

ДИВЕРТИКУЛ ПИЩЕВОДА -ограниченное выпячивание пищеводной стенки.

1.Пульсионные дивертикулы образуются вследствие выпячивания пищеводной стенки под действием высокого внутрипищеводного давления, возникающего во время его сокращения.

Фракционные дивертикулы связаны с воспалительным процессом в окружающих тканях и образованием рубцов, которые вытягивают стенку пищевода в сторону пораженного органа (медиастинальный лимфаденит, хронический медиастинит, плеврит).

2.Тракционный механизм наблюдается в самом начале развития дивертикула, затем присоединяются пульсионные факторы, вследствие чего дивертикул становится пульсионнотракционным.

Дивертикулы подразделяют в зависимости от расположения на
-глоточно-пищеводные (ценкеровские),
-эпибронхиальные (бифуркационные, среднепищеводные),
-эпифренальные

Различают истинные дивертикулы, стенка которых содержит все слои стенки пищевода, и ложные, в стенке которых отсутствует мышечный слой. При нарушениях моторики пищевода (эзофагоспазм) наблюдают псевдодивертикулы, возникающие только в момент сокращения пищевода, при расслаблении пищевода они исчезают. Дивертикулы наблюдаются редко в возрасте до 30 лет и часто после 50 лет; среди больных преобладают мужчины. Наиболее часто дивертикулы бывают в грудном отделе пищевода.

Клиника и диагностика: чувство першения, царапания в горле, сухой кашель, ощущение инородного тела в глотке, повышенная саливация, иногда спастическая дисфагия. По мере увеличения дивертикула наполнение его пищей может сопровождаться булькающим шумом при глотании, приводить к развитию дисфагии разной степени выраженности, к появлению выпячивания на шее при отведении головы назад. Выпячивание имеет мягкую консистенцию, уменьшается при надавливании, после приема воды при перкуссии над ним можно определить шум плеска. Возможна спонтанная регургитация непереваренной пищи из просвета дивертикула при определенном положении больного, затруднение дыхания из-за сдавливания трахеи, появление осиплости голоса при сдавлении возвратного нерва. При приеме пищи у больных может развиваться "феномен блокады", проявляющийся покраснением лица, ощущением нехватки воздуха, головокружением, обморочным состоянием, исчезающим после рвоты.

При длительной задержке пищи в дивертикуле появляется гнилостный запах изо рта. У большинства больных нарушается питание, что приводит их к истощению. **Эпибронхиальные** дивертикулы чаще всего характеризует бессимптомное течение, возможны явления дисфагии, боли за грудиной или в спине, при хроническом дивертикулите прорыв в трахею, аспирация, развитие бронхопневмонии, абсцесса легкого.

Эпифренальные дивертикулы также у большинства больных протекают бессимптомно, но могут проявляться болями за нижней частью грудины, аэрофагией, тошнотой, рвотой, рефлекторной одышкой, сердцебиением, бронхоспазмом, симптомами сдавления пищевода и кардиоспазма. Течение заболевания медленное, без существенного прогрессирования.

Ценкеровские дивертикулы могут осложняться развитием дивертикулита, который в свою очередь может стать причиной флегмоны шеи, медиастинита, развития пищеводного свища, сепсиса.

Регургитация и аспирация содержимого дивертикула приводят к хроническим бронхитам, повторным пневмониям, абсцессам легких. Возможны кровотечения из эрозированной слизистой оболочки дивертикула, развитие в нем полипов, малигнизация его стенки. При длительной задержке пищевых масс в эпибронхиальных и эпифренальных дивертикулах могут возникать осложнения: дивертикулит, медиастинальный абсцесс с прорывом в бронх, пищевод, перикард и другие органы средостения, массивное кровотечение. Хронический дивертикулит предрасполагает к возникновению рака. Глоточно-пищеводные дивертикулы иногда можно обнаружить при осмотре и пальпации шеи. Основным методом диагностики дивертикулов пищевода является контрастное рентгенологическое исследование, устанавливающее наличие дивертикула, ширину шейки, длительность задержки в нем бария, степень нарушения проходимости пищевода, признаки развития в дивертикуле полипа и рака, формирование пищеводно-бронхиального и пищеводно-медиастинальных свищей. Эндоскопическое исследование дает возможность установить наличие дивертикула, обнаружить изъязвление его слизистой оболочки, наличие кровотечения, диагностировать полип или рак в дивертикуле. Проводить исследование нужно очень осторожно в связи с возможностью перфорации дивертикула.

Лечение при небольших размерах дивертикулов, отсутствии осложнений, абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению проводят консервативную терапию, направленную на профилактику задержки пищевых масс в дивертикуле и уменьшение возможности развития дивертикулита. Пища должна быть полноценной, механически, химически и термически щадящей. Больным рекомендуют питаться хорошо измельченной пищей. После еды следует выпивать несколько глотков воды, принимать положение, способствующее опорожнению дивертикула. При больших размерах дивертикулов иногда возникает необходимость в промывании полости дивертикула.

Показания к хирургическому лечению дивертикулов пищевода: — осложнения (перфорация, пенетрация, кровотечение, стеноз пищевода, рак, развитие свищей), большие дивертикулы, осложненные хотя бы кратковременной задержкой в них пищевых масс, длительная задержка пищи в дивертикуле независимо от его размеров. В зависимости от локализации дивертикула выбирают операционный доступ: при глоточно пищеводных шейный, при эпибронхиальных правосторонний трансторакальный, при эпифренальных левосторонний трансторакальный. Применяют дивертикулэктомию: выделяют дивертикул из окружающих тканей до шейки, производят миотомию, иссекают его и ушивают отверстие в стенке пищевода. При значительном мышечном дефекте или атрофии мышечных волокон пищевода производят пластическое восстановление его стенки лоскутом диафрагмы, плевры. Инвагинацию применяют только при небольших размерах дивертикулов. Летальность после операции составляет 1-1,5%

Причины возникновения рака пищевода до этого времени недостаточно изученные. Но сейчас уже известные некоторые факторы, которые, без сомнения, сыграют существенную роль в развития этой болезни.

- Прежде всего следует остановиться на хроническом действии на слизистую оболочку пищевода разных раздражающих веществ, которые принимаются через рот: например, постоянное употребление острой, чрезмерно горячей пищи, травмирование слизистой оболочки при употреблении в пищу мелкой рыбы, которую едят вместе с костями, частое употребление крепких спиртных напитков, курение. По данным литературы, среди больных раком пищевода 48% мужчин, которые курят и 27% женщин. Главную роль играет заглатывание слюны, которая содержит продукты сгорания табака.
- Приведены случаи сочетания рака пищевода с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, с рубцовыми стриктурами пищевода.
- Следует помнить о роли наследственности в этиологии и патогенезе рака пищевода. Сюда относят врожденный короткий пищевод (*пищевод Баррета*), в особенности в объединении его с гиперкератозом. Приведены случаи семейного гиперкератоза ступней и ладоней (*тилоз*), при котором отмечается высокая заболеваемость раком пищевода.
- Среди других заболеваний, которые связаны с поражением слизистой оболочки и в сочетании с высоким риском рака пищевода, следует отметить *синдром Пламера-Винсона*, который характеризуется гипохромной анемией, сниженным содержанием железа в плазме.

Предрак пищевода. К предраковым изменениям пищевода относятся:

- лейкоплакия, которая характеризуется очаговыми и гиперпластическими разрастаниями, которые возвышаются над поверхностью слизистой в виде беловатых мозолистых утолщений в диаметре до 1 см , одиночных или множественных. Микроскопически в участке лейкопластических бляшек отмечается увеличение пластов эпителиальных клеток до 50-60, клетки больших размеров.

- Хронический эзофагит нередко предшествует раку пищевода. Симптомы при этой болезни часто отсутствуют, иногда больные жалуются на изжогу, боль при прохождении пищи по пищеводу. Причинами эзофагита могут быть хронический гиперацидный гастрит, желудочно-пищеводный рефлюкс, кардиоспазм.

- Хронический язвенный эзофагит конечно, возникает на фоне хронического эзофагиту, проявляется нарастанием боли при прохождении пищи по пищеводу и возникновением симптомов стеноза пищевода, возможны большие кровотечения.

При классификации по стадиям учитывается также анатомический отдел пищевода.

I. Опухоли шейного отдела. Шейный отдел расположен от линии соединения глотки со пищеводом до входа в грудную полость, приблизительно 18 см от линии передних резцов.

II. Опухоли внутригрудного отдела (за исключением нижней трети):

а) верхняя часть размещена от входа в грудную полость до нижнего края VI грудного позвонка , приблизительно 26 см от передних резцов;

б) средняя грудная часть размещена от нижнего края VI грудного позвонка до нижнего края VIII грудного позвонка, приблизительно 31 см от передних резцов;

в) нижняя часть пищевода длиной 10 см начинается от нижнего края VIII грудного позвонка и заканчивается кардиальным отверстием, приблизительно 40 см от передних резцов.

Пути метастазирования:

Метастазирование происходит главным образом лимфогенным путем в регионарные лимфатические узлы.

- Рак шейного отдела рано метастазирует в клетчаточные пространства шеи и надключичных участков.
- Рак грудного отдела метастазирует в лимфоузлы средостения и околопищеводного клетчатку. Метастазы в лимфоузлы левого надключичного участка (*метастазы Вирхова*) характерны для запущенного рака всех отделов пищевода.
- Для рака среднего и нижнего грудных отделов типичными являются метастазы в лимфоузлы малого сальника. Печень поражается метастазами приблизительно в 20% случаев, легкие - в 10%, другие органы брюшной полости и кости поражаются реже.

Регионарными лимфоузлами пищевода являются:

- для шейного отдела - шейные лимфоузлы (в том числе надключичные)
- для внутригрудного отдела - лимфоузлы средостения

Классификация раков пищевода

(код МКБ - О С15) по системе TNM (5-е издание, 1997 год).

TNM Клиническая классификация T - Первичная опухоль (шейный и внутригрудной отделы пищевода)

T_x - недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T₀ - первичная опухоль не определяется

T₁ - опухоль инфильтрирует базальную мембрану или подслизистый слой

T₂ - опухоль инфильтрирует мышечный слой

T₃ - опухоль инфильтрирует адвентицию

T₄ - опухоль распространяется на окружающие структуры

N - Регионарные лимфатические узлы.

N_x - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N₀ - нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

N₁ - имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах

M - Отдаленные метастазы

M_x - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

M₀ - отдаленные метастазы не определяются

M₁ - имеются отдаленные метастазы

Клиника.

Симптоматику рака пищевода с учетом стадии можно поделить на 3 группы.

1. Общие симптомы, которые встречаются при хронических заболеваниях и поражениях злокачественными опухолями, в том числе и при раке пищевода

- общая слабость,
- быстрая усталость,
- снижение аппетита,
- похудение,
- потеря интереса к окружающему,
- раздражительность и др.

2. Симптомы, которые характерны для заболеваний органов грудной полости:

- тупая боль в груди или в спине,
- одышка, которая появляется после приема пищи,
- тахикардия, которая появляется после приема пищи,
- изменение тембра голоса и др.

3. Симптомы непосредственного поражения пищевода. Эта группа симптомов важная в диагностике рака пищевода, включает:

- дисфагию,
- повышенную саливацию,
- боль при глотании (в особенности твердой пищи),
- ощущение “царапанья” за грудиной,
- запах изо рта и неприятный привкус,
- дурноту,
- срыгивания.

Диагностика.

Диагноз рака пищевода устанавливается с помощью приведенных методов исследования:

- Эндоскопическое исследование - эзофагоскопия с биопсией или взятием пунктата, мазков-соскобов из поверхности опухоли для гистологического и цитологического исследования.
- Рентгенологическое исследование - для уточнения степени распространения рака пищевода применяется:
 - трахеобронхоскопия,
 - пневмомедиастинотомография,
 - медиастиноскопия,
 - компьютерная томография.
- Радиоизотопное исследование
- Ультразвуковое исследование
- Хирургическое исследование - лапароскопия, диагностическая лапаротомия.

При дифференцированной диагностике необходимо иметь в виду такие болезни пищевода как кардиоспазм, доброкачественные опухоли, язвы, туберкулез, сифилис, актиномикоз, сужение пищевода при рефлюкс-эзофагите и при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, рубцовой стриктуре после термических и химических ожогов, дивертикулы пищевода.

Лечение.

Лечение рака пищевода может быть хирургическим, лучевым или комбинированным. Любой из этих методов имеет самостоятельное значение.

· Хирургическое лечение.

Радикальные операции применяется при I, II, III стадиях средней и нижней трети грудного и абдоминального отделов пищевода:

и *операция Добромыслова - Торека* включает экстирпацию пищевода с его следующей пластикой в два этапа:

1) экстирпация пищевода с выводом эзофагостомы на шею и наложением гастростомы;

2) замещение удаленного пищевода кишечным или желудочным трансплантатом.

и *операции Гарлока и Люиса* - одномоментные операции с замещением удаленной части пищевода желудком. Операция *Гарлока* выполняется при локализации опухоли в нижней трети пищевода и в кардиоэзофагальной участку.

Операция *Люиса* выполняется при локализации опухоли в средней трети пищевода.

Паллиативные операции применяются при IV стадии в виде гастростомы, реканализации пищевода.

· Лучевое лечение как самостоятельное лечение применяется у большинства больных раком шейного отдела и верхней трети, грудного отдела при противопоказаниях к хирургическому лечению или отказе больного от операции.

· Комбинированное лечение:

Первый этап - дистанционная гамма-терапия с облучением всей длины пищевода при обычном фракционировании.

Второй этап - резекция пищевода через 2-3 недели. При укрупненном фракционировании операция в первые три дня после лучевой терапии.

· *Химиотерапия* рака пищевода в последние годы получает всё большее распространение. Возможно лечение блеомицином, 5-ФУ, соединениями платины в комбинации с лучевой терапией.

Доброкачественные опухоли и кисты пищевода

Доброкачественные опухоли и кисты пищевода распространены относительно мало и подразделяются на образования, локализованные в мышечной стенке, и на те, которые находятся в просвете пищевода.

Интрамуральные поражения — это либо однородные опухоли, либо кисты; наиболее типичны лейомиосаркомы. Фибромы, миомы, фибромиомы и липомиомы, липомы, нейрофибромы, гемангиомы, остеохондромы, гранулярноклеточные миобластомы и опухоли гломуса относятся к редким формам.

Инtralюминальные опухоли — это полипоидные массы или образования, растущие на ножках, которые происходят из подслизистого слоя, развиваются в просвет пищевода и покрыты нормальным слоистым сквамозным эпителием. Эти опухоли обладают богатой васкуляризацией; примерами служат миксома, миксофиброма, фиброма и фибролипома. Инtralюминальные опухоли, имеющие ножку, должны быть удалены.

