

Д-р Ариель Став

ЛИЦЕНЗИЯ БЕЗ ПРОБЛЕМ

Он-лайн курс подготовки к лицензионным экзаменам USMLE step 2

Учебное пособие для врачей по сдаче тестового лицензионного экзамена на право заниматься врачебной деятельностью в Израиле, США и в странах Евросоюза

КНИГА ПЕРВАЯ

ТЕРАПИЯ

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

«ТЕСТЫ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ЖКТ»

Лекция 1

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

www.usmle.ru

Запись на курс: +79039365955 (РФ)

+972-(0)-547829892 (Израиль)

Скайп: doctor-pediatr

Израиль, 2015

©All rights reserved.

Dr. Ariel Stav MD.

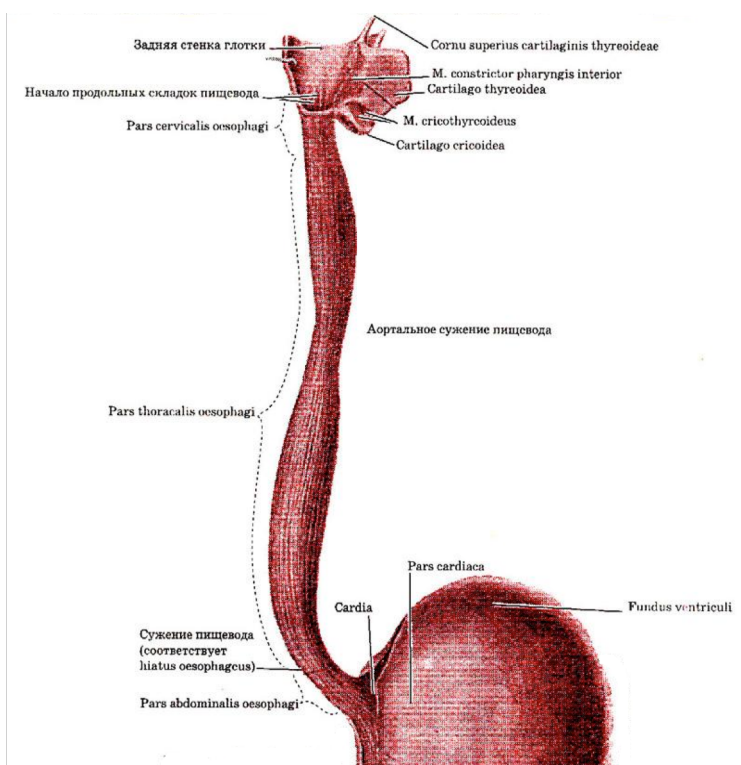
“Medical Diamond International” - 2015

ПИЩЕВОД – ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Невозможно, или даже не этично говорить о тестах на заболевания пищевода, не имея представления нем как таковом. Поэтому, доктора, вооружимся (совсем немного) выдержкой и терпением, и чуть вспомним анатомию этого достойного органа.

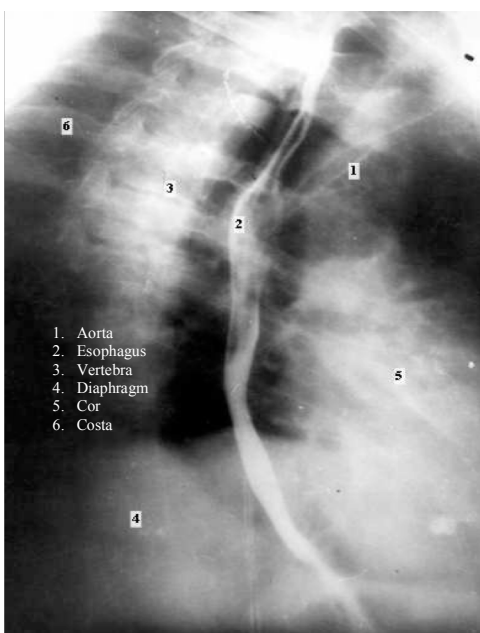
На уровне VI -VII шейных позвонков глотка, суживаясь, продолжается в пищевод, oesophagus, который имеет вид неширокой сплюснутой в переднезаднем направлении мышечной трубки длиной в среднем 25см.

Начальной частью пищевод располагается в области шеи, по передней поверхности тел нижних шейных позвонков. Этот отдел пищевода получает название шейной части, pars cervicalis oesophagi. Через apertura thoracis superior пищевод переходит в грудную полость; этот отдел пищевода носит название грудной части, pars thoracalis oesophagi. В полости груди пищевод располагается по передней поверхности I - IX грудных позвонков. Ниже IX грудного позвонка пищевод, оттесненный аортой, отходит кпереди. Достигнув диафрагмы, пищевод направляется через hiatus oesophageus диафрагмы в брюшную полость, где переходит в третий отдел - брюшную часть пищевода, pars abdominalis oesophagi; эта часть



пищевода является самой короткой (длина ее около 1 см). По отношению к срединной плоскости пищевод занимает левостороннее положение, за исключением средних отделов грудной части, где он оттесняется аортой вправо. Передняя стенка пищевода до уровня IV - V грудных позвонков прилежит к задней стенке трахеи, а ниже - к околосердечной сумке в той ее части, где она покрывает заднюю поверхность сердца. В брюшной полости к передней поверхности пищевода прилежит задний край (поверхность) левой доли печени, на которой пищевод оставляет след в виде вдавления - impressio oesophagea. Задняя стенка пищевода до уровня IX грудного позвонка отделена от позвоночника слоем рыхлой клетчатки, в которой заложены кровеносные и лимфатические сосуды. Ниже IX грудного позвонка задняя стенка пищевода соприкасается с грудной аортой. С боков к пищеводу прилежат плевральные листки. В окружности пищевода имеется слой рыхлой клетчатки - tunica-adventitia.

Стенку пищевода образуют следующие слои: мышечная оболочка, tunica muscularis, подслизистый слой, tela submucosa, и слизистая оболочка, tunica mucosa. Мышечная оболочка, tunica muscularis, в верхних отделах пищевода является продолжением поперечно-полосатых мышечных волокон глотки. В средних отделах пищевода происходит замена поперечно-полосатых мышечных волокон гладкими, поэтому в нижних отделах пищевода залегают исключительно гладкие мышечные



волокна.

В мышечном слое пищевода различают мышечные пучки продольного слоя, stratum longitudinale, располагающиеся снаружи, циркулярного, stratum circulare, залегающего изнутри.

Подслизистый слой, tela submucosa, представлен хорошо развитым слоем рыхлой соединительной ткани. Слизистая оболочка, tunica mucosa, благодаря хорошо выраженному подслизистому слою, имеет большое

количество складок, преимущественно продольного направления. Эти многочисленные высокие складки настолько сближаются между собой, что заполняют просвет пищевода, придавая ему на поперечных срезах звездчатый вид.

При прохождении пищевого комка пищевод растягивается, и складки слизистой оболочки, в зависимости от величины комка, более, или менее сглаживаются. На слизистой оболочке пищевода открывается большое количество различных по форме желез, которые по своему виду в нижнем отделе пищевода приближаются к железам входной части желудка. Поперечник пищевода не всюду одинаков: имеются три суженных участка, называемых *angustiae oesophagi* - в начальной части, позади деления трахеи на два бронха (*bifurcatio tracheae*) и у места перехода пищевода через диафрагму.



Вспомнили? Ну а теперь «конфетку»!

Тесты о пищеводе.

Тесты о заболеваниях пищевода бывают «явные» и «скрытые». Явные – это когда в той или иной степени в задаче явно идет указание на патологию пищевода и необходимо выбрать правильную опцию диагноза, лечения или утверждения. Например:

- **Что из следующего верно относительно патологии карциномы пищевода?**

- А) Аденокарцинома является самым распространенным злокачественным заболеванием пищевода.
- В) Сквамозные клетки карциномы обычны в дистальном пищеводе, а аденокарцинома доминирует в средней трети.
- С) Пациенты с метаплазией Барретта имеют в 40 раз больше шансов развить аденокарциному, чем обычное население.

.....

Правильный ответ – С

Существуют так же «скрытые» тесты, в которых надо так же выбрать правильную опцию диагноза, терапии или утверждения, но не связанных с прямой патологией пищевода, а с иной, поражающей так же и пищевод. Например, вопросы, касающиеся склеродермии или полимиозита. При склеродермии так же поражается пищевод, но вопрос стоит о лечении склеродермии, а не пищевода. То же самое в отношении полимиозита.

- **50-летний пациент с дисфагией поступил из-за слабости. Результаты анализов – SGOT 192, SGPT 36, щелочная фосфатаза 95, общий билирубин 1,1 с прямым 0,2, гемоглобин 11,9, лейкоцитов 8500, натрий 137, калий 5, хлор 102, бикарбонат 27, ЭКГ в норме. На манометрии нормальные перистальтические волны и норма расслабления сфинктера. Вероятный диагноз –**

- А) инфаркт миокарда
- В) склеродерма
- С) крикофарингеальная патология
- Д) полимиозит
- Е) ранний вирусный гепатит

Правильный ответ: Д

Подобные вопросы мы рассмотрим чуть позже.

И так, прежде всего, для того, что бы определиться с опциями утверждения или терапии, необходимо поставить правильный диагноз. Зачастую только это и требуется.

Большинство заболеваний пищевода сопровождаются **дисфагией**. «Дисфагия» - затруднение глотания и прохождения пищи по пищеводу. В тестах больные описывают это состояние как «невозможность проглотить», «затруднения при глотании» или «комочек за грудиной».

- **Больной 62-х лет жалуется на ощущение «комка» за грудиной во время еды....**
- **Больная 79 лет, похудевшая на 13 кг в течение последних 7 месяцев жалуется на затруднения при глотании твердой пищи....**

Или же в тесте прямо указывается этот термин.

- **У 64-л мужчины прогрессирующая дисфагия в течение нескольких месяцев. Выполнено исследование с барием...**

Для правильной постановки диагноза необходимо сразу же определиться с характером дисфагии. **Дисфагия** бывает **жидкой и/или твердой пищи**, а так же **прогрессирующая**, и **статическая**.

1. При глотании только **твердой** пищи – эта дисфагия сопровождается морфологические расстройства пищевода: **опухоли** и **поствоспалительные стриктуры пищевода**, (прогрессирующая дисфагия), а так же **пищеводные перепонки и кольца** (не прогрессирующая дисфагия).
2. При глотании и **твердой и жидкой** пищи – такого рода дисфагия встречается при моторных расстройствах пищевода - **ахалазия**, **диффузный пищеводный спазм**, или заболеваниях, при которых наряду с прочим поражается моторная функция пищевода – **склеродерма**, **полимиозит**.

По характеру течения дисфагия может быть **постоянной** или **перемежающейся**.

Перемежающаяся (периодическая) дисфагия – **фаринго-эзофагеальный дивертикул (Ценкера, тракционный и над диафрагмальный)** – прогрессирующая дисфагия. **Пищеводная перепонка**, упомянутая в первом пункте, по характеру является перемежающейся. А так же **пищеводное кольцо** и **кольцо Шацкого** (при глотании твердой пищи). **При всех остальных заболеваниях дисфагия постоянная.**

На основании данных о типе дисфагии мы уже можем судить о примерном диагнозе. То есть первым делом решим, какая это дисфагия – твердой и жидкой или только твердой пищи, а далее найдем указание на течение её – прогрессирует или нет.

- **У 69-летнего мужчины прогрессирующая дисфагия при глотании твердой пищи в течение нескольких месяцев. При проведении эзофагоскопии...**

Здесь мы уже можем явно указать на морфологическое расстройство пищевода и с уверенностью исключить диагноз пищеводных перепонки и колец, при которых дисфагия не прогрессирует.

- **45-летний мужчина сказал, что в течение последнего года у него периодически возникает регургитация пищей, съеденной несколькими днями раньше. Его жена добавила, что он насыщается от небольшого количества пищи. Больной имел дисфагию на твердую пищу. Наиболее вероятный диагноз:**

- A) обструкция выходного отдела желудка
- B) склеродерма
- C) ахалазия
- D) ценкеровский дивертикул
- E) диабетический гастропарез

Правильный ответ: D

- **79-л бывший оперный певец представлен дисфагией, которая стала прогрессивно ухудшаться в последние 5 лет. Он сообщает, что иногда он чувствует комок в левой части шеи и булькающие звуки во время глотания. Иногда бывает регургитация пищей во время еды. Какой диагноз?**

- A) карцинома пищевода
- B) инородное тело пищевода
- C) синдром Пламмер-Винсон (перепонка)
- D) фаринго-эзофагеальный дивертикул
- E) склеродерма

Правильный ответ: D

В данном случае, по типу прогрессии дисфагии мы можем выделить два диагноза: карцинома пищевода и фаринго-эзофагеальный дивертикул. Однако карциному пищевода можно исключить по причине того, что за пять лет он бы умер. **Уже на этом этапе** можно поставить правильный **диагноз**. Но, пойдя дальше мы увидим сам вид дисфагии - перемежающаяся, так как он чувствует дисфагию «иногда». Регургитация, комок и булькающие звуки нам точно укажут на патологию Ценкеровского дивертикула, как мы это рассмотрим позже.

- **40-летняя женщина жалуется на затруднения при глотании твердой пищи и жидкостей. При манометрии выявлены...**

В данном случае диагностический поиск несколько шире, но все же это значительно облегчает постановку задачи. Кроме того, существуют тесты, которые именно об этом и спрашивают.

- **Что из следующего характеризуется дисфагией и для твердого и для жидкостей?**

- A) рак пищевода
- B) ахалазия
- C) кольца Schatzki's
- D) доброкачественная стриктура пищевода
- E) пищевод Barrett's

Правильный ответ: B

Обратите внимание на тест на «исключение»:

- **Все верно о карциноме пищевода за исключением:**
 - A) предрасполагающим фактором является алкоголь

- В) аденокарцинома - наиболее частый гистологический тип рак гастро-эзофагеального сочленения
- С) у мужчин встречается чаще, чем у женщин
- Д) чаще у больных с эрозивным эзофагитом
- Е) дисфагия твердой и жидкой пищи прогрессирует

Даже не зная о предрасполагающих факторах, частоте гистологических типов, встречаемости и т.д., мы обращаем внимание на ответ **Е**, в котором заключено и правильное утверждение о том, что дисфагия есть и она прогрессирует, **и не правильное** о том, что она твердой и жидкой пищи. Следовательно, это не корректное утверждение и является правильным ответом.

ОДИНОФАГИЯ

Ощущение **боли при глотании** называется «**Одинофагия**». Обычно одинофагия сопровождается **воспалительные состояния пищевода**, когда повреждена слизистая оболочка пищевода. Когда это происходит? При эзофагитах различного генеза: вирусных, бактериальных, грибковых, пептических, радиационных. При повреждении слизистой оболочки пищевода некоторыми **лекарствами** - тетрациклин, клиндамицин, хлорид калия, аскорбиновая кислота, кинидин, конечно же, **кислотами и щелочами**, и при **травмах** пищевода. Кроме того, боль при глотании может сопровождать **ахалазию и диффузный пищеводный спазм**.

Естественно, что указание в тесте на один лишь симптом одинофагии нам не даст многого, но в таком случае, надо обращать внимание на анамнез и данные обследования. Если приведена манометрия, то необходимо на основании ее исключать ахалазию и диффузный пищеводный спазм.

- **48-летний адвокат, страдающий шизофренией (сейчас в стадии обострения) жалуется на боли при глотании. Он не коммуникабелен и более жалоб не предъявляет. При обследовании... Манометрия пищевода выявила...**

Если в анамнезе есть указание на заболевания, которые лечатся вышеуказанными препаратами – то они, вероятно, и являются причиной.

- **29-лений студент, вернувшийся из путешествия по центральной Азии, обнаружил у себя на левом плече уплотнение с пузырьком в центре, покрывшееся через два дня чёрным струпом и окруженное зоной гиперемии. Через три дня лихорадка до 40 градусов по Цельсию... Назначен тетрациклин.... элементы сыпи, подсохнув, образовали тёмные корочки... Через неделю после начала лечения, пациент жалуется на боли при глотании.... Наиболее вероятная причина этого:**

- А) Бактериальный эзофагит
- В) Поражение слизистой пищевода Тетрациклином

.....

Правильный ответ: В

(Может быть вопрос о тактике ведения больного, и в таком случае необходимо заменить тетрациклин на какой-либо из предлагаемых препаратов, не затрагивающих слизистую оболочку пищевода)

В данном тесте у больного риккетсиоз. Был назначен тетрациклин, вызвавший картину лекарственного эзофагита.

Если приведена эзофагоскопия и обнаружен эзофагит вирусной, бактериальной или иной природы – то это он.

- **23-летний больной ВИЧ** жалуется на боли при глотании.... Проведена эзофагоскопия с биопсией.... Обнаружены многоядерные клетки с ядрами матового оттенка и ... включениями... Ваш диагноз:

А) Обострение ВИЧ-инфекции и переход в стадию СПИД

В) Вирусный эзофагит

.....

Правильный ответ: В

Если больной участник ликвидации аварии на атомной электростанции или пострадавший в результате испытаний ядерного оружия – то речь идет о радиационном эзофагите. Если речь идет о (чаще) молодой девушке с психическими отклонениями, выпившей с целью суицида кислоту или щелочь – этиология ясна.

- **16-летняя девушка** доставлена в приемный покой... Жалобы на прогрессирующее чувство затруднения при глотании твердой пищи и боли при глотании. Из анамнеза известно, что у девушки было несколько суицидальных попыток, последняя из которых, заключалась в принятии неизвестного количества уксусной эссенции. С тех пор постоянно наблюдается у психиатра с периодическими госпитализациями в психиатрическое отделение....

Явно, что в данном случае имеет место быть и эрозивный эзофагит и развивающаяся поствоспалительная стриктура.

Выраженность одинофагии зависит от выраженности повреждения пищевода и, конечно же более сильна боль при непосредственном повреждении слизистой, чем при моторных дисфункциях пищевода. Так и следует понимать следующий тест:

- **Одинофагия часто ассоциируется с чем из следующего?**

А) склеродерма

В) эзофагеальный варикоз

С) HSV / Herpes simplex virus

Д) ахалазия

Е) кольца Schatzki's

Правильный ответ: С

В этом тесте у нас получается как бы два правильных ответа. Вполне вероятно, что в задаче пропущено слово «наиболее», но, увы, это данность, с которой необходимо смириться. А посему именно таков и смысл, который надо понять из опций – с чем **наиболее** ассоциирована одинофагия, или при каком состоянии она **более** выражена. Как я и сказал – при непосредственном повреждении слизистой пищевода. Отсюда и ответ *HSV / Herpes simplex virus (эзофагит)*.

ИЗЖОГА.

Этот термин не нуждается в объяснениях. Все мы в той или иной мере периодически испытываем это пренеприятнейшее чувство, особенно после избыточного поедания сладких и жирных мучных продуктов. Увы, полностью здоровых людей очень мало. Фактически, изжога характерна **почти исключительно для состояния рефлюкса** (заброса) содержимого желудка обратно в пищевод, и воспаления пищевода, связанное с этим – **рефлюкс-эзофагит**. Второе заболевание, сопровождаемое выраженной изжогой –

склеродермия. Конечно, изжога так же сопровождает **пищевод Баретта** и **аденокарциному**, но в этих случаях **они вторичны** по отношению к **рефлюкс-эзофагиту**. Уже на данном этапе я скажу, что постоянная изжога свидетельствует о первичной рефлюксной болезни. **Самым частым осложнением** ее является **доброкачественная стриктура пищевода** (которая сопровождается прогрессирующей дисфагией твердой пищи) и **о ней надо думать в первую очередь**, если относительно молодой человек жалуется на многолетнюю изжогу и присоединившуюся дисфагию. У людей более пожилых можно ожидать пищевод Баретта и, обычно как следствие, аденокарциному пищевода. Обратите внимание на следующий тест:

- **45-л мужчина длительно жалуется на изжогу, особенно по ночам. Он использует 3 подушки и лечится сам разнообразными антацидами в течение 15 лет. Недавно он стал жаловаться на дисфагию, которая локализуется в нижней прекардиальной области. Наиболее вероятный диагноз?**
 - A) аденокарцинома пищевода
 - B) angina pectoris
 - C) доброкачественная стриктура пищевода
 - D) ахалазия пищевода
 - E) нижнее пищеводное кольцо (кольцо Шацкого)

Правильный ответ: C

Все вышеперечисленные заболевания мы разберем в свое время, но обратим сейчас внимание на следующие детали:

1. Ему 45 лет – молодой. Возраст не характерный для развития аденокарциномы пищевода и нет никаких дополнительных данных для постановки диагноза «рак».
2. Angina pectoris – стенокардия – несомненно ему показана ЭКГ, чтобы исключить кардиальную патологию, и это согласно протоколам, так как зачастую кардиальные боли воспринимаются больным как ощущение изжоги. Но в данном случае, он страдает 15 лет изжогой и, вероятно, если ему помогают антациды и три подушки под головой, то это истинная изжога, а не сердце (иначе он бы давно уже посетил врача и диагноз был бы установлен).
3. Для ахалазии пищевода изжога не характерна (это разберем позже)
4. Кольцо Шацкого сопровождается дисфагией, но не изжогой (так же будем разбирать)

Исходя из правила, что **«чаще всего встречается то, что встречается чаще всего»**, и помня, что самым частым осложнением рефлюкс-эзофagита является доброкачественная стриктура пищевода мы без особого труда найдем правильный ответ. А то, что дисфагия локализована в нижней прекардиальной области, объясняется именно тем, что стриктура развивается именно в месте обратного заброса кислоты в пищевод. То есть в области кардии.

В отношении загрудинных болей, следует прояснить, что у 30% пациентов, обращающихся в приемный покой с жалобами на загрудинные боли не имеют сердечной патологии. Большая часть из них страдают патологией пищевода. Но, **любой** пациент, обратившийся **с жалобами на боли за грудиной**, даже если имеется дополнительная симптоматика, указывающая на эзофагеальный генез болей, **должен изначально** быть обследован на предмет **выявления кардиальной патологии (ЭКГ)**.

Регургитация – ретроградное поступление содержимого желудка в полость рта. Это характерно для слабости нижнего пищеводного сфинктера и рефлюкс-эзофagита. Это состояние встречается **чаще в положении лежа и ночью, во время сна**. Конечно же, это **чревато аспирацией содержимого желудка в трахею и легкие**. Как следствие

развивается **аспирационная пневмония**. **Регургитация** – обычное явление у хронических **лежачих больных** и, в принципе, является **причиной их смерти** наряду с застойной сердечной недостаточностью и эмболиями. Пассивная **регургитация** встречается и в **поздних стадиях ахалазии** пищевода.

Регургитация во время приема пищи свидетельствует чаще всего о **пищеводном генезе** регургитации, (то есть не пища из желудка). Обычно это происходит у больных с **дивертикулами пищевода (при Ценкеровском дивертикуле)**, как в уже известном нам тесте:

- **79-л бывший оперный певец представлен дисфагией, которая стала прогрессивно ухудшаться в последние 5 лет. Он сообщает, что иногда он чувствует комок в левой части шеи и булькающие звуки во время глотания. Иногда бывает регургитация пищей во время еды. Какой диагноз?**

- A) карцинома пищевода
- B) инородное тело пищевода
- C) синдром Пламмер-Винсон (перепонка)
- D) фаринго-эзофагеальный дивертикул
- E) склеродерма

Правильный ответ: D

Кроме того, **регургитация** встречается у **новорожденных** с различными видами **атрезии пищевода**.

- **У новорожденного мальчика, родившегося в срок, регургитация после первого кормления. Рентген подтвердил наличие атрезии в верхней трети пищевода....**

При **пилоростенозе** и **пилороспазме** развивается **рвота** – не путать с регургитацией!

- **4 недельный мальчик представлен с рвотой «фонтаном», не содержащей желчи. Сразу после рвоты раздается «голодный» крик. После кормления при осмотре видны перистальтические волны, переходящие слева направо в верхней части живота. Во время кормления пальпируется масса в правом верхнем квадранте. Выбрать наиболее подходящий диагноз**

- A) внутричерепное кровоизлияние
- B) атрезия дуоденум
- C) заворот кишечника (высокая кишечная обструкция)
- D) **гипертрофический стеноз привратника новорожденных**
- E) атрезия пищевода

Правильный ответ: D

- **2-месячный мальчик поступает в больницу со рвотой нежелчным содержимым после грудных вскармливаний. При осмотре Вы наблюдаете перистальтическую волну желудка и пальпируете небольшую опухоль в верхнем отделе живота. Анализ на электролиты выявляет гипокалиемический гипохлоремический алкалоз. Каков наиболее вероятный результат рентгенологического исследования?**

- A) **Pneumatosis intestinalis** на простом рентгенологическом снимке живота.
- B) **двойной пузырь** на простом рентгенологическом снимке живота.
- C) **инвагинация** на ультразвуковом исследовании.
- D) **утолщение привратника** на ультразвуковом исследовании.
- E) **мальротация кишечника** на компьютерной томографии живота.

Правильный ответ: D

И такое известное всем мамам и папам явление, как **срыгивание** – частично является регургитацией – вполне нормальное, **физиологическое явление**.

- **12-месячная девочка срыгивает пищу с возраста одного месяца. Её рост соответствует 95-му перцентилю, и, кроме этого, она асимптоматична, и ее осмотр не выявляет патологии. Что из следующего является наилучшим лечением?**
 - А) Пилоропластика.
 - В) Коррекция атрезии двенадцатиперстной кишки.
 - С) Эльтроксин.
 - Д) Укладывание спать с наклоном в 30 градусов.
 - Е) коррекция трахеопищеводной фистулы.

Правильный ответ: D

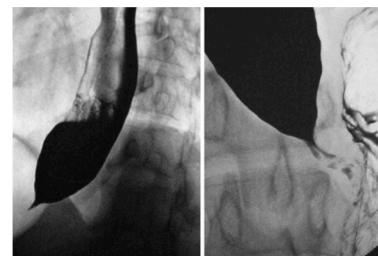
Ахалазия.

Ахалазия (Кардиоспазм) – в переводе с греческого языка означает «не могу расслабиться». И в самом деле, главным признаком заболевания является **постоянное спастическое** состояние нижнего пищеводного сфинктера. Это **наиболее частое** расстройство **моторной функции пищевода**. Со временем **прогрессирует**.

Мы знаем, что в иннервации пищевода принимают участие как симпатическое, так и парасимпатическое звено вегетативной нервной системы. Перистальтика (как пищевода, так и других отделов ЖКТ) определяется чередованием сокращения и расслабления мышечной стенки органа. Именно для этого нам и нужны два этих компонента. **Симпатика** ответственна за **сокращение**, **парасимпатика** – за **расслабление**. При ахалазии из стенок



нижнего отдела пищевода **постепенно исчезают парасимпатические ганглии**, и функция расслабления нарушается. Через **10 лет** после начала заболевания парасимпатическое звено практически не принимает участие в иннервации пищевода. Вся «власть» отдана **симпатике**, а посему расслабления не происходит – только постоянное сокращение – **спазм**.



Выше места спазма и сужения возникает расширение пищевода – **мегаэзофагус**.

Ахалазия является одним из предрасполагающих факторов к развитию рака пищевода.

- **Что из следующего является риск фактором развития рака пищевода?**
 - А) дефицит Vit_E, **ахалазия**, употребление алкоголя
 - В) **ахалазия**, пальмо-плантарный гиперкератоз, курение табака
 - С) употребление газированных напитков, *имеются ввиду употребление карбонатов*, дефицит Vit_A
 - Д) пищевод Barrett's, доброкачественная стриктура пищевода, дефицит Vit_C
 - Е) высоко соленные пищевые продукты, азиатский регион, женский пол

Правильный ответ: B

Или тест «от обратного»:

- **Условия, связанные с повышенным риском сквамозно-клеточного рака включают все кроме:**
 - A) ахалазия
 - B) курение
 - C) пищевод Баррета
 - D) тилоз
 - E) опухоли шеи и головы**Правильный ответ: С**

То есть ахалазия является риск фактором.

Главный симптом ахалазии – дисфагия твердой и жидкой пищи.

- **Что из ниже перечисленного верно в отношении ахалазии?**
 - A) наиболее частым симптомом является регургитация
 - B) исчезновение симпатических ганглиев – главный элемент патогенеза
 - C) дисфагия – главный симптом заболевания**Правильный ответ: С**
- **Что из следующего характеризуется дисфагией и для твердого и для жидкостей?**
 - A) рак пищевода
 - B) ахалазия
 - C) кольца Schatzki's
 - D) доброкачественная стриктура пищевода
 - E) пищевод Barrett's**Правильный ответ: В**
- **54-л женщина, клерк жалуется на дисфагию 15 лет. Клинический диагноз ахалазии установлен с помощью исследования с барием. Что верно в отношении этого состояния?**
 - A) наиболее частый симптом это дисфагия
 - B) на ранних стадиях дисфагия более выражена при употреблении твердой пищи, чем жидкой
 - C) заболеваемость саркомой повышена
 - D) рецидивирующая пневмония – редкость
 - E) нужно избегать эндоскопической дилатации**Правильный ответ: А**
- **Что верно в отношении ахалазии?**
 - A) основная причина этой патологии – нарушение иннервации тела пищевода и нижнего пищеводного сфинктера
 - B) дисфагия, боль в груди и регургитация – доминирующие симптомы
 - C) рентгенограмма обычно показывает большой газовый пузырь в желудке
 - D) манометрия показывает нормальное или повышенное давление нижнего пищеводного сфинктера
 - E) омепразол эффективен в лечении симптомов у многих пациентов**Правильный ответ: В**

- **30-летний мужчина испытывает затруднения при глотании как твёрдой, так и жидкой, пищи уже более полугода. Наиболее вероятный диагноз?**
 - A) Карцинома пищевода
 - B) Achalasia
 - C) Кольца Schatzki
 - D) Сужение канала пищевода в лёгкой форме
 - E) Пищевод Barrett

Правильный ответ: B

При стрессе и приеме холодных жидкостей дисфагия усиливается. Иногда **физические маневры** наподобие поднятия рук или вращения головой **облегчают** прохождение пищи.

- **37-летняя женщина с основной жалобой на затруднение глотания. Она чувствует, как пища проникает в её среднюю часть груди. Она указывает, что нет разницы между приёмом жидкой и твёрдой пищи, и есть ухудшение симптомов, когда она ест быстро или при стрессе. Потеряла вес на 15 кг, и отмечает регургитацию не переваренной пищей после еды. Пациентке назначена бариевая клизма. Наиболее вероятный диагноз?**
 - A) Стриктура пищевода
 - B) Спазм пищевода
 - C) Ахалазия
 - D) Рак пищевода
 - E) CREST синдром

Правильный ответ: C

Загрудинными болями страдают **25-35%** больных ахалазией. Боли **усиливаются** во время еды. **Пассивная регургитация** может привести к бронхо-легочным осложнениям.

Вот тест на исключение:

- **54-л женщина, клерк, жалуется на дисфагию 15 лет. Клинический диагноз ахалазии установлен с помощью исследования с барием. Что верно в отношении этого состояния?**
 - A) наиболее частый симптом это дисфагия
 - B) на ранних стадиях дисфагия более выражена при употреблении твердой пищи, чем жидкой
 - C) заболеваемость саркомой повышена
 - D) **рецидивирующая пневмония – редкость**
 - E) нужно избегать эндоскопической дилатации

Правильный ответ: A

Ответ «D» не верен из-за того, что регургитация приводит к рецидивирующим пневмониям.

- **Что верно в отношении ахалазии?**
 - A) основная причина этой патологии – нарушение иннервации тела пищевода и нижнего пищеводного сфинктера
 - B) дисфагия, боль в груди и регургитация – доминирующие симптомы
 - C) рентгенограмма обычно показывает большой газовый пузырь в желудке
 - D) манометрия показывает нормальное давление нижнего пищеводного сфинктера
 - E) омепразол эффективен в лечении симптомов у многих пациентов

Правильный ответ: В

Золотой стандарт диагностики ахалазии пищевода – **манометрия**. Необходимо **запомнить** 4 основных манометрических признаков ахалазии пищевода, главным образом первые два, на которых и базируется диагноз и часть дифференциального диагноза.

2. Отсутствие или недостаточное расслабление нижнего пищеводного сфинктера при глотании – **главный признак** – характерен для ахалазии. Есть некоторые «но» в отношении диффузного пищеводного спазма, но об этом далее.
3. Перистальтические пропульсивные волны в дистальном направлении пищевода от слабых, до их полного отсутствия (аперистальтика). Нормальных волн нет совсем. Этот критерий отличит ахалазию от диффузного пищеводного спазма, при котором есть некоторое количество нормальных перистальтических волн.
4. У здоровых людей давление в желудке выше, чем в пищеводе. У больных ахалазией наоборот, внутрипищеводное давление выше, чем внутрижелудочное.
5. Физиологически в области пищеводно-желудочного сфинктера существует градиент давления. В норме область этого градиента ограничивается нижним пищеводным сфинктером. У больных ахалазией эта область распространяется и проксимально в пищевод.

При наличии первых двух критериев можно поставить диагноз ахалазии.

- **Что из следующего верно относительно ахалазии?**

А) В большинстве случаев в Северной Америке причиной является вирусная инвазия *Tyranosoma cruzi*.

В) Боль в груди и рефлюкс являются главными симптомами.

С) Аденокарцинома отдаленной трети пищевода может произойти у 30% пациентов с десятью годами диагноза.

Д) Манометрия показывает недостаточную релаксацию нижнего сфинктера пищевода (LES) при глотании и отсутствующие или слабые сокращения тела пищевода.

Е) Endoscopic bopulinum toxin инъекция при LES, пневматическая дилатация и эзофагомиотомия обеспечивают высокоэффективную терапию при ахалазии.

Правильный ответ: D

- **У ранее здоровой 35 летней женщины появились сложности при глотании жидкости и, иногда, регургитация. при манометрии выявлено повышение давления в теле пищевода. Вероятный диагноз:**

А) карцинома пищевода

В) синдром Пламмер-Винсона

С) рефлюкс-эзофагит

Д) наддиафрагмальный дивертикул

Е) ахалазия пищевода

Правильный ответ: E

- **Все следующие положения об ахалазии (кардиоспазме) верны за исключением:**

А) у наиболее пораженных больных ганглионарные клетки тела пищевода отсутствуют или дегенерированы

В) давление в теле пищевода ниже нормы

С) обычно возраст 30-50 лет

D) тяжелее глотать холодную, чем теплую пищу

Правильный ответ В.

При отсутствии парасимпатических ганглиев **пищевод сильно расширяется** выше пораженного участка – **мегаэзофагус**, и **сужен в месте пораженного спазмированного участка**. Это мы и определим при проведении **контрастного рентгенологического исследования**. Расширенный пищевод, зауженный в дистальном отделе. Такой пищевод называется «птичий клюв» или «мышинный хвост». В поздних стадиях ахалазии пищевод сильно извит – «**сигмовидный пищевод**».



СИГМОВИДНЫЙ ПИЩЕВОД ПРИ АХАЛАЗИИ

Следует отметить, что **ахалазия может быть первичной и вторичной**. **Вторичная ахалазия** появляется часто на фоне **малигнизации**. **Особенно подозрительны на рак** в данном случае будут **возраст больного в тесте старше 50 лет, значительная потеря веса и развитие ахалазии и ее главного симптома – дисфагии**, в течении **очень короткого времени – менее полугода**.

- **У 64-л мужчины ухудшающаяся дисфагия в течение нескольких месяцев. Выполнено исследование с барием. Наиболее вероятная причина его состояния?**

- A) карцинома пищевода
- B) ахалазия
- C) скользящая грыжа пищевода
- D) параэзофагеальная грыжа
- E) дивертикул пищевода

Правильный ответ: А

Поэтому, при установлении диагноза ахалазии **необходима дифференциация** со вторичными ее формами при помощи **эндоскопии**.

- **У 65-летнего алкоголика имеется дисфагия и значительное снижение веса. Есть варикоз пищеводных вен и диафрагмальная грыжа. На манометрии давление нижнего сфинктера повышено с плохой релаксацией при глотании. Следующий шаг –**

- A) баллонная дилатация пищевода
- B) заставить пациента отказаться от алкоголя и повторить манометрию через 30 дней
- C) провести эндоскопию ЖКТ для исключения опухоли
- D) произвести миотомию Геллера
- E) произвести пробу с нитратами или кальций-блокаторами перед инвазивными процедурами

Правильный ответ: С

При ахалазии обычно нет проблем провести эндоскоп через спазмированный нижний пищеводный сфинктер в желудок. Но если это невозможно или очень затруднительно, то следует **подозревать рак** или органическую стриктуру.

- **67-летний больной поступил с прогрессирующей дисфагией.... При обследовании.... Проведена манометрия пищевода.... Критерии**

ахалазии. При проведении эзофагогастроскопии невозможно провести эндоскоп в желудок....

Обратите внимание на интересный тест:

- У 55-летнего мужчины с хроническим эзофагеальным рефлюксом появилось облегчение изжоги. Однако он также жалуется на прогрессирующую дисфагию при одновременном глотании жидкости и твердой пищи. Он жалуется на частую боль в груди при глотании. Иногда он может проглотить пищу. Физическое обследование отклонений не выявило, но рентген грудной клетки показывает отсутствие воздушного пузыря в желудке и уровня воздух - жидкость в медиастинуме. Вливание холецистокининов во время пищеводной манометрии показало бы:

- A) Никаких изменений в давлении нижнего эзофагеального сфинктера
- B) Увеличение в давлении нижнего эзофагеального сфинктера
- C) Снижение в давлении нижнего эзофагеального сфинктера
- D) Повышение в давлении верхнего эзофагеального сфинктера
- E) Снижение в давлении верхнего эзофагеального сфинктера

Правильный ответ: B

В данном тесте речь идет о мужчине, который много лет страдал рефлюкс-эзофагитом. Это заболевание будем разбирать позже, но уже сейчас понятно, что для того, чтобы происходил постоянный рефлюкс из желудка в пищевод, нижний пищеводный сфинктер должен быть в состоянии постоянного расслабления – в противовес ахалазии. И вот, у него появляется облегчение изжоги, что может быть объяснено лишь повышением тонуса нижнего пищеводного сфинктера. То есть, у него развилась ахалазия. Если бы в задаче шла речь о дисфагии только твердой пищи, можно было бы предположить доброкачественную стриктуру пищевода.

- **Какие из следующих заболеваний пищевода одновременно сопровождаются нарушением глотания жидкой и твердой пищи:**
 - A) карцинома пищевода
 - B) ахалазия
 - C) кольцо Шацкого
 - D) доброкачественные эзофагеальные стриктуры
 - E) пищевод Баррета

Правильный ответ B.

Лечение ахалазии.

Первоначальный этап лечения ахалазии – **лекарственный**. Главная цель – расслабить спазмированный нижний пищеводный сфинктер.

Препараты **расслабляющие** нижний пищеводный сфинктер: блокаторы кальциевых каналов, нитраты, антихолинергики. Такая терапия эффективна у 50% больных.

Если есть **противопоказания** или лекарственная терапия **недостаточно эффективна**, проводим **пневматическую баллонную дилатацию**. Она эффективна у 70-90% пациентов на срок до двух лет. **Осложнение** баллонной дилатации – **перфорация пищевода** в 2-3% случаев.

- **42-х лет мужчина с преходящей дисфагией твердой и жидкой пищей и регургитацией пищи. Он имеет потерю веса-4 фунта за 2 месяца. Физикальное обследование в норме. Рентген с барием обнаружил дилатацию тела пищевода с сужением дистального отдела. Какая из следующих опций наиболее соответствует пролонгированной терапии:**
 А) Изосорбида динитрат
 В) Метоклопрамид
 С) Дилатация баллоном
 D) Нифедипин
 Е) Дилатация резиновой трубкой
Правильный ответ: С

В крайних случаях – хирургическое лечение – миотомия по Геллеру. Осложнение ее 25-30% в отдаленном периоде – желудочно-пищеводный рефлюкс. В последнюю очередь применяем операцию Ниссена – эзофагогастростомия в сочетании с эзофагофундопликацией.

Диффузный пищеводный спазм.

Заболевание, напоминающее ахалазию пищевода, в основе которого так же лежит частично нервный и частично мышечный компоненты. У некоторых больных имеет место быть переход в классическую ахалазию.

В клинике: одинофагия, загрудинные боли, дисфагия при глотании твердой и жидкой пищи, ощущение «липкости» пищевого комка при глотании.

- **45-летний мужчина доставлен с давящей не иррадиирующей болью в груди. Электрокардиография и нагрузочный тест не показывают никаких симптомов сердечной ишемии. При более детальном осмотре пациент, заявляет, что он имеет ощущение липкости во время глотания. Эти ощущения одинаковы, при глотании жидкости и твердой пищи. Диагноз, который наиболее вероятен при таких симптомах:**
 А) Ахалазия
 В) Диффузный спазм пищевода
 С) Опускание пищеводного кольца
 D) Карцинома пищевода
 Е) Дивертикул Ценкера
Правильный ответ: В

Однако на основании только скудной клиники, которая дается в тестах, достаточно сложно поставить правильный диагноз. Основная проблема заключается в дифференциальной диагностике между ахалазией и диффузным пищеводным спазмом. Уже знакомый нам тест:

- **37-летняя женщина с основной жалобой на затруднение глотания. Она чувствует, как пища проникает в её среднюю часть груди. Она указывает, что нет разницы между приёмом жидкой и твёрдой пищи, и есть ухудшение симптомов, когда она ест быстро или при стрессе. Потеряла вес на 15 кг, и отметит регургитацию не переваренной пищей после еды. Пациентке назначена бариевая клизма. Наиболее вероятный диагноз?**
 А) Стриктура пищевода
 В) Спазм пищевода

- C) Ахалазия
- D) Рак пищевода
- E) CREST синдром



Одна из опций стоит «спазм пищевода». Однако дополнительные данные анамнеза позволяют нам без труда выбрать **правильный ответ – С** – ахалазия, как было рассмотрено выше.

И тут нам на помощь приходят выполняемые **манометрия** и **рентгеновское исследование** пищевода. Как мы помним, **второй манометрический критерий** свойственный ахалазии заключается в **слабых, до полного отсутствия** волнах (аперистальтика). **Нормальных волн нет совсем**. В данном случае, при диффузном пищеводном спазме **будут** наблюдаться некоторое количество **нормальных** перистальтических волн, то есть перистальтика вполне может быть сохранена. Это отличит ахалазию от диффузного пищеводного спазма. Помимо этого, при диффузном пищеводном спазме в большинстве случаев не наблюдается недостаточной релаксации нижнего пищеводного сфинктера (у 33% больных - наблюдается), что противоречит первому критерию ахалазии. Дополнительный критерий манометрии у больных диффузным пищеводным спазмом – высокоамплитудные, одновременные (синхронные), не координированные сокращения пищевода в различных его отделах.

Рентгенологическая картина отличается от ахалазии видом «извитости» пищевода. Если при **ахалазии** это «**сигмовидная**» форма, то при диффузном пищеводном спазме это «**штопорообразная**» форма.

- **42-летний мужчина с развитием острой субстернальной боли в груди, которая наблюдалась впервые в покое и иррадиировала в оба плеча и в одну из сторон грудной клетки. Он отмечает, что боль ухудшается во время еды и при эмоциональном стрессе. Боль длится приблизительно 10 минут до полного исчезновения. Он проходит полное сердечное обследование, включая отрицательные упражнения ЭХО-кардиографии индуцирующие ишемию. Вы подозреваете диффузный спазм пищевода и назначаете исследование барием. Какой из следующих результатов наиболее коррелирует с вашим диагнозом?**

- A) Проксимальная дилатация пищевода с заостренным концом в дистальном гастроэзофагальном соединении
 - B) Не координированные сокращения дистального отдела пищевода, как результат штопорообразный пищевод
 - C) Дилатация пищевода с потерей перистальтики в среднем и дистальном отделах пищевода
 - D) Рефлюкс бария в дистальный отдел пищевода
 - E) Сужение в дистальном отделе пищевода, как apple-core-like поражение
- Правильный ответ – В**

- **Сопоставьте следующие поражения пищевода с манометрическими показателями:**

- | | |
|--|--|
| 1. Ахалазия. | A. Аперистальтический, плохо релаксирующий нижний сфинктер пищевода. (НСП) |
| 2. Nutcracker esophagus. | B. Высокое давление НСП и плохая релаксация его. |
| 3. Диффузный спазм пищевода. | C. Высокое давление в пищеводе и нормальная подвижность. |
| 4. Склеродермия. | D. Низкое давление НСП и плохая перистальтика. |
| 5. Гипертензия нижнего сфинктера пищевода. | E. Синхронные сокращения и сохраненная перистальтика. |

Ответ: 1- А , 2-С , 3- Е , 5- D , 5- В.

Лечение диффузного пищеводного спазма.

Нитраты, блокаторы кальциевых каналов, антихолинергики, бужирование пищевода и, в крайних случаях, продольная миотомия пищевода.

РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ

В основе рефлюкс-эзофагита лежит воспаление пищевода вследствие постоянного раздражения слизистой оболочки пищевода из за заброса кислого желудочного содержимого обратно в пищевод. Несколько причин содействуют забросу:

1. Снижение давления покоя нижнего пищеводного сфинктера – иначе говоря, его недостаточность.
2. В норме существуют периоды релаксации нижнего пищеводного сфинктера (при глотании, например). Они строго ограничены по времени и скоординированы с различными физиологическими актами. При патологии нижний пищеводный сфинктер остается «открытым сверх нормы», и в это время происходит обратный заброс в пищевод.

Ранее считалось, что и периодические повышения внутрибрюшного давления способствуют обратному забросу желудочного содержимого через релаксированный нижний пищеводный сфинктер. Возможно оно и так, но с позиций многих современных тестов повышение внутрибрюшного давления значительной роли не играет.

- **Гастроэзофагеальный рефлюкс связан с:**
 - A) позицией нижнего пищеводного сфинктера в грудной клетке чаще, чем в брюшной полости
 - B) усиление рефлюкса в положении на правом боку
 - C) нарушением нейтрализации кислотной пленки в пищеводе проглатываемой слюной
 - D) ненормальной релаксацией нижнего сфинктера
 - E) транзиторным повышением интраабдоминального давления**Правильный ответ D**

Стиль теста сохранен, и под ненормальной релаксацией в данном случае подразумевается его чрезмерная или постоянная релаксация. Хотя с тем же успехом в подобном написании эта опция подошла бы и для ахалазии.

Возникновению желудочно-пищеводного рефлюкса способствуют множество факторов. Для удобства их можно разделить на три группы: пищевые продукты, болезни сопровождающиеся рефлюкс-эзофагитом и лекарственные вещества.

В первую группу ходят многие, известные нам продукты, вызывающие изжогу: жирные, мучные, сладкие продукты, шоколад, спирт и винно-водочные изделия.

Во вторую группу входят все заболевания, одним из симптомов которых является изжога. Типичным представителем является склеродермия.

- **Гастроинтестинальные проявления склеродермии включают**
 - A) рефлюкс-эзофагит
 - B) панкреатит
 - C) язвенная болезнь желудка
 - D) камни желчного пузыря
 - E) см. раздраженного кишечника

Правильный ответ: А

В третью группу входят лекарственные вещества, способные ослабить нижний пищеводный сфинктер. Пройдя ахалазию мы с Вами знаем, что вещества применяющиеся при лечении ахалазии способны вызвать рефлюкс-эзофагит. Это блокаторы кальциевых каналов, нитраты, антихолинергики. Сюда же необходимо добавить и теofilлин, прогестерон, НПВС, морфин, барбитураты, трициклические антидепрессанты, альфа-миметики и бета-блокеры, а так же знаменитая «Виагра», она же силденафил. Так что приходится выбирать...

- **Все следующие препараты могут усилить (обострить) симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, кроме:**

- A) Силденафил
- B) Атенолол
- C) Нифедипин
- D) Изосорбида мононитрат
- E) Донепезил

Правильный ответ – E

Нифедипин – блокатор кальциевых каналов и изосорбида мононитрат – применяются в лечении ахалазии. Атенолол и силденафил расслабляют тонус нижнего пищеводного сфинктера, как было указано выше, а донепезил – средство для лечения деменции при болезни Альцгеймера никоим образом на тонус сфинктера не влияет.

- **Которое из следующих лекарств усиливает гастро-эзофагеальный рефлюкс?**

- A) Chlorpropamide
- B) Metoclopramide
- C) Theophylline
- D) Cisapride
- E) Omeprazol

Правильный ответ: C

Следует так же сказать, что беременность и курение так же способствуют возникновению рефлюкса.

- **68-летний мужчина с симптомами изжоги, хрипами и ночным кашлем. Симптомы ухудшились после нижнего инфаркта миокарда. Прибавил массу тела на 20 кг после понижения активности. Принимает изосорбида мононитрат и метопролол. Продолжает курить одну пачку сигарет в день...**

И не мудрено...

Главным клиническим симптомом рефлюкс-эзофагита является изжога.

- **Самый частый симптом гастроэзофагеального рефлюкса**

- A) изжога
- B) загрудинная боль
- C) дисфагия
- D) тошнота
- E) рвота

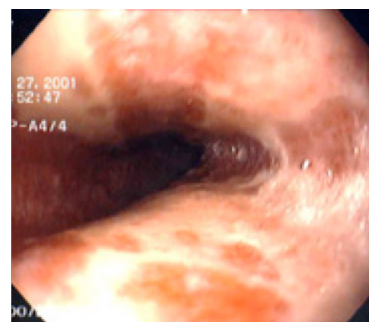
Правильный ответ: A

Вообще, 40% людей с изжогой страдают эзофагитом. В некоторых случаях боль усиливается при наклоне пациента вперед. Наряду с некоторыми симптомами это хороший дифференциальный признак от перикардита, при котором боль уменьшается при наклоне вперед.

- **Жгучие за грудиной боли с иррадиацией в бока, усиливающиеся при наклоне вперед, это:**
 - A) сердце
 - B) позвоночник
 - C) межреберные нервы
 - D) панкреас
 - E) пищевод**Правильный ответ: E**

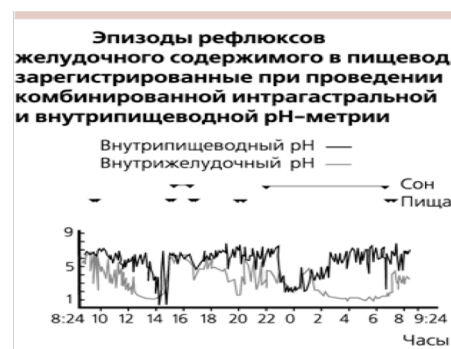
Рефлюкс-эзофагит в 95% случаев сопровождается диафрагмальной грыжей.

Диагностика рефлюкс-эзофагита начинается всегда с эндоскопии и рентгенологического исследования с барием. Так как пищевод при рефлюкс-эзофагите предрасположен к малигнизации, обязательно берем биопсию, отмечая уровень взятия ее. Так, выявление железистого эпителия желудка на расстоянии менее 38 см от резцов свидетельствует в пользу метаплазии и развития пищевода Баретта. При контрастном исследовании с барием выявляется постоянный заброс содержимого желудка в пищевод. Знайте, что в норме может быть некоторое количество эпизодов рефлюкса. А именно 5.5 за 24 часа. Поэтому, увидев один спонтанный рефлюкс при проведении контрастной эзофагографии, не будем торопиться ставить диагноз.



- **Что из следующего не диагностирует gastroesophageal reflux?**
 - A) Периферийный контакт с кислотой 10% времени из 24 часов изучения pH.
 - B) Спонтанный рефлюкс во время контрастной эзофагографии
 - C) Непрерывные язвы в дистальном пищеводе.
 - D) Пищевод Барретта.**Правильный ответ: B**

Под пунктом «А» вышеприведенного теста подразумевается т.н. мониторинг внутри пищевода рН. При этом методе исследования в пищевод помещается тонкая проволока с датчиком, постоянно измеряющим уровень кислотности среды в пищеводе на протяжении 24 часов, и записывающим данные в маленький аппарат, прикрепляющийся к одежде пациента. Аппарат фиксирует количество рефлюксов за 24 часа, их время и продолжительность. Если количество рефлюксов или их продолжительность превышает нормальные показатели, то диагноз очевиден. Чувствительность метода 85%, специфичность – 90%.



Радионуклеидное сканирование пищевода с технецием, может дать некое количество ценной информации о состоянии НПС и о функции его.

- У 8-месячного ребенка имеются регулярные регургитации большого количества пищи. При диагностике гастро-эзофагального рефлюкса у новорожденного наименее важной процедурой является:
 - исследование верхних отделов ЖКТ с барием
 - мочевинный дыхательный тест
 - пищеводная манометрия
 - пищеводное измерение РН
 - сканирование с технецием-99

Правильный ответ: В

Не потерял свою актуальность в тестовых вопросах и тест Бернштейна. Хотя фактически мало где используют его, в силу тяжелой переносимости. Он заключается в попеременном введении в пищевод кислоты и воды и определение болевой реакции пациента на это. Тест слабо чувствителен, но высоко специфичен.

Лечение рефлюкс-эзофагита

Лечение рефлюкс-эзофагита комплексное. Начинаем с общих рекомендаций по поднятию головного конца кровати пациента, избеганию принятия пищи менее чем за 3 часа до сна, выявлению пищевых продуктов способствующих развитию изжоги. Мягко рекомендуем бросить курить и снизить вес. Помимо этого, собираем «лекарственный» анамнез больного на предмет выявления лекарств снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера и, по возможности, заменяем эти препараты другими. Этого бывает явно недостаточно, и поэтому назначаем лекарственную терапию. **Патогенетическим** лечением будет являться усиление тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Для этого используются **метопрокламид** или **цисаприд** или **домперидон**. Соответственно, эти препараты будут **противопоказаны при ахалазии** пищевода. Для снижения выработки кислоты желудком применяем блокаторы гистаминовых рецепторов (H_2 -блокеры) **циметидин, фамотидин, ранитидин** или блокатор Н/К АТФазы (ингибитор протоновой помпы) – **омепразол**, причем **последний более эффективен**. Существует распространенное мнение, что омепразол при длительном употреблении вызывает рак желудка. Однако это **не так**. Омепразол принадлежит к числу наиболее эффективных препаратов, понижающих желудочную секрецию.

- 74-летнюю женщину госпитализируют кровотечением из верхних отделов ЖКТ. Она начала прием H_2 блокаторов, но у нее снова эпизод кровотечения. Эндоскопия документирует диффузные желудочные изъязвления. Оmeprazole добавлен к H_2 антагонистам как терапевтический подход для лечения острых желудочных и дуоденальных язв. Что из следующего является механизмом действия omeprazole?
 - Блокировка распада разрушающих слизистую оболочку метаболитов NSAIDs
 - Прямой цитопротективный эффект
 - Нейтрализация желудочных кислот
 - Ингибирование париетально-клеточной водородно-калиевой АТФазы
 - Ингибирование выброса гастрина и кислоты париетальными клетками

Правильный ответ: D

Одним из побочных эффектов подавления желудочной секреции является повышение уровня гастрина в сыворотке крови. Повышенный уровень гастрина в сыворотке крови, в

частности у крыс, приводит к развитию раковых опухолей желудка. Однако у людей даже после 5 лет непрерывного приема омепразола не отмечено увеличения частоты образования рака желудка.

- **68-летний мужчина с симптомами изжоги, хрипами и ночным кашлем. Симптомы ухудшились после нижнего инфаркта миокарда. Прибавил массу тела на 20 кг на фоне снижения активности. Принимает изосорбида мононитрат и метопролол. Продолжает курить одну пачку сигарет в день. Он говорит, что питается нормально один раз в день в 20:00 вечера. Вы диагностируете гастроэзофагеальный рефлюкс и назначаете терапию ранитидином 150 мг/2-х день. Всё следующее может помочь в улучшении его симптомов, кроме:**

- A) Поднятие его головного конца кровати
- B) Стимулирование потери веса
- C) Избегать еды перед сном
- D) Стимулирование прекращения курения
- E) Поддерживать гипонатриевую диету

Правильный ответ: E

Хотя ему и показана гипонатриевая диета по сердечно-сосудистым показаниям, она не является значимым фактором в лечении рефлюкс-эзофагита и не облегчит ему симптомов изжоги. Все остальное вполне может помочь, как было рассмотрено ранее.

В тяжелых случаях применяют хирургическое лечение – фундопликацию по Ниссену. При этой операции положительный эффект наблюдается у 90% прооперированных на продолжительные сроки.

- **Что из следующего верно относительно лечения gastroesophageal reflux?**
- A) H2-блокаторы так же эффективны, как и ингибиторы протонной помпы в уменьшении симптомов рефлюкса.
- B) Долговременная терапия ингибиторами протонной помпы вызывает рак желудка у людей.
- C) Типичные симптомы рефлюкса улучшаются у 90% больных прошедших лапароскопическую антирефлюксную терапию.

Правильный ответ: C

Рефлюкс-эзофагит является коварным заболеванием, могущим привести за несколько лет к весьма неприятным последствиям. Это **язвы пищевода с кровотечением из них, доброкачественные стриктуры пищевода (наиболее частое осложнение), ларингит, аспирационная пневмония, астма и пищевод Барретта**, приводящий в конечном итоге к аденокарциноме пищевода.



- **Хронический рефлюкс-эзофагит может привести ко всему, кроме:**
- A) гастроинтестинальное кровотечение
- B) эзофагеальная пептическая стриктура
- C) кольцо Шацкого
- D) пищевод Барретта
- E) аденокарцинома

Правильный ответ: C

- **52-л умеренно тучная женщина жалуется на изжогу, ухудшающуюся после еды и лежания. Ее симптомы наводят на мысль о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Что из следующего верно?**
 А) лучше всего поставить диагноз с помощью переднезадних и боковых снимков груди
 В) может быть облегчено определенными лекарствами, такими как теofilлин, диазепам, блокаторы кальциевых каналов
 С) это может быть облегчено курением
 D) если ассоциируется с дисфагией, то это подозрительно на стриктуру или моторное заболевание пищевода
 E) немедленное хирургическое лечение
Правильный ответ: D

Ну а если к Вам просто обратился молодой человек с жалобами на изжогу? Не стоит бросаться выполнять ему различные исследования и мучить его фактически ненужными процедурами. Просто назначьте ему омепразол.

- **В других отношениях здоровый 28-летний мужчина в течение 4 месяцев страдает от надчревного дискомфорта и изжоги. Симптомы обычно обостряются после приправленной специями еды. У пациента нет затруднённого дыхания, потери веса или пониженного аппетита. Он не принимает никаких лекарств. При врачебном осмотре всё в норме. За исключением небольшой надчревной болезненности. Обычные лабораторные анализы в норме. Что наиболее целесообразно на данном этапе?**
 А) Принять барий
 В) Верхняя эндоскопия
 С) 24-часовой рН-контроль за пищеводом амбулаторно
 D) Попробовать кислотно-подавляющую терапию
 E) Манометрия пищевода
Правильный ответ: D

ПИЩЕВОД БАРЕТТА

Вариант эзофагита, выделенный в особую нозологию в силу своей клинической значимости. В норме пищевод выстлан многослойным эпителием. При пищеводе Баретта в нижнем отделе пищевода происходит замещение этого многослойного эпителия на железистый цилиндрический эпителий желудочной ткани. То есть, иными словами, происходит метаплазия. А это, в свою очередь – один шаг до развития **аденокарциномы** пищевода. Риск развития последней увеличен у таких больных в 30-50 раз. Обратите внимание: **именно аденокарциномы**, а не других видов рака пищевода!

- **Что из следующего верно относительно патологии карциномы пищевода?**
 А) Аденокарцинома является самым распространенным злокачественным заболеванием пищевода.
 В) Сквамозные клетки карциномы обычны в отдаленном пищеводе, а аденокарцинома доминирует в средней трети.

- C) Пациенты с метаплазией Барретта имеют в 40 раз больше шансов развить аденокарциному, чем обычное население.
- D) Метастазы карциномы пищевода характерно ограничены в региональных медиастинальных лимфоузлах рядом с опухолью.
- E) Ахалазия, радиационный эзофагит, каустическое поражение пищевода, и Plummer-Vinson синдром являются предзлокачественными состояниями с предрасположенностью к развитию аденокарциномы.

Правильный ответ: C

Риск развития аденокарциномы пищевода у пациентов составляет 0,5% в год. Сам же пищевод Баретта встречается примерно у 10% больных, страдающих хроническим рефлюкс-эзофагитом.

- **Хронический эзофагеальный рефлюкс наименее вероятно закончится развитием:**

- A) Гастроинтерстенальное кровотечение
- B) Пептическая стриктура пищевода
- C) Более низкое кольцо пищевода
- D) Пищевод Барретта – *вероятный исход*
- E) Аденокарцинома

Правильный ответ: C

Обращаю Ваше внимание на то, что пищевод Баретта приводит именно к аденокарциноме, а не к другим видам рака!

- **Условия, связанные с повышенным риском сквамозно-клеточного рака включают все, кроме:**

- A) ахалазия
- B) курение
- C) пищевод Барретта
- D) тилоз
- E) опухоли шеи и головы

Правильный ответ: C.

Смотрите так же и предыдущий тест.

Пищевод Баретта является диагностичным (увы, поздним) признаком рефлюкс-эзофагита.

- **Что из следующего не диагностирует gastroesophageal reflux?**

- A) Периферийный контакт с кислотой 10% времени из 24 часов изучения pH.
- B) Спонтанный рефлюкс во время контрастной эзофагографии
- C) Непрерывные язвы в дистальном пищеводе.
- D) Пищевод Барретта. - *диагностичен*

Правильный ответ: B

Клиника пищевода Баретта аналогична таковой при рефлюкс-эзофагите, хотя фактически симптом изжоги гораздо более выражен.

Диагноз устанавливают при морфологическом исследовании биоптата. Мы говорили, что необходимо отмечать уровень взятия биопсии. Выявление железистого эпителия на расстоянии менее 38 см от резцов говорит в пользу пищевода Баретта.

Лечение. К сожалению, никакие виды лечения не приводят к регрессии метаплазии при развившемся пищеводе Баретта. Однако тяжесть изжоги обуславливает терапию **аналогичную** таковой **при рефлюкс-эзофагите**. Эта терапия значительно улучшает симптоматику, увы, не воздействуя на основной процесс. Высокий риск малигнизации диктует постоянные, плановые, раз в год-два эндоскопические исследования с циркуляторными биопсиями в каудальном направлении пищевода. Постоянная, плановая рентгенография при установленном ранее пищеводе Баретта – бессмысленна.

- **Все из перечисленных методов лечения пищевода Баррета верны, кроме:**
 - A) H₂-блокаторы
 - B) Ингибиторы протонной помпы.
 - C) Плановая регулярная гастродуоденоскопия с биопсией.
 - D) Периодическая рентгенография верхних этажей ЖКТ с барием.

Правильный ответ: D

Обратите внимание на следующий тест:

- **56-летний мужчина с длительным гастро-эзофагеальным рефлюксом** обращается для повторной оценки недавно обнаруженного пищевода **Баретта** на эзофагодуоденоскопии (EGD). Первоначально пациент был послан на EGD, т.к. была диагностирована железодефицитная анемия с отрицательной колоноскопией. На EGD обнаружено 1,5 см зоны пищевода Баррета с активным эзофагеальным рефлюксом. Он на поддерживающем лечении – омепразол 40 мг/д. Иногда есть симптомы изжоги, но без ночного кашля. **Что из следующего не верно об его заболевании?**
 - A) Подавление кислотности не приведёт к подавлению его метаплазии
 - B) Более 15-20% в популяции имеют укорочение сегмента (меньше чем 2 см) пищевода Баррета
 - C) Риск развития аденокарциномы пищевода у пациентов составляет 0,5% в год
 - D) Пациент должен быть послан на лазерную фотодинамическую терапию для предотвращения аденокарциномы пищевода

Правильный ответ: D

Как мы говорили, ни лазерная фотодинамическая терапия, ни лекарства, не предотвратят развитие **аденокарциномы**.

СКЛЕРОДЕРМИЯ (СИСТЕМНЫЙ СКЛЕРОЗ)

Склеродермия – системное заболевание, поражающее коллаген сосудистой стенки. Оно характеризуется многообразием клинических проявлений, сгруппированных под мнемонимом CREST-синдром, где:

C = кальциноз



R = синдром Рейно

E = эзофагус

S = склеродактилия

T = телеангиоэктазия

Более чем у 75% больных склеродермией в процесс вовлекается пищевод. Изначально поражаются нервные сплетения в стенках пищевода, а затем возникает атрофия гладких мышц стенок пищевода.

В клинике со стороны органов ЖКТ: **дисфагия**, очень **выраженная изжога**, **стриктуры пищевода** (вследствие сопутствующего рефлюкс-эзофагита), **поносы** и **запоры**. Так как поражение пищевода является моторным по типу, то и дисфагия будет наблюдаться при глотании как твердой, так и жидкой пищи, как мы прояснили ранее.

Диагноз сложности не представляет. Если в тесте указываются симптомы рефлюкс эзофагита, сопровождающиеся синдромом Рейно, поражением кожи (в 98% случаев) или другими системными проявлениями склеродермии, то правильный диагноз очевиден.

Радиографические находки указывают на отсутствие перистальтики, и вследствие этого медленное опорожнение пищевода. Возможно обнаружение стриктур пищевода. Манометрия легко позволит отличить поражение пищевода при склеродермии от ахалазии, по сути тоже являющейся аперистальтическим расстройством. Мы говорили, что физиологически в области пищеводно-желудочного сфинктера существует градиент давления. В норме область этого градиента ограничивается нижним пищеводным сфинктером. У больных **ахалазией** эта область распространяется и проксимально в пищевод, и **давление** в области нижнего пищеводного сфинктера **высокое**. При **склеродермии** же оно будет **низкое**.

- **32-летняя женщина с феноменом Raynaud два года страдает изжогой и отрыжкой. Наиболее вероятный механизм этих симптомов в данном случае?**

- A) Наличие *пилорического Helicobacter* в слизистой желудка
- B) Пониженное давление сфинктера нижнего пищевода (LES)
- C) Повышенная желудочно-кислотная секреция
- D) Пониженная перистальтика верхней трети пищевода
- E) Спазм мышц пищевода

Правильный ответ: B

Кроме того, мы помним, что ахалазия не сопровождается изжогой, а при склеродермии будет выраженная изжога.

И еще, антинулеарные антитела, характерные для множества ревматических процессов будут характерны и при склеродермии.

- **У 40-летней пациентки боль в пальцах при воздействии холода, артралгии, и нарушения глотания твердой пищи. Наиболее полезный для дифференциации тест –**

- A) Ревматоидный фактор
- B) Антинулеарные антитела
- C) ЭКГ
- D) Азот крови и креатинин

Правильный ответ: B

Лечение – аналогично таковому при рефлюкс-эзофагите. Как и при рефлюкс-эзофагите необходимы раз в год-два эндоскопические исследования с биопсиями, с отметкой об уровне взятия биоптата.

Тест на «исключение»:

- **45-летний мужчина говорит, что в течение последнего года у него внезапно возникает регургитация пищей съеденной несколько дней назад. Его жена жалуется на неприятный запах у него изо рта. Так же у него внезапно появилась дисфагия твёрдой пищей. Наиболее вероятный диагноз?**
А) Обструкция выхода из желудка
В) Склеродерма
С) Ахалазия
D) Ценкерровский дивертикул
Е) Диабетический гастроптоз
Правильный ответ: D

Остальные аспекты склеродермии мы рассмотрим подробнее в разделе «Ревматология»

ВИРУСНЫЙ ЭЗОФАГИТ

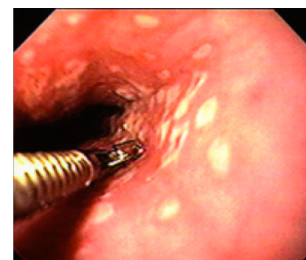
В отношении вирусных эзофагитов следует знать следующее. Все они вызываются вирусами группы герпес. Их три вида: **Herpes simplex virus (HSV)**, **Cytomegalovirus (CMV)** и **Varicellszoster virus (VZV)**. Все они обычно поражают лиц с иммунодефицитом. **Цитомегаловирусная инфекция** чаще поражает больных со **СПИДом**.

- **32-летнему мужчине с HIV больно глотать. Какова наиболее вероятная причина этого?**
А) Scleroderma
В) Пищеводный varices
С) Герпес-цитомегаловирус (HCV)
D) Achalasia
Е) Кольца Schatzki
Правильный ответ: C

Надо знать, что **герпес-симплекс и варицелла зостер** вирусы вызывают некроз эпителия слизистой, причем неважно где, но в данном случае речь идет о пищеводе, а **цитомегаловирус** поражает только **подслизистый слой**, что и видно на эндоскопической картине.

Клиника подобна при всех вирусных эзофагитах и характеризуется загрудинными болями, одинофагией, изжогой, кровавой рвотой, тошнотой, анорексией. **Одно «но»:** при **цитомегаловирусном** эзофагите **нет** загрудинных болей. При герпес-эзофагите возможны характерные высыпания в типичных местах. Помимо этого, **при HSV и VZV** эзофагитах часто имеют место быть **грибковые налеты** во рту и на ноздрях из за присоединения суперинфекции.

Диагностика – эзофагоскопия с биопсией и цитологией, в случае если количество тромбоцитов не менее 50000 (риск кровотечения). Если количество тромбоцитов меньше вышеуказанного, то применяем эзофагоскопию с соскобом щеточкой (брашинг). Этот метод можно применять при количестве тромбоцитов 15000.



При цитологическом исследовании обнаруживаем при цитомегаловирусной инфекции внутриядерные и внутрицитоплазматические включения в больших эндотелиальных клетках и фибробластах. При герпес-симплекс и варицелла-зостер инфекциях обнаруживаем многоядерные клетки с характерным матовым оттенком и специфическими внутриядерными включениями. Отдифференцировать HSV и VZV возможно только иммуногистологическими методами.

Лечение

Ацикловир при HSV и VZV эзофагитах и **ганцикловир при CMV** эзофагите. В течении недели симптомы эзофагита исчезают. **Если же нет**, то назначаем **фоскарнет**.

Ацикловир применяют так же для профилактики герпесной инфекции в трансплантологии.

- 36-летняя женщина со СПИДом и СД – 35 мм³ жалуется на одинофагию и прогрессирующее диспноэ. Есть температура и потеря веса на 20 lb. Лечится клотримазолом без улучшения. На физикальном обследовании: кахексия и индекс массы тела (BMI) – 16, вес 86 lb, T – 38,2°C. Отмечается ортостатизм АД и пульса. При орофарингеальном обследовании не выявлено кандидоза. Пациентка показывает серлингинозные язвы в дистальном отделе пищевода без везикул. Не отмечается жёлтых бляшек. Проведена множественная биопсия, которая показывает внутриядерные и внутрицитоплазматические включения в больших эндотелиальных клетках и фибробластах. Лучшее лечение эзофагита для этой пациентки?

- A) Ганцикловир
- B) Галидомид
- C) Глюкокортикоиды
- D) Флюконазол
- E) Фоскарнет

Правильный ответ: А

ГРИБКОВЫЙ ЭЗОФАГИТ

В тестовых вопросах, да и в клинической практике, **обычным** возбудителем грибкового эзофагита является **Candida albicans**. Другие штаммы Кандида встречаются достаточно редко.

Candida albicans является **часть нормальной флоры** кишечника, и при определенных условиях может вызвать эзофагит. То есть она является **условно-патогенной** флорой. Предрасполагающие факторы к развитию кандидиаза не только пищевода, но и вообще, являются иммунодефицитные состояния, онкология, эндокринные нарушения, состояния после антибиотикотерапии, гормонотерапии, антацидной терапии, а так же при заболеваниях пищевода протекающих со стазом содержимого: ахалазия, склеродерма, обтурирующий рак, псевдодивертикулёз, стриктуры пищевода.

Обращаю Ваше внимание на то, что если речь в тесте идет об осложнениях терапии рефлюкс-эзофагита, склеродермии и других состояниях, сопровождаемых изжогой, сразу вспоминаем, что они лечатся антацидами длительный период и, как осложнение. Может развиться кандидиаз. Это то, что называется в данном случае ассоциативным мышлением, необходимы в решении тестов. В повседневной работе врача это называется клиническим мышлением. То же самое в отношении других состояний – гормональных, иммунодефицитных – СПИД, первичный иммунодефицит и так далее.

В клинике внезапное появление одинопфагии, дисфагии и загрудинных болей неишемического типа. У больных с иммунодефицитными состояниями и гранулоцитопенией возникает длительная лихорадка. У онкологических больных – желудочное кровотечение, мелена. Иногда протекает вообще бессимптомно. Заподозрить грибковый эзофагит позволяет указанная клиника на фоне вышеперечисленных предрасполагающих факторов.

Диагноз: эзофагогастроскопия с характерной картиной – белого цвета бляшки, имеющие тенденцию к слиянию, и брашинг (соскоб щеточкой). Окраска по Грамму и PAS или серебром.



Выращивать культуру Кандида **бессмысленно**, ибо, как было указано, она является частью нормальной флоры, и ее рост на культурах ни о чем нам не скажет. **Серология** тоже не **информативна**.

Лечение.

Выделяют три группы лекарств:

1. Действующие в просвете пищевода: нистатин, клотримазол, амфотрицин В
2. Энтеральные системные препараты: кетоконазол, флюконазол, интраконазол.
3. Внутривенные препараты: амфотрицин В и миконазол.

Выбор лекарства зависит от тяжести поражения пищевода и наличия системных грибковых поражений. При отсутствии последних применяем первую группу. При наличии их – вторую, а если состояние тяжелое или больной не в состоянии применять препараты перорально, используем внутривенное введение препаратов третьей группы.

Первичная профилактика кандидиоза показана только при иммунодепрессивной терапии и длительной гранулоцитопении (флюконазол), а так же пациентам отделений интенсивной терапии (2 грамма амфотрицина В перорально). Вторичная профилактика рецидива кандидиоза – флюконазол 150 мг один раз в неделю.

ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА

Эпителиальные опухоли пищевода имеют **наиболее высокую летальность** среди всех злокачественных новообразований. В отношении тестовых заданий интерес представляют два типа опухоли – плоскоклеточный (сквамозно-клеточный) рак пищевода и аденокарцинома пищевода. **Плоскоклеточный – самый частый**, поражает обычно **среднюю часть** пищевода, **аденокарцинома реже**, поражает **нижнюю часть** пищевода.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК

Чаще у мужчин (М:Ж = 3:1). Несколько чаще у негров. Смертность – 4% от всех онкологических смертей. В некоторых регионах Мира заболеваемость плоскоклеточным раком пищевода резко повышена по сравнению со среднестатистической заболеваемостью в 400 раз. Это Иран, Северный Китай, Исландия, Гренландия, что объясняется, по всей вероятности, особенностями диеты (соленая рыба, маринады).

В этиологии плоскоклеточного рака пищевода: маринад, нитрозамины, **алкоголь**, **курение**, недостаточность рибофлавина и витамина А, горячая пища и жидкости. Установлена связь плоскоклеточного рака пищевода с синдромом Пламера-Винсона, ахалазией, дефицитом железа и повреждением пищевода щелочью в анамнезе.

- **Все повышает риск рака пищевода, кроме:**
 - А) курение
 - В) алкоголизм
 - С) мужской пол
 - Д) жирная пища

Е) повреждение пищевода щелочью

Правильный ответ: D

Если бы в опции «D» стояло: «горячая жирная пища», то опция была бы правильной, так как горячий жир медленно остывает, усугубляя ожог пищевода.

Необходимо отметить в данном контексте такое заболевание, как **тилоз**. Тилоз – гиперкератоз ладоней и стоп – аутосомно-доминантное, редкое заболевание, при котором **риск** заболеть **плоскоклеточным** раком пищевода приближается к **100%**. **Именно плоскоклеточным, а не аденокарциномой!**

Плоскоклеточный рак пищевода часто сочетается с раком головы и шеи. В 20% случаев сочетается с раком других органов ЖКТ. В 34% плоскоклеточный рак пищевода имеет несколько очагов в пищеводе.

- **Условия, связанные с повышенным риском сквамозно-клеточного рака включают все, кроме:**

- А) ахалазия
- В) курение
- С) пищевод Баррета
- Д) тилоз
- Е) опухоли шеи и головы

Правильный ответ: С

Пищевод Баретта ведет, напоминая, к аденокарциноме, а не к плоскоклеточному раку.

- **Что из следующего верно относительно патологии карциномы пищевода?**

- А) Аденокарцинома является самым распространенным злокачественным заболеванием пищевода.
- В) Сквамозно-клеточный рак обычен в отдаленном пищеводе, а аденокарцинома доминирует в средней трети. - неверно
- С) Пациенты с метаплазией Барретта имеют в 40 раз больше шансов развить аденокарциному чем обычное население.
- Д) Метастазы карциномы пищевода характерно ограничены в региональных медиастинальных лимфоузлах рядом с опухолью.
- Е) Ахалазия, радиационный эзофагит, каустическое ограничение пищевода, и Plummer-Vinson симптом являются предзлокачественными состояниями с предрасположенностью к развитию аденокарциномы.

Правильный ответ: С

Давайте все же разберем некоторые опции выше написанного теста. В отношении пункта «А» мы говорили, что наиболее частый вид рака пищевода это сквамозно-клеточный (плоскоклеточный) В отношении пункта «В» мы разбирали, где какой тип рака доминирует. Пункт «С» верен, и мы разбирали это в главе о пищеводе Баретта. Опции «D» и «E» разберем позже.

В клинике – дисфагия твердой пищи.

- **Какой из следующих симптомов наиболее вызывает наибольшее подозрение на опухоль пищевода?**

- А) Ранняя сытость.
- В) Нарушение глотания только жидкой пищи.
- С) Одинофагия и боли в груди.

- D) Орофарингеальная дисфагия.
- E) Нарушения глотания твердой пищи, возникающее еще до нарушения глотания жидкой пищи.

Правильный ответ: E

Когда появляется этот первый симптом, больной уже, как правило, не курабелен. Икота – свидетельствует о прорастании опухоли и поражении диафрагмального нерва. Боль давящая и жгучая. У 20% больных возникает гиперкальциемия (11 мг и выше) и проявляется резкой слабостью, сонливостью, симптомами ЖКТ. Естественно, все это на фоне общих «раковых» симптомов: слабость, интоксикация, похудание, истощение. Подозрительными на рак будут общие симптомы, мужской пол, возраст старше 60 лет и быстрое развитие дисфагии (менее 6 месяцев).

Вспомним уже известный нам тест. В данном случае «на исключение»:

- **37-летняя женщина с основной жалобой на затруднение глотания. Она чувствует, как пища проникает в её среднюю часть груди. Она указывает, что нет разницы между приёмом жидкой и твёрдой пищи, и есть ухудшение симптомов, когда она ест быстро или при стрессе. Потеряла вес на 15 кг, и отмечает регургитацию не переваренной пищей после еды. Пациентке назначена бариевая клизма. Наиболее вероятный диагноз?**
 - A) Стриктура пищевода
 - B) Спазм пищевода
 - C) Ахалазия
 - D) Рак пищевода
 - E) CREST синдром
- Правильный ответ: C**

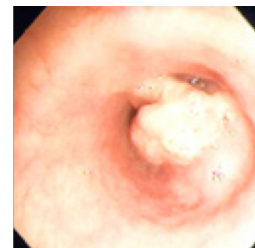
Одна из опций стоит «рак пищевода» - однако пол, возраст, анамнез и характер дисфагии позволяют нам исключить эту опцию как неверную.

Метастазирование (по порядку): лимфоузлы, легкие, печень, кости скелета.

Клиническая значимость метастазов невелика, так как больные обычно умирают до появления локальных симптомов метастазов.

Диагностика.

Золотым стандартом является эндоскопия с биопсией и цитологией. Если при эндоскопии обнаружили вдавление, вздутие слизистой, изменение цвета или зернистость – сразу подозреваем рак и выполняем биопсию. Причем биопсия выполняется из 7 участков. **Вначале берем цитологию** и лишь **потом биопсию**, чтобы не затруднять интерпретацию цитологических отпечатков развивающимся после биопсии легким кровотечением.



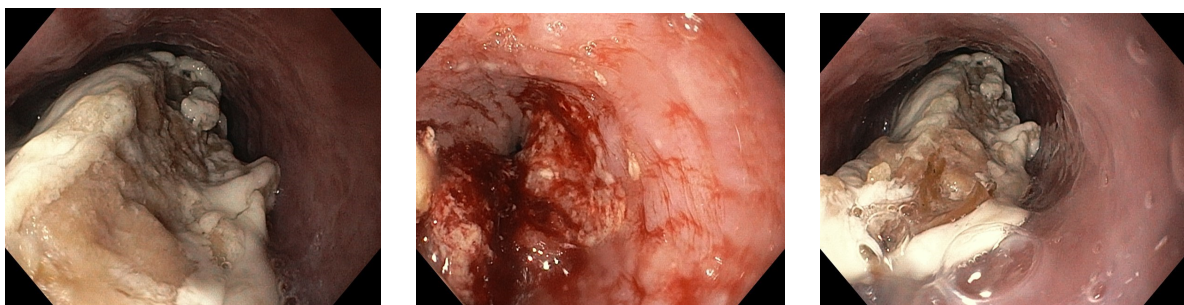
С медицинского форума

“Будни на работе

На приеме пациент 52 лет с симптомами выраженной дисфагии (невозможность проглатывать даже воду). Из анамнеза. В течении 3 месяцев испытывал болезненные ощущения и незначительные затруднения при проглатывании твердой пищи, но не придавал этому особое значение. На мартовские праздники быстро съел кусок шашлыка. После этого почувствовал усиление дискомфорта и боли в горле, невозможность глотать даже воду. Пациент двое суток просидел дома в режиме сухого голодания в ожидании рабочего дня. Утром явился на УЗИ щитовидной железы по совету знакомого фельдшера,

откуда врачом направлен на ФГДС. Результат осмотра. В верхней трети пищевода, практически от устья, весь просвет выполнен плотными пищевыми массами, после извлечения которых обнаружена основная причина. На 25 см от резцов просвет сужен тканью образования. Сужение гастроскопом непреодолимо. Биопсия-плоскоклеточный рак.

Да, медицинская грамотность населения оставляет желать лучшего...”



Классификация рака пищевода стандартна по **TNM**. Оптимально выявить **стадию** заболевания поможет эндоскопическая ультрасонография (**EUS**).

Лечение и прогноз.

Хоть и существует явный прогресс в хирургии и радиоизотопных методах лечения раковых больных, выживаемость при раке пищевода не увеличилась со времен великих Юдина и Савиных. А посему и лечение в основном является паллиативным и щадящим. Радикальное хирургическое лечение показано только в том случае, если при тщательном обследовании не выявлено метастазов, а это бывает крайне редко. Ультрарадикальная операция – экстирпация пищевода с ларинго- и фарингоэктомией и пересадкой на место пищевода участка тощей кишки. Даже при такой операции пятилетняя выживаемость составляет 20%. Однако если после такой операции была проведена лучевая терапия, то шансы больного значительно возрастают. При ней пятилетняя выживаемость может достигать 60% (если конечно нет метастазов в лимфоузлы, а если они есть, то до 42%) Резекция пищевода имеет наивысшую среди всех рутинных медицинских процедур интраоперационную летальность, составляющую 22%. При этом пятилетняя выживаемость только 10%.

Химиотерапия не имеет твердо доказанного эффекта, хотя иногда применяется.

Умирают больные, как правило, от легочных осложнений.

АДЕНОКАРЦИНОМА ПИЩЕВОДА

Аденокарцинома происходит из цилиндрического железистого эпителия в месте перехода пищевода в желудок. Болеют обычно белые мужчины.

В этиологии: пищевод Баретта

- **Что из следующего верно относительно патологии карциномы пищевода?**
 - А) Аденокарцинома является самым распространенным злокачественным заболеванием пищевода.
 - В) Сквамозно-клеточный рак обычен в отдаленном пищеводе, а аденокарцинома доминирует в средней трети.
 - С) Пациенты с метаплазией Барретта имеют в 40 раз больше шансов развить аденокарциному чем обычное население.
 - Д) Метастазы карциномы пищевода характерно ограничены в региональных медиастинальных лимфоузлах рядом с опухолью.

- Е) Ахалазия, радиационный эзофагит, каустическое ограничение пищевода, и Plummer-Vinson симптом являются предзлокачественными состояниями с предрасположенностью к развитию аденокарциномы.

Правильный ответ: С

соответственно все состояния, приводящие к нему, как в известном тесте:

- **Хронический рефлюкс-эзофагит может привести ко всему, кроме:**
 - А) гастроинтестинальное кровотечение
 - В) эзофагеальная пептическая стриктура
 - С) кольцо Шацкого
 - Д) пищевод Баррета
 - Е) аденокарцинома

Правильный ответ: С

Или подобный тест из другого источника:

- **Хронический рефлюкс-эзофагит может привести**
 - * А) гастроинтестинальное кровотечение
 - * В) эзофагеальная пептическая стриктура
 - С) нижнее эзофагеальное кольцевидное сужение
 - * Д) эзофагит Баррета
 - * Е) аденокарцинома

Вот еще тест:

- **52-летнему мужчине с давней изжогой установлена карцинома пищевода. Наиболее вероятный клеточный тип этой опухоли?**
 - А) Клетки плоского эпителия
 - В) Oat клетки
 - С) Промежуточные клетки
 - Д) Аденокарцинома
 - Е) Первичная меланома пищевода

Правильный ответ: D

Обратите внимание, в вышеприведенном тесте косвенно указывается на то, что у этого человека пищевод Баретта, о чем свидетельствует наличие у него многолетней изжоги. А пищевод Баретта приводит именно к аденокарциноме, а не к какой-либо иной опухоли. А так же **курение** и прием **алкоголя**.

Но обратите внимание на следующий тест:

- **У 52-летнего мужчины затруднено глотание твёрдой пищи. Имеется поражение верхней желудочно-кишечной системы с сосредоточением в отдалённой от центра части пищевода. Эндоскопия подтверждает наличие аденокарциномы пищевода. Какой наиболее предрасполагающий фактор к этой болезни?**
 - А) Achalasia
 - В) Palmoplantar кератоз (tylosis)
 - С) Пищевод Barrett

- D) Брюшной спру
- E) Потребление алкоголя

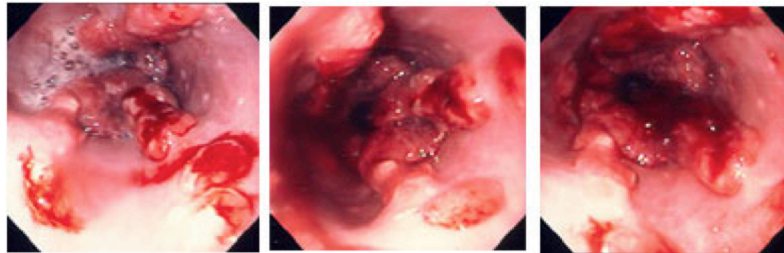
*Несмотря на то, что здесь указан и алкоголь, как предрасполагающий фактор развития аденокарциномы, правильным ответом является **ответ С**. Ибо пищевод Баретта является наиболее значимым фактором в развитии аденокарциномы.*

И так, отметим, что особенности диеты, ахалазия и другие состояния **не влияют** на развитие аденокарциномы пищевода, **в отличие** от плоскоклеточного рака.

Клиника подобна таковой при плоскоклеточном раке. Критериями для подозрения на аденокарциному могут служить так же анамнез длительной изжоги, быстро прогрессирующей дисфагии, мужской пол и возраст старше 60 лет.

- **У 64-л мужчины ухудшающаяся дисфагия в течение нескольких месяцев. Выполнено исследование с барием. Наиболее вероятная причина его состояния?**
 - A) карцинома пищевода
 - B) ахалазия
 - C) скользящая грыжа пищевода
 - D) параэзофагеальная грыжа
 - E) дивертикул пищевода
- Правильный ответ: А**

Диагностика – эндоскопия с цитологией и множественными биопсиями.



- **Наиболее диагностическим исследованием у больного с подозрением на карциному пищевода является:**
 - A) глоток бария
 - B) КТ
 - C) рентген верхнего отдела живота
 - D) эзофагоскопия
 - E) исследование перистальтики пищевода
- Правильный ответ: D**

Лечение – Эзофагогастрорезекция. Лучевая терапия **менее эффективна, но применяется, химиотерапия не эффективна** (сравните с лечением плоскоклеточного рака).

- **Все верно о карциноме пищевода за исключением:**
 - A) предрасполагающим фактором является алкоголь
 - B) аденокарцинома – наиболее частый вид рака гастроэзофагеального сочленения
 - C) у мужчин встречается чаще, чем у женщин
 - D) чаще у больных с эрозивным эзофагитом

Е) эффективно только хирургическое лечение – *не только, но и лучевая терапия*

Правильный ответ: Е

Обратите внимание, в отношении опции «В» речь идет не просто о раке пищевода в целом, а именно о раке гастроэзофагеального сочленения. Будьте внимательны!

ЛЕЙОМИОМА И ЛЕЙОМИОСАРКОМА

Лейомиома – самая частая доброкачественная опухоль всех отделов **ЖКТ** и пищевода в частности.

- **Наиболее частая доброкачественная опухоль пищевода:**

- А) липома
- В) аденома
- С) папиллома
- Д) лейомиома
- Е) гемангиома

Правильный ответ: D

Расположена в толще мышечной стенки органа и покрыта неизменной слизистой. Поэтому кровотечения редки и клинически опухоль проявится обтурацией пищевода лишь при достижении ею больших размеров. **То же самое** в отношении **лейомиосаркомы** с той лишь существенной **разницей**, что последняя весьма **злокачественна** и, слава Богу, очень **редка**.

Клинически проявляются **дисфагией** при глотании твердой пищи.

Отдифференцировать доброкачественную лейомиому от злокачественной лейомиосаркомы на основе клиники или эндоскопической картины невозможно. Поэтому в обоих случаях показана резекция опухоли (вылущивание ее из мышечной стенки) и гистологическое исследование резецированной опухоли. Просто брать биопсию – не информативно, так как слизистая оболочка покрывающая их не изменена. Если опухоль мала (до 2-х сантиметров в диаметре у основания по данным КТ и ультрасонографии), то удалить ее можно эндоскопически. Открытая операция показана только при большом размере опухоли из за высокой интраоперационной летальности – 2%.

Пятилетняя выживаемость при лейомиосаркоме составляет 3% поэтому целесообразно прибегнуть к открытой операции по резекции пищевода в пределах здоровой ткани целесообразна, при обнаружении злокачественности в вылущенной опухоли.

ДРУГИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА

Достаточно редки в тестах, но желательно о них помнить.

- Мелкоклеточная карцинома
- Железистая кистовидная карцинома
- Меланома (выживаемость 0%)
- Мелкоклеточная карцинома (выживаемость 0%)
- Псевдосаркома
- Лимфома (редкость в пищеводе)
- Злокачественный карциноид (редкость в пищеводе)

- Опухоль Абrikосова (редкость в пищеводе)

ВАРИКОЗ ВЕН ПИЩЕВОДА

Достаточно распространены тесты на эту тему. Варикоз вен пищевода возникает, как правило, вследствие цирроза печени. В тестах обычно описываются алкоголики, хотя варикоз может возникнуть на фоне цирроза печени любого генеза.

Когда в воротной вене печени повышается давление выше 12 мм ртутного столба, возникает сброс крови в систему нижней полой вены и коллатерали, в которых давление начинает превышать нормальное. Вены пищевода, которые так же принадлежат к этой системе расширяются, и может возникнуть кровотечение из них.

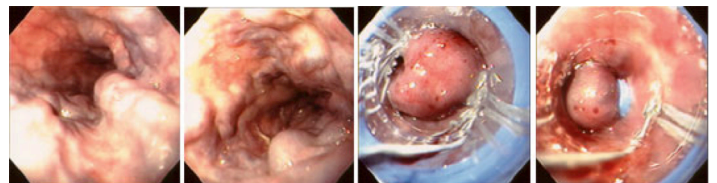


Летальность при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода составляет 50%, а риск повторного кровотечения 70% в первые недели после гемостаза, что диктует актуальность профилактики рецидива кровотечения.

Непосредственно варикоз вен пищевода мы можем **заподозрить** у людей старшего возраста, свободных профессий или низкого социального статуса, с кровавой рвотой, увеличенной печенью и с анамнезом алкоголизма.

- 42-х летний музыкант поступил с гематомезисом и при обследовании выявлена гепатомегалия. На рентгенограмме сужение в нижней части пищевода. Диагноз:
 - А) бронхогенная карцинома
 - В) стриктура пищевода
 - С) рефлюкс-эзофагит
 - Д) карцинома пищевода
 - Е) варикоз пищевода

Правильный ответ: Е



Не обольщайтесь в отношении простоты постановки диагноза в тестах. Кровотечение может быть и из варикозно расширенных вен, и из других отделов пищевода, при его разрывах и, наконец, из желудка. Поэтому всегда первым действием должна быть эзофагогастроскопия. Если в тесте указывается прямой диагноз варикозно расширенных вен пищевода и кровотечения из них, тогда этот пункт можно опустить, перейдя непосредственно к лечению. Если же речь идет о просто развившемся кровотечении – эзофагогастроскопия первое мероприятие необходимое для постановки правильного диагноза. Известно, что у 50% больных с циррозом и портальной гипертензией кровотечение возникает не из вен пищевода, а посему будьте внимательны. Существуют так же тесты на Ваше клиническое мышление. Если мы видим, что пациент с кровотечением из верхних отделов ЖКТ гемодинамически не стабилен, что его давление резко снижено и он в шоковом состоянии, то перед установлением диагноза и проведением эндоскопии необходимо заняться его витальными функциями: установить внутривенный катетер, начать переливание жидкостей и так далее, и лишь потом провести эзофагогастроскопию. Как, например, в этом тесте:

- 57-летний мужчина осмотрен в реанимационной комнате в связи со слабостью и меленой, которые наблюдались у него в течение 3 дней. Ранее не было гастроинтестинальных кровотечений и болей в животе. Во время осмотра

растрепанный и небритый. Выглядит старше паспортного возраста, имеет ортостатическое падение давления в 20 мм рт.ст. Находки включают билатеральный темпоральный нистагм, бледные не желтые конъюнктивы, хейлоз, распространенные ангиомы на дорсальных поверхностях верхней части тела, мышечную слабость, гепатоспленомегалию, повышенные кишечные шумы без болезненности при пальпации. Стул - мелена. Назогастральная аспирация выявляет кофейнообразный материал с поступлением по лаважу. Гематокрит 30%, корпускулярный объем 105, начат промывной гастральный лаваж. Следующий шаг по отношению к этому больному:

- A) выполнить эзофагогастроскопию
- B) ввести зонд Блекмора и начать внутривенное введение питрессина
- C) произвести рентгенографию верхнего отдела живота
- D) немедленно провести ангиографию органов брюшной полости.
- E) ввести большого диаметра внутривенный катетер и начать струйное переливание крови

Правильный ответ: E

В этом тесте мы видим, что у него кровотечение из верхних отделов ЖКТ. У него явный цирроз печени. Варикоз ли это? Совсем не обязательно. Скорее всего, даже что нет. Ибо стул – мелена, в желудке переваренная кровь. При кровотечении из варикозных вен пищевода мы бы скорее наблюдали кровавую рвоту или даже просто обильное кровотечение из его рта. Но необходимо все же выяснить источник кровотечения. Однако мы видим, что его витальные функции под угрозой, и он пребывает в геморрагическом шоке от потери крови. А посему первичным мероприятием в данном случае должно явиться введение катетера и переливание крови. И лишь на втором этапе (само-сабой, не на следующие сутки, а практически одновременно) проведем эзофагогастроскопию для выявления источника кровотечения.

Лечение острого кровотечения.

После того, как мы разобрались с витальными функциями и установили диагноз кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, начинаем лечение. Очевидно, что в остром периоде необходима процедура, обладающая 100% эффективностью в остановке этого кровотечения. Такой процедурой является **склеротерапия**. А посему во всех тестах ее и будем применять первой. Обратите на это внимание! Многих в свое время в институтах учили иначе. На втором месте по эффективности идет сдавление кровоточащих вен баллоном Блекмора – 80%. На третьем месте соматостатин – 58%, и на последнем вазопрессин и его аналоги – 52%. Вазопрессин можно вводить как внутривенно, так и в верхнюю брыжеечную артерию с одинаковой эффективностью.

Поскольку, как мы говорили, риск повторного кровотечения велик, назначаем профилактику рецидива кровотечения. Это та же **склеротерапия**, которая должна **повторяться** время от времени и **портокавальное шунтирование**. Оно предотвратит повторное кровотечение, но естественно не улучшит исход основного заболевания. Кроме того, при отсутствии противопоказаний назначаем бета-блокеры для постоянного приема. Альтернатива бета-блокерам – нитраты.

- **Истинные утверждение о случаях геморрагии из варикозных вен включают все нижеследующие, кроме:**
 - A) учитывая риск перфорации, эндоскопическая склеротерапия не должна часто применяться у больных, кровоточащих после операции

- В) внутривенная инфузия вазопрессина также эффективна, как и инфузия в верхнюю брыжеечную артерию для купирования кровотечения
- С) наличие предоперативной желтухи и асцита увеличивают риск ранней послеоперационной летальности у больных, подвергающихся шунтирующим операциям по поводу геморрагий из варикозно расширенных вен
- Д) портокавальное шунтирование предотвращает повторные геморрагии, но не улучшает исход
- Е) селективный дистальный спленоренальный шунт связан с более низким количеством постоперативных печеночных энцефалопатий, чем портокавальный шунт.

Правильный ответ: А

Кроме того, обратите внимание на опции «С» и «Е» и запомните их.

Вот еще тест с «продолжением»:

- **60-летний мужчина страдающий алкоголизмом поступил в приемное отделение с кровавой рвотой. АД 100/60. При физикальном обследовании выявлены гепатомегалия и асцит. Гематокрит 25%. По зонду выделилось 300 мл свежей крови. Следующим шагом должно явиться:**
 - А) обтурация пищевода баллоном
 - В) бариевое исследование
 - С) селективная ангиография
 - Д) эзофагогастроскопия
 - Е) склеротерапия

Продолжение:

- **Установлен диагноз кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Дальнейшие мероприятия:**
 - А) внутривенно вазопрессин
 - В) эндоскопическая склеротерапия
 - С) срочное выполнение портокавального шунта
 - Д) обтурация вен внутрипищеводным баллоном
 - Е) срочная операция на пищеводе
- Правильные ответы: D и B**

ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

Их три вида: верхний, средний и нижний.

1. Верхний – **выше** верхнего пищеводного сфинктера – дивертикул **Ценкера** – наиболее часто фигурирует в тестах. Возникает вследствие **моторной** дисфункции.
2. Средний – образуется вследствие **воспалительных** процессов в средостении – по **середине** пищевода.
3. Нижний – **наддиафрагмальный** – как и Ценкера, образуется вследствие **моторных** нарушений. Он часто сопровождается ахалазией и склеродермией.

В клинике – перемежающаяся дисфагия, регургитация (особенно лежа), отрыжка давно съеденной пищей, неприятный запах изо рта. При дивертикуле Ценкера – припухлость на шее.

- **45-летний мужчина сказал, что в течение последнего года у него периодически возникает регургитация пищей, съеденной несколькими днями раньше. Его**

жена добавила, что он насыщается от небольшого количества пищи. Больной имел дисфагию на твердую пищу. Наиболее вероятный диагноз:

- A) обструкция выходного отдела желудка
- B) склеродерма
- C) ахалазия
- D) ценкеровский дивертикул
- E) диабетический гастропарез

Правильный ответ: D

Или практически подобный тест из другого источника:

- **48-летний мужчина говорит, что в течение последнего года у него внезапно возникает регургитация пищей съеденной несколько дней назад. Его жена жалуется на неприятный запах у него изо рта. Так же у него внезапно появилась дисфагия твёрдой пищей. Наиболее вероятный диагноз?**

- A) Обструкция выхода из желудка
- B) Склеродерма
- C) Ахалазия
- D) Диффузный пищеводный спазм
- E) Ценкеровский дивертикул

Правильный ответ: E

- **79-л бывший оперный певец представлен дисфагией, которая стала прогрессивно ухудшаться в последние 5 лет. Он сообщает, что иногда он чувствует комок в левой части шеи и булькающие звуки во время глотания. Иногда бывает регургитация пищей во время еды. Какой диагноз?**

- A) карцинома пищевода
- B) инородное тело пищевода
- C) синдром Пламмер-Винсон (перепонка)
- D) фаринго-эзофагеальный дивертикул
- E) склеродерма

Правильный ответ: D

Диагностика – исключительно клиника и рентген. Эндоскопию и сканирование не делаем!

- **Что не верно в отношении Ценкеровского дивертикула:**

- A) дисфагия – главный симптом
- B) возможна аспирационная пневмония
- C) диагноз ставиться эндоскопически
- D) это врожденное заболевание
- E) часто наблюдают зловонный запах изо рта

Правильный ответ: C

Лечение: Бессимптомные дивертикулы пищевода не требуют лечения. Существуют разработанные подходы к хирургическому лечению дивертикулов пищевода, имеющих специфические клинические проявления. В настоящее время большинство хирургов рекомендуют проводить резекцию дивертикула и выполнение в умеренном объеме **миотомии** контралатеральной стенки пищевода, соблюдая осторожность ввиду возможного повреждения блуждающего нерва.

- **Первичное лечение дивертикула Ценкера?**

- A) Успокоить пациента и изменить диету
- B) Ваготомия
- C) Миотомия
- D) Эзофагэктомия
- E) Циметидин

Правильный ответ: C

ДРУГАЯ ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВОДА

КОЛЬЦО ШАЦКОГО

Кольцо Шацкого – мышечная складка в области гастроэзофагеального перехода. Характеризуется перемежающейся дисфагией твердой пищи, в особенности при глотании кусочков мяса. Вот тест «на исключение»:

- **Что из следующего характеризуется дисфагией и для твердого и для жидкостей?**

- A) рак пищевода
- B) ахалазия
- C) кольцо Шацкого
- D) доброкачественная стриктура пищевода
- E) пищевод Barrett's

Правильный ответ: B

Диагностика: рентген и эндоскопия.

Лечение: баллонная дилатация, бужирование, электрохирургическое рассечение кольца через эндоскоп.

ПИЩЕВОДНАЯ ПЕРЕПОНКА

Складка слизистой и/или подслизистой оболочки пищевода, приводящая к сужению его. Если эта перепонка сочетается с железодефицитной анемией, то в таком случае это состояние называется синдромом Платмера-Винсона или Патерсона-Брауна-Келли (первое название чаще).

В клинике: перемежающаяся дисфагия твердой пищи с симптоматикой железодефицитной анемии.

Диагностика: рентген и эндоскопия, общий анализ крови для выявления железодефицитной анемии.

Лечение: баллонная дилатация, коррекция анемии.

- **63-л женщина из Норвегии, находящаяся в США, жалуется на дисфагию. На эндоскопии идентифицирована перепонка пищевода и установлен диагноз синдром Платмер-Винсона. Какой должен быть следующий шаг?**

- A) эзофагостомия
- B) дилатация перепонки и терапия железом
- C) эзофагэктомия
- D) желудочный обходной анастомоз пищевода
- E) кортизон

Правильный ответ: B

- **Что из следующего относительно Plummer-Vinson (Paterson-Kelly) синдрома является правильным?**

- A) вызваны дефицитом фолатов

- В) расположены в дистальном отделе пищевода
- С) вызывают гастро-эзофагеальный рефлюкс
- Д) лечение включает эзофагеальное бужирование
- Е) появляются в результате накопления железа в крови

Правильный ответ: D

СИНДРОМ МЕЛОРРИ-ВЕЙС

Линейные разрывы слизистой оболочки пищевода. Чаще возникает при упорной рвоте.

- **69-л мужчина поступил в больницу Скорой Помощи с острым кровотечением из верхних отделов ЖКТ после очередного приступа повторной рвоты. Фиброволоконная гастроскопия показала 3 линейных разрыва на уровне пищеводно-желудочного перехода. Какой диагноз?**
 - А) рефлюкс-эзофагит с язвами
 - В) пищевод Баррета
 - С) карцинома пищевода
 - Д) поражение Меллори-Вейса
 - Е) склеродерма

Правильный ответ: D

Далеко не обязательно у алкоголиков, как это принято считать, но так же может развиваться у детей. Кровотечение от слабого до массивного. Отличается внезапностью. Обычно лечения не требуется, и кровотечение купируется спонтанно без лечения. При массивных не купирующихся самостоятельно кровотечениях показаны различные методы вмешательства (ушивание слизистой). Для дифференциальной диагностики необходима эзофагогастроскопия.

Вот пример несколько «некрасивого» теста на эту тему:

- **Ранее здоровый 9-ти летний мальчик поступил в стационар с массивным гастроинтестинальным кровотечением. Наиболее вероятный диагноз:**
 - А) пищеводный варикоз
 - В) синдром Мелорри-Вейс
 - С) гастрит
 - Д) язва желудка
 - Е) дуоденальная язва

Правильный ответ: B

Логика в какой то мере ясна. Обратите внимание на то, что ребенок был ранее совершенно здоров. Пищеводный варикоз предполагает цирроз, язва желудка – хроническое заболевание, то же в отношении дуоденальной язвы. Непонятно откуда у него кровотечение. Этого не указано. Гастроинтестинальное кровотечение – слишком обще.... В отношении гастрита так же не совсем ясно. Может быть острый «стрессовый» гастрит. Хотя при нем, скорее всего, не будет массивного кровотечения. Это один из тестов, при решении которых необходимо «включать голову» и тогда, вне всякого сомнения, Вы придете к правильному ответу.

СИНДРОМ БУЕРХАВЕ – СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА

Спонтанный разрыв пищевода чаще возникает при сильных позывах на рвоту, при которых пищевод начинает сильно сокращаться. Диагностика иногда сильно запаздывает,

и это может привести к медиастениту. Клиника и диагностика хорошо описаны в следующем тесте:

- **42-летняя женщина с тяжёлой формой боли в груди, которая наблюдалась после нескольких дней тошноты и рвоты. Она считает, что заразилась вирусным гастроэнтеритом в дневном центре, где работает. Болеет 4 дня и почувствовала улучшение с позавчера, когда она пыталась вызвать рвоту, но её не было. Ночью боль ухудшилась. Со вчерашнего дня не принимала жидкости из-за боли. Утром она почувствовала припухлость (опухоль/вздутие) вокруг передней части шеи. Физикальное обследование: Т – 38,4°C, АД – 110/62 мм.рт.ст., ЧСС – 122. Её слизистые сухие. Крепитация при пальпации переднего отдела шеи. На вдохе слышен медиастинальный хруст. К сведенью – у пациентки признаки левого плеврального выпота с приглушенностью (притуплением) при перкуссии и понижение дыхательных шумов в нижней четверти поля лёгкого. Какой наилучший тест вы предложите для постановки диагноза?**
 - А) радиограмма грудной клетки
 - В) радиограмма с гастрографинном
 - С) радиограмма с барием
 - Д) торакоцентез
 - Е) эзофагоскопия**Правильный ответ: В**

Пищевод при его спонтанном разрыве может перфорировать в шею, в средостение, в плевральную или перитониальную область. У женщины в вышеприведенном тесте была перфорация в плевральную полость. Отсюда и легочная патология. Отмечается так же и подкожная эмфизема.

- **50-л мужчина поступает с невыносимой болью после эпизода тяжелой рвоты, связанной с приемом тяжелой пищи. Отмечена также подкожная эмфизема шеи. На рентген снимке видны воздух в средостении и шее, а также уровень жидкости в левой плевральной полости. Наиболее вероятный диагноз?**
 - А) перфорация дуоденальной язвы
 - В) спонтанный разрыв пищевода
 - С) спонтанный пневмоторакс
 - Д) нижний инфаркт миокарда
 - Е) расслаивающая аневризма аорты**Правильный ответ: В**

Лечение: если пищевод перфорировал в только шею, то можно ограничиться антибиотикотерапией. Если же произошла периферийная перфорация пищевода в грудную, плевральную, брюшную полости, то необходима хирургическая ревизия с первичным восстановлением пищевода и установкой дренажа. Естественно, полное парентеральное питание в постоперационном периоде.

- **Самое лучшее решение для 48-летней больной с периферийной перфорацией пищевода:**
 - А) Антибиотики, дренаж, парентеральное питание
 - В) Разделение пищевода и иссечение перфорации.
 - С) Ревизия, первичное восстановление, дренаж, парентеральное питание.

- D) Иссечение цервикальной esophagostomy, gastrostomy, jejunostomy.
- E) T-трубный свищ и дренаж.

Правильный ответ: С

Обращаю Ваше внимание на то, что подобная тактика применима при перфорациях пищевода любого генеза.

Обратите внимание на тест:

- **Какое из следующих утверждений относительно хирургического лечения карциномы пищевода верно?**
 - A) обнаружение серьезного нарушения глотания в связи с пищеводом Баретта является показанием к antireflux операции чтоб предотвратить последующее развитие карциномы.
 - B) долговременную выживаемость на всех стадиях можно улучшить радикальным блоковым иссечением пищевода с содержащейся в нем опухолью, соседними, пораженными метастазами тканями и региональными лимфоузлами.
 - C) уровни смертности и заболевания для цервикальной пищеводной анастомотической утечки значительно ниже, чем для интерторакальной пищеводной анастомотической утечки.
 - D) основными осложнениями для трансторакальной esophagectomy и интраторакальной esophgogastric anastomosis являются кровотечение и инфицирование раны.
 - E) transhiatal esophagectomy без торакотомии достигает лучших длительных результатов, чем трансторакальная esophagectomy.

Правильный ответ: С

Обратите внимание на опцию «С» и «прочувствуйте» ее.

Самая частая причина перфорации пищевода – инструментальные воздействия при операциях и эндоскопических исследованиях.

- **Перфорация пищевода наиболее вероятна в результате:**
 - A) наружной травмы
 - B) инородного тела
 - C) инструментального воздействия
 - D) длительной рвоты
 - E) карциномы

Правильный ответ: С