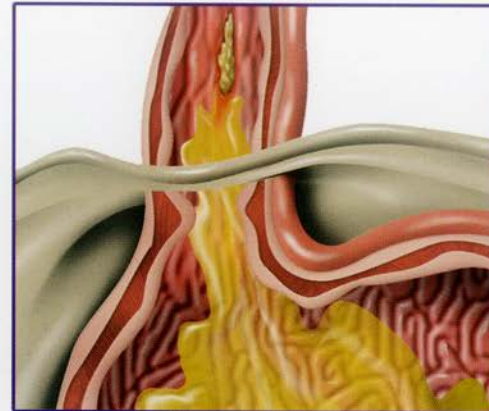
- Для оценки тяжести течения РЭ в настоящее время чаще всего используется классификация Savary-Miller, которая предусматривает выделение 4 (иногда 5) степеней тяжести заболевания. При **РЭ I степени тяжести эндоскопически выявляются единичные эрозии**, занимающие менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода. При **РЭ II степени тяжести эрозии становятся сливными и захватывают уже до 50% поверхности слизистой оболочки дистального участка пищевода. РЭ III степени тяжести характеризуется наличием циркулярно расположенных сливных эрозий, занимающих практически всю поверхность слизистой оболочки дистального отдела пищевода. Наконец, при РЭ IV степени тяжести происходит формирование пептических язв и стриктур пищевода, а также развитие цилиндрической желудочной метаплазии слизистой оболочки пищевода (синдром Баррета). Некоторые авторы рассматривают последнее осложнение как V степень тяжести РЭ.**
- Кроме того, выделяют стадии течения РЭ. При этом стадия А характеризуется лишь умеренной гиперемией слизистой оболочки, а стадия В - образованием видимых дефектов (эрозий) с наложением фибрина.

Лос-Анджелесская классификация рефлюкс-эзофагита¹



Степень А

Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки



Степень В

Одно (или более) поражение слизистой оболочки длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки



Степень С

Поражение слизистой оболочки распространяется на две и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода



Степень D

Поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода

1. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология. Под редакцией акад. РАМН Ивашкина В.Т.

Разрушение межклеточных контактов (Исаков В.А., 2008) многослойного плоского эпителия (в нижнем отделе с единичными мелкими слизистыми железами), агрессивными веществами рефлюксата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты, ферменты начального отдела тонкой кишки) - основная причина раздражения болевых и хеморецепторов выше указанными агрессивными веществами по отношению к слизистой пищевода. «Защищаясь», эпителий пищевода перестраивается (метаплазия) и таким образом противостоит агрессивным факторам: соляной кислоте, пепсинам, желчным кислотам, ферментам поджелудочной железы, тонкой кишки.

Основа ГЭРБ – нарушение моторики пищевода и нижнего пищеводного сфинктера

Существует **неэрозивная (НЭРБ)** и **эрозивная формы (ЭРБ)** гастроэзофагеальной рефлюксной болезни о единстве и различии которых споры пока ведутся постоянно. **Симптомы и клинические проявления этих состояний одинаковы а видимые изменения в пищеводе различны: отсутствие** последних при **НЭРБ** и наличие поврежденной слизистой разной степени при **ЭРБ**.

Клинические проявления ГЭРБ обусловлены раздражением болевых и хеморецепторов, находящихся в глубоких слоях эпителия, при этом видимого повреждения слизистой пищевода может не быть.

ГЭРБ – КЛИНИКА, пищеводные проявления

- Изжога у 83%, отрыжка (кислым, горьким или пищей) у 52%, нарушения глотания (дисфагия) у 19%.
- Ощущение кома за грудиной, боль за грудиной, напоминающая стенокардию, **но не связана с физической нагрузкой у 30%**. (Пищевод и сердце имеют общую иннервацию.)
- Гиперсаливация может быть связана со стимуляцией блуждающего нерва при раздражении кислотой нижнего отдела пищевода, пораженного воспалительным процессом.

У пациентов с ГЭРБ часто развиваются внепищеводные симптомы

Симптом	Эзофагит не выявлен	Эзофагит выявлен
Хронический кашель	11.5%	14.5%
Астма	4.3%	5.2%
Боль в грудной клетке не кардиальной природы	13.5%	15.4%
Заболевания гортани	9.5%	11.2%

Пациентов с внепищеводными симптомами ГЭРБ не всегда беспокоит изжога.

- У пациентов с устойчивым к лечению кашлем, ларингитом и астмой можно заподозрить ГЭРБ (*если трудно дифференцировать назначьте на три дня прокинетики и ИПП*)
- Предполагается, что рецидивирующий средний отит, синусит и фарингит также связаны с ГЭРБ
- У пациентов с внепищеводными проявлениями может не быть типичных симптомов ГЭРБ – изжоги и регургитации. Это особенно характерно для пожилых людей.

ГЭРБ - диагностика

- Анамнез
- Анализ крови
- Анализ мочи
- Флюорография
- Эзофагогастродуоденоскопия (с определением НР)
- *Исследование желудочного содержимого. рН в желудке и пищеводе*

По показаниям

- Рентгенологическое исследование
- УЗИ пищевода (у беременных !) и органов брюшной полости
- ЭКГ с учетом возраста и жалоб

Лечение ГЭРБ

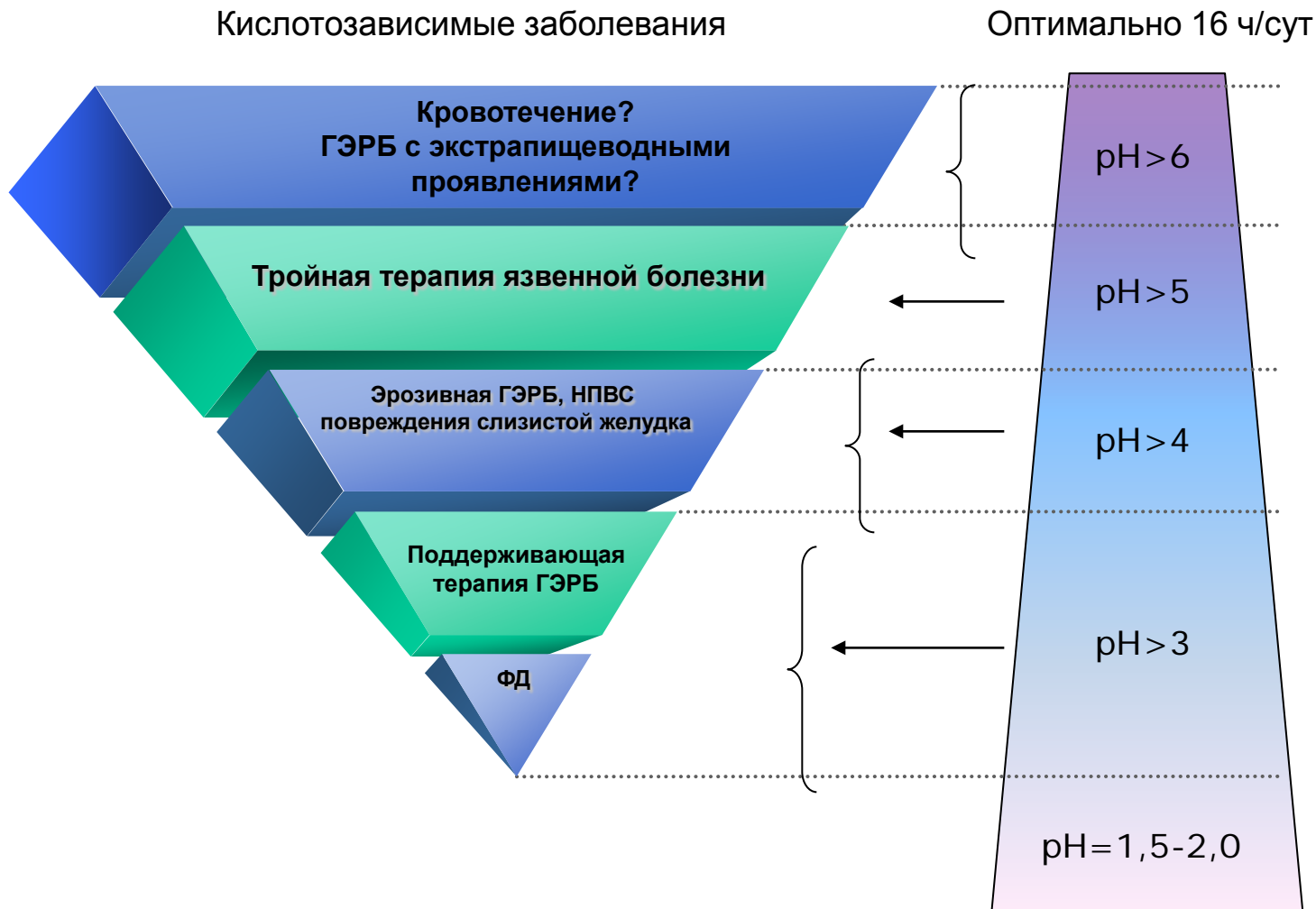
- Уменьшение массы тела.
- Не переедать, особенно на ночь. Последний прием пищи не позднее, чем за 2 часа до сна.
- Спать с приподнятым головным концом кровати на 10 – 15 см с помощью подставок (или подголовник).
- Избегать нагрузок на мышцы брюшного пресса, работы в наклон, особенно после приема пищи.
- Диетические рекомендации: не рекомендуются продукты, вызывающие гиперсекрецию, жирная пища, пиво, газированные воды и вина, блюда, содержащие уксус.
- Избегать (при возможности) приема медикаментов, снижающих тонус пищеводного сфинктера (нитраты, миогенные спазмолитики, и др.)

ПРОКИНЕТИКИ

- ◆ метоклопрамид – «Церукал» 5 – 10 мг
- ◆ домперидол – «Мотилиум» 10мг
- ◆ цизаприд 10 мг
- ◆ итоприда гидрохлорид – «Ганатон» 50 мг
- ◆ тримебутин – «Тримедат» 200 мг

Перед приёмом пищи за 20 - 30 минут

Предполагаемые «идеальные» уровни pH в желудке при различных кислотозависимых заболеваниях (ФД - функциональная диспепсия)



АНТИСЕКРЕТОРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Активное вещество	Лекарственный препарат	Снижает желудочную секрецию на %	Действует эффективно в течение часов	Режимы дозирования		
				Лечение	поддерживающ ее, профилактическое	"по требованию"
Pantoprazole	Пантопразол	93	24 часа	40 мг 2 р/с	20 мг/сутки	20 мг сутки
Rabeprazole	Париет	93	До 24	20 мг в сутки	10 мг/сутки	10 мг
Lansoprazol	Ланзоптол	90	24	30 мг в сутки	30 мг/сутки	30 мг
Esomeprazole	Нуксиум	90	до 24	20 мг в сутки	20 мг/сутки	20 мг
Omeprazole	Омес Цисагат	80 через сутки	от 12 до 24	20 мг 2 раза в сутки	20 мг/сутки	40 мг
Famotidin	Квамател	60.	до 12	20 мг 2 раза в сутки	20 мг/сутки	40 мг

Медикаментозная терапия ГЭРБ

- 1. **ПРОКИНЕТИКИ** (показаны при слабости нижнего пищеводного сфинктера и менее эффективны при диафрагмальной грыже): домперидон (**МОТИЛИУМ**) 10 мг за 20-30 минут перед основными приемами пищи и на ночь перед сном до 12 недель. Аналогично метоклопрамид (**ЦЕРУКАЛ**) 5мг. ИТОПРИД (ганатон) 50мг до еды. Тримебутин (**ТРИМЕДАТ**) 200 мг.
- 2. **АНТИСЕКРЕТОРНЫЕ СРЕДСТВА**: Омепразол, фамотидин по 20 мг 2 раза в сутки. Лансопразол 30 мг. Рабепразол, Эзомепразол, Пантопразол 20 мг на ночь в течение до 12 недель. **«Омез» Инста – ИПП с ускоренным действием – через несколько минут после приема в виде суспензии.**
- 3. **АНТАЦИДЫ**: **«АЛЬМАГЕЛЬ»** и др. антациды для купирования изжоги и для лечения – через час и через 2 часа после еды.
- **Препараты УРСОДЕОКСИХОЛИЕВОЙ кислоты при регургитации кишечного содержимого (урсосан, урсофальк)**
- **АЛЬГИНАТЫ (эзофагопротекторное средство)**

Эрозивная и неэрозивная форма ГЭРБ (неэрозивная ГЭРБ – есть симптомы но на ФГДС нет изменений слизистой пищевода)

ПРОКИНЕТИКИ

Метоклопрамид 5-10 мг, Домперидон 10мг, Тримебутин 200 мг
– перед едой за 20 – 30 МИН.

АНТИСЕКРЕТОРНЫЕ:

РАБЕПРАЗОЛ 20мг/с. 4 недели , ЭЗОМЕПРАЗОЛ 40мг 1 р/с. 4
недели, ЛАНСОПРАЗОЛ 30 мг/с. 4 недели
ОМЕПРАЗОЛ 20 мг 2р/с. 4 недели,
ФАМОТИДИН 20 мг 2 р/сутки 4 недели, далее (для всех
препаратов поддерживающая доза до 12 недель)

АНТАЦИДЫ «по требованию»:

Альмагель, Фосфалюгель, Маалокс, или
СУКРАЛЬФАТ (Вентер) в виде порошка через 1 – 1,5 часа
после еды при наличии язв, эрозий.

Первый в России опыт использования «ГЕВИСКОНА»

Пахомова И.Г. и соавт., 2008 г

10 мг суспензии содержит:

- натрия альгинат – 500 мг
- натрия гидрокарбонат – **267 мг**
- кальция карбонат – **160 мг**

**Применение: 10 – 20 мл после еды, после еды, 3 раза
днем и на ночь.**

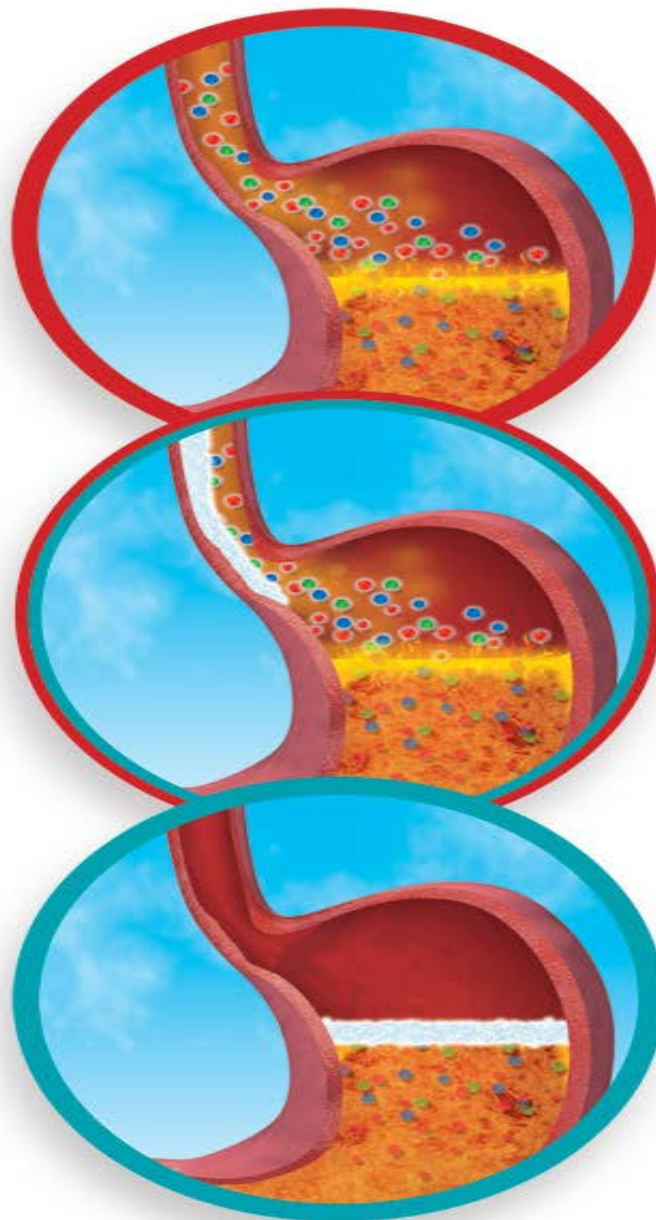
Альгинат натрия (C₁₂H₁₄O₁₂Na₂)_n, биологически активное вещество, природный полимер, производится из морских водорослей. Загуститель, гелеобразователь, стабилизатор суспензий и эмульсий, применяется в составе косметических средств, производстве мороженого и др. молочных продуктов. Более 25 лет применяется за рубежом для лечения ГЭРБ и в проктологии.

Механизм действия «ГЕВИСКОНА»

При взаимодействии с HCL желудочного сока, происходит нейтрализация последней, образуется гель. Гидрокарбонат взаимодействуя с HCL образует CO₂, в результате чего «плот» из геля приобретает плавучесть. Последний предохраняет слизистую 9 выше «плота») от дальнейшего воздействия соляной кислоты, пепсина, кишечного содержимого (щёлочь и ферменты).

Альгинат натрия не всасывается. О взаимодействии его с другими медикаментами не известно.

На течение беременности или на здоровье плода и новорожденного ребёнка влияния не оказывает.



Механизм действия
«ГЕВИСКОНА»

В случаях, когда симптомы ГЭРБ сохраняются, не смотря на прием ИПП (31 – 36 % пациентов по Jonson D.A. et al.,2005)

- Обычно назначают удвоенную дозу ИПП, т.к. у большинства пациентов с упорной симптоматикой сохраняется повышенный уровень секреции соляной кислоты. **Меняют антисекреторный препарат забывая о необходимости назначения прокинетиков.**
- В случае отсутствия повышенной кислотности по данным рН-метрии или при рефлюксе преимущественно тонкокишечного содержимого и желчи , целесообразно дополнить терапию назначением **деоксихолевой кислоты** (урсосан,урсофальк, урдокса), наряду с прокинетиками
- В некоторых случаях целесообразно применение **альгината натрия- «ГЕВИСКОНА»**

Антисекреторная терапия и *Helicobacter pylori* infection

(Хомерики Н.М., Хомерики С.Г., 2008)

- Наличие НР-инфекции должно служить противопоказанием к длительной терапии антисекреторными средствами, о чем обязательно следует информировать пациентов для пресечения практики самолечения.
- Антисекреторные препараты необходимо отменять за 14 дней до проведения диагностики НР-инфекции, а контроль эрадикации не менее чем через 2 недели после отмены антисекреторных препаратов.

Осложнения ГЭРБ

- Пищевод Баррета – наличие кишечного метаплазированного эпителия в слизистой оболочке пищевода. На этом фоне возможно развитие рака до 6% в зависимости от вида метаплазии.
- Пептические язвы, кровотечения, стриктуры пищевода.

В выше указанных случаях решается вопрос о хирургическом (эндоскопическом) пособии.

Эндоскопическая картина пищевода Барретта



Лечение ГЭРБ при беременности

Метоклопрамид 5 мг перед едой (Терапевтический справочник Вашингтонского университета, Т.Нозер и М.Мак-Гейн)

Лансопразол - кроме 1 триместра – 15-30 мг на ночь и несистематически !

Растворимые антациды («скорая помощь») – натрия гидрокарбонат или

Смесь Бурже: Natrii hydrocarbonici 8,0

Natrii phosphorici 4,0

Natrii sulphurici 2,0

Развести в 0,5 л, пить по глотку между приемами пищи и по требованию

Действует быстро, но кратковременно, натрий может привести к появлению отеков.

Невсасывающиеся антациды – алюминий и магнийсодержащие препараты, кроме сульфата магния и фосфата алюминия, которые могут вызывать слабость родовой деятельности.

«ТАЛЬЦИД» - магний-алюминий-гидроксикарбонат слоистосетчатой структуры по 1 жевательной таблетке через час после еды и на ночь. Не вызывает запоров. Действует через 3 – 5 минут в течение около двух часов, обладает хорошей кислотонейтрализующей способностью.

«АЛМАГЕЛЬ»- гель гидроокиси алюминия, по 1 дозировочной ложке через час и 2 часа после еды, и на ночь. Вызывает запоры !

«РЕННИ» - 680мг карбоната кальция и 80мг карбоната магния, не вызывает запоров, действует 2 -3 часа

«ГЕВИСКОН» - 10 – 20 мл после еды, после еды, 3 раза днем и на ночь

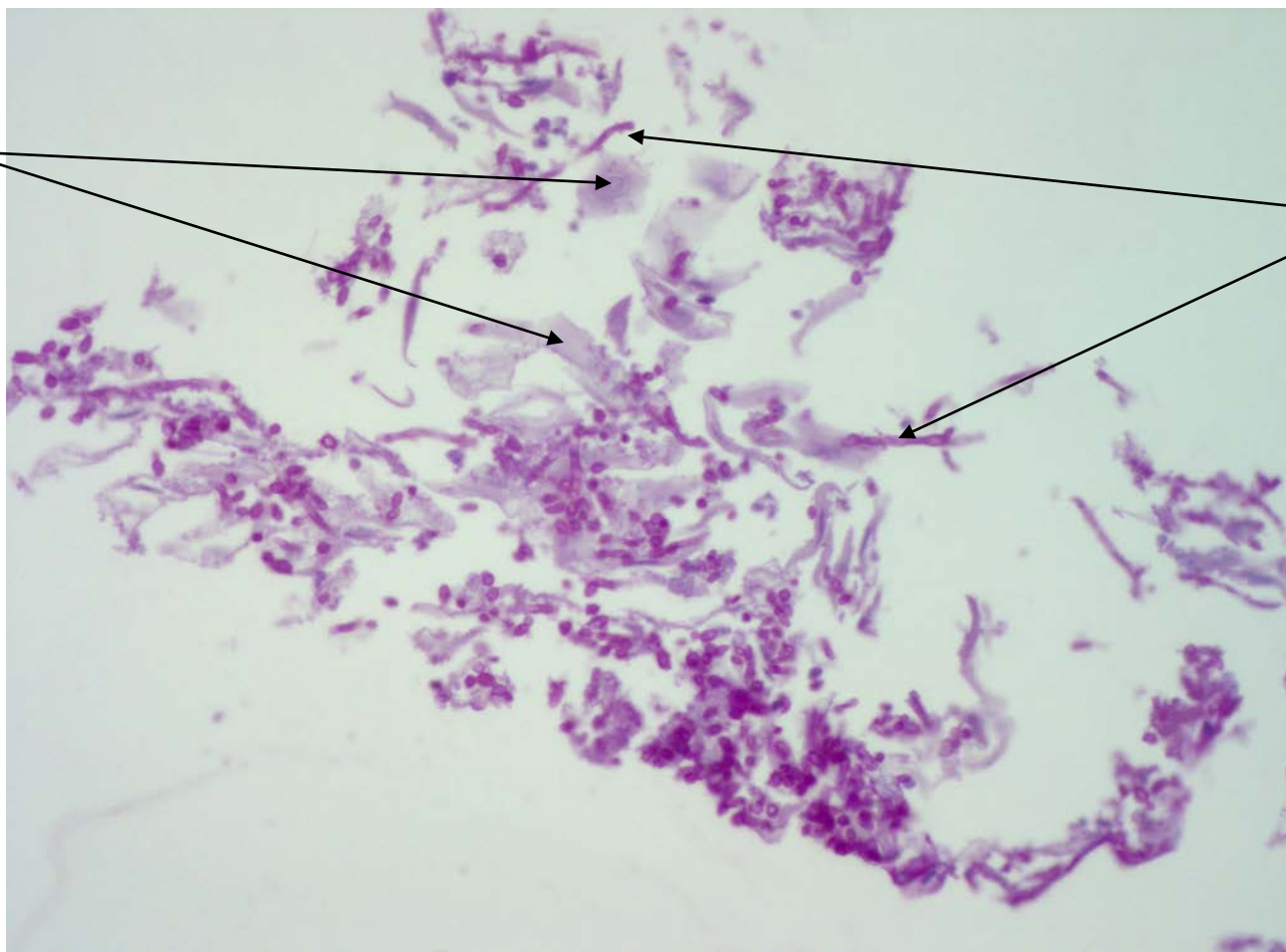
Кандида эзофагит

У лиц с поражением иммунной системы (СПИД), при новообразованиях, у больных с диабетом, гипопаратиреозом, гемоглобинопатией, СКВ, длительно принимающих антибиотики, эрозиями пищевода - отмечают **одинофагию, дисфагию**, боли при глотании, обнаруживают кандидозный стоматит (в 50 %), и/или специфический эзофагит.

- **Диагностика.** После приема бария сульфата на рентгенограмме выявляются большие дефекты наполнения; при эндоскопии отмечают желто-белые бляшки или узелки на рыхлой красной слизистой оболочке, берут соскобы, биоптаты и выделяют культуры грибов.
- **Лечение:** нистатин внутрь (100 000 ЕД/мл) 5 мл каждые 6 ч или клотримазол (таблетки 10 мг, сосать каждые 6 ч); **Флуконазол** (дифлюкан, дифлазон, форкан, флюкостат — отечественный флуконазол) представляет собой водорастворимый **триазол** и назначается в дозе 100 мг в день 10 дней. **Флуконазол** — это препарат, всасывание которого не зависит от pH желудочного сока. Значительно более эффективен при лечении пищевого кандидоза при СПИДе, чем кетоконазол (200 мг ежедневно)

Эрозивный инвазивный кандидоз-эзофагит

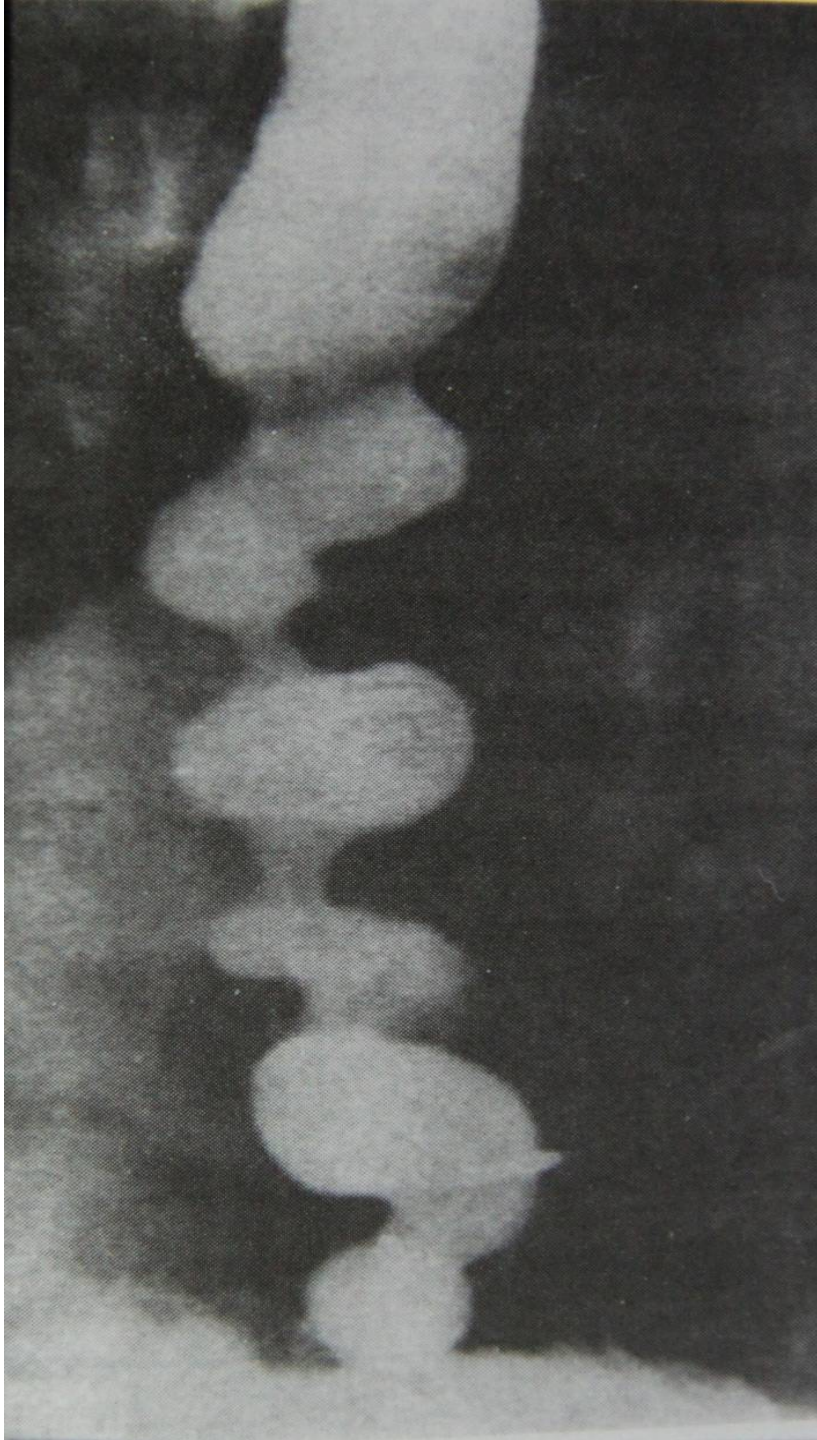
Клетки
покровного
плоского
эпителия



Грибы
рода
Candida

ЭЗОФОГОСПАЗМ

- **Диффузный спазм пищевода (эзофагоспазм)** — заболевание, относящееся к дискинезии пищевода, при котором периодически возникает **некоординированные спастические сокращения гладкой мускулатуры пищевода при сохранении нормального тонуса нижнего пищеводного сфинктера и его рефлекторного раскрытия во время глотания**
 - Этиология диффузного спазма пищевода неизвестна:
 - **Первичный (идиопатический) эзофагоспазм** — органические изменения нервной системы, при которых поражаются межмышечные нервные сплетения, участвующие в регуляции двигательной активности пищевода.
 - **Вторичный (рефлекторный) эзофагоспазм** — обусловлен висцеро-висцеральными рефлексам, сопутствует таким заболеваниям, как, ГЭРБ, эзофагиты различной этиологии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, желчнокаменная болезнь, при которых происходит поражение слизистой пищевода.
- Вторичный эзофагоспазм может развиваться на фоне некоторых заболеваний соединительной ткани, диабетической нейропатии, а также при выраженных психоэмоциональных **СТРЕССАХ.****



**Эзофогоспазм («пищевод
шелкунчика») (по Черноусову
А.Ф. и соав.,2000)**

Лечение эзофогоспазма

- **Клиническая картина**

Основные проявления диффузного спазма пищевода — это боли в грудной клетке и дисфагия.

Диагностика: рентгеноскопия, эндоскопия пищевода, ЭКГ

ЛЕЧЕНИЕ: ограничение употребления шипучих напитков, слишком горячей и холодной воды, некоторых соков овощей (капуста), фруктов (яблок) которые провоцируют спазм.

Показано назначение до еды за 20 -30 минут изосорбита мононитрата 10 мг 3 раза, дополнительно можно нифедипин 10 мг 3 раза или дротаверин (но-шпа, спазмол и др.) по 40 мг.

Бета-аденомиметики: изадрин, алуpent, астмопент, дофамин, добутамин и другие – в порядке неотложной помощи, в т.ч. возможно 5 капель 0,18% адреналина с 0,5% новокаином per os.

Для большинства больных необходимо назначение седативных препаратов или антидепрессантов.

Ахалазия кардии

- Это нерво-мышечное заболевание, суть которого – стойкое **нарушение раскрытия кардии** при глотании и дискинезия стенок грудного отдела пищевода.
- Причина ахалазии – поражение интрамурального нервного сплетения пищевода, которое ведет к нарушению последовательности перистальтической активности пищевода и отсутствует расслабление нижнего пищеводного сфинктера. Возможно, это связано с **дефицитом ингибирующего медиатора – оксида азота (NO)**

АХАЛАЗИЯ КАРДИИ

На пути пищевого комка появляется препятствие. Со временем пищевод расширяется. Пища скапливается в резервуаре нижнего отдела пищевода. Ее вес оказывает механическое действие на нижний пищеводный сфинктер и пища частично поступает в желудок.

Дисфагия, боль в нижней трети грудины, срыгивание пищей и слизью, похудение, «стенокардия», тревога и фобия - основные симптомы данного заболевания.

Диагностика : Распрос, осмотр, рентгенография пищевода и желудка, ЭКГ.

В первую очередь исключается опухоль или пептическая стриктура пищевода, инфаркт миокарда.



**Рентгенологическая картина
кардиоспазма**

(Фомин П.Д.,2008)

АХАЛАЗИЯ КАРДИИ. Общие принципы лечения.

Основной метод лечения **кардиодилатация** – форсированное расширение нижнего пищеводного сфинктера баллоном, в который под высоким давлением нагнетается воздух или вода или ртуть. **Расширение пищевода бужами** от 6 мм до 14 мм – постепенно. Иногда достаточно расширение пищеводного сфинктера эндоскопом во время скопии.

При неэффективности проводят эндоскопическую **кардиомиотомию**. Вариант операции определяет хирург.

В некоторых случаях эффективно интрамуральное введение в нижний пищеводный сфинктер миорелаксантов **ботулотоксина** - («Ботокс», «Диспорт») интенсивно снижается гиперактивность поперечно-полосатой мускулатуры и **мышц сфинктеров**.

АХАЛАЗИЯ КАРДИИ. Общие принципы лечения.

Консервативное лечение:

- психотерапия, включая медикаментозную используя антидепрессанты : амитриптилин, тифизопам («грандаксин»), Гидроксизин («Атаркс) и др. в терапевтических дозах.
- Частое, дробное питание механически и термически щадящей пищей (диета 1, 1а, 1б)
- Блокаторы кальциевых каналов **нитрендипин** 10-30 мг за 30 мин до еды под язык; **изосорбида динитрат** 5мг за 30 мин до еды сублингвально или 10 мг внутрь.
- Бета-аденомиметики: изадрин, алупент, астмопент, дофамин, добутамин и другие – в порядке неотложной помощи, в т.ч. Возможно 5 капель 0,18% адреналина с 0,5% новокаином per os.
- Прокинетики (метоклопрамид) , ингибиторы протонной помпы (омепразол и др), антациды, сукральфат – при выявлении повреждения слизистой пищевода.

Дивертикулы пищевода

- Дивертикул это карманоподобное выпячивание стенки пищевода кнаружи.
- Стенка дивертикула представлена слизистой оболочкой, выбухающей через дефект в мышечном слое органа.
- **Дивертикулы пищевода** встречаются чаще у мужчин после 50 лет.
- Различают **пульсионные и тракционные** ДП.

Пульсионные образуются в результате локального повышения внутрипищеводного давления во время акта глотания.

Тракционные развиваются в результате какого-либо воспалительного процесса в окружающих пищевод тканях (медиастинит, лимфаденит, плеврит), при котором формирующаяся рубцовая ткань вытягивает пищеводную стенку в сторону пораженного органа.

Врожденные **дивертикулы пищевода** встречаются крайне редко.

Приобретенные **дивертикул пищевода** в зависимости от их локализации различают:

- а) **глоточно-пищеводные (ценкеровские)** – пульсионные, исходящие из задней стенки глотки;
- б) **бифуркационные – тракционные**, исходящие из правой стенки пищевода на уровне бифуркации трахеи. Являются следствием воспалительных процессов в средостении и плевральной полости;
- в) **эпифренальные (наддиафрагмальные)–пульсионные**, исходящие из правой стенки пищевода в его нижней трети;
- г) **множественные** – как правило, функциональные, т.е. возникающие при сокращении стенки пищевода и исчезающие при ее расслаблении.

Клинически небольшие дивертикулы протекают бессимптомно.

По мере увеличения размеров **дивертикулы пищевода** со скоплением в нем пищи и сдавливанием пищевода появляются симптомы заболевания – **дисфагия, отрыжка, срыгивание (в горизонтальном положении), гнилостный запах изо рта.**

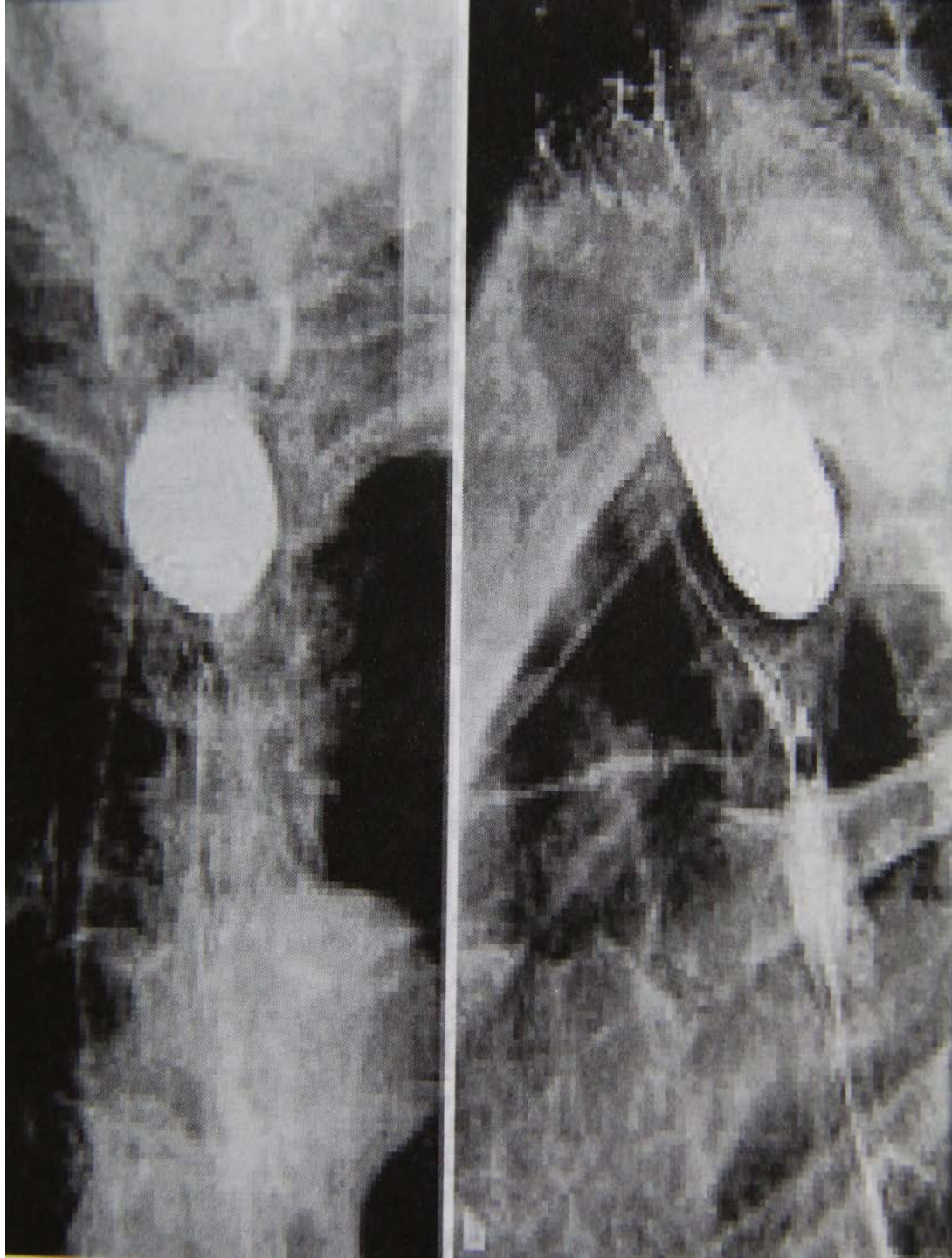
Большие дивертикулы могут вызвать сдавление соседних с пищеводом структур средостения – крупных сосудов, сердца, легких. **Появляется набухание шейных вен, одышка, осиплость голоса, сердцебиение «стенокардия» не связанная с физической нагрузкой.**



Ценкеровский дивертикул
(по Черноусову А.Ф. и соавт.
2000).

Регургитация пищи,
дисфагия, бурлящие шумы в
глотке.

Сдавление шеи вызывает
затруднение дыхания;
сдавление возвратного
нерва – осиплость голоса в
результате пареза головных
связок: сдавление яремной
вены – затруднение оттока
от шеи и головы, которые
проявляются синюшностью
кожи лица и шеи, сильными
головными болями



Ценкеровский дивертикул:
третья стадия

Фомин П.Д., 2008



Бифуркационные
дивертикулы (по
Черноусову А.Ф., и
соав., 2000)

Как правило
малосимптомны,
часто случайные R-
находки. Дисфагия,
одинофагия,
регургитация,
умеренные
загрудинные боли,
отрыжка. При
наличии
осложнений лечение
хирургическое.

Возможные осложнения дивертикулов пищевода: кровотечение, бронхиты, пневмонии, абсцессы легкого, медиастинит, пищеводно-бронхиальный свищ, нередко малигнизация.

Диагностика. Анамнез. Анализ крови. Анализ мочи. Флюорография. **Контрастная рентгенографию пищевода. Эзофагоскопия.**

ЛЕЧЕНИЕ: дивертикулэктомия, или инвагинация дивертикула.

Медикаментозное лечение: частое дробное жидкое или полужидкое питание иногда в определенном положении тела (**дренаж постуральный** — это дренирование путем придания больному положения при котором жидкость отекает под действием силы тяжести) , промывание пищевода после еды водой, прокинетики, возможно ИПП или слизистые протекторы (сукральфат) при наличии эрозий, язв.

Рак пищевода

- В структуре онкозаболеваемости на 6 – 7 месте, или 5% смертности
- Хр. Эзофагиты, язвы пищевода, метаплазия эпителия пищевода, полипы, рубцовые изменения пищевода различной этиологии – предопухолевые состояния.
- Наиболее часто рак пищевода поражает среднегрудной отдел – 60%, в нижнегрудном отделе, брюшном отделе - 30%, но часто в этих случаях опухоль распространяется с желудка.
- Чем выше уровень распространенности неопухолевых заболеваний в пищевода с регионе – тем выше уровень рака этого органа (жители аборигены крайнего Севера, Средне-Азиатские страны)
- Симптомы разнообразны но отражают нарушение функции пищевода
- **Диагностика рентгенологическая и эндоскопическая**

Эндоскопическая картина рака пищевода

