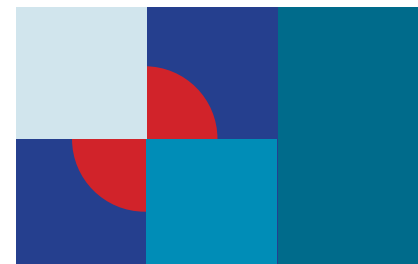


А. Форбс
Дж. Дж. Мисиевич
К. К. Комптон
М. С. Левин
М. Ш. Курайши
С. Е. Рубезин
П. Дж. Тулуват

АТЛАС КЛИНИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ



Перевод с английского под редакцией
д-ра мед. наук, проф. В. А. Исакова

Москва
РИД ЭЛСИБЕР
2010

УДК 616.34(084.121)
ББК 54.13я61
А92

Данное издание представляет собой перевод с английского книги «Atlas of Clinical Gastroenterology, 3rd edition» под редакцией Alastair Forbes, J.J. Misiewicz, Carolyn C. Compton, Marc S. Levine, M. Shafi Quraishy, Stephen E. Rubesin, Paul J.Thuluvath.
Перевод опубликован по контракту с издательством Elsevier Ltd.

Научное редактирование перевода:
Василий Андреевич Исаков, д-р мед. наук, проф., руководитель отдела гастроэнтерологии и гепатологии НИИ питания РАМН.

Перевод с английского выполнен
ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

A92 **Атлас клинической гастроэнтерологии** /под ред. А. Форбса, Дж. Дж. Мисиевича, К. К. Комптон, М. С. Левина, М. Ш. Курайши, С. Е. Рубезина, П. Дж. Тулувата; пер. с англ. — М. : ООО «Рид Элсивер», 2010. — 392 с. : цв. ил. — Перевод изд. «Atlas of Clinical Gastroenterology, 3rd edition» под ред. Alastair Forbes, J.J. Misiewicz, Carolyn C. Compton, Marc S. Levine, M. Shafi Quraishy, Stephen E. Rubesin, Paul J.Thuluvath.
ISBN 978-5-91713-027-9

«Атлас клинической гастроэнтерологии» — единственное полное иллюстрированное издание, в котором дана информация о всех как наиболее распространенных, так и редких заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в аспектах патофизиологии, гистологии и лучевых методов исследования. 2700 иллюстраций и емкие описания позволят поставить наиболее точный диагноз.

Представлены данные о новых и распространенных методах обследования, сопоставления между клинической картиной и результатами инструментальных исследований, описания новейших методов исследований, таких как эндоУЗИ, эндоМРТ, капсульная эндоскопия, МРТ, виртуальная колоноскопия.

Содержит информацию об основных заболеваниях гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, прямой кишки, детских и инфекционных заболеваниях, описания методов двойного контрастирования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, данные компьютерной анатомии органов ЖКТ.

Предназначено гастроэнтерологам, терапевтам, хирургам, врачам общей практики, студентам и ординаторам медицинских вузов.

УДК 616.34(084.121)
ББК 54.13я61

Предупреждение. Знания и практический опыт в области гастроэнтерологии постоянно развиваются. Новые исследования и клинический опыт расширяют наши знания, поэтому может возникнуть необходимость в изменении методов диагностики, способов лечения и лекарственной терапии. В любом случае советуем читателям помимо этой книги обращаться к другим источникам информации. При назначении больным лекарственных средств необходимо ознакомиться с сопроводительной инструкцией, вложенной в упаковку, для уточнения рекомендованной дозы, способа и продолжительности применения, а также противопоказаний. Только профессионал, полагаясь на собственный опыт и знания о больном, отвечает за постановку диагноза, определение дозировки и наилучшей схемы лечения каждого пациента. По закону ни издатель, ни автор не несут какой-либо ответственности за любой вред и/или ущерб, нанесенный людям или собственности в результате или в связи с любым использованием материала, содержащегося в этой книге.

Все права защищены. Не допускается воспроизведение или распространение в любой форме или любым способом (электронным или механическим, включая фотокопирование, видеозапись или любую систему хранения и поиска информации) без письменного разрешения издателя. Разрешение можно запросить непосредственно у Elsevier's Health Sciences Rights Department в Филадельфии, Пенсильвании, США: телефон: (+1) 215 239 3804, факс: (+1) 215 239 3805, e-mail: healthpermissions@elsevier.com или on-line на <http://www.elsevier.com>.

ISBN 978-5-91713-027-9 (рус.)
ISBN 978-0-7234-3283-X (англ.)

© 1994, Mosby Year Book Europe Limited.
© 2005, Elsevier Ltd. Все права защищены.
© ООО «Рид Элсивер», ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», перевод на русский язык, оформление русского издания, 2010.

НОРМАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОД

Пищевод — мышечная трубка, соединяющая ротоглотку с желудком. Он начинается на уровне нижнего края перстнеглоточной мышцы. Длина пищевода приблизительно 25 см. Верхняя треть его образована поперечно-полосатой мускулатурой, остальная часть — гладкой. Изнутри мышечная трубка выстлана плоским эпителием.

В средостении пищевод окружен двумя стволами блуждающего нерва, трахеей, аортой, сердцем (рис. 1-1–1-4). С помощью рентгеновского исследования при контрастировании барием на пищеводе можно обнаружить вдавления от аорты и левого бронха (рис. 1-5), при этом можно увидеть не только структуру нормальной слизистой оболочки, но и небольшое сужение приблизительно на 2 см ниже диафрагмы; расширение под ним называют «желудочком», или «ампулой диафрагмы» (рис. 1-6). При рентгеновском исследовании это образование не следует путать с пищеводной грыжей (см. ниже). Пищевод впадает в желудок в области угла сразу под диафрагмальной вырезкой и приблизительно на расстоянии 40 см от края резцов.

Пища проходит по пищеводу благодаря координированному сокращению его мышечных слоев. Эта волна перистальтики относительно медленная: скорость ее движения по направлению к желудку составляет 2–6 см/с. В ответ на жевание возникает первичная перистальтика, а вторичная начинается ниже подглоточной области в отсутствии предшествующих жевательных движений. Барьерная функция пищевода зависит от функционального состояния верхнего перстнеглоточного сфинктера и нижнего пищевого сфинктера (НПС). В области НПС давление достаточно высокое (в норме 15–35 мм рт.ст.), на протяжении нижних 3–4 см пищевода оно имеет сходные значения; в данном случае определенной анатомической структуры не существует. Манометрию подвижности пищевода обычно про-

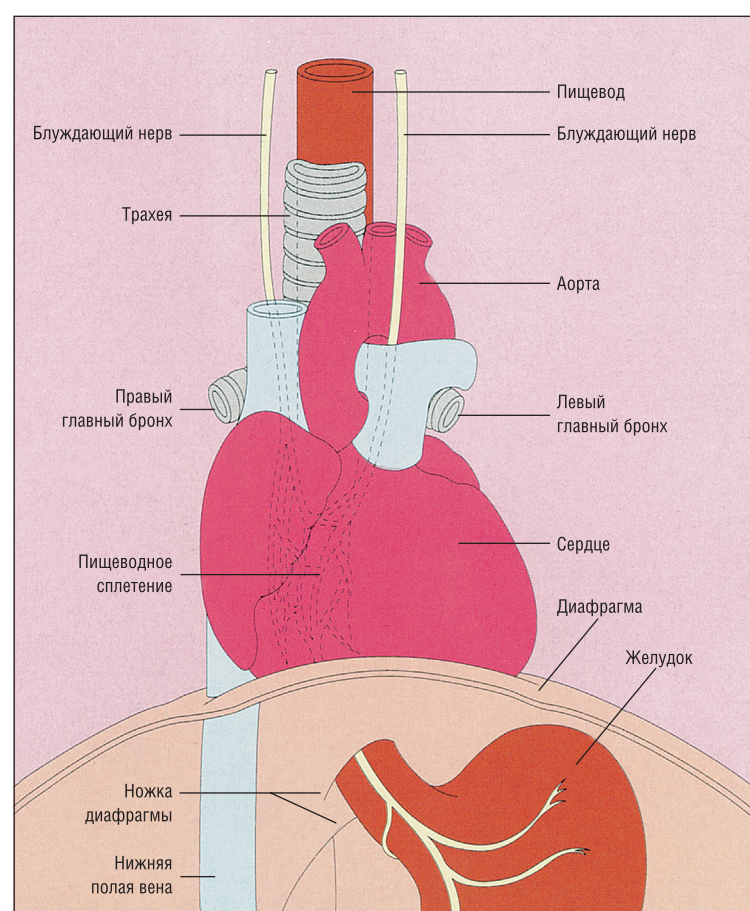


Рис. 1-1. Схема анатомического расположения пищевода

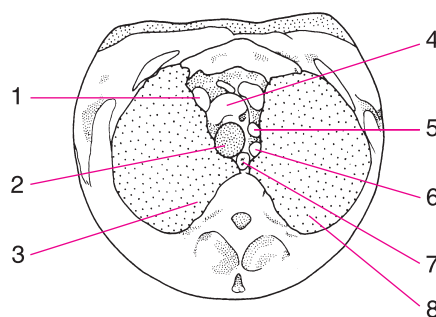
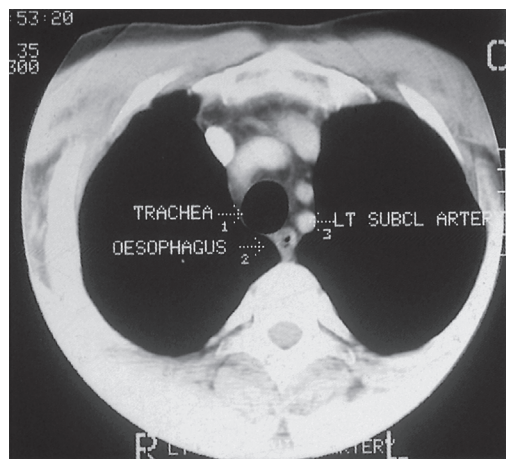


Рис. 1-2. Поперечная компьютерная томограмма грудной клетки над уровнем бифуркации трахеи. Видно взаимное расположение пищевода, трахеи и основных сосудов: 1 — правая плечеголовная вена; 2 — трахея; 3 — правое легкое; 4 — правая плечеголовная артерия; 5 — левая общая сонная артерия; 6 — левая подключичная артерия; 7 — пищевод; 8 — левое легкое

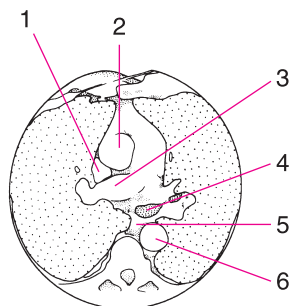
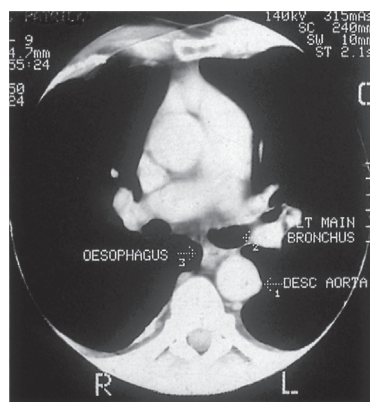


Рис. 1-3. Компьютерная томограмма грудной клетки на уровне дуги аорты. Видно взаимное расположение ее задней части, левого главного бронха и пищевода: 1 — верхняя полая вена; 2 — восходящая часть аорты; 3 — правая главная легочная артерия; 4 — левый главный бронх; 5 — пищевод; 6 — нисходящая часть аорты

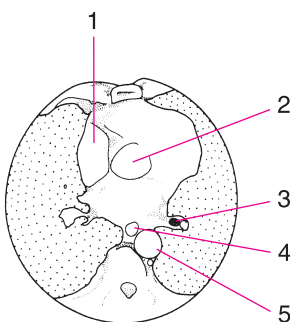


Рис. 1-4. Компьютерная томограмма грудной клетки на уровне левого предсердия. Видно взаимное расположение пищевода, аорты и структур сердца: 1 — правое предсердие; 2 — отверстие левого желудочка; 3 — левое предсердие; 4 — пищевод; 5 — нисходящая часть аорты

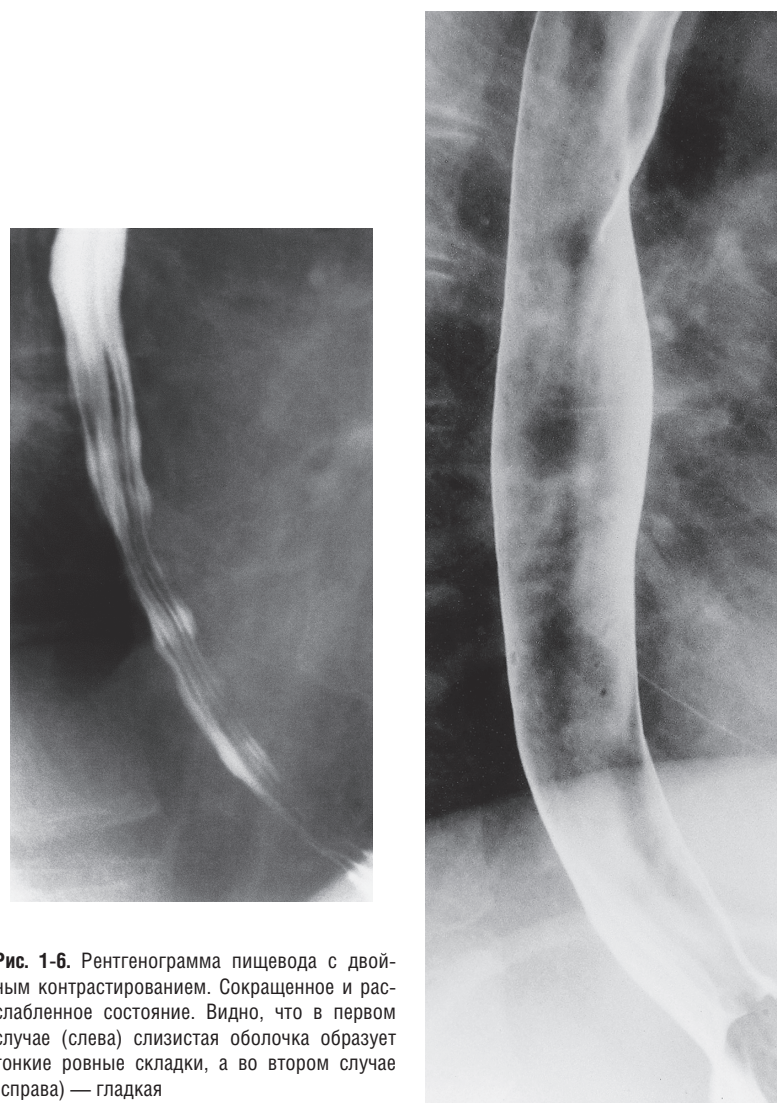


Рис. 1-6. Рентгенограмма пищевода с двойным контрастированием. Сокращенное и расслабленное состояние. Видно, что в первом случае (слева) слизистая оболочка образует тонкие ровные складки, а во втором случае (справа) — гладкая

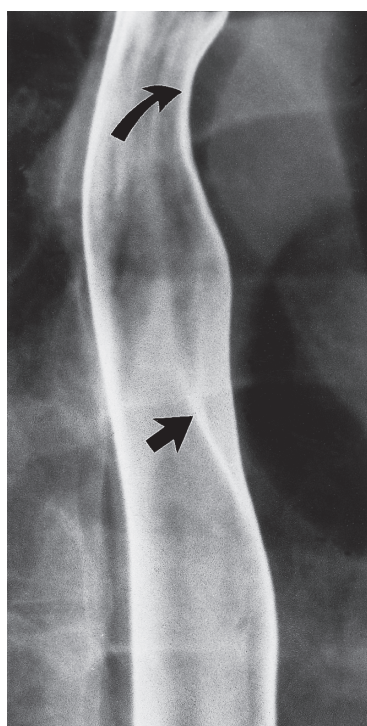


Рис. 1-5. Рентгенограмма пищевода с двойным контрастированием. В норме заметно вдавление на пищеводе от аортальной дуги (закругленная стрелка) и левого главного бронха (прямая стрелка)

водят с помощью трансназального катетера (рис. 1-7). В норме при глотании перстнеглоточный сфинктер расслабляется до прохождения пищевого комка, происходит его сокращение, а затем — перистальтические сокращения вдоль тела пищевода. НПС расслабляется только непосредственно перед тем, как его достигает волна сокращений, обеспечивая, таким образом, прохождение пищевого комка в желудок (рис. 1-8). Однако одного сокращения НПС недостаточно для предотвращения гастроэзофагеального рефлюкса — одновременно происходит сжатие поддиафрагмальной части пищевода в результате увеличения внутрижелудочного или внутрибрюшного давления. Вхождение пищевода в желудок под углом в данном случае играет роль дополнительного фактора защиты.

Внутри пищевода pH обычно достигает значений 5–7, длительный низкий его уровень (менее 4) считается ненормальным. Кислотность лучше всего оценивать с помощью 24-часового pH-мониторирования (рис. 1-9 и 1-10).

При эндоскопии пищевод выглядит как гладкая трубка с видимыми сосудами в подслизистом слое (рис. 1-11). В области соединения пищевода с желудком переход слизистой оболочки одного органа в слизистую оболочку другого органа обычно имеет вид неправильной круговой полосы, известной как Z-линия, или желудочная розетка (рис. 1-12 и 1-13). При обследовании часто можно наблюдать волны перистальтики.

Просвет пищевода выстлан неороговевающим плоским эпителием. Сосочки — выпячивания собственной пластинки слизистой оболочки — проникают на небольшое расстояние в эпителий. Собственная пластинка отделена от подслизистого слоя волокнами гладкой мускулатуры, или мышечной пластинкой слизистой оболочки. Круговые мышечные волокна лежат глубже подслизистого слоя, между ними и внешними продольными мышцами проходит межмышечное нервное сплетение (рис. 1-14 и 1-15).