

# ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА

Выполнила: Айдарбекова А.К  
Проверил: Биханов Н.А.

- **Травмы пищевода** относятся к разряду редких, но тяжелых и опасных для жизни повреждений, которые возникают, как правило, вследствие внезапного воздействия физического, химического факторов или самопроизвольного разрыва стенки пищевода.
- По данным судебно-медицинских протоколов при торакоабдоминальных травмах пищевод повреждается в 2,6 % случаев.
- Закрытые травмы груди при автомобильных авариях и падениях с высоты, а так же огнестрельные и колото-резанные ранения могут сопровождаться разрывами и повреждениями пищевода в сочетании с ранениями лёгких, сердца, диафрагмы, сосудов, что ещё больше ухудшает прогноз.

**Все повреждения пищевода  
можно разделить на ■■■**

**группы**

**I - ятрогенные;**

**II - неятрогенные;**

**III - самопроизвольные.**

- Наиболее частыми видами травм пищевода в мирное время являются **ятрогенные** повреждения. Это, как правило, различные механические травмы, нанесенные при инвазивных методах обследования и лечебных процедурах: эзофагогастроскопии, бужировании, кардиодилатации, интубации трахеи, зондировании желудка, установке стентов и др.
- К числу частых повреждений пищевода относятся **инородные тела** (особенно у детей). К более редким относятся спонтанные разрывы (**синдром Бурхаве**), глубокие химические ожоги с поражением всех слоёв стенки, а так же перфорации **опухолей** и **пептических язв** (при тяжелых рефлюкс-эзофагитах, пищеводе Барретта).

# Основные виды и этиологические факторы перфораций пищевода

---

- ятрогенные повреждения
- инородные тела (рыбные, куриные косточки)
- колото-резанные и огнестрельные ранения
- закрытые травмы
- спонтанные разрывы
- ожоговые поражения
- перфорации пептических язв
- перфорации новообразований

# Факторы, способствующие повреждению пищевода

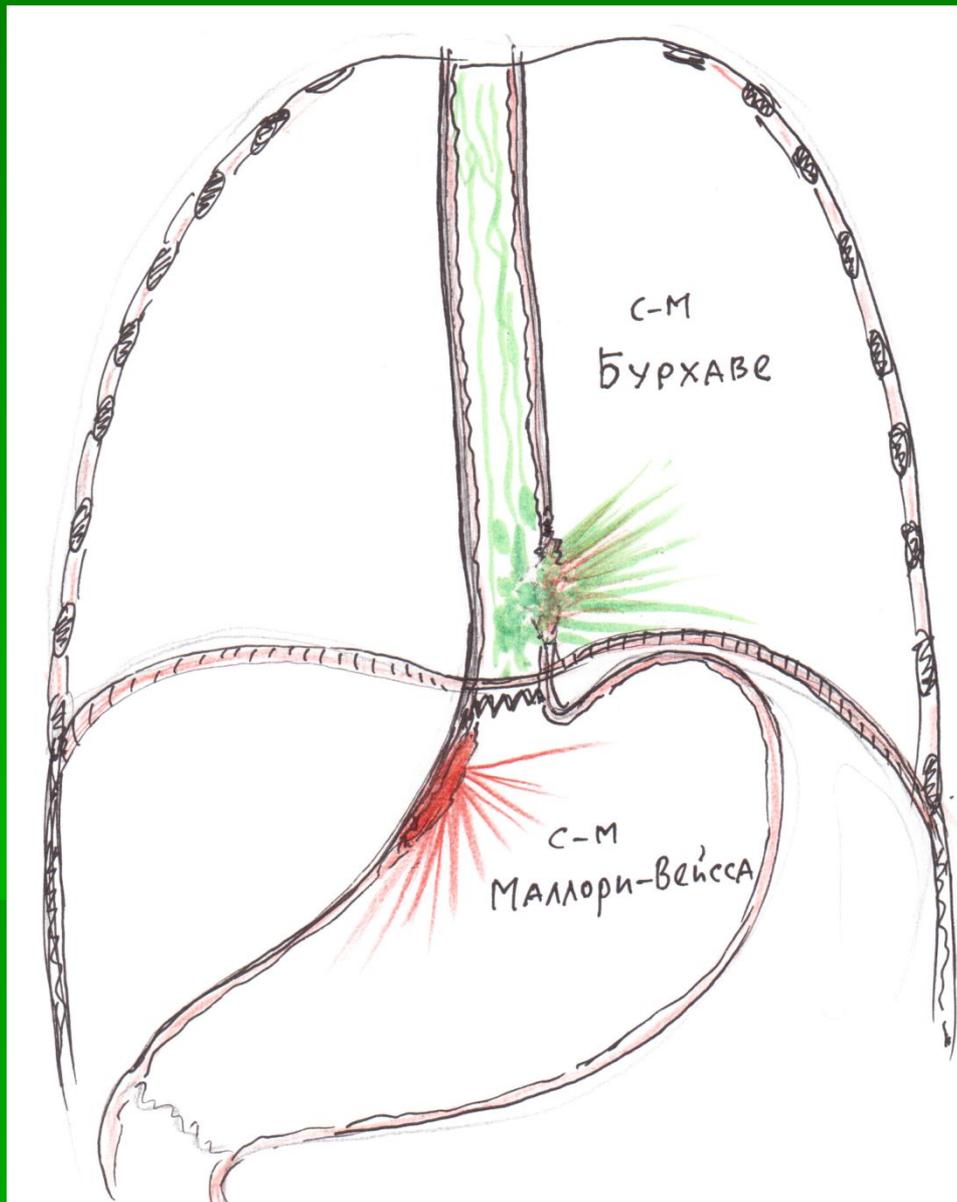
- дивертикулы;
- пептические язвы;
- эрозивные эзофагиты (после химического ожога, ГЭРБ, ГПОД);
- абсцессы лёгких, эмпиема плевры;
- переполнение желудка, повышение внутрипищеводного давления;
- новообразования;
- аневризма аорты.

- **Спонтанный разрыв пищевода** (синдром Бурхаве, «банкетная травма»). Первое классическое описание СРП сделано ещё в 1723. Н. Boerhaave описал фатальный СРП у главного адмирала морского флота Голландии Ван Вассенда. Первая успешная операция выполнена Т. Sehcert (1911).
- Причиной СРП является, как правило, внезапное повышение внутрипищеводного давления при закрытом глоточно-пищеводном сфинктере. Пусковыми факторами являются чаще всего алкогольное опьянение, переедание, напряженная рвота с одновременным спазмом верхнего пищеводного сфинктера – **при попытке сдержать рвоту**. Описаны случаи СРП при эпилептическом припадке, во время родов, физическом перенапряжении.

- Обычно СРП происходит в типичном месте – левой стенке эпифренальной ампулы, то есть слева над диафрагмой, продольно длиной от 1 до 7 см и сообщается с левой плевральной полостью (редко с обеими полостями).
- Некоторые авторы склонны отождествлять синдром Бурхаве с синдромом Маллори-Вейса. Однако при похожих причинных условиях при синдроме Маллори-Вейса разрыв слизистой оболочки происходит в типичном месте, в области кардии справа и практически никогда не бывает полным, сопровождается кровотечением.
- При синдроме Бурхаве разрыв чаще всего полный, начинается с мышечной оболочки слева выше диафрагмы, сопровождается перфорацией.

# Дифференциальная диагностика между синдромом Бурхаве и синдромом Маллори-Вейса

Синдром Бурхаве	Синдром Маллори-Вейса
1. СРП происходит в эпифренальной области	1. разрыв стенки желудка в области кардии
2. выше диафрагмы	2. ниже диафрагмы
3. левая стенка пищевода	3. стенка кардии справа
4. разрыв полный	4. разрыв неполный (слизистой)
5. сопровождается перфорацией	5. сопровождается кровотечением
6. гидропневмоторакс	6. без гидропневмоторакса
7. болевой шок	7. гипотония
8. эмфизема	8. без эмфиземы
9. Дыхательная недостаточность	9. Нет дых. недостаточности



- Схема различий между синдромом Бурхаве и синдромом Маллори-Вейсса

- **Клиническая картина** зависит от уровня повреждения, размеров перфоративного отверстия и характеризуется 3-мя основными симптомами: боль, подкожная эмфизема и дисфагия.
- I. Боль – чаще всего интенсивная, до состояния шока, усиливается при глотании. Локализация зависит от уровня повреждения и распространения затёка: шея – при повреждении шейного отдела пищевода, грудь – при повреждении верхне- и среднегрудного отделов пищевода, грудь и эпигастральная область – при повреждениях нижнегрудного и абдоминального отделов пищевода.

- Иногда боль (при небольших перфорациях) не столь интенсивная, но усиливается при глотании и имеет тенденцию к постепенному нарастанию. Боли, начавшись в месте перфорации, как правило, широко иррадируют (в спину, межлопаточную область, плечо, эпигастральную область, шею); плохо поддаются действию наркотиков.
- II. Подкожная эмфизема – один из характерных и ранних признаков, по которому часто устанавливается окончательный диагноз. Появляется раньше всего в над- и подключичной областях, других отделах шеи, на передней грудной стенке, в эпигастрии. При небольших повреждениях подкожная эмфизема может появляться к исходу суток и более от начала перфорации.

- III. Дисфагия – менее частый синдром, чем два предыдущих, возникает чаще всего вследствие обширных повреждений пищевода, а так же при наличии инородных тел (кости, монеты и т.п.).
- К другим более редким, но характерным для нижней трети пищевода симптомам, мы относим напряжение передней брюшной стенки при отсутствии пальпаторной болезненности в этой области (Велигоцкий Н.Н., 1994). Еще одним характерным симптомом является невозможность сделать глубокий вдох из-за усиления боли и одышки.

## **В клинической практике большинство авторов выделяют три фазы течения:**

- I. Начальная фаза или фаза шока, длится до 6 часов.
- II. Фаза ложного затишья или мнимого улучшения – до 24-36 часов. В этот период быстро поднимается температура, усиливается тахикардия, жажда, заостряются черты лица.
- III. Фаза медиастинита. Характеризуется тяжелым септическим состоянием. Больные с заостренными чертами лица, одышкой, занимают вынужденное положение, обезвожены, высокая температура, тахикардия, озноб.

## Остаётся в действии дифференциально- диагностическая таблица передних и задних медиастинитов по И.Я.Иванову

Симптомы	Передний медиастинит	Задний медиастинит
Боль	За грудиной	В межлопаточной области
Усиление боли	При поколачивании грудины	При поколачивании остист. отростков
Пастозность	В области грудины	В области грудных позвонков
Припухлость и крепитация	Над яремной вырезкой	Над ключицей
Усиление боли	При наклоне головы назад (синдром Герке)	При вдохе и глотании (симптом Ридигера)

- В комплекс современных методов исследования входят рентгенологические исследования, компьютерная томограмма (КТ), фиброэзофагоскопия, фиброэзофагоскопия, пункции плевральных полостей, лабораторные методы.
- **На первом месте остаются рентген-исследования, КТ.**

- Основные диагностические признаки, получаемые при этих исследованиях:
- а – эмфизема средостения (синдром Миниджероде);
- б – выход водорастворимого контрастного вещества за пределы пищевода;
- в – наличие горизонтального уровня на расширении средостения;
- г – гидропневмоторакс;
- д – подкожная эмфизема.
- Осторожная фиброэзофагоскопия и фиброэзофаго-соноскопия, пункции плевральных полостей (в сомнительных случаях после приёма метиленовой синьки), как правило, уточняют диагноз перфорации, уточняют уровень и размеры повреждения.

- **Лечебная тактика** разнообразна: консервативная и хирургическая ( ушивание повреждения, резекция или экстирпация пищевода, эндолюминальное стентирование, дренирование средостения, выключение пищевода, гастро- или еюностомия).
- Консервативная тактика, по мнению большинства современных авторов, применяется:
  - при поверхностных и при узких пищеводно-медиастинальных ложных ходах (1.5-2 см), а также при инфильтративной стадии медиастинита.
  - В комплекс консервативной тактики входит:
    - Дезэскалационная антибиотикотерапия.
    - Установка назогастрального или назоюнального зонда.
    - Парентеральное зондовое питание.
    - Дезинтоксикация.

# Оперативные методики можно разделить на **3** типа операций:

- I. Операции на пищеводе: ушивание дефекта стенки пищевода, резекция пищевода, экстирпация пищевода.
- II. Операции, направленные на выключение пищевода: гастростомия, еюностомия, пересечение пищевода в шейной части с эзофагостомой, пересечение желудка в кардии с гастростомой.
- III. Дренирующие операции: шейная медиастинотомия, передняя и задняя внеплевральная (по Разумовскому В.И.) чрезплевральная (левосторонняя, правосторонняя по Добромыслову В.А.), чрезбрюшинная чрездиафрагмальная (по Розанову Б.С.), чрезпищеводная (Зейферт), активное дренирование по Каншину А.И.

# По данным зарубежной литературы, наиболее применяемые операции в последние годы:

- первичный двурядный шов пищевода;
- изолированные дренирования;
- первичный шов и дренирования;
- первичный шов, укреплённый мышцей (шея), плеврой, диафрагмой (грудь);
- выключение пищевода Т-образным дренажом с эзофагостомой;
- питательная гастростома или еюностома;
- резекция пищевода;
- первичный шов трахеи;
- трахеостома.