

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 болей 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.

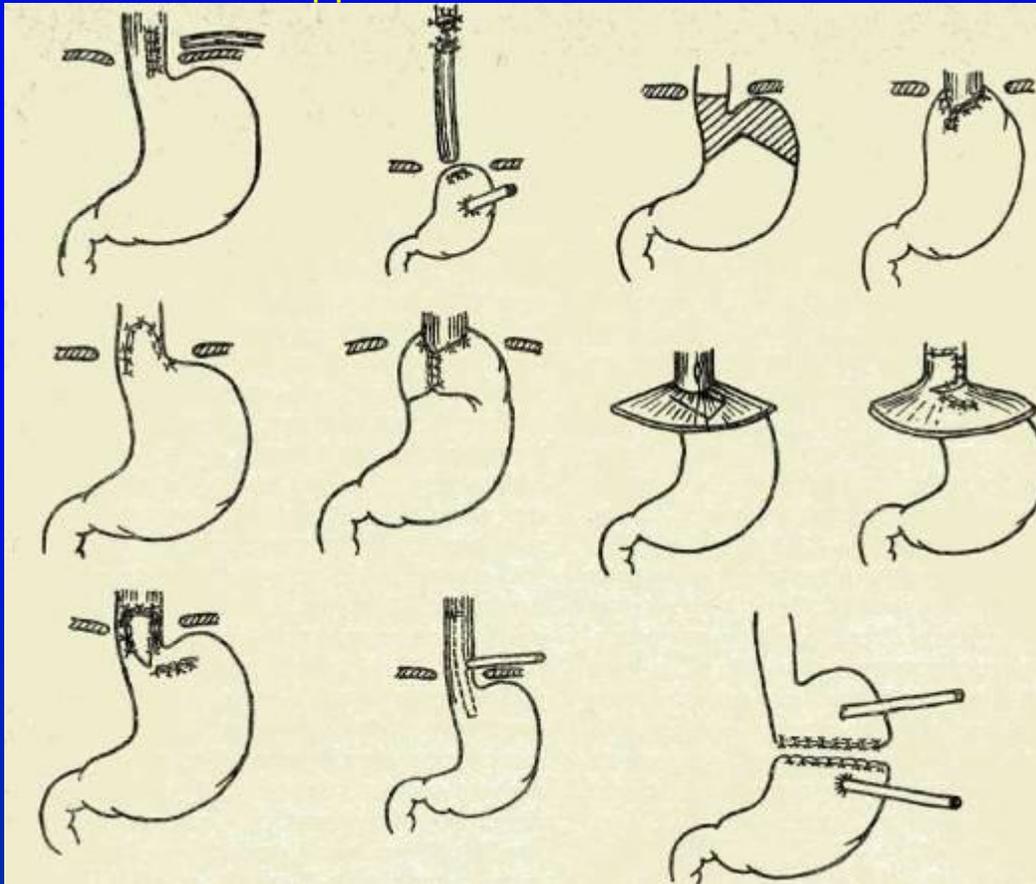
Диагностика:

- 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., Тощакон 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.Гребневна. 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.

