



Госпитальная хирургия

Лекция “Хирургические заболевания пищевода”

План лекции

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ:

- 1 – Кардиоспазм
- 2 – Ахалазия
- 3 – Дивертикулы пищевода
- 4 – Рубцовые сужения пищевода
- 5 – Доброкачественные опухоли и кисты пищевода
- 6 – Пищеводнотрахеальные и пищеводнобронхиальные свищи
- 7 – Травматические повреждения пищевода
- 8 – Инородные тела пищевода
- 9 – Спонтанный разрыв пищевода

РАЗДЕЛЫ:

- Актуальность
- Определение
- Классификация
- Клиника
- Диагностика
- Лечебная тактика
- Исходы

ЛИТЕРАТУРА

Актуальность

1 Диагностика и хирургическое лечение заболеваний пищевода – один из сложных разделов хирургии пищеварительного тракта. Это обусловлено не только поздним проявлением нарушения акта глотания, но и анатомо-топографическим расположением пищевода в заднем средостении.

Среди всех заболеваний пищевода:

- * Рак пищевода – 60-80% (3.4% от всех опухолей - 6-е место)
- * Саркома пищевода – 0.04%
- * Кардиоспазм 5.1%
- * Рубцовые стриктуры 0.7%
- * Дивертикулы 0.6%

2 Важность физиологической функции пищевода – проведение пищевого комка из ротовой полости в желудок

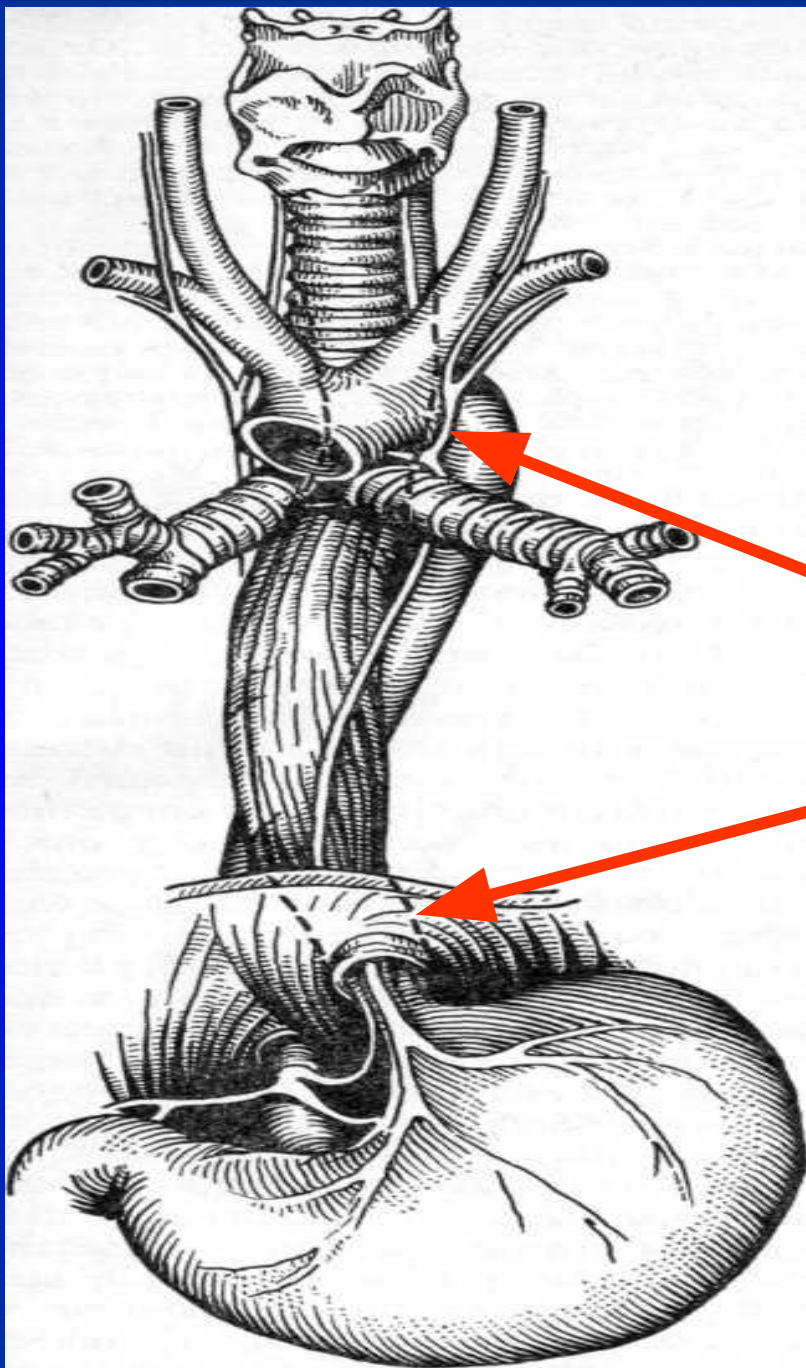
Взаимоотношение пищевода с органами средостения

2 физиологических сужения, обусловленных тонусом мышечной оболочки пищевода:

А — в месте пересечения пищевода с дугой аорты;

Б — в месте перехода пищевода в желудок (мышечные волокна приобретают горизонтально - спиральный ход, образуя пищеводно-кардиальный сфинктер).

При удлинении пищевода сфинктер закрывается, при укорочении - раскрывается.



Классификация заболеваний пищевода

- 1 Пороки развития:** атрезия, сужение, расширение, ахалазия, удвоение, неопущение желудка, врожденная мембранная диафрагма пищевода
- 2 Функциональные заболевания:** кардиоспазм, ахалазия, дискинезия (гипотоническая форма, гипертоническая форма), эзофагоспазм, приобретенная халазия (недостаточность кардии)
- 3 Органические заболевания пищевода:** дивертикулы, эзофагит, пептические язвы пищевода, кисты, свищи
- 4 Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода**
- 5 Инородные тела пищевода**
- 6 Травматические повреждения пищевода:**
наружные, внутренние
- 7 Опухоли пищевода:** доброкачественные, злокачественные

Кардиоспазм

- Частота встречаемости от 3-5 до 20% от других заболеваний пищевода. Чаще в возрасте от 20 до 40 лет.
- Заболевание часто проявляется вслед за нервно-психическим потрясением или же продолжительной психической травмой

Патогенез кардиоспазм

- Точкой приложения патологического процесса являются преганглионарные нейроны дорзальных ядер блуждающих нервов.

Прогрессирующая центральная денервация гладкой мускулатуры нижнего пищеводного сфинктера пищевода (кардия) приводит к повышенной чувствительности кардии к собственному физиологическому регулятору – энтерогенному гастрину, в результате чего отмечается склонность кардии к спазму. Определяется высокое давление в области кардии (более 20 мм рт. ст.), отмечается усиленная, некоординированная, непропульсионная моторика пищевода.

Рефлекс расслабления кардии неполноценный или, в зависимости от тяжести заболевания, отсутствует полностью.

Клиника кардиоспазма

- 1 **ДИСФАГИЯ** - обычно лучше проходит полужидкая пища, иногда наоборот твердая
- 2 **РЕГУРГИТАЦИЯ** – симптом «завязывания шнурка», «мокрой подушки», «ночного кашля»
- 3 **ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ** – иррадиация в шею, нижнюю челюсть, спину, сжимающего или сдавливающего характера
- 4 **ДРУГИЕ СИМПТОМЫ** - **исхудание, анемия**

Осложнения кардиоспазма

- эзофагит разной степени тяжести вплоть до различной степени тяжести кровотечением
- легочные осложнения: аспирационная пневмония, бронхит, абсцесс легких, бронхиальная астма, бронхоэктазы
- перерождение в рак
- самопроизвольный разрыв пищевода

- **Дифференциальная диагностика** - с раком пищевода, стенокардией, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, ожогом пищевода, эзофагитом

Стадии заболевания

(по Б.В.Петровскому)

- 1 стадия (начальная) - непостоянный функциональный спазм без расширения пищевода, неполноценный рефлекс раскрытия кардии
- 2 стадия – стойкий спазм с умеренным расширением пищевода, отсутствие или намечается отсутствие рефлекса раскрытия кардии
- 3 стадия – рубцовые изменения мышечного слоя кардии с выраженным расширением пищевода, отсутствие рефлекса раскрытия кардии
- 4 стадия – кардиостеноз с резким расширением пищевода, атонией его стенок, “S” – образное его направление

Инструментальные методы диагностики кардиоспазма

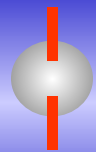
I РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- 1 Обзорная рентгенография грудной клетки стоя - можно выявить уровень жидкости в проекции средостения вне приема пищи, отсутствие газового пузыря желудка
- 2 Ренгеноскопия с барием – выявляется цилиндрический или мешковидный тип пищевода, при 4 стадии заболевания – “S” – образная форма пищевода, задержка бария с горизонтальным уровнем, в желудок барий проникает тонкой струйкой в виде «мышинного хвоста», «пламени перевернутой свечи», вид «завязанного мешка», «клюва птицы» при этом область кардии с гладким контуром без дефектов наполнения, отмечается некоординированная моторика н/з пищевода

Инструментальные методы диагностики кардиоспазма

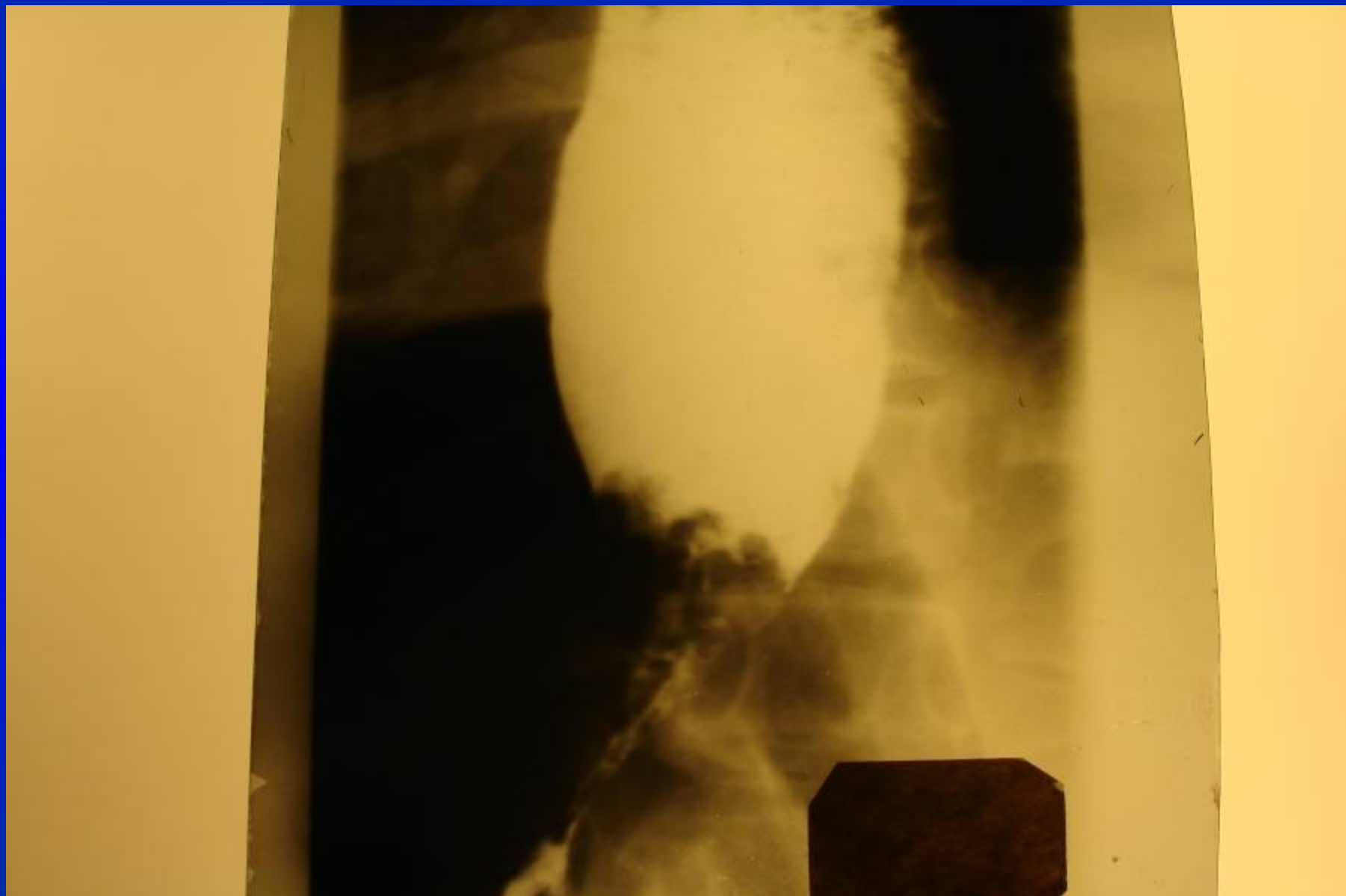
I РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- 3 Проба Кона – залпом выпить стакан жидкой контрастной массы
- 4 Проба Харста – заполнение пищевода контрастной массой до определенного уровня, создается гидравлическое давление, приводящее к механическому раскрытию кардии, что не происходит при раке пищевода



ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С БИОПСИЕЙ (гибкий эзофагогастродуоденоскоп)

Эзофагоскопия



Инструментальные методы диагностики кардиоспазма

ТЕСТЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ:

- 1 Стационарная (продленная) эзофагоманометрия – баллонный метод или метод открытых катетеров (давление в пищеводе передается через жидкость, заполняющую катетер)
- 2 24 - часовая амбулаторная эзофагоманометрия – применяется у больных с болью в груди некардиального происхождения. Метод отображает патологическую моторную активность, предшествующую болевым атакам в груди и характеризуется увеличением частоты одновременных двойных и тройных пиков с высокой амплитудой и длительными сокращениями
- 3 Сцинтиграфия – с помощью гамма-камеры регистрируют прохождение через пищевод водного болюса, содержащего технеций-99m, с последующим измерением времени его прохождения по пищеводу
- 4 Видео – кинорадиография
- 5 Пищеводное pH - мониторирование

Лечение кардиоспазма

1

- исключить воздействие вредных психологических факторов;
- подбор диеты;
- исключить переутомления;
- санаторно-курортное лечение;
- гидротерапия;
- спазмолитики

2

Кардиодилатация – пневмодилатация, механическая дилатация (дилататор Штарка), пневмогидродилатация
Показания к дилатации I –II стадии заболевания. Успех данного метода лечения 81 – 95%.

Лечение кардиоспазма

3 Оперативное лечение (у 15 – 20%):

А - расширение кардии трансгастральным (через гастротомию) доступом по Микулич (1904 г.).

Б - расширение кардии через инвагинацию стенки желудка без вскрытия его просвета по Кюммель.

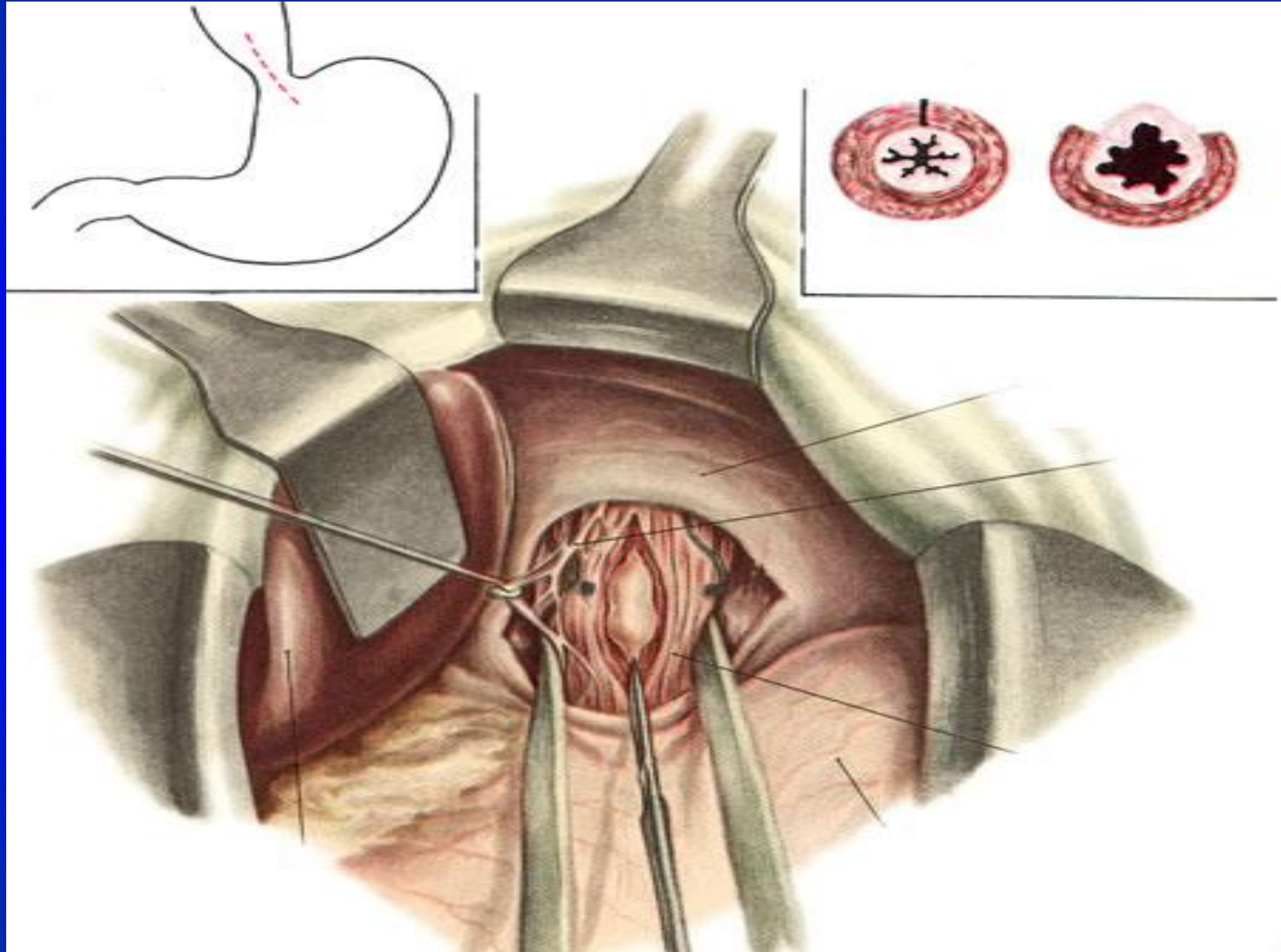
В – эзофагокардиомиотомия по Геллеру (продольное рассечение мышечного слоя пищевода до слизистой без последующего его ушивания).

Г – модификации операции Геллер: о. Готтштейна (ушивание рассеченного мышечного слоя пищевода в поперечном направлении); внеслизистая эзофагокардиомиотомия с фундопликацией по Ниссену; о. В.И.Колесова (закрытие мышечного дефекта пищевода лоскутом сальника на ножке); о. Б.В.Петровского (лоскут диафрагмы на ножке); о. Беркутова (лоскут из дна желудка).

Д – эндохирургическая (лапароскопическая, торакоскопическая) миотомия.

Е – резекция суженного участка пищевода.

Операция Heller



АХАЛАЗИЯ

- 1 Ахалазия пищевода — это нарушение моторики пищевода, характеризующееся ослаблением перистальтики и неполным расслаблением нижнего пищеводного сфинктера при глотании. Ахалазия — не столь частая причина дисфагии (от 0,5 до 0,8 на 100000).

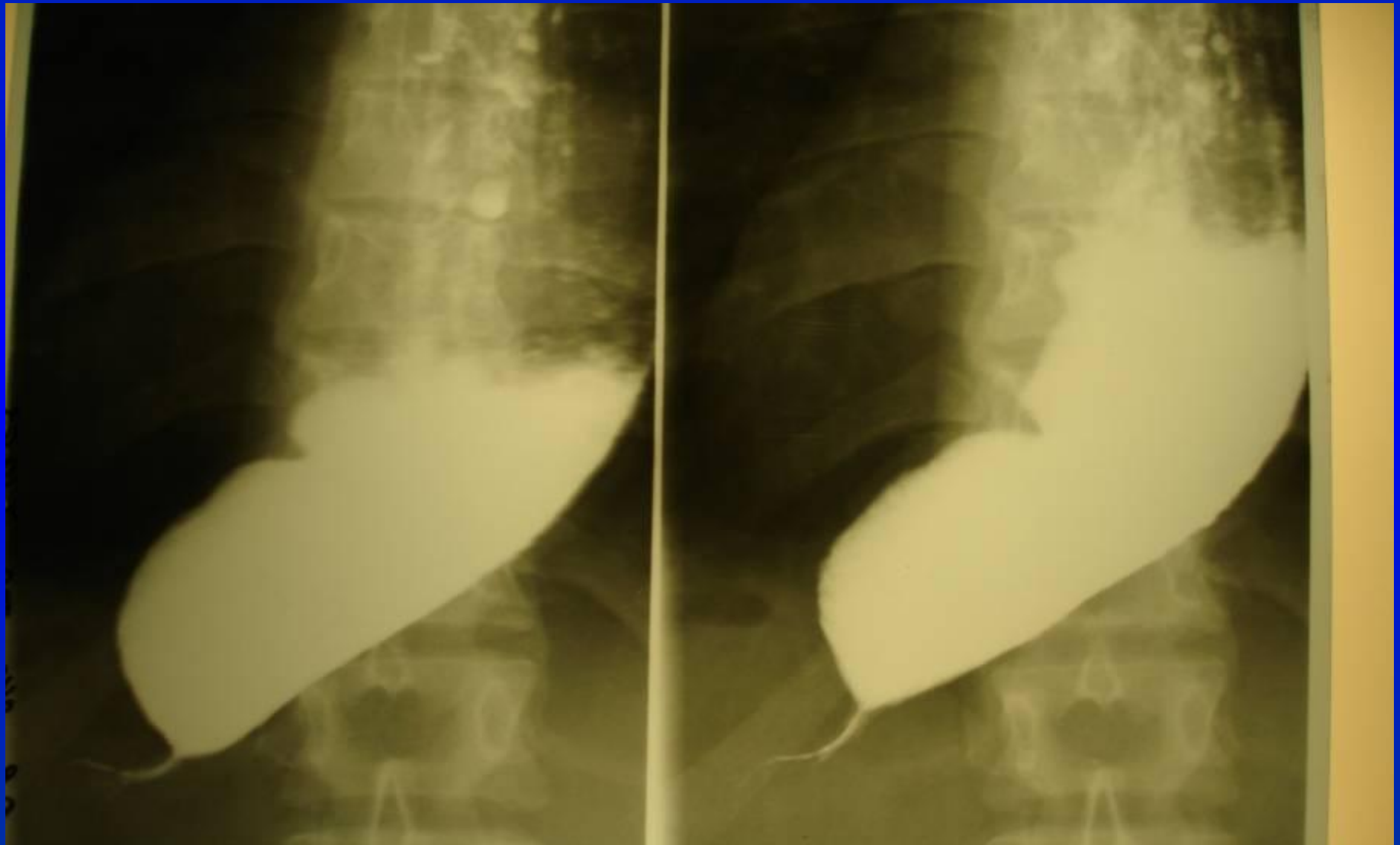
Большинство пациентов с ахалазией пищевода — люди в возрасте 30 -50 лет, чаще заболевают женщины

- 2 Патогенез ахалазии — глотание вызывает возникновение перистальтической волны, которая приводит к кратковременному расслаблению кардии. Сигналы от дорсальных ядер блуждающего нерва проводятся через длинные преганглионарные нейроны блуждающего нерва к коротким постганглионарным тормозным нейронам, расположенным в области кардии (в ганглиях пучка Ауэрбаха самого пищевода). Нарушение расслабления кардии (ахалазия) является результатом дисфункции постганглионарных тормозных нейронов.

- 3 Клиника, диагностика, лечебная тактика такие же, как при кардиоспазме

Эзофагоскопия

(симптом мышинного хвоста при ахалазии)



Дивертикулы пищевода

1 Дивертикул пищевода — это ограниченное выпячивание стенки пищевода. Одно из самых часто встречаемых доброкачественных заболеваний пищевода (0,6% от всех заболеваний пищевода).

2 Классификация дивертикулов:

1 – по происхождению:

а – пульсионные (по типу грыжи);

б – тракционные (в результате склеротических процессов периезофагеальных тканей);

в – смешанные.

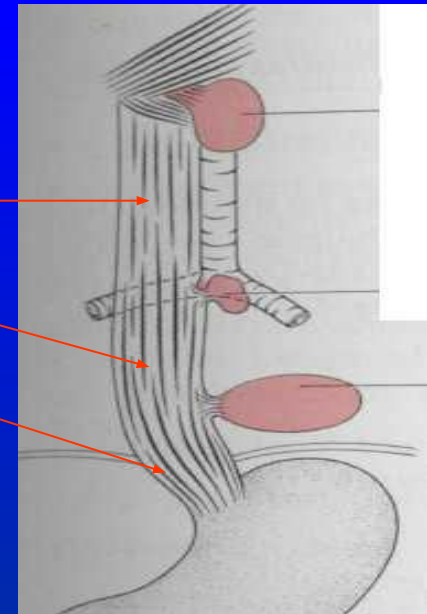
2 – по локализации:

а – глоточно-пищеводные (дивертикул Ценкера);

б – бифуркационные;

в – наддиафрагмальные (эпифренальные)

3 Патанатомия – стенка дивертикула истончена, слизистая атрофична иногда с явлениями дивертикулита.



Клиника и диагностика дивертикулов пищевода

1

Глоточно-пищеводный дивертикул Ценкера

I стадия формирования дивертикула – слабые боли царапающего характера, чувство жжения, першение в горле, легкая дисфагия, незначительная саливация, кашель, тошнота, неприятный запах из рта.

II стадия – при наполнении воздухом и пищей возникают булькающие звуки, слышимые на расстоянии, нарушается глотание (больные едят медленно, придавая определенное положение головы и шеи), иногда во время еды возникает феномен блокады - внезапная остановка пищи (больной делает усиленные глотательные движения, лицо краснеет, ощущение удушья, полубморочное состояние). Лишь рвота приносит облегчение.

III стадия – выраженная дисфагия, регургитация, симптомы сдавления окружающих пищевод органов (охриплость голоса от сдавления возвратного нерва, легочные осложнения, затруднение венозного оттока), при длительном застое появляется зловонный запах изо рта, диспептические явления. Опорожнение дивертикула приносит облегчение.

Клиника и диагностика дивертикулов пищевода

Объективно: определяется выпячивание на боковой поверхности шеи слева, мягкой консистенции, при надавливании – уменьшается в размерах, иногда определяется синдром Купера – «шум плеска».

Диагностика: рентгенологическое исследование, эндоскопическое исследование.

Лечение – операцией выбора является одномоментная дивертикулэктомия.

При противопоказаниях или отказе от операции – диета, прием еды в определенном положении, промывание дивертикула, постуральный дренаж, прием растительного масла

Клиника и диагностика дивертикулов пищевода

2

Бифуркационные (чаще тракционные) — не имеют специфической клинической картины, обнаруживаются чаще случайно при рентгенологическом исследовании пищевода. В клинически выраженных случаях больные жалуются на затрудненное глотание, боль в грудной клетке, отрыжку, срыгивание, дисфагия обычно не выражена, так как подобные дивертикулы хорошо дренируются в пищевод.

Осложнения: образование пищеводнобронхиальных свищей, кровотечение вследствие аррозии сосудов, дивертикулит с образованием абсцесса и редко — перфорация, а также возможна малигнизация, формирование полипоза.

Основной метод диагностики — рентгенологический с барием

Различают 4 стадии развития дивертикула:

I стадия — по форме напоминает шип розы;

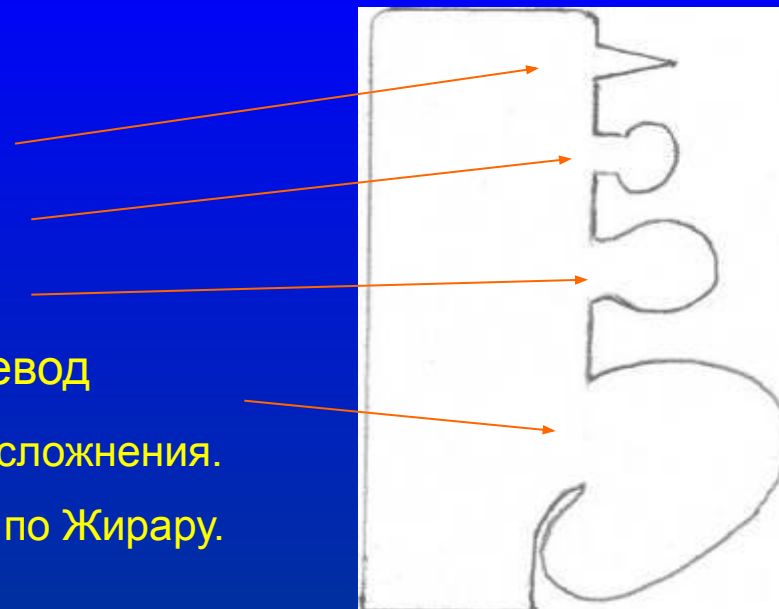
II стадия — форма булавы;

III стадия — форма мешка;

IV стадия — мешок дивертикула сдавливает пищевод

Показания к оперативному лечению — только осложнения.

Выполняют или дивертикулэктомию, или инвагинацию по Жирару.



Эзофагоскопия - бифуркационные дивертикулы пищевода



Клиника и диагностика дивертикулов пищевода

3

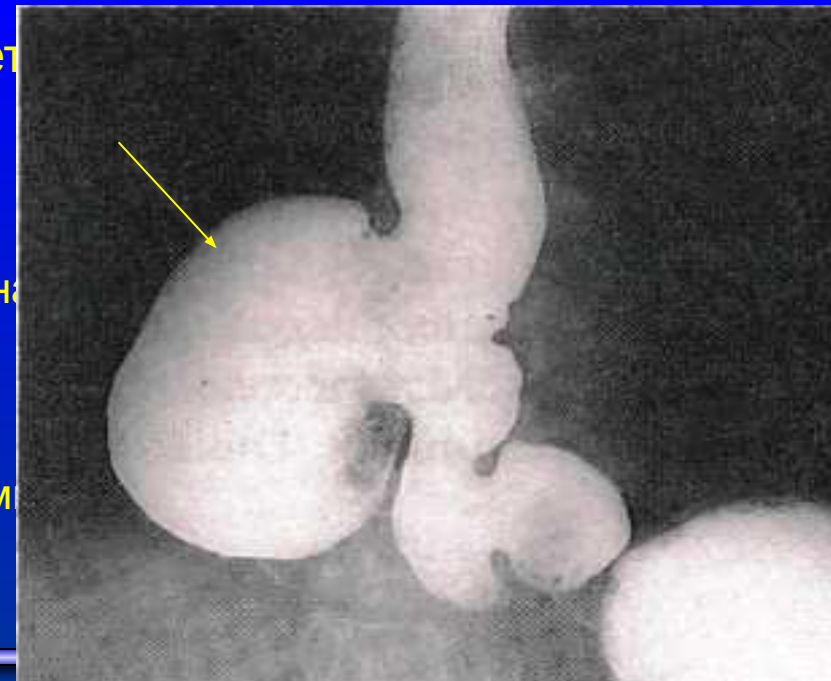
Эпифренальные (наддиафрагмальные) — чаще пульсионные и нередко сочетаются с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, диффузным спазмом пищевода, ахалазией кардии. Располагаются на заднеправой стенке пищевода на 2 – 11 см выше диафрагмы. Стенка дивертикула состоит из слизистой оболочки и подслизистого слоя. Форма его шарообразная или грибовидная.

В начальной стадии больные отмечают замедление прохождения пищи, чувство тяжести, боли в нижней части грудины, области мечевидного отростка и чаще после еды.

В поздних стадиях отмечается периодически усиливающая дисфагия, срыгивание старой застоявшейся пищей, аэрофагия, зловонный запах изо рта.

Рентгенологическое исследование с барием дает полное представление о величине, локализации дивертикула, состоянии проходимости пищевода.

Лечение — операцией выбора является одномоментная дивертикулэктомия с укреплением линии швов лоскутом из диафрагмы, плевры или синтетического материала. При локализации дивертикула в абдоминальной части пищевода возможна лапароскопическая дивертикулэктомия.



РУБЦОВЫЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА

1

Причины рубцовых сужений пищевода:

- химические и термические ожоги пищевода
- пептический эзофагит (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь)
- специфические поражения пищевода (туберкулез, сифилис)
- грибковое поражение пищевода (актиномикоз)

2

Классификация рубцовых сужений пищевода

I. По локализации:

а – высокие стриктуры (глоточные, шейные);

б – средние (аортальные, бифуркационные);

в – низкие (эпифренальные, кардиальные);

г – комбинированные (пищевода и желудка).

II. По протяженности:

а – короткие (мембранозные, циркулярные до 1 – 3 см);

б – трубчатые (на участке более 3 см);

в – четкообразные (двойная, тройная и более локализация);

г - тотальные

РУБЦОВЫЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА

III. По степени сужения:

По клинико-рентгенологическим признакам выделяют **5 степеней сужения**:

1 степень – избирательная: d стриктуры = 1 – 1,5 см, признаки механической непроходимости возникают на прием некоторых видов пищи (хлеб, картофель, фрукты), при торопливой еде, при рентгенологическом исследовании прохождение контраста не замедлено.

2 степень – компенсированная: $d = 0,3 – 0,5$ см, пищевод проходим только для полужидкой пищи, при рентгенологическом исследовании прохождение контраста замедленно с кратковременной задержкой над сужением, отмечается небольшое супрастенотическое расширение.

3 степень – субкомпенсированная: $d = < 0,3$ см, рентгенологически – резко выраженное нарушение прохождения контраста, супрастенотическое расширение пищевода с явлениями застойного эзофагита.

4 степень – облитерация пищевода (обратимая), отмечается полное нарушение проходимости (жидкости, слюны, контрастной взвеси), ярко выраженное супрастенотическое расширение пищевода. Однако при проведении консервативной терапии или после наложения гастростомы проходимость пищевода клинически может частично восстановиться.

5 степень – облитерация пищевода (необратимая)

Клиника и диагностика

У 92,2% больных со стриктурами отмечается дисфагия, сопровождающаяся отрыгиванием принятой пищи, пищеводной рвотой, усиленной саливацией. Поведение больных как при кардиоспазме. Без лечения наступает исхудание больных до кахексии и дистрофии паренхиматозных органов. В то же время пищевод труднодоступен для физикального исследования, но можно отметить притупление при перкуссии грудной клетки слева от позвоночника. При аускультации можно уловить «шум плеска» или характерный шум проталкивания струи при «пустом глотке» в области при-крепления IX – X ребер.

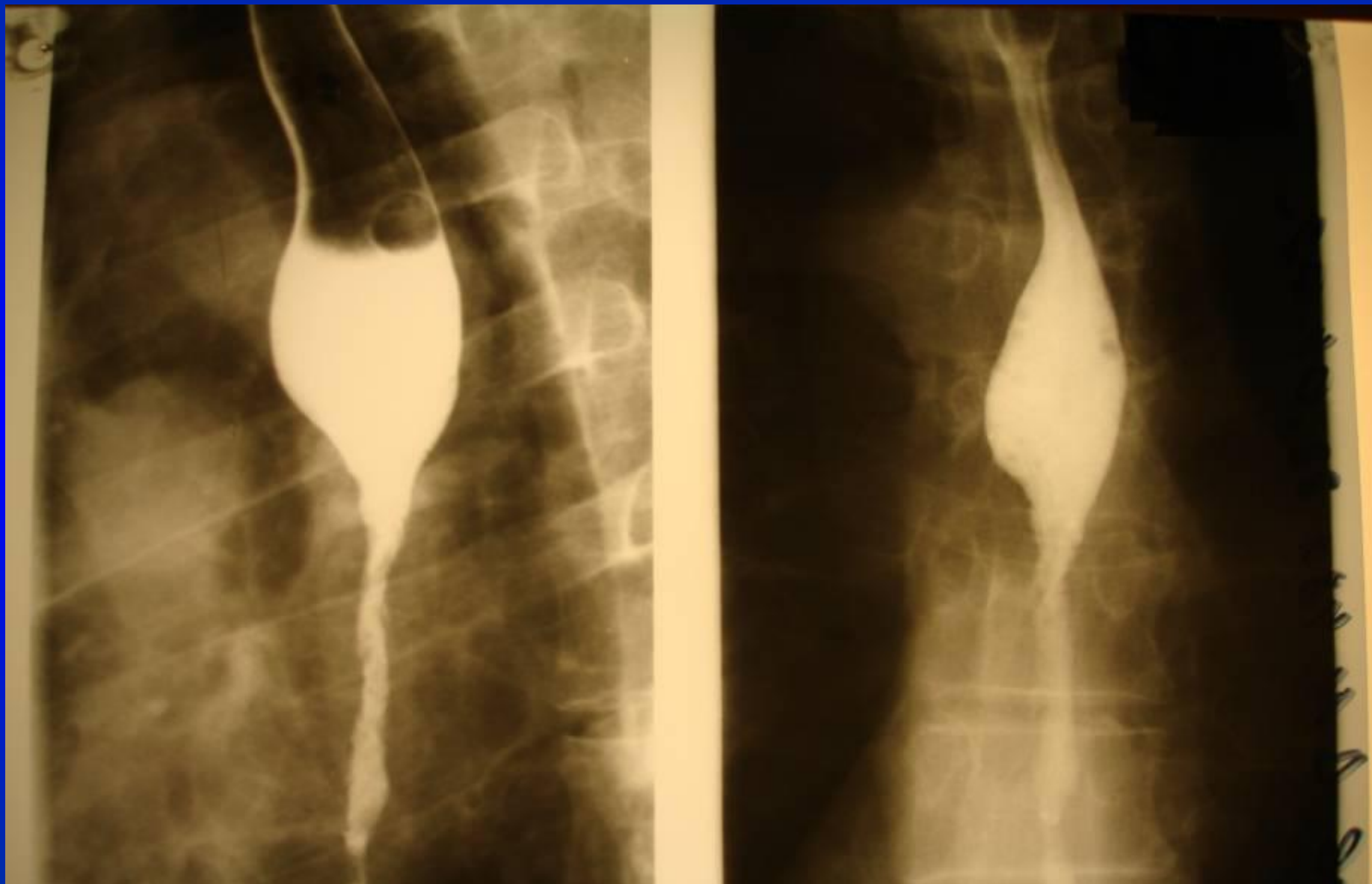
Рентгенологическое исследование с барием или водорастворимых контрастных веществ дает полное представление о проходимости пищевода, уровень, протяженность стриктуры, состояние пищевода выше препятствия. Можно изучить состояние дистальной части пищевода через гастростому.

Фиброэзофагогастроскопия – позволяет осмотреть как проксимальный, так и дистальный отдел пищевода (через гастростому) с гистологическим исследованием.

Эзофагоманометрия

Дифференциальная диагностика: **в первую очередь с раком пищевода, кардиоспазмом, ахалазией.**

Эзофагоскопия – ожоговая стриктура пищевода



Лечебная тактика

- 1 – лечебное бужирование пищевода (не ранее 6 -7 недель);
- 2 – пластика пищевода.

Методы бужирования:

- 1 – бужирование “вслепую” через рот применяют при небольшом сужении пищевода. Ежедневно или каждые 2 дня вводят буж возрастающего размера до № 38 – 40. Затем бужируют 2 раза в неделю и 1 раз в месяц в течение года;
- 2 – бужирование под контролем эзофагоскопа;
- 3 – бужирование “без конца” (способ Гаккера) при наличии гастростомы;
- 4 – бужирование по нити (Plummer);
- 5 – бужирование по металлической струне-проводнику под рентген-контролем (Ванцян);
- 6 – вибрационный метод спец. бужом с одновременным лазерным облучением.
- 7 – бужированием с введением различных стентов;
- 8 – использование баллонной дилатации

Лечебная тактика

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ (нуждаются 40% больных):

- 1 – полная стриктура пищевода;
- 2 – неудачные попытки бужирования;
- 3 – быстрый рецидив стриктуры после бужирования;
- 4 – пищеводные свищи;
- 5 – больные истерией и психическими заболеваниями.

Методы операций:

I. При коротких стриктурах (1-1,5 см)

- 1 – продольное рассечение стриктуры с поперечным ушиванием;
- 2 – субмускулярная резекция стриктуры с отдельным сшиванием слизистой, подслизистого слоя и мышечной оболочки;
- 3 – обходной эзофаго-эзофагоанастомоз.

II. При продленных стриктурах пластика пищевода:

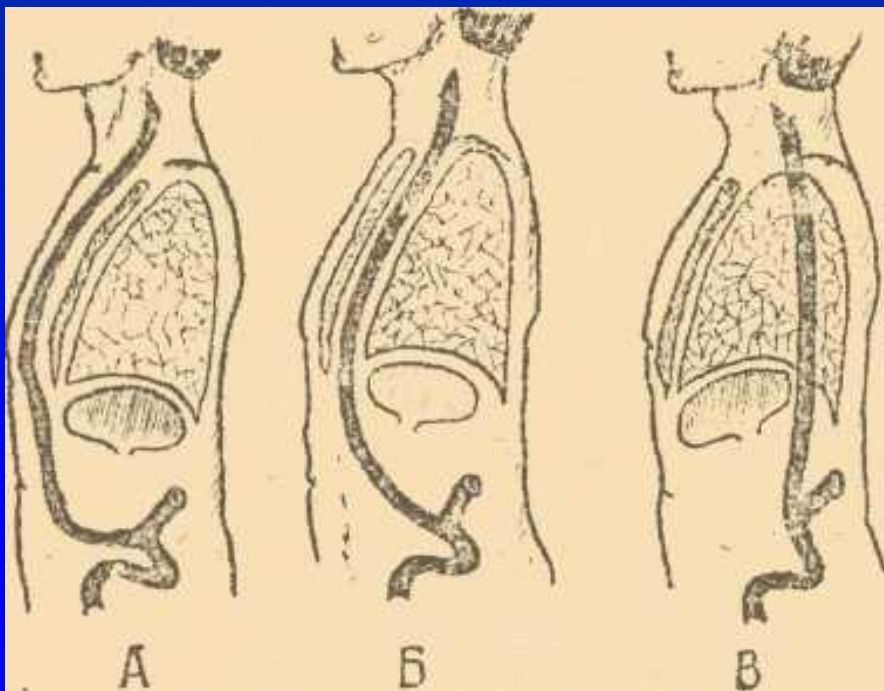
- 1 – тотальная;
- 2 – частичная.

Методы:

- 1 – предгрудинные (подкожные);
- 2 – загрудинные (ретростернальные);
- 3 – внутриплевральные в заднем средостении.

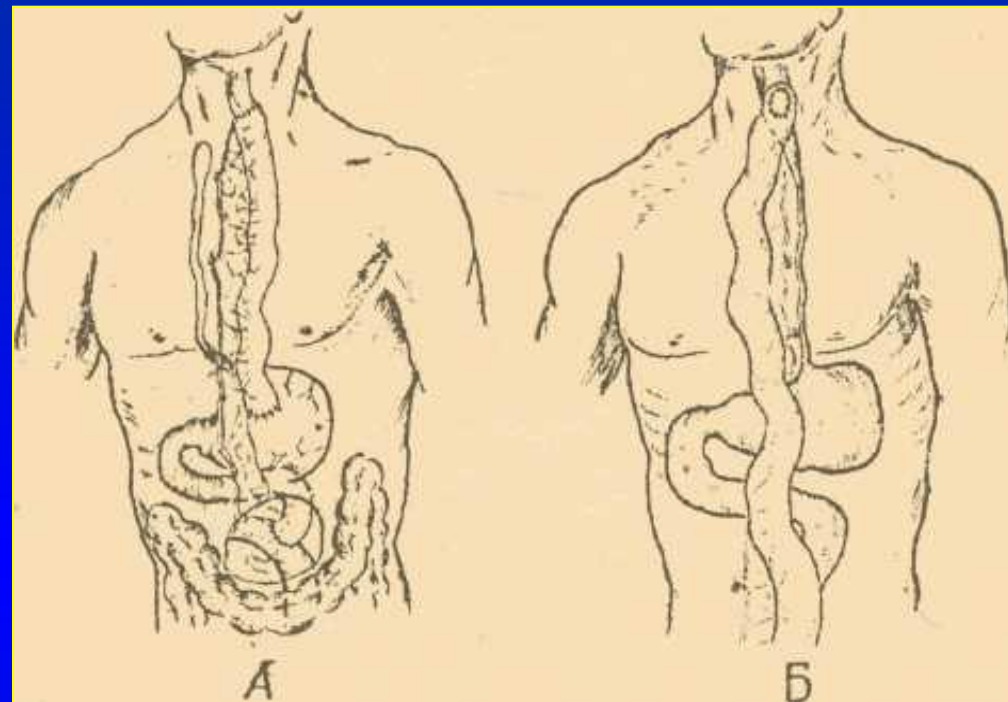
Трансплантаты: тонкая, толстая кишка, желудок.

Лечебная тактика



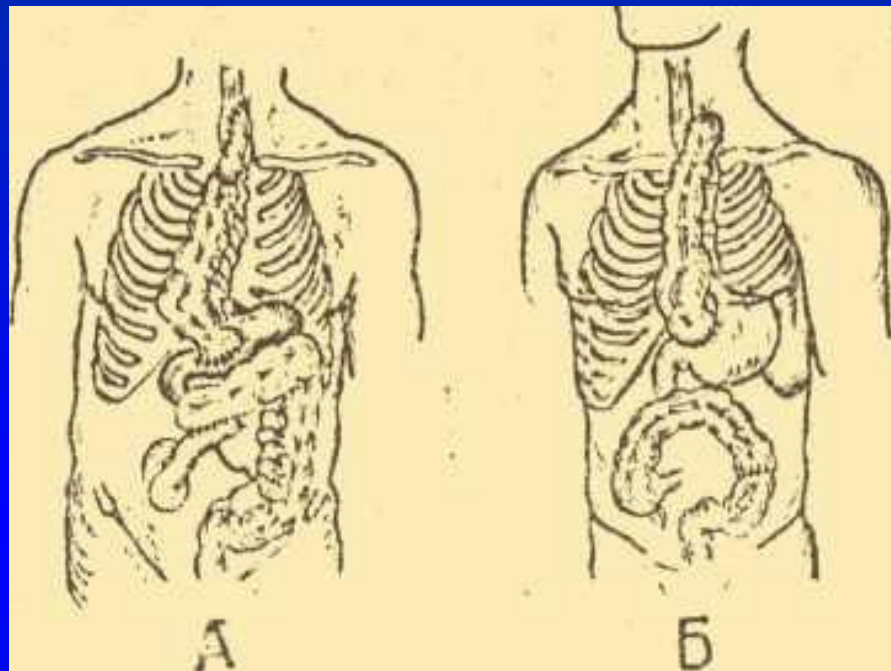
Пути проведения петли кишки при формировании искусственного пищевода (по Н.И.Еремееву)

А - предгрудинно, Б - ретростернально, В - медиастинально (в заднем средостении) и внутриплеврально



Тонкокишечная эзофагопластика (А – по Ру-Герцену-Юдину; Б - по Юдину)

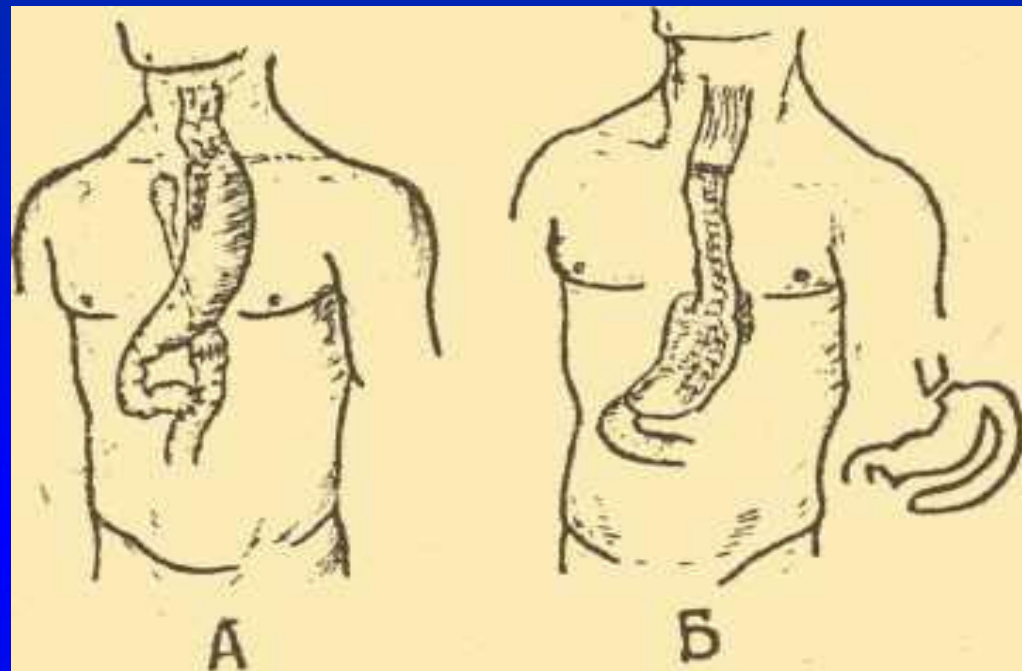
Лечебная тактика



Пластика пищевода толстой кишкой

А – изоперистальтически

Б - антиперистальтически



Пластика пищевода желудком
А – по Киршнеру Б - по Гаврилиу

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

Эзофагеальные симптомы

Изжога, отрыжка, дисфагия, боль при прохождении пищи (одинофагия), ощущение кома за грудиной, боли в эпигастрии, икота, рвота

Параэстраэзофагеальные симптомы:

Легочный синдром

бронхиальная астма, хронический (обструктивный) бронхит, рецидивирующая пневмония, пневмофиброз, ателектаз легких, абсцесс легких, бронхоэктатическая болезнь

Отоларингофарингеальный синдром

ларингит, осиплость голоса, фарингит, язвы, гранулемы голосовых связок, стеноз гортани, хронический ларингит, отиты, оталгии.

Стоматологический синдром

Анемический синдром

Кардиальный синдром (боли в сердце, аритмии)

Классификация ГЭРБ

Стадии:

- а) гиперемия слизистой
- в) образование дефектов (эрозий)

По степени тяжести:

- I ст. — единичные эрозии (< 10% поверхности слизистой дистального отдела)
- II ст. — эрозии сливные > 50% слизистой дистального отдела
- III ст. — циркулярные сливные эрозии по всей поверхности дистального отдела
- IV ст. — пептические язвы и стриктуры пищевода, развитие синдрома Баррета

Классификации рефлюкс-эзофагита:

- 1 ст. — катаральная форма (воспаление слизистой)
- 2 ст. — эрозивная форма (поражение слизистой и подслизистого слоя с образованием поверхностных эрозий)
- 3ст. — язвенная форма (поражение слизистой, подслизистого слоя с вовлечением мышечной оболочки и нарушением ее архитектоники)
- 4ст. — рубцово-стенотическая форма (нарушение архитектоники мышечного слоя с гипоезогенными фрагментами)

Доброкачественные опухоли и кисты пищевода

Доброкачественные опухоли пищевода и кисты встречаются относительно редко.

1

Так, доброкачественные неэпителиальные опухоли пищевода встречаются лишь у 2,7% больных с опухолями пищевода. Однако в последнее время доброкачественные опухоли и кисты выявляются чаще в связи с совершенствованием рентгенологических и эндоскопических методов диагностики.

2

Классификация

I. Эпителиальные опухоли:

1 — папилломы; 2 — полипы; 3 — аденомы; 4 — кисты.

II. Неэпителиальные опухоли:

1 — мышечные: а — лейомиомы; б — фибромиомы; в — липомиомы; г — фибромы.

2 — Сосудистые: а — гемангиомы; б — лимфангиомы.

3 — Мезенхимальные и другие: а — ретикулоэндотелиальные; б — липомы; в — миксофибромы; г — гигантоклеточные; д — нейрофибромы; е — остеохондромы.

III. Гетеротопические опухоли: 1 — из слизистой оболочки желудка; 2 — меланобластомы; 3 — из слюнных желез; 4 — грануляноклеточная миобластома; 5 — из поджелудочной железы; 6 — из щитовидной железы.

Классификация кист пищевода: I. Врожденные. II. Приобретенные

1 — ретенционные; 2 — кистозный эзофагит; 3 — редубликационные; 4 — кисты из островков слизистой желудка; 5 — энтерогенные; 6 — бронхогенные; 7 — дермоидные; 8 — паразитарные.

Клиника, диагностика, лечение

Наиболее часто встречается лейомиома, составляющая 50 – 70 % всех доброкачественных опухолей пищевода. Другие опухоли и кисты – чаще находка при рентгенологическом или эндоскопическом исследовании пищевода.

В клинически выраженных случаях: дисфагия, боль за грудиной или в надчревной области, диспептические явления, респираторные нарушения, некоторые больные отмечают иррадиацию боли по ходу ребер, в ряде случаев циркулярно охватывающая просвет пищевода опухоль может вызвать полную непроходимость пищевода. Опасно для жизни выталкивание опухоли на длинной ножке во время рвоты в полость рта, что может привести к закрытию входа в гортань, асфиксии и даже смерти больного.

Осложнения доброкачественных опухолей: кровотечения, нагноение и перфорация кисты, малигнизация опухоли.

Основные методы диагностики - рентгенологическое исследование и эзофагоскопия. При неизменной слизистой над опухолью биопсию не берут, так как получить материал для исследования не удастся, а опасность инфицирования стенки пищевода всегда имеется.

Лечение доброкачественных опухолей и кист оперативное:

- 1 - удаление опухоли через глотку; 2 - эндоскопическое удаление;
- 3 - энуклиация опухоли; 4 - иссечение опухоли с участком стенки пищевода;
- 5 - резекция пищевода.

Пищеводнотрахеальные и пищеводнобронхиальные свищи

1

Классификация

I. По происхождению:

- 1 – неопластические (наиболее часто);
- 2 – воспалительные (дивертикулиты, медиастиниты, туберкулез);
- 3 – травматические (инородные тела, операционная травма, инструментальная травма, ожоги).

II. В зависимости от диаметра, протяженности и проходимости:

- 1 – широкие ($d > 1$ мм);
- 2 – узкие ($d < 1$ мм);
- 3 – короткие (длиной до 10 мм);
- 4 – длинные (длиной более 10 мм);
- 5 – клапанные (свищевой канал закрыт грануляционной тканью или распадающейся опухолью).

2

В клинической картине различают:

- симптомы предшествующих заболеваний (рака, дивертикула пищевода, туберкулезного лимфаденита и др.);
- симптомы сообщения с дыхательными путями и различных гнойных осложнений со стороны легких, плевры и средостения).

Синдром проксимального свища (при наличии свища между пищеводом и трахей, главными, долевыми и сегментарными бронхами).

Синдром дистального свища (соединение пищевода с мелкими бронхами и бронхиолами)

Диагностика и лечебная тактика

Основной метод диагностики свищей - рентгенологический:

- прямые рентгенологические признаки свища (обнаружение свищевого хода и контрастирование бронхиального дерева при приеме бариевой взвеси через рот);
- косвенные (наличие полости в легких или средостении, явления медиастинита).

Эзофагоскопия – используется для уточнения этиологии свища, при подозрении на рак.

Комбинированный метод – эндоскопический + рентгенологический.

КТ, СКТ, МРТ.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Прекращение или резкое ограничение питания больного через рот, для чего накладывают гастростому либо вводят назогастральный зонд.

Основной метод лечения свищей – разобщение органов, втянутых в патологический процесс. Выполняют пересечение свища с ушиванием отверстий в пищеводе, трахее или бронхах. Для укрепления линии швов используют плевру, аллопластические материалы, выполняют мышечную пластику. При грубых изменениях в органах выполняют их резекцию.

Травматические повреждения пищевода

Повреждения пищевода являются наиболее тяжелой формой перфорации пищеварительного тракта.

Ятрогенные повреждения – 75,5%, повреждения инородным телом – 7,3%, травма – 4,9%, спонтанные разрывы – 12,3%.

Классификация

1 – внутренние (закрытые) разрывы – повреждения со стороны слизистой оболочки;

2 – наружные (открытые) разрывы – со стороны соединительнотканной оболочки или брюшины, как правило сопровождающиеся повреждением кожных покровов тела при ранениях шеи, грудной клетки и живота;

3 – неполные (разрыв в пределах одной или нескольких оболочек, но не всей толщи органа);

4 – полные (разрыв на всю глубину стенки органа).

Клиника зависит от уровня повреждения пищевода:

- в шейном отделе – развивается около – или запищеводная гнойно-некротическая флегмона шеи;
- в грудном отделе – развивается медиастинит. При одновременном повреждении плевры сопровождается плевритом, при повреждении перикарда – перикардитом;
- в брюшной полости – разворачивается клиника перитонита.

Травматические повреждения пищевода

Основные клинические проявления повреждения пищевода:

- боль по ходу пищевода;
- ощущение инородного тела в пищеводе;
- гиперсаливация;
- кровавая рвота;
- подкожная эмфизема;
- выделение слюны из раны.

Диагностика:

- 1 – рентгенологическое исследование: обзорная рентгеноскопия (эмфизема средостения, клетчатки шеи, гидропневмоторакс, пневмоперитонеум); контрастная полипозиционная рентгеноскопия.
- 2 – эзофагоскопия;
- 3 – при необходимости КТ, СКТ, МРТ.

Лечение:

- 1 – консервативное – полное исключение энтерального питания, медикаментозная коррекция нарушенного гомеостаза, а/б терапия.
- 2 – хирургическое:
 - радикальное – устранение дефекта в пищеводе с дренированием околопищеводной клетчатки;
 - паллиативное – дренирование флегмоны в шейном и верхне-грудном отделе пищевода через шейную боковую медиастинотомию, грудном отделе – чрезплевральным доступом, н/з пищевода -трансабдоминальная медиастинотомия по Б.С.Розанову. Гастростома.

Инородные тела пищевода

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА

– это все то, что нарушает основную функцию пищевода.

Большинство пациентов с инородными телами – дети.

Чаще всего в пищеводе застревают рыбы и птичьи кости (70-90%), зубные протезы, монеты, пуговицы, булавки, гвозди.

Причины попадания инородных тел в пищевод:

1 – непреднамеренные (случайное проглатывание);

2 – преднамеренное проглатывание (психические больные, заключенные).

Уровень задержки инородного тела - острые застревают в начальном отделе пищевода; крупные и без острых углов предметы – в местах физиологических сужений.

Причины, способствующие задержке инородных тел - спазм мускулатуры пищевода в ответ на инородное тело, патологические изменения стенки пищевода (опухоль, дивертикул, стриктуры различного происхождения).

Осложнения:

1 – ранняя перфорация от острых инородных тел (некрозы, пролежни);

2 – поздняя перфорация от больших инородных тел без острых углов (кровотечения, травматический эзофагит).

Инородные тела пищевода

Клиника:

- чувство страха;
- боль постоянная или при глотании, локализирующаяся в горле, области яремной выямки, за грудиной;
- дисфагия; гиперсаливация;
- регургитация вплоть до полной непроходимости пищевода;
- симптом Шлиттера – усиление боли при надавливании на гортань при наличии инородного тела в пищеводе;
- триада Киллиана свидетельствует о наличии инородного тела в шейном отделе пищевода:
 - 1 – резкая боль в области шеи с иррадиацией книзу;
 - 2 – резкое повышение температуры тела с потрясающими ознобами;
 - 3 - инфильтрация мягких тканей в области перстневидного хряща.

Диагностика:

- 1 – осмотр зева и глотки;
- 2 – рентгенологическое исследование (обзорная);
- 3 - рентгенологическое исследование (с барием или жидким контрастом);
- 4 – фиброзофагоскопия.

Лечебная тактика:

- 1 – жесткий эзофагоскоп;
- 2 – фиброзофагоскоп;
- 3 – баллонные катетеры типа Фогарти;
- 4 – оперативное лечение.

Инородное тело пищевода



Спонтанный разрыв пищевода

Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве, 1724) обычно происходит выше места перехода пищевода в желудок. Спонтанный разрыв преимущественно возникает в левой плевральной полости (80%), реже - справа (16%) или спереди (4%), или сразу же над желудочно-пищеводным сочленением чаще в результате неукротимой рвоты, хотя описаны случаи разрыва при дефекации, во время родов, при кашле и без видимой причины. Во время рвоты могут быть зафиксированы высокие пики уровня давления внутри желудка, зачастую превышающие 200 мм рт. ст. Когда уровень этого давления превышает 150 мм рт. ст., становится вероятным разрыв пищевода. У 14% больных разрыв пищевода происходит на уровне средней 1/3 грудной его части, очень редко повреждается шейная часть и верхняя 1/3 грудной части органа.

Клиника:

- во время рвоты внезапно боль за грудиной, отдающая в поясницу и левое плечо;
- в рвотных массах кровь;
- бледность, холодный пот, одышка, сильная жажда, тахикардия;
- эмфизема средостения.

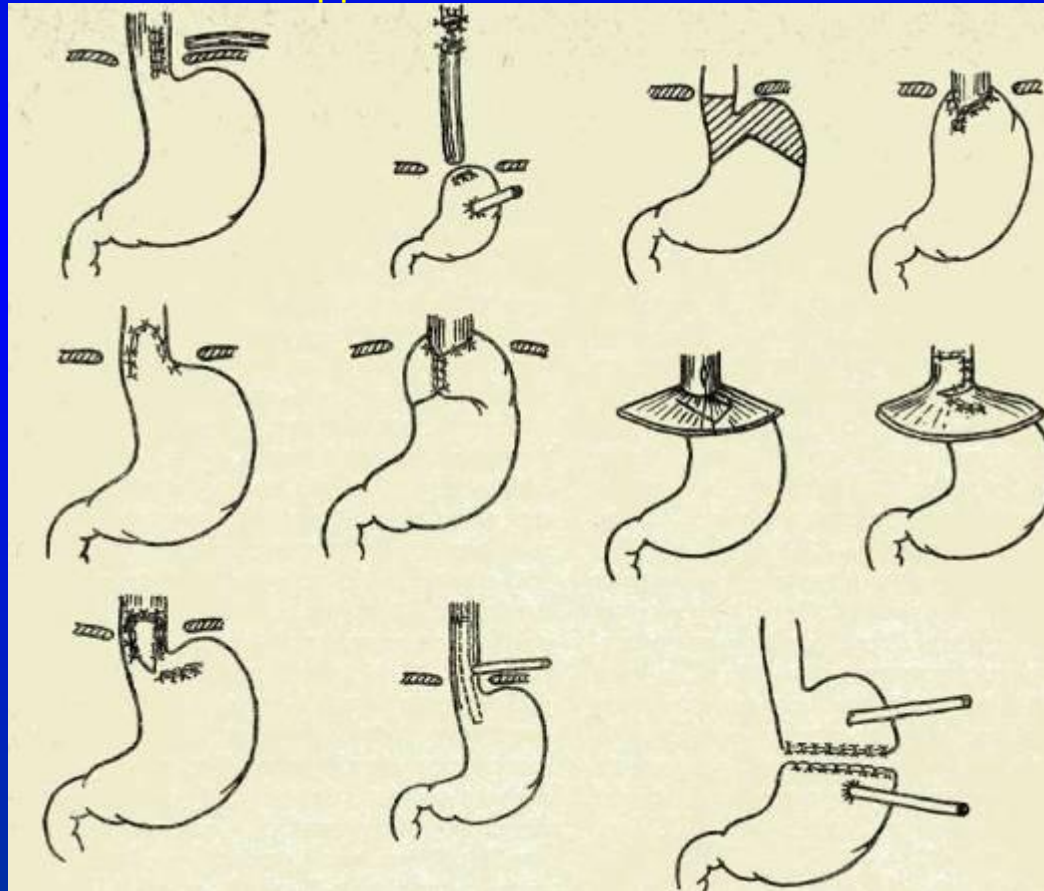
Диагностика:

- при рентгенологическом исследовании – гидропневмоторакс и эмфизема средостения;

Спонтанный разрыв пищевода

Рентгенологическое исследование с контрастным веществом – контраст затекает в средостение или в плевральную полость.

Лечебная тактика – основным методом лечения является операция: левосторонняя торакотомия, широкая медиастинотомия, ушивание разрыва пищевода, дренирование плевральной полости, при необходимости наложение гастростомы или еюностомы по Майдлю.



**Операции при разрывах
нижней трети грудной части
пищевода**

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М. Повреждения пищевода //Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М., 2004.
2. Белый И. С. и др. Бытовые химические ожоги пищевода. Киев, 1980.
3. Березов Ю. Г., Григорьев М. С. Хирургия пищевода. М, 1965.
4. Ванцян Э. Н., Тощаков Р. А. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. М., 1971.
5. Василенко В. Х., Гребнев А. Л., Сальман М. М. Болезни пищевода. М., 1971.
6. Вилявин Г. Д., Соловьев В. И., Тимофеев Т. А. Кардиоспазм. Патогенез. Клиника и лечение. М., 1971.
7. Гребнев А.Л., Нечаев В.М. Общая симптоматика болезней пищевода: Руководство по гастроэнтерологии: В 3 т./Под ред. Ф.И.Комарова, А.Л.Гребененва. М.: Медицина, 1995. – Т. 1.
8. Григович И. Н. Лечение редких хирургических заболеваний пищевода у детей. Петрозаводск, 1982.
9. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А.,Болезни пищевода и желудка: Краткое практическое руководство. М., 2002.
0. Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. – М.:Медицина, 2000.
1. Моргеншерн А. З. Ахалазия пищевода. М., 1968.
2. Петровский Б. В., Ванцян Э. Н. Дивертикулы пищевода. М., 1968.
3. Ратнер Г. Л., Белоконев В. И. Ожоги пищевода и их последствия. М., 1982.
4. Тамулевичюте Д. И., Витенас А. М. Болезни пищевода и кардии. М., 1986.
5. Уткин В. В. Кардиоспазм. Рига, 1966.
6. Федорова О. Д. Диагностика и лечение кардиоспазма. М., 1987.
7. Шалимов А. А. и др. Хирургия пищевода. Киев, 1975.
8. Шалимов А. А. и др. Дивертикулы пищеварительного тракта. Киев, 1985.
9. Шалимов А. А., Саенко Б. Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, 1987.
0. Юдин С. С. Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода. М, 1986.

