

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ  
6-7 КУРСА И УРОЛОГИИ**

**«Заболевания пищевода».**

*Хирургическая анатомия и физиология пищевода.  
Методы исследования. Виды оперативных вмешательств.  
Рубцовые сужения пищевода. Этиология, классификация,  
клиника, диагностика, лечение. Бужирование. Пластические  
операции. Дивертикулы пищевода. Этиопатогенез,  
классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к  
хирургическому лечению.*

*МЕТОДИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ  
ДЛЯ АССИСТЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАФЕДР*

Андижан - 2005 г.

**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Заведующий кафедрой  
хирургических болезней 6-7 курса с  
курсом урологии, анестезиологии и  
реаниматологии  
проф: \_\_\_\_\_ Нишанов Ф.Н.**

## **РЕГЛАМЕНТ**

учебного времени кафедры  
хирургических болезней 6-7 курса.

	<b>Продолжитель ность, мин</b>	<b>время</b>
1. Переключка.	5	8 <sup>00</sup> - 8 <sup>05</sup>
2. Проверка готовности студентов к теоретической части занятия.	120	8 <sup>05</sup> - 10 <sup>35</sup>
3. Перерыв.	10	8 <sup>50</sup> - 9 <sup>00</sup>
	10	9 <sup>45</sup> - 9 <sup>55</sup>
	10	10 <sup>25</sup> - 10 <sup>35</sup>
4. Осмотр больных по теме занятия. Самостоятельная курация больных. Интерпретация клинических симптомов.	45	10 <sup>35</sup> - 11 <sup>20</sup>
5. Обеденный перерыв.	40	11 <sup>20</sup> - 12 <sup>00</sup>
6. Семинарское занятие. Разбор теоретических вопросов, ситуационных задач, тестов.	90	12 <sup>00</sup> - 13 <sup>30</sup>
7. Перерыв	10	12 <sup>45</sup> - 12 <sup>55</sup>
	10	13 <sup>30</sup> - 13 <sup>40</sup>
8. Разбор практических навыков.	55	13 <sup>40</sup> - 14 <sup>35</sup>

## **ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**

### **ОЦЕНКА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

До прихода на кафедру студенты должны переписать полную тематику занятий предстоящего цикла и приходить на каждое занятие подготовленными.

На теоретическом занятии ассистент обязан опросить каждого студента по заданной теме и выставить оценку по рейтинговой системе. Студенту задаются

вопросы по теме занятия, если ответ студента не удовлетворяют преподавателя, он может задавать дополнительные вопросы.

За каждое занятие максимальный балл составляет 100; в том числе:

№	Успеваемость и баллы	Оценка	Качество оценки	Степень готовности
1	91 – 100	Отлично «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	4-степень: степень изобретательности.
2	86 – 90	Очень хорошо «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
3	71 – 85	Хорошо «4»	Использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
4	65 – 70	Полный удовлетворительный «3»	Знает, понимает	2-степень: степень успеваемости.
5	55 – 64	Удовлетворительный т.е. выполняет минимальные требования «3»	Знает.	1-степень: степень представления.
6	54 – 41	Не удовлетворительный, требует дополнительной работы «2»	Плохо знает	0-степень: степень слабого представления.
7	40 – 30	Не удовлетворительный, требует много дополнительной работы «!»	Не знает.	0-степень: не имеет представления.
8	30	«0»	Балл посещаемости	0-степень.

### **КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТАМИ** (самостоятельная работа студентов).

Студенты во время курации выясняют жалобы, анамнез и проводят объективное обследование больного, работают с историей болезни больного.

Данные больного записываются студентами в журнал субординатора.

Ассистент обходит своих студентов во время курации, корригирует физикальное обследование больного, отвечает на возникшие вопросы, представляет студентам новые анализы, курируемых ими больных, обеспечивает их тонометром, термометром и визирует записи студентов в журнале субординатора.

## **ПРОВЕДЕНИЕ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ**

Каждое семинарское занятие кто-нибудь из студентов готовит доклад по теме занятия на этот день (темы докладов ассистент заранее распределяет между студентами).

Доклад студента должен содержать обширную информацию по данной теме, он должен включать новые данные о диагностике и лечении заболеваний, взятые из современных литературных источников, Интернета и т.д.

После выслушивания доклада студенты должны задать докладчику вопросы, касающиеся разбираемой темы. Ассистент может корректировать вопросы и ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические тесты и ситуационные задачи.

Занятие проводится в форме беседы. Основная цель семинарского занятия - закрепление теоретического материала.

## **РАЗБОР ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ**

Преподаватель объясняет студентам методику выполнения практических манипуляций у хирургических больных. Используются хирургические инструменты, зонды, катетеры и другие наглядные пособия. Методику инструментальных манипуляций можно объяснять на больном, которому показана эта процедура или схематично на рисунках, слайдах или таблицах; также могут быть использованы видеоматериалы.

## **НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ**

Таблицы, схемы, слайды, цветные рисунки, компьютерные программы, научные статьи, рентгенограммы.

## **ТЕМА ЗАНЯТИЯ:**

### **«Заболевания пищевода».**

*Хирургическая анатомия и физиология пищевода. Методы исследования. Виды оперативных вмешательств. Рубцовые сужения пищевода. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение. Бужирование. Пластические операции. Дивертикулы пищевода. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению.*

#### ***Цель занятия:***

Изучить хирургические заболевания пищевода, классификацию, диагностику, клинику, вопросы хирургической тактики.

#### ***Что ДОЛЖЕН ЗНАТЬ студент:***

1. Хирургическую анатомию пищевода (его отделы, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация).
2. Физиологию и патологию акта глотания и пищеварения
3. Хирургические болезни пищевода, их классификацию.
4. Методы исследования при заболеваниях пищевода.
5. Виды обезболивания, оперативных доступов и вмешательств.
6. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода при операциях на пищеводе.
7. Послеоперационные осложнения (ранние и поздние).

#### ***Изучив тему, студент ДОЛЖЕН УМЕТЬ:***

1. Правильно проводить опрос больных с заболеваниями пищевода.
2. Проводить объективное обследование больных.
3. Анализировать данные рентгенологических и эндоскопических методов исследования.
4. Назначить план дополнительного обследования больных
5. На основании полученных данных о больном сформулировать клинический диагноз.
6. Проводить дифференциальную диагностику.
7. Определить тактику и объем лечебных мероприятий.
8. Вести послеоперационный период.
9. Оценить трудоспособность больных.

#### ***Контрольные вопросы:***

1. Хирургическая анатомия и физиология пищевода.
2. Методы исследования.
3. Врожденные аномалии развития пищевода.
4. Повреждения и инородные тела пищевода.
5. Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода.
6. Рефлюкс-эзофагит (Пептический эзофагит).
7. Дивертикулы пищевода.
8. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода.
9. Рак и саркома пищевода.

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### Хирургическая анатомия и физиология пищевода.

Пищевод — мышечная трубка длиной около 35 см, выстланная внутри слизистой оболочкой и окруженная соединительной тканью, по которой пища из глотки поступает в желудок. Начинается на уровне VI шейного позвонка и достигает XI грудного позвонка. Пищевод делят на три отдела: шейный (5—6 см), грудной (16—18 см) и брюшной (1—4 см). Вход в пищевод расположен на уровне перстневидного хряща и отстоит от переднего края верхних резцов на 14—16 см (рот пищевода). В этом месте имеется верхний пищеводный сфинктер — первое физиологическое сужение. Второе физиологическое сужение находится на уровне бифуркации трахеи и пересечения пищевода с левым главным бронхом, третье — соответствует уровню пищеводного отверстия диафрагмы.

В шейном и начале грудного отдела до уровня дуги аорты пищевод расположен слева от средней линии. В среднегрудном отделе он отклоняется вправо и лежит справа от аорты, а в нижнегрудном отделе вновь отклоняется влево от средней линии и над диафрагмой расположен спереди от аорты. Такое анатомическое расположение определяет следующие операционные доступы: к шейному отделу — левосторонний, к среднегрудному — правосторонний трансплевральный, к нижнегрудному — левосторонний трансплевральный.

Слизистая оболочка пищевода образована многослойным плоским эпителием, который переходит в цилиндрический желудочный на уровне зубчатой линии, расположенной несколько выше анатомической кардии. Подслизистая основа представлена соединительнотканными и эластическими волокнами. Мышечная оболочка состоит из внутренних круговых и наружных продольных волокон. В верхних 2/3 пищевода мышцы исчерченные (поперечнополосатые), в нижней трети — неисчерченные (гладкие). Снаружи пищевод окружен рыхлой волокнистой соединительной тканью, в которой проходят лимфатические, кровеносные сосуды и нервы. Серозную оболочку имеет только брюшной (абдоминальный) отдел пищевода.

Кровоснабжение шейного отдела пищевода осуществляется из нижних щитовидных артерий, грудного — из собственно пищеводных артерий, отходящих от аорты, ветвей бронхиальных и межреберных артерий, абдоминального — из восходящей ветви левой желудочной и ветви нижней диафрагмальной артерий. В грудном отделе кровоснабжение пищевода носит сегментарный характер, поэтому выделение его на значительном протяжении из окружающих тканей во время оперативных вмешательств может привести к некрозу стенки пищевода.

Отток венозной крови из нижнего отдела пищевода идет в селезеночную вену и далее в воротную вену, из верхних отделов пищевода — в нижнюю щитовидную, непарную и полунепарную вены, далее в систему верхней полой вены. Таким образом, в области пищевода имеются анастомозы между системой воротной и верхней полой вен.

Лимфоотток от шейного отдела пищевода осуществляется к околотрахеальным и глубоким шейным лимфатическим узлам. От грудного отдела отток лимфы происходит в трахеобронхиальные, бифуркационные, паравертебральные лимфатические узлы. Для нижней трети пищевода регионарными лимфатическими узлами являются паракардиальные, а также узлы, расположенные в области левой желудочной и чревной артерий. Часть лимфатических сосудов пищевода открывается непосредственно в грудной проток. Этим можно объяснить более раннее в некоторых случаях появление вирховского метастаза, чем метастазов в регионарных лимфатических узлах.

Иннервацию пищевода осуществляют ветви блуждающих нервов, которые образуют на его поверхности переднее и заднее сплетения. От них в стенку пищевода отходят волокна, образующие интрамуральное нервное сплетение — мышечно-кишечное (ауэрбаховское) и подслизистое (мейснеровское). Шейную часть пищевода иннервируют возвратные нервы, грудную — ветви блуждающих нервов и волокна симпатического нерва, брюшную — ветви чревного нерва. Парасимпатический отдел нервной системы осуществляет регуляцию моторной функции пищевода и нижнего пищеводного сфинктера.

Физиологическое значение пищевода состоит в проведении пищи из полости глотки в желудок, осуществляемом глотательным рефлексом. При этом важная роль в нормальной деятельности пищевода, принадлежит своевременному раскрытию кардии, наступающему в норме через 1—2,5 с после глотка. Расслабление нижнего пищеводного сфинктера обеспечивает свободное поступление пищи в желудок под действием перистальтической волны. После прохождения пищевого комка в желудок наступает восстановление тонуса нижнего пищеводного сфинктера и его закрытие. Нижний пищеводный сфинктер образует барьер между кислым содержимым желудка и очень чувствительной к нему слизистой оболочкой пищевода.

Заболевания пищевода связаны в первую очередь с нарушением пассажа пищи, перистальтики, функции верхнего и нижнего пищеводного сфинктеров: повышение тонуса верхнего пищеводного сфинктера приводит к появлению дивертикула Ценкера; повышение давления в нижнем пищеводном сфинктере вызывает ахалазию и отсутствие рефлекса релаксации (образование эпифренального дивертикула); понижение давления в области нижнего пищеводного сфинктера вместе с другими факторами способствует развитию рефлюкс-эзофагита, пептической язвы пищевода; объемные патологические процессы в пищеводе, особенно рак, вызывают дисфагию и полную непроходимость пищевода.

### МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Контрастное рентгенологическое исследование пищевода водной взвесью бария сульфата (при подозрении на перфорацию с водорастворимым контрастом) является основным методом диагностики. Его проводят при различных поворотах больного вокруг вертикальной оси. Обращают внимание на характер контуров, перистальтику, рельеф слизистой оболочки, функцию пищеводных сфинктеров.

Компьютерная томография дает возможность определить взаимоотношение пищевода и образований, исходящих из него, с окружающими органами (например, прорастание опухоли пищевода в трахею, бронхи, метастазы в лимфатические узлы и т.д.).

Эзофагофиброскопия позволяет осмотреть слизистую оболочку пищевода на всем его протяжении, прицельно произвести биопсию из подозрительных участков, сделать мазки для цитологического исследования. Удаленные кусочки ткани подвергают гистологическому исследованию.

Эзофагоскопию жестким эзофагоскопом применяют в лечебных целях для извлечения инородных тел, склерозирования варикозных вен и т. п.

Эзофаготономография — графическая запись сокращений и тонуса стенок пищевода и его сфинктеров — является методом диагностики функциональных и некоторых органических заболеваний сфинктеров пищевода (ахалазия кардии, эзофагоспазм, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и др.).

рН-Метрия — определение интенсивности желудочно-пищеводного рефлюкса с помощью специального зонда или радиокапсулы, которые устанавливаются на 5 см выше кардии. При пищеводно-желудочном рефлюксе происходит резкое снижение рН в пищеводе и усиление болевого синдрома.

### ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА

Частота врожденных аномалий развития пищевода составляет 1:1000 новорожденных. Атрезия — полное отсутствие просвета пищевода на каком-либо участке или на всем его протяжении. Атрезия в 40% случаев сочетается с другими пороками развития. В первые часы и дни у новорожденных отмечают постоянное выделение слюны и слизи изо рта и носа, могут возникать сильный кашель, одышка и цианоз в результате аспирации содержимого пищевода в дыхательные пути. С началом кормления ребенок срыгивает нествороженное молоко.

Стеноз может развиваться в результате гипертрофии мышечной оболочки, наличия в стенке пищевода фиброзного или хрящевого кольца, образования слизистой оболочкой тонких мембран (внутренние стенозы) или сдавления пищевода извне кистами, аномальными сосудами. Небольшие стенозы длительное время протекают бессимптомно и проявляются дисфагией лишь при приеме грубой пищи. При выраженном стенозе отмечаются дисфагия, срыгивание во время и после еды, расширение пищевода.

Удвоение пищевода — редкая аномалия. Просвет удвоений может быть изолированным или иметь сообщение с основным каналом пищевода, заполнен секретом, выделяемым их слизистой оболочкой. Иногда они имеют вид кист, которые могут сообщаться с трахеей или бронхом. По мере роста кист развиваются симптомы сдавления пищевода и дыхательных путей, у больных появляются дисфагия, кашель, одышка.

Врожденная халазия (недостаточность кардии) — следствие недоразвития нервно-мышечного аппарата нижнего пищеводного сфинктера или

выпрямления угла Гиса. Клиническая картина аналогична проявлениям врожденного короткого пищевода.

Врожденный короткий пищевод — порок развития, при котором часть желудка оказывается расположенной выше диафрагмы. Клиническая картина обусловлена недостаточностью кардии, сопровождающейся желудочно-пищеводным рефлюксом. После кормления у детей возникают срыгивания, рвота (иногда с примесью крови в результате развития эзофагита).

Диагноз врожденной аномалии устанавливают при рентгенологическом исследовании, при котором в просвет пищевода по тонкому катетеру вводят 1—2 мл йодолипола. Исследование позволяет обнаружить слепой конец пищевода, уровень его расположения, протяженность и величину сужения, супрастенотическое расширение пищевода, наличие сообщения просвета пищевода с бронхами или трахеей. При удвоении пищевода отмечают дополнительную тень с четкими контурами, примыкающую к тени средостения и оттесняющую пищевод. При коротком пищеводе он не имеет изгибов, а часть желудка расположена выше диафрагмы. Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера проявляется желудочно-пищеводным рефлюксом контрастного вещества во время исследования.

Главную роль в диагностике пороков развития пищевода играют эзофаго- и бронхоскопия.

Осложнения. Самым частым осложнением при врожденной атрезии, стенозах, пищеводно-трахеальных и бронхопищеводных свищах является аспирационная пневмония. Атрезия пищевода может привести к голодной смерти ребенка, при стенозах развивается застойный эзофагит. Сдавление бронхов удвоенным пищеводом вызывает повторные пневмонии, развитие бронхоэктазов. При наличии кисты возможно ее нагноение и прорыв в дыхательные пути или плевральную полость. Выстилка кист из эктопированной слизистой оболочки желудка может подвергаться изъязвлению с развитием кровотечения и перфорации. При врожденном коротком пищеводе и недостаточности нижнего пищеводного сфинктера возникают рефлюкс-эзофагит, пептическая язва, а затем стриктура пищевода; частым осложнением является аспирационная пневмония.

Лечение. При атрезии пищевода накладывают анастомоз конец в конец в случае, если расхождение между выделенными концами пищевода не превышает 1,5 см. При значительном расхождении концов пищевода проксимальную часть его выводят на шею в виде эзофагостомы, накладывают гастростому для питания ребенка, в последующем производят эзофагопластику.

При врожденном стенозе пищевода протяженностью до 1,5 см производят продольное рассечение стенки его с поперечным сшиванием краев раны над катетером. Если протяженность участка сужения не превышает 2,5 см, то возможна резекция пищевода с анастомозом конец в конец; если протяженности сужения более 2,5 см, показана эзофагопластика. При локализации сужения в области нижнего пищеводного сфинктера производят экстрамукозную миотомию (кардиомиотомия Геллера) с фундопликацией по Ниссену.

В случае удвоения пищевода показано вылушивание или резекция дивертикулоподобного участка.

При врожденном коротком пищеводе и отсутствии осложнений проводят консервативное лечение. Тяжелый рефлюкс-эзофагит служит показанием к пилоропластике или трансплевральной фундопликации с оставлением желудка в грудной полости.

Врожденную недостаточность нижнего пищеводного сфинктера лечат консервативно. Обычно с течением времени наступает нормализация его функции.

### ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА

Повреждения пищевода разделяют на внутренние (закрытые) — со стороны слизистой оболочки и наружные (открытые) — при проникающих ранениях шеи и грудной клетки.

Этиология и патогенез. Внутренние повреждения пищевода возможны во время диагностических и лечебных мероприятий: при эзофагоскопии, бужировании пищевода, кардиодилатации, а также при попадании в него инородных тел (см. «Инородные тела пищевода»). Пролезни стенки пищевода возникают при длительном нахождении в нем зонда, от давления манжетки интубационной или трахеостомической трубки. Перфорация стенки пищевода возможна при различных его заболеваниях - опухолях, пептической язве, химических ожогах. Прямая травма пищевода может произойти во время операций на органах средостения и легких.

Наблюдают случаи спонтанного разрыва пищевода. Факторами, предрасполагающими к этому, являются алкогольное опьянение, переедание, рвота. Во время рвотных движений происходит одновременно повышение давления в желудке, раскрытие нижнего пищеводного сфинктера, напряжение мышц брюшного пресса, сокращение диафрагмы и мышечной оболочки желудка при закрытом верхнем пищеводном сфинктере. В результате значительного повышения давления в пищеводе происходит продольный или поперечный разрыв его стенки чаще непосредственно над диафрагмой. Разрыв пищевода может возникать при попытке сдержать рвоту или при нарушении координации функции указанных выше сфинктеров в результате сильного алкогольного опьянения, заболеваний центральной нервной системы.

Разрыв чаще имеет вид линейной раны, может распространяться на желудок. Развивается острый медиастинит, при повреждении медиастинальной плевры - плеврит.

Наружные (открытые) травмы пищевода в мирное время встречаются редко. Обычно они сочетаются с множественными повреждениями соседних органов - щитовидной железы, трахеи, сердца, легких, крупных сосудов и др.

Клиническая картина и диагностика. Внутренние повреждения пищевода сопровождаются болью в области мечевидного отростка, которая возникает внезапно (чаще всего во время рвоты), может иррадиировать в эпигастральную область, спину, левое плечо; кровавой рвотой, медиастинальной и подкожной эмфиземой. Развивается шок. Профузные кровотечения возникают при

обширных разрывах слизистой оболочки пищевода. При повреждении медиастинальной плевры появляются симптомы гидропневмоторакса.

Наружные травмы пищевода сопровождаются болью при глотании, подкожной эмфиземой на шее. Через 12—20 ч развиваются эзофагит, периезофагит, медиастинит.

При повреждении грудного отдела пищевода больные отмечают резкую боль за грудиной, повышенное слюноотделение, ощущение инородного тела в пищеводе. Характерно вынужденное положение больных — со склоненным вперед туловищем. Появляются рвота с примесью крови, симптомы перикардита, плеврита.

Ранения брюшного отдела пищевода могут привести к развитию перитонита. Медиастинит является частым осложнением повреждений пищевода. О развитии воспалительного процесса в средостении свидетельствуют ухудшение состояния больного, усиление боли, гектический характер температуры тела, нарастание одышки и тахикардии, лейкоцитоз, увеличение СОЭ. При отсутствии лечения больные с гнойным медиастинитом погибают в ближайшие дни.

Рентгенологическое исследование начинают с обзорной рентгеноскопии и рентгенографии. Выявляют эмфизему средостения, расширение его тени, гидропневмоторакс, эмфизему клетчатки шеи. При отсутствии воздуха в средостении исследуют пищевод с контрастным веществом в положении больного лежа на спине, на правом и левом боку, на животе. При подозрении на наличие дефекта в его стенке вследствие разрыва или перфорации следует применять водорастворимые контрастные вещества, так как взвесь бария, выходя через дефект в стенке пищевода с клетчатку средостения, имбибирует ее. Кроме того, она как инородное тело способствует развитию воспалительного процесса. Часто этого исследования бывает достаточно для определения локализации и размеров перфорационного отверстия. В сомнительных случаях используют эзофагоскопию жестким эзофагоскопом под наркозом.

Лечение. Консервативное лечение состоит в исключении питания больных через рот, замене его парентеральным и назначении антибиотиков. Его проводят: 1) до установления окончательного диагноза и при задержке доставки больного в хирургический стационар; 2) при поверхностных повреждениях шейного отдела пищевода; 3) как дополнение к хирургическому лечению.

Хирургическое лечение (радикальное или паллиативное) показано при обширных повреждениях пищевода, наличии сообщений его просвета со средостением, трахеобронхиальным деревом, плевральной полостью.

Ушивание дефекта в стенке пищевода возможно лишь в течение первых суток с момента его повреждения. Дефект ушивают двумя рядами швов в продольном направлении. Герметичность швов и изоляцию их от инфицированного средостения и плевральной полости обеспечивают подшиванием вокруг них (в зависимости от уровня расположения дефекта) мышц шеи, участка париетальной плевры, перикарда, стенки дна желудка.

Средостение и плевральную полость дренируют для аспирации экссудата, введения антибиотиков.

Причиной неблагоприятных исходов радикальных операций является частое развитие недостаточности швов.

Паллиативные операции (эзофагостомия, гастростомия, еюностомия, медиастинотомия, дренирование клетчаточных пространств шеи и плевральной полости) показаны при сквозных ранениях пищевода, когда упущено время для радикальной операции, и при тяжелых сопутствующих заболеваниях.

В последнее время при перфорации пищевода получил распространение метод активного (с аспирацией) герметичного дренирования средостения. При этом выполняют медиастинотомию с учетом места повреждения пищевода, чаще из разреза на шее. К месту перфорации подводят двухпросветную дренажную трубку, которую выводят через контрапертуру в стороне от операционной раны. Через дренаж аспирируют экссудат и вводят антибиотики.

При сохранении целостности медиастинальной плевры возможно чреспищеводное дренирование средостения двухпросветным дренажем во время эзофагоскопии под наркозом.

При повреждениях шейного и верхнегрудного отделов пищевода используют чрешейную медиастинотомию с герметичным дренированием средостения двухпросветным дренажем. При ранениях грудного отдела пищевода с повреждением медиастинальной плевры показано чресплевральное дренирование средостения и плевральной полости. Больным с повреждениями средне-, нижнегрудного и абдоминального отделов пищевода показано внеплевральное (чрезбрюшинное) активное дренирование.

Применение активного герметичного дренирования при перфорациях пищевода позволяет заменить операцию гастростомии проведением в желудок трансназально тонкостенного силиконового зонда для кормления больного.

Резекция поврежденного пищевода показана только при его опухолях или при резком рубцовом изменении в первые часы после перфорации у лиц молодого и среднего возраста.

### ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА

Причинами попадания инородных тел в пищевод могут быть: привычка держать различные предметы во рту (у маленьких детей, у работников некоторых профессий), небрежность в приготовлении пищи и поспешная еда, преднамеренное проглатывание разнообразных предметов психически больными. Более чем в 50% случаев инородное тело свободно проходит по пищеводу и через другие отделы пищеварительного тракта и выходит естественным путем. Острые инородные тела (иглы, гвозди, рыбы и мясные кости и др.) застревают в начальном отделе пищевода, крупные предметы задерживаются в местах физиологических сужений пищевода (на уровне бифуркации трахеи, над кардией). Задержке инородного тела в пищеводе способствуют патологические изменения (опухоль, доброкачественная стриктура, дивертикул и т. д.), а также спазм пищеводной мускулатуры в ответ на раздражение слизистой оболочки инородным телом.

Клиническая картина и диагностика. Симптомы зависят от характера инородного тела, уровня его задержки в пищеводе, степени повреждения стенки пищевода. У больных возникают чувство страха, ощущение стеснения, давления или боль в горле, в области яремной ямки либо за грудиной, усиливающаяся при проглатывании слюны, жидкости. Часто бывает дисфагия, которая обусловлена инородным телом, развитием спазма мускулатуры пищевода и воспалительным отеком слизистой оболочки его. В результате возникает полная непроходимость пищевода и регургитация при приеме жидкости или пищи.

При попадании крупного инородного тела в область входа в пищевод возможна мгновенная смерть от асфиксии. Перфорация стенки пищевода острыми инородными телами может привести к профузному кровотечению из поврежденных прилежащих крупных сосудов — общей сонной артерии, яремной вены, аорты и т.д.; возможно повреждение плевры, легких и развитие пищеводно-трахеальных или бронхопищеводных свищей. Длительное пребывание инородного тела в пищеводе вызывает травматический эзофагит, изъязвления и перфорацию стенки пищевода.

При экстренном рентгенологическом исследовании обнаруживают металлические инородные тела, менее контрастные инородные тела выявляют при исследовании пищевода с водорастворимым контрастным веществом. При перфорации пищевода отмечают затекание контрастного вещества за контуры его, наличие медиастинальной эмфиземы, при развитии свищей — попадание контрастного вещества в трахеобронхиальное дерево.

Большое диагностическое значение имеет эзофагоскопия, уточняющая характер инородного тела и его расположение, позволяющая удалить его.

Лечение. При подозрении на инородное тело пищевода больного необходимо в любое время суток направить в хирургический стационар. Удаление инородного тела производят с помощью жесткого эзофагоскопа и набора специальных цапок. При невозможности извлечения инородного тела через эзофагоскоп показана операция — удаление инородного тела, ушивание стенки пищевода.

### ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ И РУБЦОВЫЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА

*Химические ожоги пищевода.* Повреждения пищевода, вызванные приемом кислот (чаще уксусной) или щелочей (чаще нашатырного спирта, каустической соды), носят название коррозивного эзофагита. Эти вещества чаще принимают с суицидальной целью или по ошибке. Тяжелое повреждение верхних отделов пищеварительного тракта бывает также при приеме раствора перманганата калия, пергидроля, ацетона. Механизм их воздействия на ткани иной, чем кислот и щелочей.

При одновременных химических ожогах ротовой полости, гортани могут возникать отек легких, острая дыхательная недостаточность. Это бывает при приеме уксусной кислоты и нашатырного спирта вследствие их летучести и при воздействии паров концентрированных кислот и щелочей.

Патологоанатомическая картина. Наиболее выраженные изменения возникают в местах физиологических сужений пищевода. Условно выделяют четыре стадии патологоанатомических изменений: I — гиперемия и отек слизистой оболочки, II — некроз и изъязвления, III — образование грануляции, IV — рубцевание. Вслед за гиперемией и отеком слизистой оболочки быстро наступает некроз тканей. К концу первой недели начинается отторжение некротизированных участков от подлежащих тканей и образование поверхностных или глубоких изъязвлений. Поверхностные изъязвления быстро эпителизируются (в течение 1—2 мес), глубокие заживают медленнее, с образованием грануляций и рубцовой соединительной ткани, иногда в течение 2—6 мес. Рубцово-язвенный процесс в пищеводе после химических ожогов может длиться годами. У отдельных больных рубцовые сужения пищевода могут возникать даже по прошествии 10—20 лет с момента ожога.

При химических ожогах пищевода принятое внутрь вещество, помимо местного, оказывает и общетоксическое действие с поражением сердца, печени, почек. Может развиться тяжелая почечная недостаточность.

Клиническая картина и диагностика. Тяжесть поражения зависит от характера принятого вещества, его концентрации, количества, степени наполнения желудка в момент отравления, сроков оказания первой помощи.

Кислоты вызывают коагуляционный некроз тканей с образованием плотного струпа, который препятствует проникновению вещества в глубь тканей, уменьшает попадание его в кровь. Едкие щелочи вызывают колликвационный некроз (образование водорастворимого альбумината, который переносит щелочь на здоровые участки ткани), характеризующийся более глубоким и распространенным поражением стенки пищевода.

По тяжести поражения в острой стадии выделяют три степени ожога пищевода: I — легкую, II — средней тяжести и III — тяжелую.

Ожог I степени возникает при приеме внутрь небольшого количества едкого вещества в малой концентрации или при проглатывании горячей пищи. Повреждаются поверхностные слои эпителия слизистой оболочки на ограниченном участке пищевода. Ожог II степени характеризуется обширным некрозом, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки. При III степени некроз захватывает слизистую оболочку, подслизистый и мышечный слои, распространяется на параэзофагеальную клетчатку и соседние органы.

В I (острой) стадии заболевания (5—10 сут) больные испытывают тяжелые страдания. Вслед за приемом едкой щелочи или кислоты появляются сильные боли в полости рта, глотке, за грудиной, в эпигастральной области, обильное слюноотделение, рвота, дисфагия. Больные возбуждены, испуганы. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание учащено. Отмечают различной степени явления шока: возбуждение или заторможенность, вялость, сонливость, акроцианоз, тахикардия, снижение артериального давления, глухие тоны сердца, уменьшение количества выделяемой мочи вплоть до анурии.

Через несколько часов после ожога наряду с симптомами шока появляются симптомы ожоговой токсемии: температура тела повышается до 39°C, заторможенность сменяется возбуждением, иногда возникают бред, мышечные

подергивания. Дыхание частое, поверхностное, частота сердечных сокращений до 120—130 в 1 мин, артериальное давление снижено вследствие гиповолемии. У больных появляется мучительная жажда в результате дегидратации, нарушения ионного состава крови.

При исследовании крови отмечают лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, повышение гематокрита, гипо- и диспротеинемию. В тяжелых случаях развиваются гиперкалиемия, гипохлоремия и гипонатриемия, метаболический ацидоз.

При сопутствующем ожоге гортани и голосовых связок могут возникать осиплость голоса, затрудненное дыхание, асфиксия. В тяжелых случаях развивается токсическое поражение паренхиматозных органов (острая печеночная и почечная недостаточность). Отравление уксусной эссенцией может вызвать развитие внутрисосудистого гемолиза. У больных появляется желтуха, моча приобретает цвет «мясных помоев», отмечаются билирубинемия, гемоглобинурия, нарастает анемия.

В результате аспирации рвотных масс возможны трахеобронхит, пневмония. Иногда на 5—7-е сутки развивается психоз (психическая травма, стресс, боль, ожоговая токсемия).

Стадия II (мнимого благополучия) продолжается с 7-х по 30-е сутки. К концу первой недели начинается отторжение некротизированных тканей пищевода. Проглатывание жидкой пищи становится несколько свободнее, однако возможны кровотечения. При глубоких некрозах может возникнуть перфорация пищевода с развитием медиастинита, перикардита, эмпиемы плевры, бронхопищеводного свища. В тяжелых случаях при наличии обширных раневых поверхностей на стенках пищевода возможно развитие сепсиса. Латентный период характеризуется нарушением функции паренхиматозных органов, что обусловлено дистрофическими изменениями, белковым голоданием.

В III стадии (стадия образования стриктуры) под влиянием лечения обожженные участки пищевода заживают. К концу месяца у 10—15% больных рентгенологическое исследование обнаруживает отсутствие продольной складчатости слизистой оболочки, одиночные или множественные участки сужений пищевода различной протяженности, у 20% больных явления «перемежающейся» дисфагии увеличиваются. При эзофагоскопии отмечают различной протяженности участки, заживление которых происходит вяло. Раневые поверхности покрыты плотным струпом, легко кровоточат. Формирование рубца возможно в течение нескольких месяцев (без образования стеноза или со стенозом пищевода).

Неотложная помощь на месте происшествия. Для снятия боли вводят наркотические средства (промедол, трамал и др.). Для уменьшения саливации и снятия спазма пищевода применяют атропин, ганглиоблокаторы. Целесообразно промывание полости рта, назначение антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин, дипразин и др.). Для нейтрализации яда и выведения его из организма срочно промывают желудок, используя слабые растворы щелочи или кислоты, при ожоге кислотами внутрь дают жженую

магнезию, алмагель; при отравлении щелочами — 1—1,5% раствор уксусной или лимонной кислоты. В первые 6—7 ч вводят антидоты.

Лечение в стационаре. Проводят/противошоковую и дезинтоксикационную интенсивную терапию, назначают сердечные гликозиды, преднизолон (по 2 мг/кг в сутки).

При отравлении уксусной эссенцией и развитии внутрисосудистого гемолиза назначают 5% раствор бикарбоната натрия, проводят форсированный диурез.

При развитии острой почечной недостаточности показано проведение гемодиализа. Больным с поражением гортани и при развитии асфиксии накладывают трахеостому. В случае перфорации пищевода необходимо срочное оперативное вмешательство.

В течение всего острого периода заболевания необходим тщательный уход за полостью рта. Для контроля за изменениями в пищеводе периодически проводят эзофагоскопию.

С целью предупреждения развития рубцового сужения пищевода больным с первых суток дают через каждые 30—40 мин по 1—2 глотка микстуры, содержащей подсолнечное масло, анестезин, 5% раствор новокаина, антибиотик; с 3-го дня их кормят охлажденной жидкой пищей. Ранний прием микстуры и пищи как бы осуществляет «мягкое» бужирование пищевода. Формированию рубцов препятствует также прием кортикостероидов (кортизона, преднизолона и т. п. по 2 мг/кг в сутки), которые задерживают развитие фибробластов и уменьшают образование грубых рубцов в пищеводе. В настоящее время признана целесообразность раннего (с 9—11-х суток) бужирования пищевода в течение 1—1,5 мес в сочетании с подкожным введением лидазы в течение 2 нед.

Перед началом бужирования необходимо произвести эзофагоскопию - установить степень ожога, отсутствие неотторгнувшихся некротизированных тканей. При адекватном лечении рубцовые стриктуры со стенозом пищевода, не поддающиеся излечению бужированием, возникают у 6% больных. Бужирование пищевода небезопасно и может осложниться его перфорацией.

Для профилактики рубцовых стенозов пищевода применяется также гипербарическая оксигенация (ГБО).

*Рубцовые сужения пищевода.* Послеожоговые стриктуры имеют значительную протяженность и чаще расположены в местах физиологических сужений пищевода. Стриктуры могут быть одиночными и множественными, полными и неполными. Ход стриктуры часто бывает извилистым, просвет — эксцентрично расположенным. При резких сужениях возникает супрастенотическое расширение пищевода.

Клиническая картина и диагностика. Основной симптом — дисфагия, которая появляется с 3—4-й недели от начала заболевания. Вначале она нерезко выражена. С течением времени сужение прогрессирует, выраженность дисфагии увеличивается, может развиться полная непроходимость пищевода. При высоких стенозах пищевода пища во время глотания может попадать в

дыхательные пути, вызывая ларингоспазм, приступы мучительного кашля и удушье.

Одним из наиболее частых осложнений рубцового сужения пищевода является обтурация его пищей, при которой необходима неотложная медицинская помощь (эзофагоскопия для извлечения пищевого комка). Часто развиваются хронические воспалительные заболевания бронхов и легких вследствие регургитации пищи и аспирации ее в дыхательные пути. У больных со стенозами чаще, чем у здоровых лиц, наблюдают перфорацию пищевода во время инструментальных исследований.

Диагноз стеноза пищевода подтверждают данные анамнеза и рентгенологического исследования.

При эзофагоскопии выявляют наличие эзофагита, карманов, рубцов, определяют степень сужения.

Лечение. Основным методом лечения стриктуры пищевода после химического ожога является бужирование, которое приводит к стойкому выздоровлению 90—95% больных.

В отличие от раннего (с 9—11-х суток после ожога) позднее бужирование проводят с целью расширения уже развившегося сужения пищевода. Начинают бужирование с 7-й недели.

Бужирование показано всем больным с послеожоговыми стриктурами пищевода, когда удается провести через сужение металлический проводник. Противопоказаниями к бужированию являются медиастинит, бронхопищеводный свищ. Для достижения стойкого клинического эффекта лечение бужированием необходимо проводить в течение многих недель и даже месяцев.

Применяют следующие виды бужирования: 1) «слепое» — через рот; 2) полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику; 3) под контролем эзофагоскопа; 4) по принципу «бужирования без конца»; 5) ретроградное.

Чаще всего лечение проводят с помощью специального набора рентгеноконтрастных полых бужей. Если буж проходит легко, проводят буж следующего по толщине номера.

Бужирование под контролем эзофагоскопа показано при эксцентрически расположенной стриктуре, извитом канале сужения, выраженном супрастенотическом расширении, когда возникают затруднения при проведении проводника.

«Бужирование без конца» применяют при наличии гастростомы у больных с трубчатыми, извитыми или множественными стриктурами. К шелковой нити, введенной через рот и выведенной через гастростому, прикрепляют резиновые трубки различного диаметра. Растягивая, их проводят через суженный участок и оставляют на несколько часов. Ретроградное бужирование через гастростому безопаснее и легче переносится больными.

У некоторых больных механическое расширение рубцовых стриктур пищевода может привести к обострению эзофагита. Опасным осложнением бужирования является прободение пищевода и развитие медиастинита.

Операции проводят по следующим показаниям: 1) полная облитерация просвета пищевода; 2) неоднократные неудачные попытки проведения бужа через стриктуру; 3) быстрое рецидивирование рубцовых стриктур после повторных бужирований; 4) наличие пищеводно-трахеальных или бронхопищеводных свищей; 5) выраженные распространенные стриктуры; 6) перфорации пищевода при бужировании.

При тяжелом истощении организма больного, наличии противопоказаний к бужированию или оперативным вмешательствам в качестве первого этапа лечения, а также для осуществления питания больным накладывают гастростому.

При выборе метода операции учитывают возраст и общее состояние больного, локализацию и протяженность сужения пищевода. У большинства больных производят одноэтапные пластические операции.

При сегментарных стриктурах выполняют различного рода частичные пластики пищевода. При поражении нижней части пищевода или кардии накладывают обходной пищеводно-желудочный анастомоз или производят резекцию пораженного участка и замещение его трубкой, образованной из тканей большой кривизны желудка, трансплантатом из тонкой или толстой кишки. При поражении глотки, шейного или шейно-грудного отдела пищевода выполняют проксимальную частичную пластику. Используют трансплантаты из тонкой или толстой кишки. Один конец трансплантата анастомозируют с пищеводом выше, а другой — ниже сужения.

При обширных стриктурах показана тотальная пластика пищевода с предгрудинным или внутригрудинным (ретростернальным, внутривдвуральным, заднемедиастинальным) расположением трансплантата из тонкой или толстой кишки.

К созданию искусственного пищевода не следует приступать ранее 2 лет с момента ожога. Только после этого срока может выявиться степень рубцевания пищевода и станет ясным, что сформировавшаяся рубцовая ткань не позволит добиться расширения просвета пищевода консервативными методами.

### НАРУШЕНИЯ МОТОРИКИ ПИЩЕВОДА

*Ахалазия кардии (кардиоспазм)* - нервно-мышечное заболевание всей гладкой мускулатуры пищевода, проявляющееся беспорядочной перистальтикой пищевода, нарушением прохождения пищевых масс в желудок, стойким нарушением рефлексорного открытия нижнего пищеводного сфинктера при глотании, дисфагией.

Заболеваемость составляет 0,6—2,0 на 100 000 населения. Первые симптомы болезни чаще проявляются в возрасте 20—40 лет. Чаще болеют женщины.

Этиология и патогенез. Этиологические факторы неизвестны. Предполагают, что причинами ахалазии могут быть дегенерация ауэрбахова сплетения, конституциональная неврастения с возникновением неврогенной дискоординации моторики пищевода, рефлексорные дисфункции пищевода, инфекционно-токсические поражения нервных сплетений пищевода и нижнего сфинктера. Разрешающим фактором является стресс или длительное

эмоциональное напряжение. Важное значение имеет функциональное состояние нижнего пищеводного сфинктера. У здоровых людей в покое он находится в состоянии тонического сокращения, а после акта глотания расслабляется. Определяющими симптомами ахалазии кардии являются отсутствие расслабления или недостаточное расслабление этого сфинктера после акта глотания, дисфагия.

При ахалазии кардии изменяются тонус и перистальтика всего пищевода. Вместо распространяющихся к желудку перистальтических сокращений появляются непропульсивные (не обеспечивающие пассаж) волны, к ним присоединяются сегментарные сокращения стенки пищевода. Пища долго задерживается в пищеводе и поступает в желудок вследствие механического раскрытия нижнего пищеводного сфинктера под влиянием гидростатического давления столба жидкости над ним. Длительный застой пищевых масс, слюны и слизи в пищеводе приводит к значительному расширению его просвета, развитию эзофагита и периэзофагита, что усугубляет нарушения перистальтики пищевода.

Патологоанатомическая картина. Отмечают расширение пищевода, его удлинение, вследствие чего он может принимать S-образную форму. Дистальный участок пищевода резко сужен, в нем обнаруживают дистрофию ганглиозных клеток и волокон интрамуральных нервных сплетений вплоть до их гибели. Мышечный слой на ранних стадиях болезни утолщен, позднее происходит разрастание соединительной ткани, особенно в стенке суженного сегмента. Во всех слоях стенки и в окружающих тканях обнаруживают признаки воспалительного процесса. Слизистая оболочка пищевода гиперемирована, отечна, местами изъязвлена. Более выражены изменения вблизи суженного участка пищевода.

Клиническая картина и диагностика. Для ахалазии характерна триада симптомов: дисфагия, регургитация, боли.

Дисфагия — основной и в большинстве случаев первый симптом заболевания. В одних случаях она возникает внезапно среди полного здоровья, в других - развивается постепенно. Усиление дисфагии у большинства больных отмечают после нервного возбуждения, во время поспешной еды, при приеме плотной, сухой и плохо прожеванной пищи. Иногда наблюдают парадоксальную дисфагию: плотная пища проходит в желудок лучше, чем жидкая и полужидкая.

У ряда больных степень дисфагии зависит от температуры пищи: с трудом проходит или не проходит теплая пища, а холодная проходит. Больные находят приемы для облегчения прохождения пищи в желудок (ходьба, гимнастические упражнения, заглывание воздуха и слюны, прием большого количества теплой воды). Выраженную кахексию при ахалазии наблюдают редко.

Регургитация при небольшом расширении пищевода наступает после нескольких глотков пищи; при значительно расширенном пищеводе она бывает более редкой, но обильной и обусловлена сильными спастическими сокращениями пищевода, возникающими при его переполнении. Регургитация в положении лежа и при сильном наклоне туловища вперед обусловлена

механическим давлением содержимого пищевода на глоточно-пищеводный (верхний пищеводный) сфинктер и его растяжением. Ночная регургитация связана с некоторым снижением тонуса верхнего пищеводного сфинктера.

Боли за грудиной могут быть связаны со спазмом пищеводной мускулатуры и устраняются приемом нитроглицерина, атропина, нифедипина. Однако у большинства больных боли возникают при переполнении пищевода и исчезают после срыгивания или прохождения пищи в желудок. У части больных возникают приступы спонтанных болей за грудиной по типу болевых кризов.

Отрыжка воздухом, тошнота, повышенное слюноотделение, жжение по ходу пищевода, неприятный запах изо рта также обусловлены эзофагитом.

Многие больные стесняются своего недостатка, становятся замкнутыми, болезненно обидчивыми.

Наиболее частым осложнением заболевания является эзофагит, возникающий при длительной задержке пищевых масс. В легких случаях он проявляется гиперемией и отеком слизистой оболочки, в более тяжелых — эрозиями и язвами. Хронический эзофагит может явиться причиной возникновения рака пищевода и кардии.

Нередкими осложнениями ахалазии бывают повторные аспирационные бронхопневмонии, абсцессы легких, пневмосклероз. Особенно часто эти осложнения встречаются у детей.

По характеру клинической картины выделяют четыре стадии ахалазии [Петровский Б. В., 1962]: I стадия — непостоянный функциональный спазм без расширения пищевода; II стадия — стабильный спазм с нерезким расширением пищевода; III стадия — рубцовые изменения (стеноз) мышечных слоев нижнего пищеводного сфинктера с выраженным расширением пищевода; IV стадия — резко выраженный стеноз кардии с большой дилатацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода и эзофагитом.

Кроме того, принято деление ахалазии на 3 формы: гипермотильную, гипомотильную и амотильную. Их характеристика представлена в табл. 4.

Таблица 4 Клинические формы ахалазии

Форма	Клинические признаки ахалазии				
	дилатация пищевода	пассаж контрастного вещества	тонус сфинктера	расслабление сфинктера	Эзофагит
Гипермотильная	Незначительная	Нарушен	Повышен или нормальный	Полное	Отсутствует
Гипомотильная	Выраженная	»	То же	Неполное	Редко встречается
Амотильная	Резко выраженная	Нарушен, невозможен	Длительный спазм или нормальный	Минимальное	Часто встречается

Основным рентгенологическим признаком ахалазии является сужение терминального отдела пищевода с четкими, ровными и эластичными контурами

в виде пламени перевернутой свечи (рис.). Складки слизистой оболочки в области сужения сохранены. Первые глотки бария могут свободно поступать в желудок, затем контрастная масса длительно задерживается в пищеводе. Над бариевой взвесью виден слой жидкости. Пищевод расширен над местом сужения в различной степени. У ряда больных отмечают удлинение и искривление пищевода. Перистальтика пищевода у всех больных резко нарушена: сокращения ослаблены, имеют спастический характер и недостаточную амплитуду. При развитии эзофагита видны изменения рельефа слизистой оболочки пищевода: зернистость, утолщение и извилистость складок.

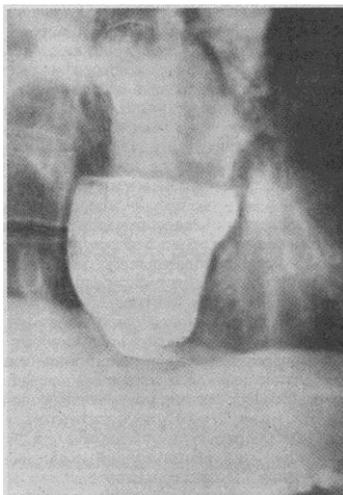


Рис. Ахалазия кардии. Рентгенограмма.

При эзофагоскопии выявляют утолщенные складки слизистой оболочки, участки гиперемии, эрозии, изъязвления. Как правило, конец эзофагоскопа удается провести через суженный участок, что подтверждает преимущественно функциональный характер изменений. Слизистая оболочка в месте сужения чаще всего не изменена.

Эзофаготономография является основным методом ранней диагностики ахалазии, так как нарушения сократительной способности пищевода и нижнего пищеводного сфинктера возникают значительно раньше клинических симптомов заболевания. Исследование проводят многоканальным зондом с резиновыми баллончиками или «открытыми» катетерами, регистрирующими сокращения пищевода и изменения внутрипищеводного давления. В норме после акта глотания по пищеводу распространяется перистальтическая волна, нижний пищеводный сфинктер в этот момент открывается и давление в пищеводе падает. После прохождения перистальтической волны сфинктер вновь закрывается. При ахалазии кардии отсутствует рефлекторное расслабление нижнего пищеводного сфинктера при глотании и остается без изменений внутрипросветное давление. Другим характерным признаком является нарушение перистальтики пищевода: различной формы глотательные и внеглотательные спастические сокращения, большое количество местных (вторичных) сокращений пищевода, что свидетельствует об эзофагите. У всех больных наряду со спастическими сокращениями отмечают большое количество пропульсивных перистальтических сокращений пищевода.

В сомнительных случаях для подтверждения диагноза ахалазии используют фармакологические пробы. Нитроглицерин, амилнитрит у больных с кардиоспазмом снижают тонус мышечной оболочки пищевода и нижнего пищеводного сфинктера, что облегчает прохождение содержимого пищевода в желудок. Введение холинотропных лекарственных препаратов (ацетилхолина, карбахолина) оказывает стимулирующее действие на мышечный слой пищеводной стенки и на нижний пищеводный сфинктер. При кардиоэзофагеальном раке и органических стенозах пищевода обе пробы бывают отрицательными.

Дифференциальная диагностика. Большие затруднения могут возникнуть при дифференциальной диагностике между ахалазией, раком пищевода и кардии. Дисфагия при кардиоэзофагеальном раке носит неуклонно прогрессирующий характер. Рентгенологическое исследование пищевода при раке выявляет асимметричность сужения, неровность его контуров, разрушение рельефа слизистой оболочки, ригидность стенки. Решающее значение для постановки диагноза имеет эзофагоскопия с прицельной биопсией для гистологического и цитологического исследования полученного материала.

При доброкачественных опухолях пищевода рентгенологическое исследование выявляет округлый дефект наполнения с ровными контурами. Эзофагоскопия уточняет предположительный диагноз.

Больные пептическим эзофагитом, язвами и пептическим стенозом пищевода предъявляют жалобы на мучительную изжогу, отрыжку воздухом, срыгивание пищей, которые возникают или усиливаются в положении лежа либо при сильном наклоне туловища вперед. При развитии стеноза изжога уменьшается, но усиливается дисфагия. Во время рентгенологического исследования определяют стриктуру терминального отдела пищевода. При исследовании в горизонтальном положении часто выявляют грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Подтверждение диагноза возможно при эзофагоскопии.

Для стриктур пищевода, развивающихся после ожога, характерны соответствующий анамнез и рентгенологическая картина.

В некоторых случаях дивертикулы пищевода проявляются симптомами, сходными с симптомами ахалазии (дисфагия, регургитация, боли). Однако рентгенологическое исследование позволяет поставить правильный диагноз.

Лечение. Консервативную терапию при ахалазии применяют только в начальных стадиях заболевания, а также используют как дополнение к кардиодилатации и при подготовке больных к оперативному лечению. Пища должна быть механически и термически щадящей. Питание дробное, последний прием пищи за 3—4 ч до сна.

Уменьшения дисфагии в I—II стадиях заболевания можно добиться применением нитропрепаратов, ганглиоблокаторов, антагонистов кальция — нифедипина (коринфара, или фенигидина) и др. При эзофагите применяют промывание пищевода слабым раствором антисептических средств.

Основным методом лечения ахалазии является кардиодилатация с помощью баллонного пневматического кардиодилататора. Она заключается в

насильственном растяжении суженного участка пищевода. Кардиодилатацию можно проводить в любой стадии заболевания. Противопоказаниями к ее применению являются портальная гипертензия с варикозным расширением вен пищевода, выраженный эзофагит, заболевания крови, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью.

Пневматический кардиодилататор состоит из рентгеноконтрастной резиновой трубки-зонда, на конце которого укреплен гантелевидной формы баллон. Давление в баллоне создают грушей и контролируют манометром. В начале лечения применяют расширители меньшего размера и создают в них давление 180—200 мм рт. ст., в последующем применяют баллоны большего диаметра и постепенно увеличивают в них давление до 300—320 мм рт. ст. Длительность процедуры растяжения пищевода составляет 30—60 с, промежуток между сеансами — 2—4 дня. В последнее время применяют дилатацию в течение 2 дней, повторяя эту процедуру 5—6 раз. Рецидив наблюдается у 10% больных. Обычно во время растяжения больные испытывают умеренную боль за грудиной и в подложечной области. После процедуры больным назначают постельный режим и голод на 2—3 ч до исчезновения боли.

Во время кардиодилатации и в ближайшие часы после нее возможно развитие осложнений (разрыв пищевода с развитием медиастинита, острое пищеводно-желудочное кровотечение), требующих принятия неотложных мер. К ранним осложнениям дилатации относят и недостаточность кардии с развитием тяжелого рефлюкс-эзофагита. В ближайшие сроки после кардиодилатации отличные и хорошие результаты отмечают почти у 95% больных.

Хирургическое лечение проводят по следующим показаниям: 1) невозможность проведения кардиодилатации (особенно у детей); 2) отсутствие терапевтического эффекта от повторных курсов кардиодилатации; 3) рано диагностированные разрывы пищевода, возникающие во время кардиодилатации; 4) амотильная форма (III—IV стадия по Б. В. Петровскому); 5) подозрение на рак пищевода. Хирургическому лечению подлежат 10—15% больных ахалазией.

В настоящее время применяют внеслизистую кардиомиотомию, т. е. экстрамукозную кардиотомию Геллера из абдоминального доступа: на зонде продольно рассекают мышечную оболочку терминального отдела пищевода на протяжении 8—10 см. Кардиотомию Геллера сочетают с фундопликацией по Ниссену для предупреждения развития пептического эзофагита. У 90% больных результаты операции хорошие.

*Халазия (недостаточность) кардии.* Заболевание связано с нарушением замыкательной функции нижнего пищеводного сфинктера, что приводит к возникновению желудочно-пищеводного рефлюкса и развитию пептического рефлюкс-эзофагита.

Нижний пищеводный сфинктер обладает «односторонней проходимостью». Для продвижения содержимого пищевода через кардию бывает достаточным давление 4 мм рт. ст., в обратном же направлении движение возможно лишь

при повышении давления до 80 мм рт. ст. В норме давление в области нижнего пищеводного сфинктера выше, чем в пищеводе и желудке (в среднем 22—28 мм рт. ст.). Оно обусловлено тоническим сокращением циркулярных мышечных волокон, препятствующим желудочно-пищеводному рефлюксу. Наибольшее значение имеет поддиафрагмальная часть нижнего пищеводного сфинктера и пищевода, которая препятствует рефлюксу при значительной разности давления в грудной и брюшной полостях. Попаданию желудочного содержимого в пищевод препятствуют наличие «слизистой розетки» в области пищеводно-желудочного соустья, острый угол Гиса, наличие складки Губарева (складка слизистой оболочки у места соединения пищевода с желудком), замыкальный рефлекс на нижний пищеводный сфинктер при раздражении слизистой оболочки субкар-диального отдела желудка пищей и др.

Наиболее часто (в 50% случаев) недостаточность нижнего пищеводного сфинктера, приводящая к рефлюкс-эзофагиту и пептической язве пищевода, бывает при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (см. «Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы»).

### РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ (ПЕПТИЧЕСКИЙ ЭЗОФАГИТ)

Заболевание обусловлено повторным продолжительным воздействием на слизистую оболочку пищевода желудочного сока, желчи, панкреатического сока. Течение заболевания подострое или хроническое.

Этиология и патогенез. Причиной рефлюкс-эзофагита является желудочно-пищеводный рефлюкс, который связан с нарушением замыкательной функции нижнего пищеводного сфинктера. Иногда он возникает после различных оперативных вмешательств (резекция кардии, эзофагогастростомия, резекция желудка, гастрэктомия и пр.). Пептический эзофагит наиболее часто наблюдают при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, а также при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, пилороспазме, пилородуоденальном стенозе, холецистите.

Патологоанатомическая картина. В легких случаях отмечаются умеренная гиперемия и отек слизистой оболочки, в тяжелых — воспалительные изменения не только слизистой оболочки, но и подлежащих слоев, наличие эрозий, язв, рубцов. В ряде случаев происходит укорочение пищевода. Изменения локализуются преимущественно в дистальном отделе пищевода, они могут быть диффузными, сливными, циркулярно охватывающими слизистую оболочку пищевода и ограниченными (единичные эрозии и язвы, множественные без тенденции к слиянию). В краях язвы может происходить цилиндроклеточная метаплазия эпителия (язва Бэррета), у части больных отмечается одновременное продольное сморщивание пищевода (синдром Бэррета). У 8—10% этих больных на фоне язвы развивается рак.

Клиническая картина и диагностика. Больных беспокоят изжога, ощущение жжения за грудиной или по ходу всего пищевода, которые возникают или усиливаются при наклоне туловища вперед (происходит забрасывание желудочного сока в рот), боли вследствие воздействия на воспаленную слизистую оболочку пищевода желудочного сока и желчи, отрыжка. Боли

могут быть связаны с сильными спастическими сокращениями пищевода. При срыгивании в ночное время может происходить аспирация желудочного содержимого в дыхательные пути, что вызывает сильный кашель. Обратному поступлению содержимого из желудка в пищевод способствуют лежачее положение, наклон туловища вперед, прием алкоголя, курение. С течением времени появляется дисфагия, которая вначале обусловлена функциональными нарушениями, а затем воспалительным отеком слизистой оболочки, пептической язвой и развитием рубцовых изменений в пищеводе.

Если заболевание возникает на фоне язвенной болезни, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и т. д., то в клинической картине могут превалировать симптомы основного заболевания.

Осложнениями эзофагита являются кровотечение, чаще скрытое, рубцовые изменения в пищеводе, его укорочение и прогрессирование грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Диагноз пептического эзофагита устанавливают при наличии у больных характерных симптомов заболевания. Рентгенологическое исследование (особенно в положении лежа) позволяет обнаружить желудочно-пищеводный рефлюкс, симптомы эзофагита.

При эзофагоскопии отмечают несколько стадий воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода: I — стадия — одиночные эрозии; II стадия — сливающиеся, но не циркулярные эрозии; III стадия — циркулярные дефекты; IV стадия — осложнения рефлюкс-эзофагита (язвы, стриктуры, короткий пищевод, цилиндроклеточная метаплазия эпителия).

При эзофаготоникографии отмечают снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, нарушение перистальтики пищевода типа эзофагоспазма, желудочно-пищеводный рефлюкс, который также может быть подтвержден данными внутрипищеводной рН-метрии (снижение рН до 4,0 и ниже).

Лечение. Первостепенным мероприятием является лечение основного заболевания, создающего условия для желудочно-пищеводного рефлюкса (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, пилородуоденальный стеноз, пилороспазм). Консервативное лечение направлено на снижение рефлюкса, уменьшение проявлений эзофагита, предупреждение повышения внутрибрюшинного давления. Больным следует добиваться снижения массы тела до возрастной нормы, спать с высоко приподнятым изголовьем кровати. В зависимости от стадии эзофагита назначают механически и химически щадящую диету, дробное питание (4—6 раз в день), последний прием пищи — за 3—4 ч до сна. Назначают блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов (циметидин, ранитидин др.), ощелачивающие, обволакивающие, вяжущие, спазмолитические средства; метоклопрамид (церукал), местноанестезирующие препараты, седативные, антигистаминные средства, витамины; не рекомендуются употребление алкоголя и курение. При эзофагите I—II стадии консервативное лечение может быть успешным.

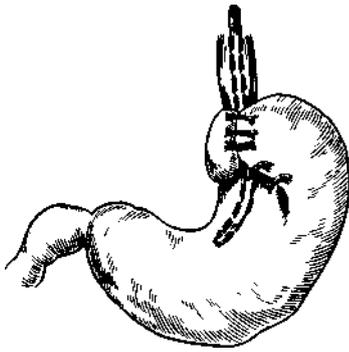


Рис. Фундопликация.

Хирургическое лечение показано при аксиллярной грыже пищеводного отверстия диафрагмы, сопровождающейся эзофагитом III—IV стадии, а также при кровотечении и стенозе. Безуспешность консервативного лечения также может служить показанием к операции. В настоящее время рекомендуют применять операции, при которых корригируют угол Гиса. Чаще производят трансабдоминально операцию Ниссена (фундопликацию), операцию Билсэй (Belsay) или Хилл (Hill). При операции Ниссена (рис. 50) фундальный отдел желудка (дно) несколькими швами фиксируют в виде манжетки вокруг абдоминального отдела пищевода. У 85—90% больных, оперированных по этой методике, получены хорошие и удовлетворительные результаты, у 5% больных от чрезмерного сдавления пищевода манжеткой возникает суперудержание, при котором отрыжка становится невозможной. В последнее время для корригирования угла Гиса применяют пластику с помощью круглой связки печени (терес-пластика). Круглую связку отсекают от брюшной стенки, проводят вокруг пищевода через угол Гиса и фиксируют к желудку. Эта операция корригирует угол Гиса и предотвращает рефлюкс.

Пептическая язва пищевода составляет около 1,5% заболеваний глотки и пищевода. Чаще заболевают мужчины, преимущественно среднего и пожилого возраста. Клиническая картина, диагностика и лечение аналогичны рефлюкс-эзофагиту III—IV стадии.

#### ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

Дивертикул пищевода — ограниченное выпячивание пищеводной стенки. Этиология и патогенез. Различают пульсионные и тракционные дивертикулы. Пульсионные дивертикулы образуются вследствие выпячивания пищевой стенки под действием высокого внутрипищеводного давления, возникающего во время сокращения пищевода. Тракционные дивертикулы обусловлены развитием воспалительного процесса в окружающих тканях и образованием рубцов, которые вытягивают стенку пищевода в сторону пораженного органа (медиастинальный лимфаденит, хронический медиастинит, плеврит). Тракционный механизм наблюдается в самом начале развития дивертикула, затем присоединяются пульсионные факторы, вследствие чего дивертикул становится пульсионно-тракционным.

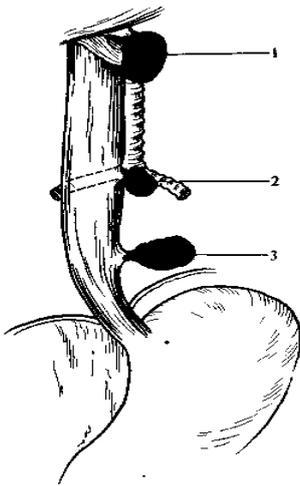


Рис. Локализация дивертикулов пищевода.

1 — глоточно-пищеводный; 2— эпибронхиальный; 3 — эпифрэнальный.

В зависимости от расположения дивертикулы подразделяют на глоточно-пищеводные (ценкеровские, составляющие 62% всех дивертикулов пищевода), эпибронхиальные (бифуркационные, среднепищеводные, составляющие 17%), эпифрэнальные (эпидиафрагмальные, составляющие 21%). Различают истинные дивертикулы, стенка которых содержит все слои пищевода, и ложные, в стенке которых отсутствует мышечный слой.

Пульсионные глоточно-пищеводные (ценкеровские) дивертикулы развиваются медленно, чаще образуются в задней стенке глотки, непосредственно над входом в пищевод, в треугольнике (или пространстве Ланье — Гаккермана), где мышечная оболочка глотки представлена слабыми мышечными пучками нижнего констриктора глотки (*m. constrictor pharyngis inferior*). Сверху он ограничен более мощными косыми пучками верхней части этой мышцы, снизу — ее горизонтальными пучками, также сравнительно мощными. Значительно реже ценкеровские дивертикулы развиваются в области треугольника, ограниченного сверху перстнеглоточной мышцей, а с боков — продольными мышечными волокнами пищеводной стенки. Основное значение в образовании пульсионных (ценкеровских) дивертикулов имеет ахалазия перстнеглоточной мышцы (нарушение раскрытия верхнего пищеводного сфинктера и повышение давления в пищеводе в ответ на акт глотания). Дивертикулы спускаются вниз между задней стенкой пищевода и позвоночником, могут смещаться под боковые мышцы шеи. Величина их различна, они имеют широкое устье.

Тракционные эпибронхиальные дивертикулы образуются в результате воспалительного процесса в окружающих тканях с формированием рубцов, которые вытягивают стенку пищевода в сторону патологически измененного органа (медиастинальный лимфаденит, хронический медиастинит, плеврит). В последние годы тракционные торакальные дивертикулы рассматривают как врожденные, обусловленные остатком пищеводно-бронхиальных мостиков.

Подавляющее число дивертикулов являются приобретенными, врожденные встречаются очень редко. Обычно дивертикулы развиваются у мужчин в возрасте после 50 лет.

Патологоанатомическая картина. Стенка глоточно-пищеводного дивертикула обычно не сращена с окружающими тканями, не содержит мышечных волокон, внутренняя ее поверхность покрыта слизистой оболочкой глотки и на ней могут развиваться поверхностные эрозии или рубцы.

Эпибронхиальные дивертикулы чаще располагаются на передней или левой боковой стенке пищевода, на уровне бифуркации трахеи, редко превышают в диаметре 1—2 см. Дно дивертикула обычно направлено вверх и сращено с соседними органами, стенка имеет строение стенки пищевода. Полость дивертикула широко сообщается с просветом пищевода. При дивертикулите его слизистая оболочка воспалена, может быть эрозирована.

Эпифренальные дивертикулы обычно не образуют сращений с соседними органами, слизистая оболочка их в большинстве случаев не изменена, мышечная оболочка выражена слабо или отсутствует.

Клиническая картина и диагностика. Небольшой глоточно-пищеводный дивертикул проявляется чувством першения, царапания в горле, ощущением инородного тела в глотке, сухим кашлем, повышенной саливацией, иногда спастической дисфагией. По мере увеличения дивертикула наполнение его пищей может сопровождаться булькающим шумом при глотании, появлением дисфагии разной степени выраженности, выпячиванием на шее при отведении головы назад. Выпячивание имеет мягкую консистенцию, уменьшается при надавливании, при перкуссии после приема воды над ним можно определить шум плеска. При определенном положении больного возможна спонтанная регургитация непереваренной пищи из просвета дивертикула, затруднение дыхания из-за сдавления трахеи. При сдавлении возвратного нерва появляется осиплость голоса. При приеме пищи у больных может развиваться феномен «блокады», проявляющийся покраснением лица, ощущением нехватки воздуха, головокружением, обморочным состоянием, исчезающий после рвоты. При длительной задержке пищи в дивертикуле появляется гнилостный запах изо рта.

Глоточно-пищеводный дивертикул иногда осложняется развитием дивертикулита, который может стать причиной флегмоны шеи, медиастинита, развития пищеводного свища, сепсиса. Регургитация и аспирация содержимого дивертикула приводят к хроническим бронхитам, повторным пневмониям, абсцессам легких. Возможно кровотечение из эрозированной слизистой оболочки дивертикула, развитие в нем полипов, рака.

Эпибронхиальные дивертикулы чаще всего протекают бессимптомно, возможны явления дисфагии, боли за грудиной или в спине, при хроническом дивертикулите — прорыв в трахею, аспирация, развитие бронхопневмонии, абсцесса легкого.

Эпифренальные дивертикулы также в большинстве случаев протекают бессимптомно, но могут проявляться болью за нижней частью грудины, аэрофагией, тошнотой, рвотой, рефлексорной одышкой, сердцебиением, бронхоспазмом, симптомами сдавления пищевода и ахалазией. Течение заболевания медленное.

Эндоскопическое исследование позволяет обнаружить дивертикул, изъязвление его слизистой оболочки, кровотечение, полип или рак. Проводить исследование нужно очень осторожно в связи с возможностью перфорации дивертикула.

Лечение. При небольших размерах дивертикулов, отсутствии осложнений или наличии абсолютных противопоказаний к хирургическому лечению проводят консервативную терапию, направленную на профилактику задержки пищевых масс в дивертикуле. При больших размерах дивертикулов иногда возникает необходимость в промывании его полости.

Показанием к хирургическому лечению дивертикулов пищевода являются большие дивертикулы, задержка в них пищевых масс. При глоточно-пищеводных дивертикулах используют шейный доступ, при эпибронхиальных — правосторонний трансторакальный, при эпифренальных — левосторонний трансторакальный. Дивертикул выделяют из окружающих тканей до шейки, иссекают его и ушивают отверстие в стенке пищевода двухрядным швом. При значительном мышечном дефекте или атрофии мышечных волокон пищевода производят пластическое восстановление его стенки лоскутом плевры. Инвагинацию применяют только при небольших размерах дивертикулов. Послеоперационная летальность составляет 1—1,5%.

# ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

## ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

1. При химическом ожоге пищевода в острой стадии показано:
  - a) Промывание рта, пищевода, желудка питьевой водой
  - b) Назначение препаратов морфия и седативных препаратов
  - c) Питье молока
  - d) Все верно
  - e) Все неверно
2. Основным методом диагностики дивертикула пищевода является:
  - a) Эзофагоскопия
  - b) Контрастное рентгеновское исследование
  - c) УЗИ
  - d) Радионуклидное исследование
  - e) Компьютерная томография
3. Основным методом лечения кардиоспазма является:
  - a) Кардиоластика по Геллеру
  - b) Фундопликация по Ниссену
  - c) Кардиодилатации
  - d) Различные способы экстракумозной пластики
  - e) Бужирование
4. Ценкеровский дивертикул пищевода локализуется:
  - a) В области бифуркации трахеи
  - b) Над диафрагмой
  - c) В верхней трети пищевода
  - d) В глоточно-пищеводном проходе
  - e) Над кардией
5. Наиболее опасным осложнением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:
  - a) Кровотечение
  - b) Недостаточность кардии
  - c) Ущемление желудка
  - d) Рефлюкс-эзофагит
  - e) Пептическая язва пищевода
6. У больных с извитыми и множественными послеожоговыми стриктурами пищевода отдается предпочтение бужированию:
  - a) «слепому» через рот
  - b) Под контролем эзофагоскопа
  - c) Ретроградному
  - d) Полными рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику
  - e) «бужирование без конца» через гастростому
7. Какие исследования надо назначить при подозрении на рак пищевода?
  - a) Эзофагоманометрию

- b) Эзофагоскопию с биопсией
- c) Р-логическое исследование пищевода и желудка
- d) Электрокимографическое исследование пищевода
- e) Компьютерную томографию

8. Бужирование пищевода после острого ожога следует начинать:

- a) на 1-2 сутки
- b) через месяц
- c) на 8-9 сутки
- d) при возникновении стойкой дисфагии
- e) в первые часы

9. Для повреждения пищевода наиболее характерны:

- a) Саливация, нарушение глотания.
- b) Боли за грудиной, рвота с кровью
- c) Осиплость голоса, ощущение прохождения пищи по пищеводу
- d) Развитие эмфиземы средостения

#### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

1. Больной 55 лет, страдающий циррозом печени, поступил в хирургическое отделение с кровотечением средней тяжести из варикозно расширенных вен пищевода, Нв - 85 г\л, А\Д 110\60 мм рт ст. Тактика?

2. Больная 20 лет, по ошибке приняла раствор каустической соды около 3-х месяцев назад. В настоящее время развилась быстро прогрессирующая дисфагия. Р-логически определяется рубцовая стриктура средней 1\3 пищевода. Диаметр его не превышает 2-3см. Лечение?

3. Больной предъявляет жалобы на повышенную саливацию, чувство царапанья в горле, неловкость при глотании, кашель. Периодически после начала еды появляется дисфагия и припухлость на шее. Иногда, чтобы проглотить пищу, приходится принимать вынужденные положения, при этом слышны булькающие звуки, а припухлость исчезает. Ваш диагноз?

4. Больной болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ крови в пределах нормы. Диагноз?

5. У больного 78 лет при обследовании выявлена опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в трахею, МTS в печень. При глотании с трудом проходит жидкость. Ваша тактика?

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧАМ**

1. Установить зонд Блекмора, введение питуитрина 20 ед, в 200 мл. раствора глюкозы, гемостатическая и заместительная терапия.
2. Бужирование пищевода.
3. Глоточно-пищевой дивертикул
4. Ахалазия пищевода
5. Наложение гастростомы и проведение лучевой терапии.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астопенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням// М.: 1984. Том-2, с380.
2. Ерюхин И.А. Хирургия в вопросах и ответах// Санкт-Петербург, 1999.
3. Каримов Ш.И. Хирургические болезни// М.: Ташкент, 1994.
4. Каримов Ш.И. ва Шомирзаев Н.Х. «Субординаторлар учун жаррохлик». Медицина, 1993.
5. Кузин М.И. Хирургические болезни// М.: 1995.
6. Литтман И. Брюшная хирургия// Будапешт, 1970, с566.
7. Боженков Ю.Г. Интенсивная терапия в неотложной хирургии живота// Москва, Медицина. 2001.