

**ОСОБЕННОСТИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА.
КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ОСЛОЖНЕНИЯ.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

Выполнила: Лаканова Б.С.

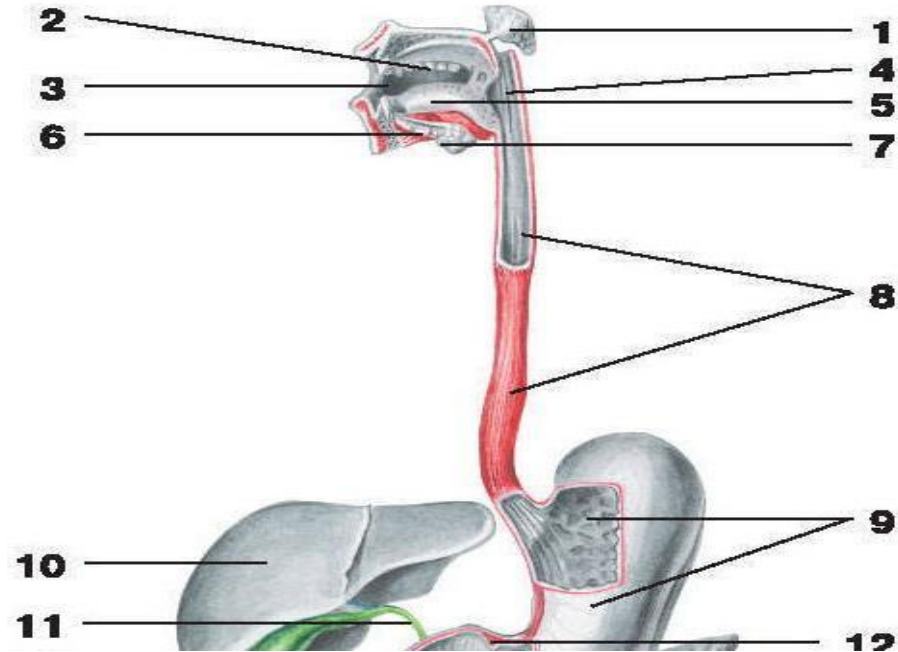
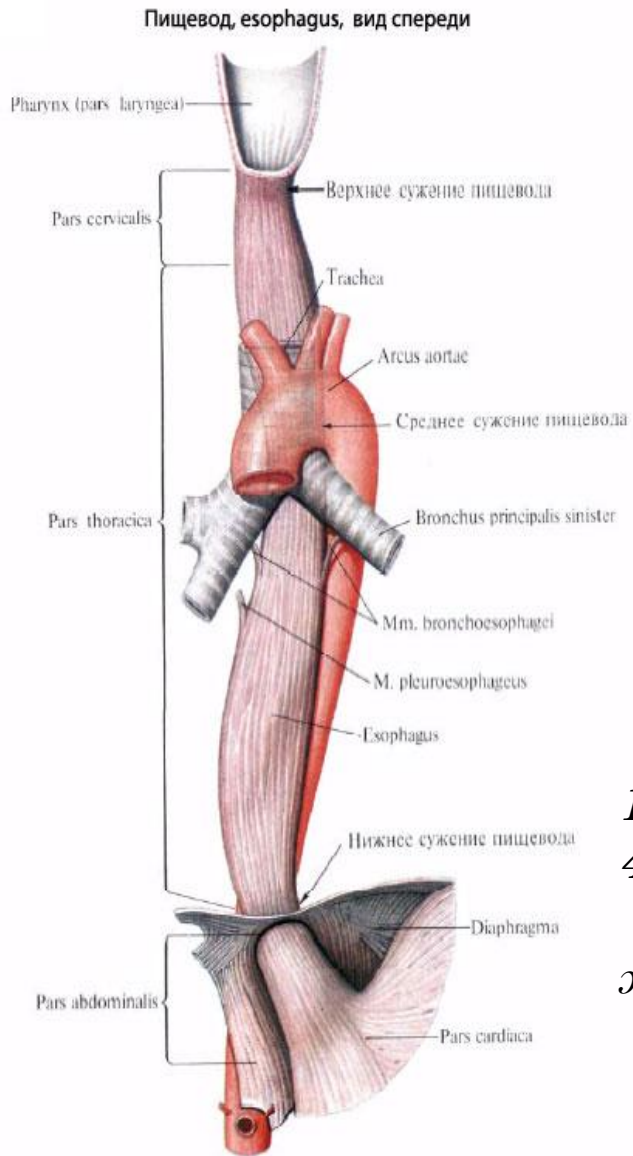
Проверил: Кулакеев О.К.

ПЛАН

- Анатомия пищевода
- Этиология
- Классификация
- Клиника
- Диагностика
- Лечение



ПИЩЕВОД



1 — околоушная железа; 2 — зубы; 3 — полость рта;
 4 — глотка; 5 — язык; 6 — подъязычная железа;
 7 — поднижнечелюстная железа; 8 — пищевод; 9 —
 желудок; 10 — печень; 11 — общий желчный проток;

- Повреждения пищевода — нарушения целостности его стенки.
- Травматические повреждения пищевода относятся к наиболее тяжелым заболеваниям органов грудной клетки, что подтверждается высокой летальностью, нередко достигающей 30- 55 %.

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



Этиология

- Ятрогенные:

- ФЭГДС
- Бужирование
- Назогастральная интубация ЖКТ
- Трахеостомия
- Интубация трахеи
- Операции на органах грудной клетки, шеи и живнекротическая флегмона шеи

ота

- Инородные тела

- Заболевания пищевода, ведущие к перфорации еперикарда— перикардит

го стенки(опухоли,язвы, химические ожоги и т.п.)• Повреждения брюшного отдела пищевода — пе

- Разрывы пищевода после рвоты (75% случаев), ритонит.

напряжения и кашля:

- Синдром Мэлори-Вейсс

-Спонтанный разрыв пищевода(синдромБурхаве)

- Нарушения координации верхнего и нижнего пищеводных сфинктеров в результате алкогольного опьянения, заболеваний ЦНС

- Повреждения

- Холодным оружием
- Огнестрельным оружием
- При закрытых травмах тела.
- Повреждения шейного отдела пищевода — разв
ивается около или позадипищеводная гнойно-
- Повреждения грудного отдела пищевода — мед
иастинит, при повреждениях плевры — плеврит,

• Повреждения брюшного отдела пищевода — пе



КЛАССИФИКАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ (Б. Д. КОМАРОВ):

- 1) по локализации — травмы шейного, грудного, абдоминального отделов пищевода;
- 2) по распространенности — одиночные и множественные;
- 3) по глубине — проникающие и непроникающие (ссадины, разрывы слизистой оболочки, подслизистого слоя, мышечной оболочки);
- 4) по механизму травмы — колотые, резаные, огнестрельные, пролежни и сочетанные повреждения;
- 5) по состоянию стенки пищевода — повреждения неизменной стенки, рубцово-измененной или пораженной неопластическим процессом;
- 6) по сопутствующим повреждением — травмы пищевода без повреждения прилежащих органов, только с ложным входом в средостение; травмы пищевода, сочетающиеся с повреждением медиастинальной плевры (справа, слева, двусторонняя), трахеобронхиального дерева, крупных сосудов;
- 7) по этиологическому признаку — повреждение пищевода инородными телами, инструментами (при фиброгастроскопии, бужировании, кардиодилатации, интубации трахеи), при проникающих ранениях груди и шеи, при закрытой травме груди и шеи, при хирургических вмешательствах.



СИМПТОМЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА.

- Симптоматика повреждения пищевода многообразна. Она зависит не только от характера травмы, локализации повреждения в пищеводе, но и от развития воспалительного процесса в околопищеводной клетчатке, т. е. медиастинита. Последний в большинстве случаев развивается в течение 6-12 ч с момента травмы. Условно все имеющиеся клинические симптомы повреждения пищевода подразделяются на **местные и общие.**



- **Местные проявления** включают боль по ходу пищевода и за грудиной, дисфагию, осиплость голоса, инфильтрацию мягких тканей, гиперемию кожи, подкожную эмфизему, пневмоторакс.
- Местные проявления повреждений пищевода наиболее выражены при проникающих ранениях и определяются локализацией повреждения в пищеводе. Так, при травме **шейного отдела** отмечается боль в проекции пищевода, усиливающаяся при **глотании, повороте головы**, особенно в противоположную повреждению сторону, и иррадиирующая в **затылок**. Пациентов беспокоят **дисфагия, подкожная эмфизема на шее**. Позднее вследствие развития воспалительного процесса в клетчатке шеи появляются **отечность и тугоподвижность шеи**, гиперемия ее кожных покровов. Распространение отека на область надгортанника, околосвязочного пространства, голосовых связок приводит к осиплости голоса и дисфагии.
- Характерным местным симптомом повреждения внутригрудного и абдоминального отделов пищевода является боль в груди, иррадиирующая **в межлопаточную** (при перфорации верхнего и среднего отделов) или в **эпигастральную** (перфорация наддиафрагмального к абдоминального отделов) область. Эмфизема на шее, наоборот, встречается редко. При всех уровнях перфорации пищевода в **80-85 %** случаев отмечается дурной **запах изо рта**. Его появление связано с гнойным эзофагитом и проникновением гноя в просвет пищевода из околопищеводной клетчатки.



- **Общие симптомы** обусловлены вначале травматическим шоком, позднее медиастинитом и нарастающей интоксикацией. Крайне тяжелое состояние пострадавшего с прогрессирующей **дыхательной недостаточностью** наблюдается при вовлечении в процесс плевры с развитием **пневмопноторакса**.
- Ряд больных при повреждении пищевода занимают **вынужденное сидячее положение с наклоном вперед**, что уменьшает интенсивность боли.



В ТЕЧЕНИИ ПРОНИКАЮЩИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ВЫДЕЛЯЮТ ТРИ ФАЗЫ.

- ▣ **В первой фазе** (начальной, фазе шока), длящейся от 30 мин до 4—5 ч, состояние больного резко ухудшается.
- ▣ **Вторая фаза** (кажущегося благополучия» ложного затишья) длится 18-36 ч и характеризуется мнимым улучшением состояния пациентов, что проявляется уменьшением боли. Однако в этой фазе сохраняется гипертермия, нарастает обезвоживание.
- ▣ **В третьей фазе** прогрессируют медиастинит и другие гнойно-воспалительные осложнения со стороны органов грудной клетки.



ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА

- Решающую роль в постановке правильного диагноза играют результаты **рентгенологического исследования** пищевода, **фиброэзофагоскопии**.
- Определенная информация может быть получена при **ультразвуковом исследовании** грудной клетки, **фибробронхоскопии**.
- На **обзорной многоосевой рентгенограмме** шеи и грудной клетки при перфорации пищевода находят эмфизему средостения и шеи; расширение и уплотнение тени околопищеводного пространства, срединной тени; смещение пищевода и трахеи в сторону от зоны воспаления; ограничение дыхательной экскурсии диафрагмы, пневмо-, пневмогидроторакс.



ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА

- При перфорации **абдоминального или наддиафрагмального** отдела пищевода с ложным ходом в брюшную полость, малый сальник, забрюшинную клетчатку определяются свободный газ в брюшной полости и эмфизема забрюшинной клетчатки.
- Рентгеноконтрастное исследование пищевода с использованием **масляных (йодолипол) и водорастворимых контрастных веществ (ультравист, верографин и др.)**, а также взвеси бария сульфата позволяет установить локализацию, протяженность повреждения, что является решающим фактором в выборе лечебной тактики. Такую же информацию дает и эзофагоскопия



ОСЛОЖНЕНИЯ

- Медиастенит
- Пневмоторакс
- Гидроторакс
- Перитонит
- Кровотечение
- Сепсис



ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА

- Тактика ведения больных с травматическими повреждениями пищевода дифференцированная и зависит от величины дефекта стенки, времени, прошедшего с момента травмы, общего состояния пострадавшего. Основным методом лечения является хирургическое вмешательство.
- При ятрогенных повреждениях бывает достаточно консервативного лечения.



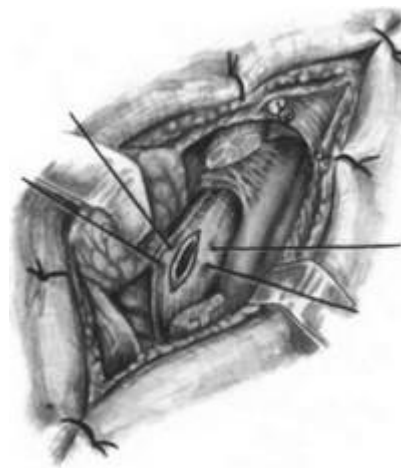
- В ранние сроки (до **12-24 ч**) после травмы объем производимых операций включает торакотомию с ушиванием поврежденной стенки пищевода двухрядным швом, в том числе с его укреплением участком плевры, диафрагмы или сальником. Санацию средостения и плевральной полости с их дренированием по одному из известных способов; выключение пищевода из акта приема пищи и налаживание в раннем послеоперационном периоде полноценного энтерального питания больных.
- В запущенных случаях (медиастинит, эмпиема плевры), что наблюдается при поступлении больного **через 24 ч**, проводят дренирование средостения и плевральной полости или вводят в перфорационное отверстие Т-образную трубку с ушиванием раны пищевода до дренажа с последующим дренированием средостения и плевральной полости. В обоих случаях операция дополняется выключением пищевода из акта приема пищи.



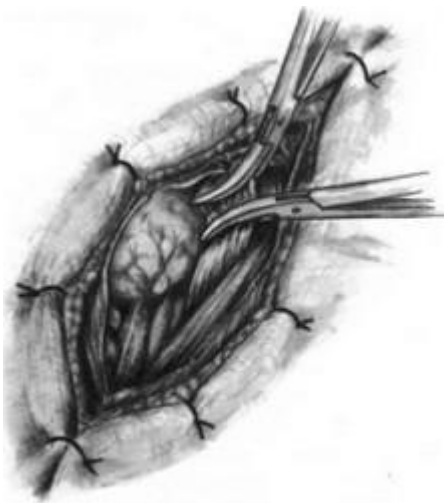
Медиастиномия по Шеболдаеву — Разумовскому или Тигелю.

- Для санации воспалительных процессов, расположенных в верхнем средостении не ниже **4-5 грудных позвонков**, используется шейная медиастиномия по Шеболдаеву — Разумовскому или Тигелю.
- Медиастиномия по Шеболдаеву — Разумовскому выполняется двумя способами. По первому из них мягкие ткани **рассекаются вдоль заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы**. Дренаж проводится в верхнее средостение по ходу пищевода. По второму способу ткани шеи **рассекаются вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы**. Затем вскрывают капсулу щитовидной железы и через заднюю ее стенку проходят в средостение между задней стенкой трахеи и передней стенкой пищевода.
-
- При медиастиномии по Тигелю делают разрез кожи над **яремной вырезкой**, тупо за грудиной проходят в верхнее средостение.





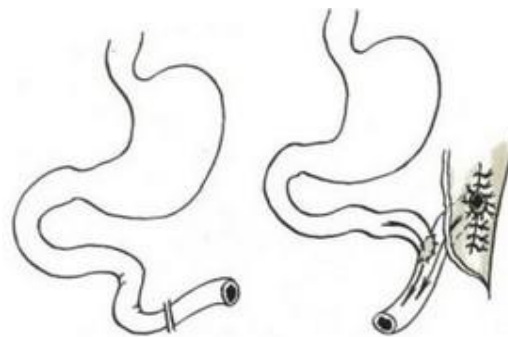
Разрыв шейного отдела пищевода. Кож- 6. Разрыв шейного отдела пищевода. Обна- ный разрез. Наложение швов места повреждения пищевода.



Разрыв шейного отдела пищевода. Пересечение лопаточно-подъязычной мышцы. 7.
Разрыв шейного отдела пищевода. Наложение шва на слизистую оболочку раны пищевода.

МЕДИАСТИНОТОМИЯ ПО

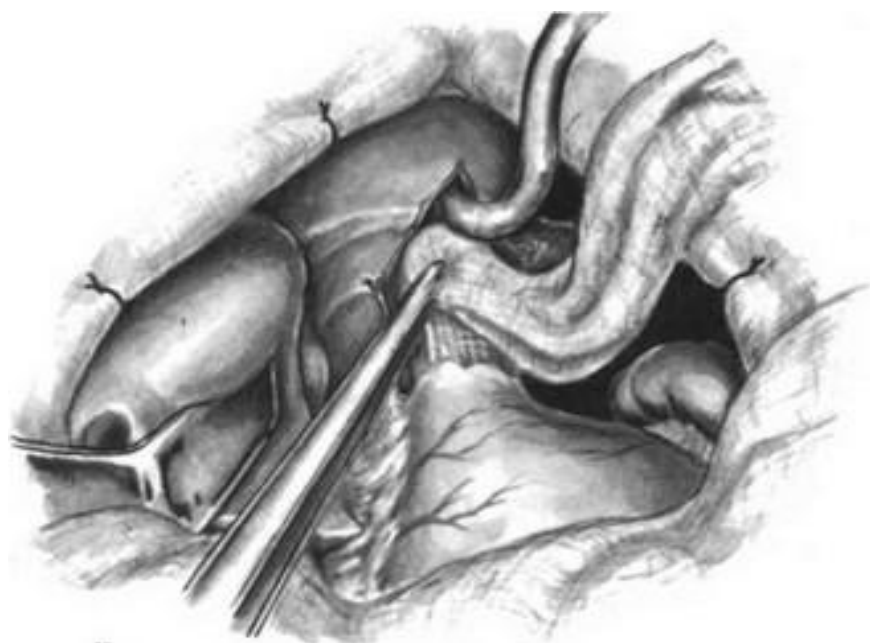
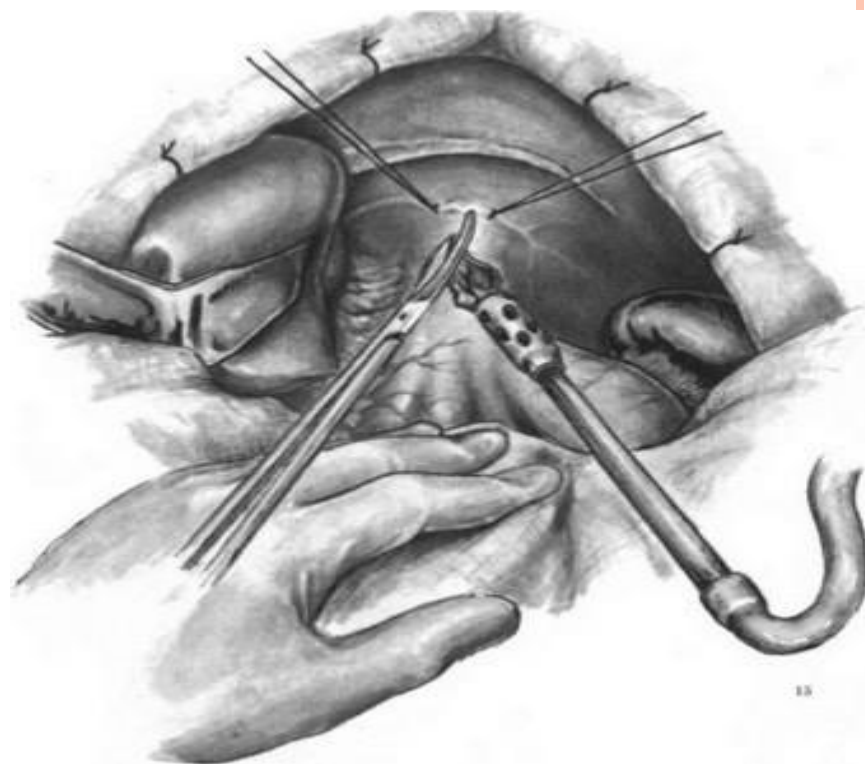
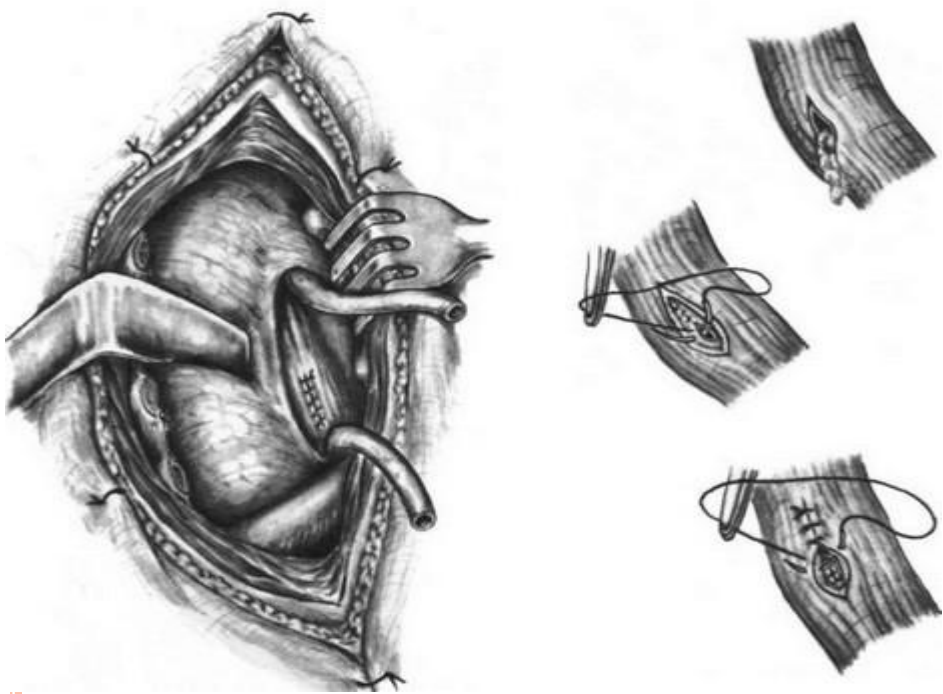
В лечении повреждений пищевода у больных с локализацией воспалительного процесса в **среднегрудном отделе средостения** применяется задняя внеплевральная медиастинотомия по И. И. Насилову. Сущность операции заключается в выполнении вертикального разреза длиной 15-20 см по наружному краю длинных мышц спины справа. Мышцы отводят к позвоночнику. Резецируют 2-3 ребра, перевязывают межреберные артерии. Тупо отслаивают плевру, подходят к пищеводу и дренируют воспалительный очаг.



10. Еюностомия по Майдлю. Пересечение кишки.
11. Еюностомия по Майдлю. Завершенный вид операции.



Операция Насилова. Линия кожного раз- 13.
Операция Насилова. Пересечение ребер, реза.

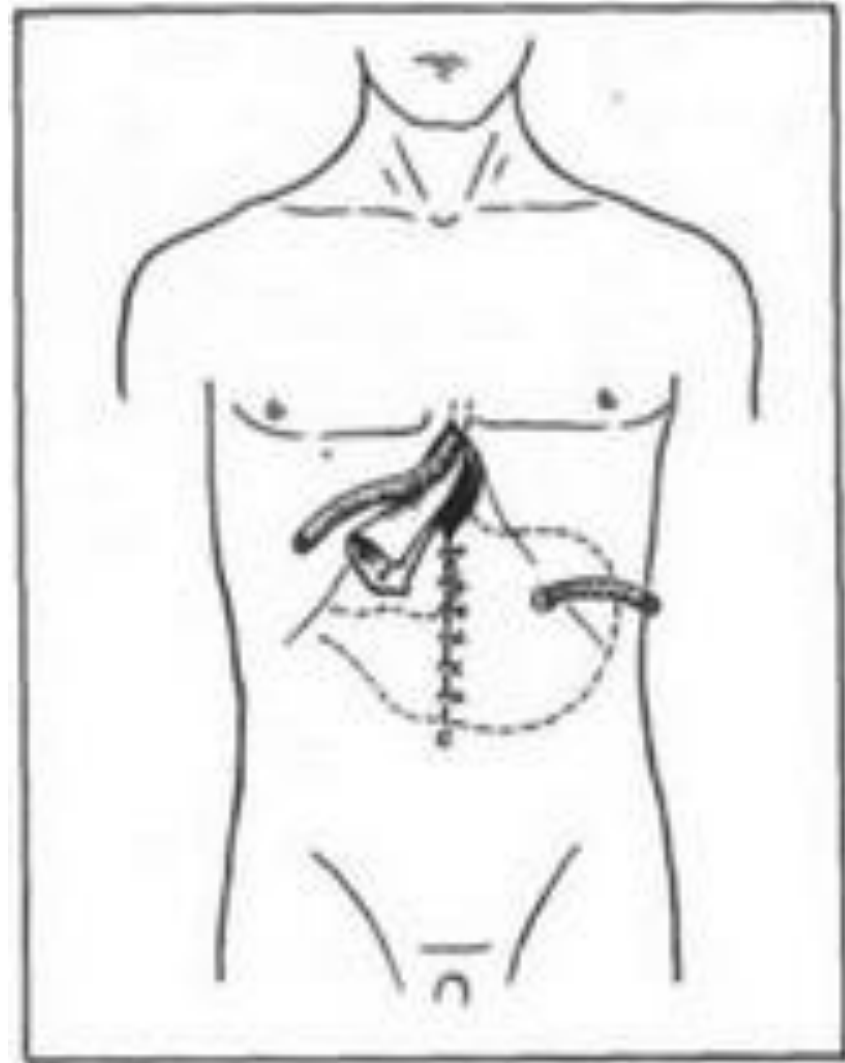


Операция Насилова. Обнажение пищевода, ушивание его раны, дренирование средостения



МЕДИАСТИНОТОМИЯ ПО А. Г. САВИНЫХ — Б. С. РОЗАНОВУ

- Заднее нижнее средостение дренируется по А. Г. Савиных — Б. С. Розанову (чрезбрюшинная медиастинотомия). Показанием к такому дренированию является локализация воспалительного процесса ниже VIII грудного позвонка. Сущность метода заключается в выполнении верхне-срединной лапаротомии, сагиттальной диафрагмотомии последующим вскрытием и дренированием гнойника трубкой, выведенной через верхний угол раны.



ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА

- При крайне тяжелом состоянии больных, когда нельзя выполнить торакотомию, допустимо использовать дренирование средостения с постоянным промыванием и активной аспирацией по двухканальной трубке, проведенной через перфорационное отверстие (**метод Н. Н. Каншина**).
-
- И в до-, и в послеоперационном периоде проводится комплексное медикаментозное лечение:
 - антибактериальную,
 - противовоспалительную
 - дезинтоксикационную
 - Общеукрепляющую
 - Иммуностимулирующую
 - антиоксидантную терапию, коррекцию водно-солевого, белкового, углеводного и других видов обмена веществ, функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма. По показаниям применяются эстракорпоральные методы детоксикации.



Травматические повреждения пищевода

Повреждения пищевода являются наиболее тяжелой формой перфорации пищеварительного тракта.

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

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 – фиброэзофагоскопия.

Лечебная тактика:

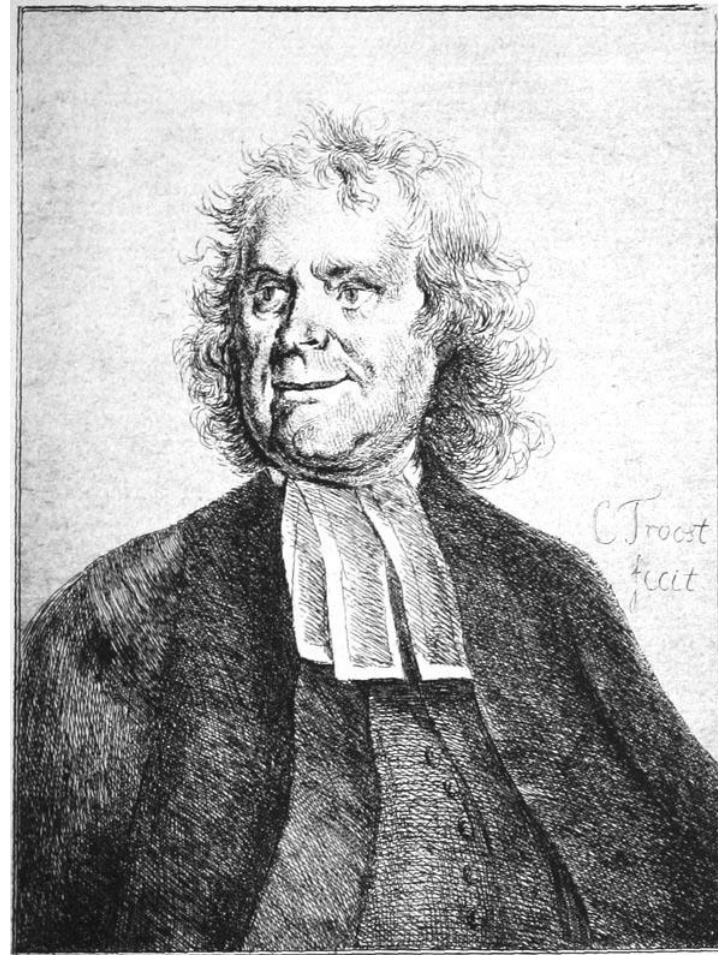
- 1 – жесткий эзофагоскоп;
- 2 – фиброэзофагоскоп;
- 3 – баллонные катетеры типа Фогарти;
- 4 – оперативное лечение.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА



СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА (СИНДРОМ БУРХАВЕ) -

- Спонтанный разрыв всех слоев стенки пищевода, сопровождающийся резкой болью в груди и (или) надчревной области, иррадиирующей в спину, расстройством глотания, рвотой, затруднением дыхания, развитием шока.
- Впервые был описан в 1724 году голландским врачом, членом Парижской академии наук Германом Бурхаве



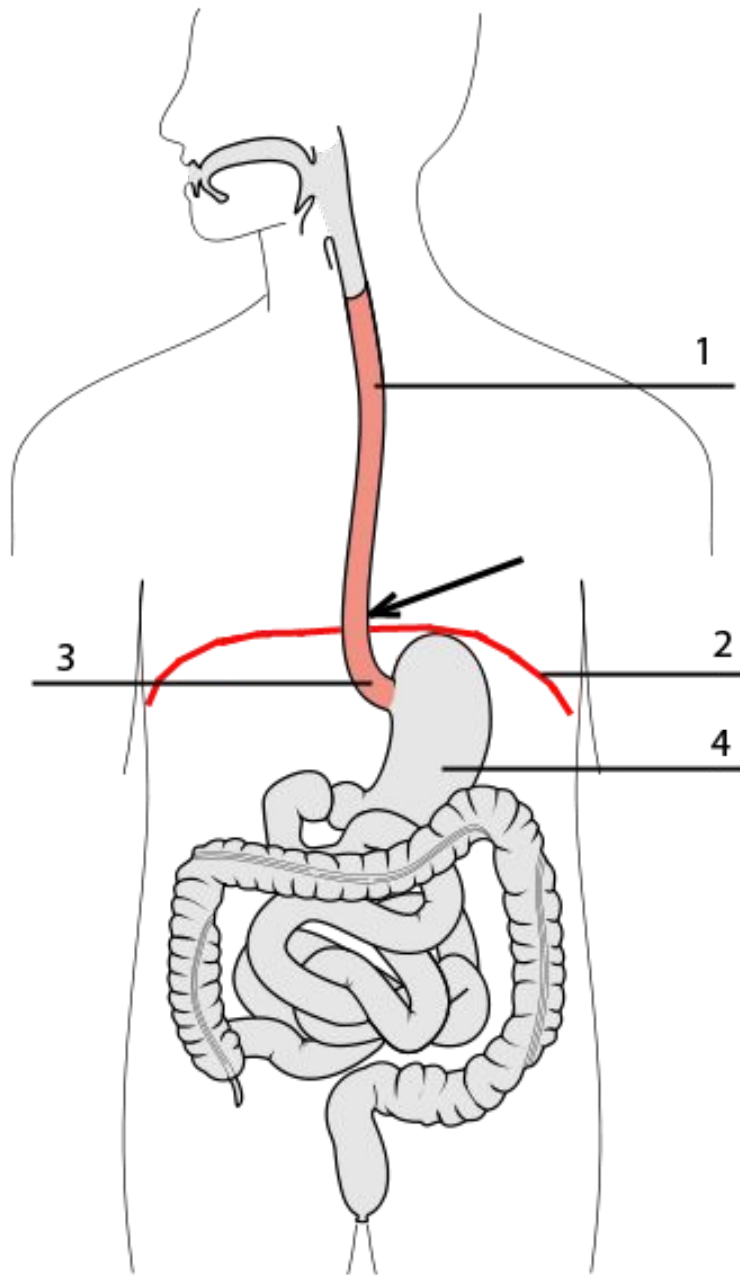
Герман Бурхаве



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Спонтанные разрывы пищевода являются редко встречающимся заболеванием, они составляют 12-13 % от всех случаев повреждения пищевода. Чаще всего они происходят у мужчин старше 50 лет.
- Предрасполагающим фактором спонтанного разрыва пищевода являются изменения в мышечном слое стенки пищевода (лекарственный эзофагит, пептическая язва пищевода на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, инфекционные язвы у больных СПИДом и др.)
- Непосредственной причиной является внезапное повышение давления внутри пищевода при закрытом глоточно-пищеводном сфинктере в сочетании с отрицательным внутригрудным давлением, что встречается при следующих патологических состояниях:
 - a. интенсивная рвота после обильного приема пищи, жидкости и/или употребления алкоголя (давление в желудке при рвоте может повышаться до 200 мм рт. ст.), а также при расстройствах пищевого поведения, таких как булимия;
 - b. многократная рвота на фоне расстройства функционирования рвотного центра на дне IV желудочка головного мозга;





Типичная локализация разрыва пищевода при синдроме Бурхаве (отмечена стрелкой) — левая стенка нижнегрудного отдела пищевода непосредственно над диафрагмой. Обозначения: 1 — грудной отдел пищевода, 2 — диафрагма, 3 — абдоминальный (брюшной) отдел пищевода, 4 — желудок.



ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

- Спонтанные разрывы пищевода отличаются возникновением больших дефектов стенки пищевода (от 4—5 до 10—12 см) и чаще всего локализуются в левой стенке нижнегрудного отдела пищевода.
- В подавляющем большинстве наблюдений разрывы пищевода ориентированы продольно и локализуются в его наиболее слабом отделе — непосредственно над диафрагмой, крайне редко встречаются повреждения шейного, среднегрудного и абдоминального отделов пищевода.
- При спонтанном разрыве пищевода величина разрыва мышечной оболочки всегда превышает величину дефекта слизистой оболочки. В большинстве случаев одновременно повреждается медиастинальная плевро, вследствие чего появляется сообщение, как правило, с левой плевральной полостью, что приводит к быстрому развитию эмпиемы плевры.
- При синдроме Бурхаве в средостение обычно попадает желудочное содержимое и развивается тяжелый медиастинит



ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **При обзорной рентгенографии грудной клетки** выявляется скопление газа в средостении (пневмомедиастинум) и параэзофагеальном пространстве, **гидропневмоторакс**;
- **При обзорной рентгенографии брюшной полости** определяется **свободный газ под правым куполом диафрагмы** (при разрыве абдоминального отдела пищевода);
- **При рентгеноскопическом исследовании пищевода с водорастворимым контрастом** наблюдается **затекание контрастного вещества за контуры пищевода** — что является абсолютным рентгенологическим признаком спонтанного разрыва пищевода. При наличии сообщения с плевральной полостью контрастное вещество поступает в неё.
- **эзофагоскопия:** информативна при оценке состояния стенки пищевода и выявлении сопутствующей патологии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, однако у больных с разрывами пищевода **не является безопасной, так как поступление воздуха через дефект стенки пищевода может привести к разрыву медиастинальной плевры, а при наличии разрыва — к развитию напряжённого пневмоторакса и острой лёгочно-сердечной недостаточности из-за сдавления лёгкого.** Относительно безопасным можно считать выполнение эзофагоскопии при произведённом дренировании плевральной полости, а также в ходе оперативного вмешательства;
- **компьютерная томография:** при разрыве пищевода в средостении выявляются скопления газа, горизонтальные уровни жидкости; при КТ-исследовании пищевода с водорастворимым рентгеноконтрастным веществом чётко определяется выхождение контрастного вещества за контуры пищевода, при этом устанавливается локализация разрыва пищевода, длина, ширина и направление свищевого хода, его взаимоотношение с органами и анатомическими структурами средостения.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина синдрома Бурхаве характеризуется **триадой Маклера**:

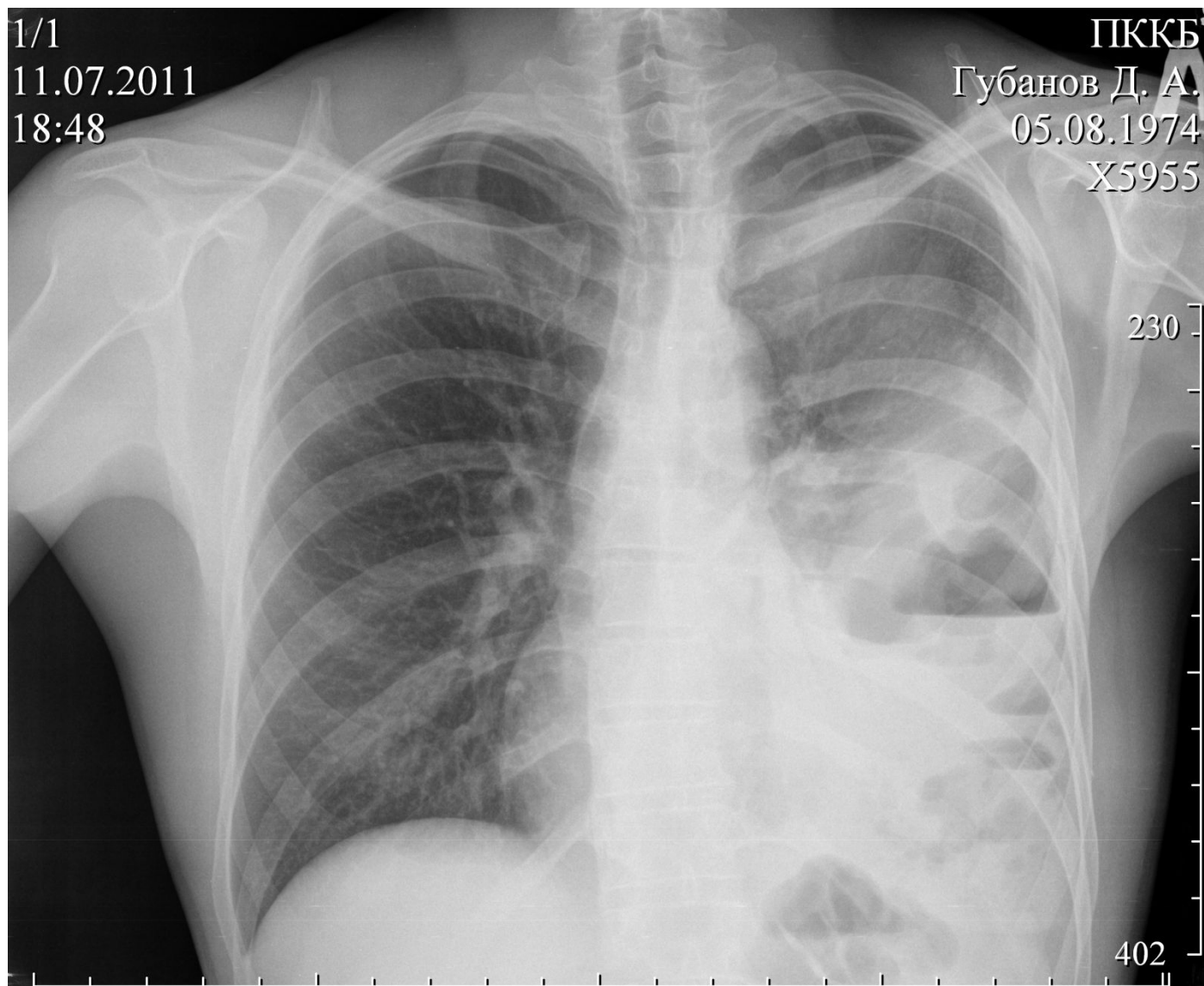
- I. рвота съеденной пищей (у части пациентов в рвотных массах присутствует примесь крови);
- II. подкожная эмфизема в шейно-грудной области вследствие скопления воздуха в подкожной жировой клетчатке (у 15 %—30 % больных);
- III. сильная режущая боль в грудной клетке (реже в области живота), внезапно возникающая в момент приступа рвоты (может напоминать боль при язве желудка и двенадцатиперстной кишки), которая может иррадиировать в левое надплечье и левую поясничную область и нарастает при глотании.

В большинстве случаев синдром проявляется **одышкой**, абдоминальным **болевым синдромом**, чаще в эпигастрии. В первые часы после перфорации доминирует болевая симптоматика неопределенной локализации, у некоторых больных **с явлениями «острого живота»**, позднее начинают преобладать **признаки гнойной интоксикации, медиастинита, плеврита**.

У пожилых **боль в груди** может быть слабовыраженной



ГУБАНОВ Д.А., 1974Г



2/2
11.07.2011
18:50

ПККБ
Губанов Д. А.
05.08.1974
X5955

Л

338

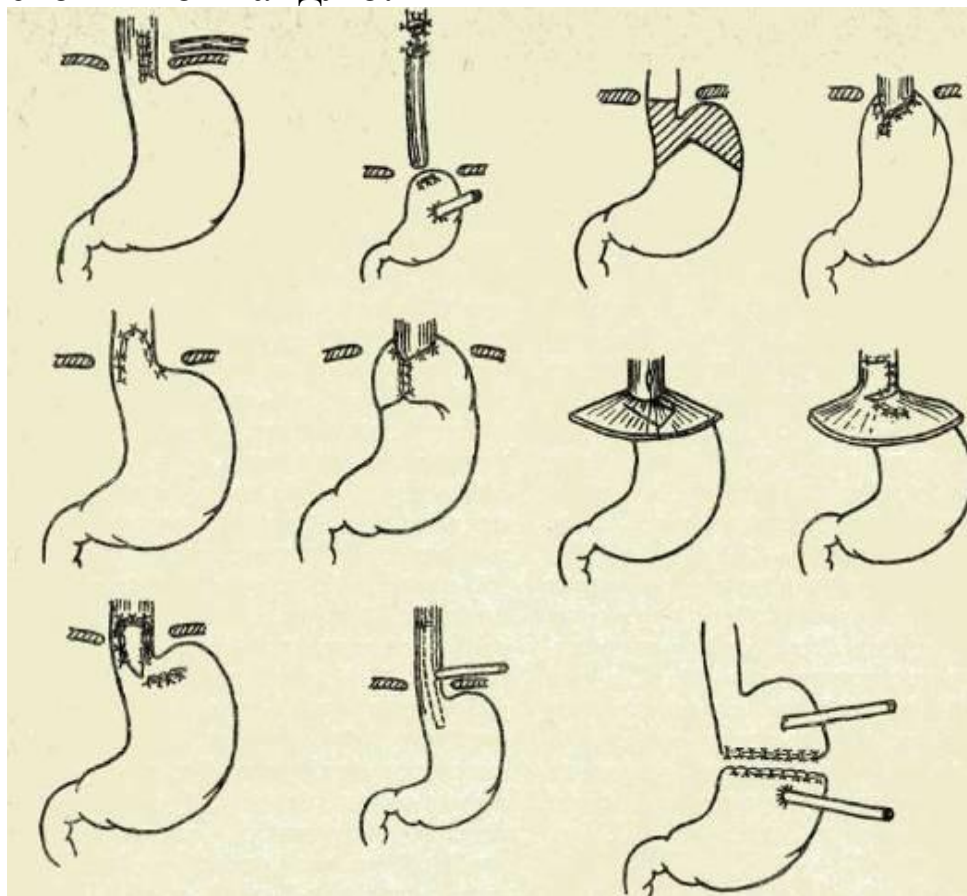
330



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