

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ



САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, С.С. ДАВЛАТОВ,
А.С. БАБАЖАНОВ, К.Э. РАХМАНОВ

ХИРУРГИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

Методические рекомендации для резидентов
магистратуры, клинических ординаторов
и студентов старших курсов
медицинских ВУЗов

Ташкент - 2014

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного управления
науки и учебных заведений МЗ РУз
Исмаилов У.С.
« 25 » ноябрь 2014г.
протокол № 1



«СОГЛАСОВАНО»

Директор Центра развития
медицинского образования МЗ РУз
Алимова М.Х.
« 25 » ноябрь 2014г.
протокол № 11



**ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПИЩЕВОДА**

Методические рекомендации для резидентов магистратуры,
клинических ординаторов и студентов старших курсов
медицинских ВУЗов



Ташкент - 2014

Составители:

Курбаниязов З.Б. доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.

Давлатов С.С. старший преподаватель кафедры хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.

Бабажанов А.С. доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета СамГосМИ.

Рахманов К.Э. ассистент кафедры хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.

Рецензенты:

Касымов Ш.З. д.м.н., профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета ТМА.

Карабаев Х.К. д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №2 и урологии СамГосМИ.

Методические указания обсуждены и одобрены на заседании Центрального научно-методического Совета Самаркандского Государственного медицинского института.

« 29 » август 2014 год, Протокол № 1

Методические указания утверждена на заседании Ученого Совета Самаркандского Государственного медицинского института.

« 25 » октябрь 2014 год, Протокол № 2

Секретарь Ученого Совета



А.Т. Джурабекова

Аннотация. Отражены основные теоретические вопросы, касающиеся гнойными заболеваниями пищевода. Подробно освещена анатомия органов средостения, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний пищевода. Представлены современные методы диагностики и лечения. В конце имеются тестовые вопросы, ситуационные задачи и практические навыки по данной теме.

Методические рекомендации предназначены для резидентов магистратуры, клинических ординаторов и студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

Продолжительность занятия – 6 часов

I. Хронология занятий

№	Этапы занятия	Место проведения	Время
1	Участие в утренней конференции врачей	Конференц - зал кафедры	40 мин
2	Организационные мероприятия	Учебная комната	10 мин
3	Проверка исходных знаний по теме	Учебная комната	30 мин
4	Курация больных	Палаты, перевязочная	60 мин
5	Разбор курируемых больных	Учебная комната	40 мин
6	Обсуждение темы занятия	Учебная комната	60 мин
7	Контроль усвоения материала	Учебная комната	30 мин
8	Тестовый контроль знаний	Учебная комната	20 мин
9	Решение ситуационных задач и практических навыков	Учебная комната	40 мин
10	Определение заданий к следующему занятию	Учебная комната	10 мин

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

Цель: Уметь диагностировать, знать клинические особенности течения и лечения заболеваний пищевода (ахалазия, дивертикулы пищевода), оказать помощь больным с осложненными заболеваниями пищевода, определить показания к консервативному и оперативному лечению, знать методы оперативного лечения.

Профессиональная ориентация студентов:

Невзирая на многочисленные описания патологии пищевода, этиология и патогенез его заболевания не выяснена. Многоисчисляемые гипотезы относительно возникновения патологических процессов пищеводно-желудочного перехода свидетельствуют об отсутствии четких этиологических факторов в развитии заболеваний пищевода.

Алгоритм общения студентов с пациентами с любой патологией, которая рассматривается по теме (коммуникативные навыки):

1. Поздороваться и назвать себя.
2. На лице должна быть приветливая улыбка - это позволяет установить к вам доверительное отношение со стороны пациента.
3. Пациенту в приятной форме следует объяснить цель визита, тему и длительность беседы и получить его согласие.
4. Если пациент только поступает в стационар провести корректную и спокойную беседу с его родственниками, в которой вместе с лечащим врачом сообщить им о предыдущем диагнозе, цели госпитализации, проведения определенных обследований, которые планируются для выполнения в будущем.
5. Перед проведением физикальных методов обследования объяснить пациенту какое обследование будет выполнено, указать на определенные неприятные ощущения и дискомфорт, которые может почувствовать пациент во время этого обследования, отметить обязательность этого обследования в диагностике данного заболевания и получить его согласие.
6. При необходимости транспортировки к месту обследования (обзорная комната, рентгенкабинет, манипуляционная комната) объяснить ее необходимость пациенту.
7. Подготовиться к проведению обследования (для данных патологий имеется в виду осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация грудной клетки для диагностики патогномонических симптомов, обзорная рентгенография, рентгеноскопия пищевода с барием, компьютерная томография) – помыть руки теплой водой, надеть печатки, подготовить инструментарий для выполнения той или другой диагностической или лечебной манипуляции.
8. Провести то или другое запланированное обследование или лечебную манипуляцию.
9. Вместе с лечащим врачом в корректной и доступной для понимания пациентом форме объяснить результаты того или другого обследования.

10. Привлечь близких пациента к беседе и в доступной форме объяснить им результаты данных обследований а при наличии предыдущих обследований сравнить их результаты, обязательно выяснив понятны ли для них ваши объяснения.

11. Обязательно только в присутствии лечащего врача обосновывать целесообразность оперативного вмешательства для лечения данной патологии в курированного больного.

12. После проведения хирургического лечения только в присутствии лечащего врача и при его согласии следует сообщить результаты оперативного вмешательства больному и его родственникам а также о возможности возникновения тех или иных ранних или отдаленных послеоперационных осложнений.

13. При условиях обследования больного в послеоперационном периоде следует объяснить пациенту как верно выполнять гигиенические процедуры и тому подобное.

14. В вежливой форме получить согласие пациента на участие в перевязке.

15. Вместе с лечащим врачом объяснить пациенту, а при потребности и ближайшим родственникам, те или другие действия относительно манипуляций, которые выполнены или планируются выполняться в будущем а также тактику последующего лечения.

16. Завершить беседу следует обязательно с пожеланием пациенту самого быстрого выздоровления.

ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА

Анатомо-физиологические сведения о пищеводе

Длина пищевода колеблется у мужчин в пределах 25-30 см, у женщин - 23-24 см. Она зависит не только от пола, но также от возраста, положения головы, длины туловища. В среднем, длина пищевода у взрослого человека составляет 25 см. Устье пищевода у взрослого расположено на уровне VI шейного позвонка, нижняя граница - в пределах X-XII грудных позвонков. Толщина его стенки 3-4 мм. Ширина просвета в области устья - 18 мм, в грудном отделе - 21-25 мм, в дистальной части - 22 мм.

Обычно различают три отдела пищевода - *шейный, грудной и брюшной* (рис 1.).

Шейный отдел расположен на уровне C_{IV}-Th_{II} и длина его равна 5-6 см. Спереди он соприкасается с трахеей и левой долей щитовидной железы, задней поверхностью - с позвоночником, к боковым поверхностям прилежат сонные артерии, возвратные нервы,

щитовидная железа. Шейный отдел пищевода является довольно подвижным и здесь застревает большая часть инородных тел.

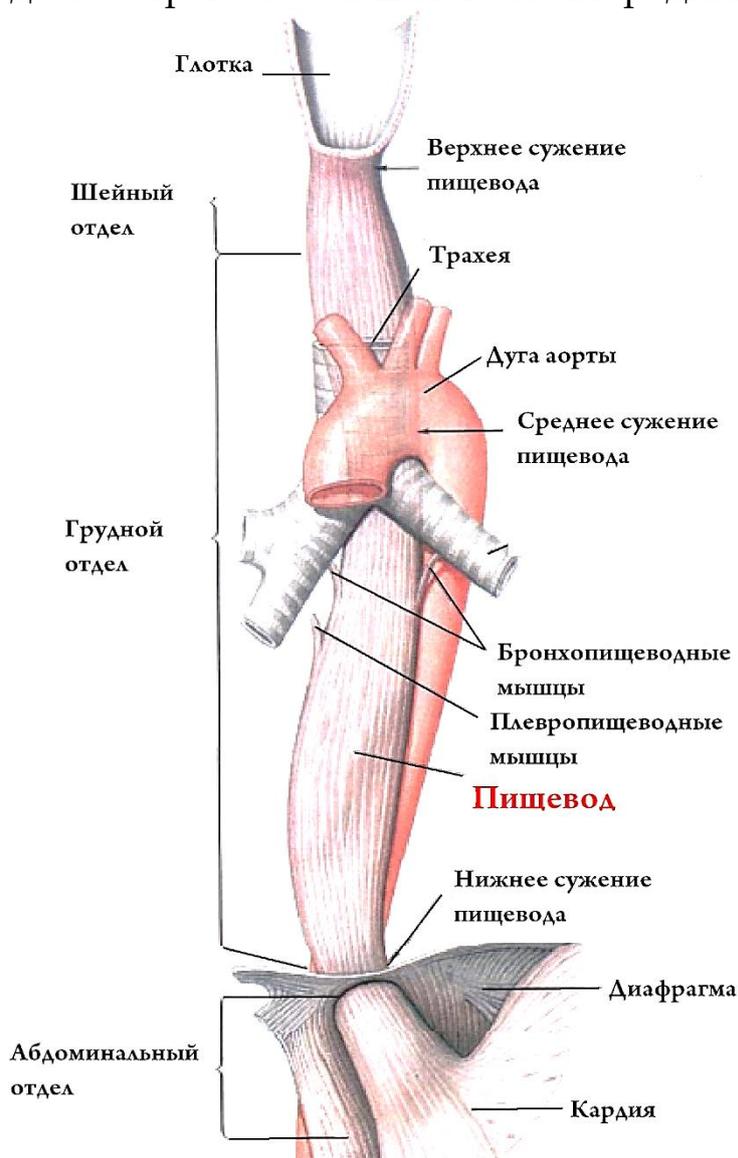


Рис. 1. Анатомические взаимоотношения пищевода

Грудной отдел пищевода заканчивается на уровне входа в пищеводное отверстие диафрагмы. Длина его 16-18 см. От II до IV-V грудных позвонков он лежит левее трахеи, при этом на уровне T_{IV} перекрещивается с дугой аорты, а на высоте T_V тесно соприкасается с бифуркацией трахеи и левым главным бронхом. Слева от пищевода на этом уровне расположены грудной лимфатический проток, дуга аорты, возвратный нерв, левый и правый блуждающие нервы. Более дистально к пищеводу прилежит перикард. На уровне 2-3 см выше диафрагмы пищевод отклоняется влево. Важно отметить, что по ходу грудного отдела пищевода в непосредственной близости от него расположены лимфатические узлы (трахеобронхиальные, бифуркационные, парааортальные, медиастинальные).

Брюшной отдел пищевода имеет длину от 1 см до 7 см. Она изменяется в зависимости от фазы дыхания, внутрибрюшинного давления, подвижности той части пищевода, которая находится на уровне диафрагмы. Диафрагмальная часть пищевода и его брюшной отдел являются физиологической кардией. Анатомическая кардия - это место впадения пищевода в желудок под острым углом Гиса.

Выделяют четыре сужения пищевода. *Первое* сужение расположено в области перехода глотки в пищевод (глоточно-пищеводный сфинктер). *Второе* сужение находится на уровне пересечения пищевода с дугой аорты. *Третье* сужение обусловлено давлением на стенку пищевода левого главного бронха. Некоторые авторы два последних сужения объединяют в одно. *Четвертое* сужение расположено на уровне пищеводного отверстия диафрагма.

Стенка пищевода состоит из слизистой, подслизистой, мышечной и наружной (соединительнотканной) оболочек. *Слизистая оболочка* включает 20-25 слоев плоского эпителия. *Подслизистая оболочка* состоит из рыхлой соединительной ткани. Здесь расположены кровеносные и лимфатические сосуды, нервные сплетения, слизистые железы пищевода. *Мышечная оболочка* имеет внутренний циркулярный и наружный продольный слои. При этом в верхнем отделе пищевода они представлены поперечно-полосатыми мышцами, а ниже уровня дуги аорты - гладкой мышечной тканью.

Кровоснабжение пищевода осуществляется ветвями нижней щитовидной и частично левой подключичной, бронхиальными и межреберными артериями, а также за счет аорты. Брюшной отдел пищевода васкуляризируется нижней диафрагмальной и левой желудочной артериями. Вены пищевода образуют сплетения, которые располагаются преимущественно в подслизистом слое. Кровь оттекает в непарную и полунепарную вены. Через вены желудка кровь из пищевода поступает также в воротную вену.

Лимфоотток происходит по лимфатическим сплетениям слизистой и подслизистой оболочек в сторону глотки и желудка. Лимфатические сосуды могут открываться непосредственно в грудной проток. Лимфа из шейного отдела пищевода обычно оттекает в паратрахеальные узлы, из средней трети - в медиастинальные, бифуркационные и трахео-бронхиальные. Из нижнего отдела она направляется вдоль пищевода в надключичные лимфатические узлы, а также в желудочные коллекторы.

Иннервация пищевода весьма сложна. Парасимпатическая иннервация осуществляется блуждающими нервами, которые образуют переднее и заднее перизофагеальные сплетения. Симпатическая

иннервация пищевода обеспечивается через узлы пограничного и аортального сплетений, а также чревными нервами.

Между указанными сплетениями существует множество анастомозов. Интрамуральный нервный аппарат пищевода состоит из трех тесно связанных между собой нервных сплетений - адвентициального, межмышечного (ауэрбаховского) и подслизистого (мейснеровского).

РУБЦОВОЕ СУЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА

Своевременное и правильное консервативное лечение больных с ожогами пищевода позволяет избавить их от сложных многоэтапных оперативных вмешательств. Вместе с тем, если не проводятся адекватные консервативные мероприятия и раннее бужирование, примерно у 70% пациентов развиваются рубцовые сужения или полная непроходимость пищевода.

Послеожоговые стриктуры обычно расположены в местах физиологических сужений пищевода. Различают высокие стриктуры - глоточные, шейные, бифуркационные, а также низкие, которые локализуются в дистальных отделах пищевода (от уровня диафрагмы докардии). По протяженности они могут быть короткими и трубчатыми. Короткие стриктуры имеют длину 1-3 см. В эту же группу входят мембранозные сужения, когда пищевод перекрывается перепонкой. Трубчатые стриктуры имеют протяженность более 3 см. Сужения пищевода могут быть одиночными и множественными. Степень их выраженности бывает разная вплоть до облитерации просвета. Обычно под сужением определяется супрастенотическое расширение, при этом вход в пищевод располагается в центре или эксцентрично с образованием кармана.

Клиническая картина

Основной симптом заболевания - дисфагия. Однако в первые 2-3 недели после ожога дисфагия может отсутствовать и период так называемого мнимого благополучия может продолжаться до нескольких месяцев. Общее состояние больных остается удовлетворительным и они не обращаются за медицинской помощью. По мере развития на месте ожога грануляционной рубцовой ткани сужение пищевода прогрессирует и дисфагия нарастает вплоть до непроходимости жидкости. Проявления рубцовой стриктуры пищевода разнообразны и зависят от ее локализации, протяженности, степени сужения. Вследствие травматизации пищей суженного участка пищевода развиваются эзофагит и периэзофагит, что сопровождается

неприятными ощущениями и болями за грудиной. У ряда больных появляется пищеводная рвота, которая вначале возникает при приеме твердой пищи, а затем наступает срыгивание даже воды. При высоких стенозах пищевода пища может попадать в дыхательные пути, вызывая кашель и приступы удушья. Нередко вследствие этого у больных развиваются бронхиты, хроническая пневмония, абсцессы легких. Прогрессирующее истощение ведет к резкому нарушению функций паренхиматозных органов.



Рис. 2. Послеожоговая стриктура пищевода

В результате развития рубцовой ткани наступает укорочение пищевода, что может привести к образованию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Одним из грозных осложнений заболевания является возникновение злокачественной опухоли в области стриктуры. Серьезную опасность может представлять застревание пищи и инородных тел в суженном месте пищевода, особенно при двойных его стриктурах (рис. 2.).

Диагностика

Основана на данных анамнеза, результатах рентгенологического исследования и эзофагоскопии. В качестве контрастного вещества чаще применяют мелкодисперсную бариевую взвесь. Исследование проводят обычно в вертикальном положении больного в прямой и правой косой проекциях. Рубцовому сужению пищевода свойственна различная рентгенологическая картина представленная на рис. 3.

При протяженной стриктуре пищевод имеет вид карандаша, при ахалазии кардии - "мышинного хвоста", а изъеденность его стенок характеризует злокачественную опухоль. Вместе с тем могут определяться короткие стриктуры пищевода как одиночные, так и множественные. Просвет пищевода на уровне сужения может иметь неправильную форму. Над стриктурой нередко встречается супрастенотическое расширение. Важным рентгенологическим признаком является регургитация контрастной взвеси, когда после приема последней вслед за увеличением ширины пищевода над местом сужения происходит выброс ее кверху. Это сопровождается уменьшением просвета пищевода, что объясняется усилением его перистальтики.

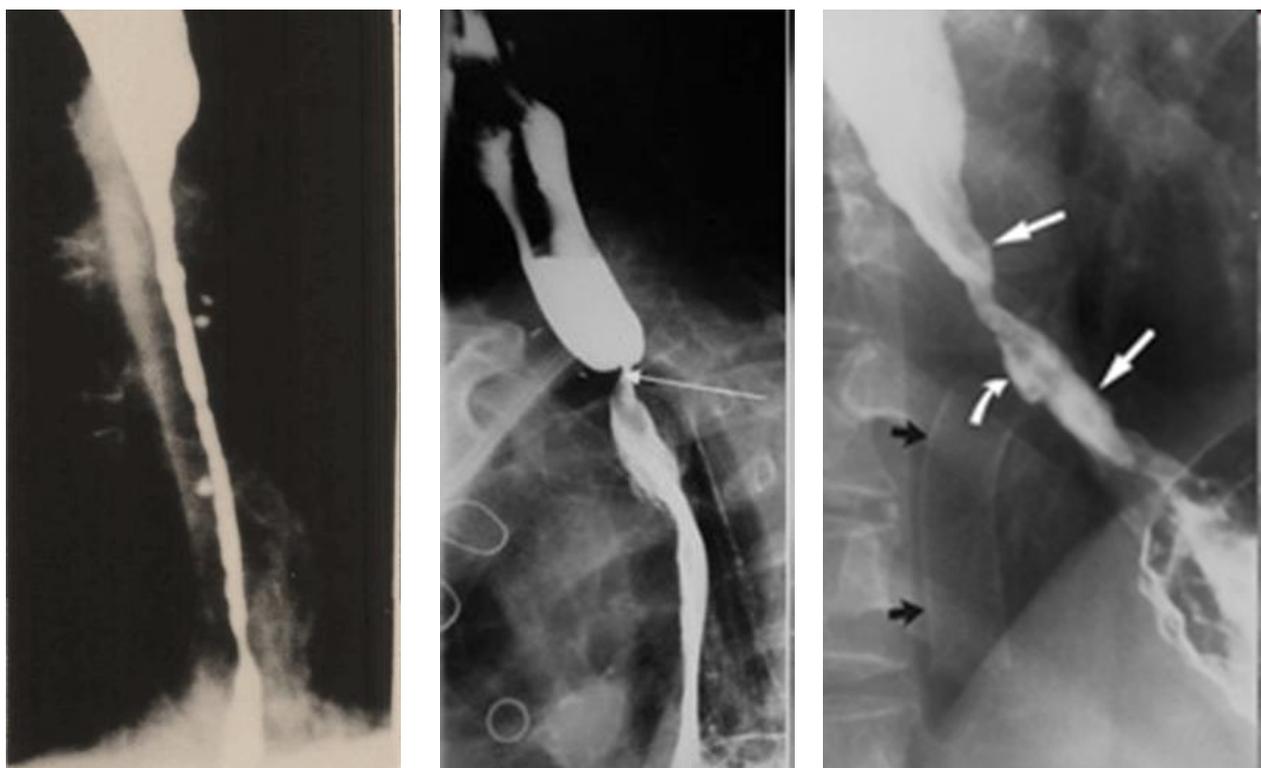


Рис. 3. Рентгенологическая картина рубцовых стриктур пищевода.

Важную роль в диагностике ожоговых сужений пищевода играет эзофагоскопия, которая позволяет определить характер стриктуры, состояние слизистой оболочки, наличие карманов, рубцов (рис. 4.). Во время исследования выявляются эзофагит, перемычки, слюна, остатки пищи.

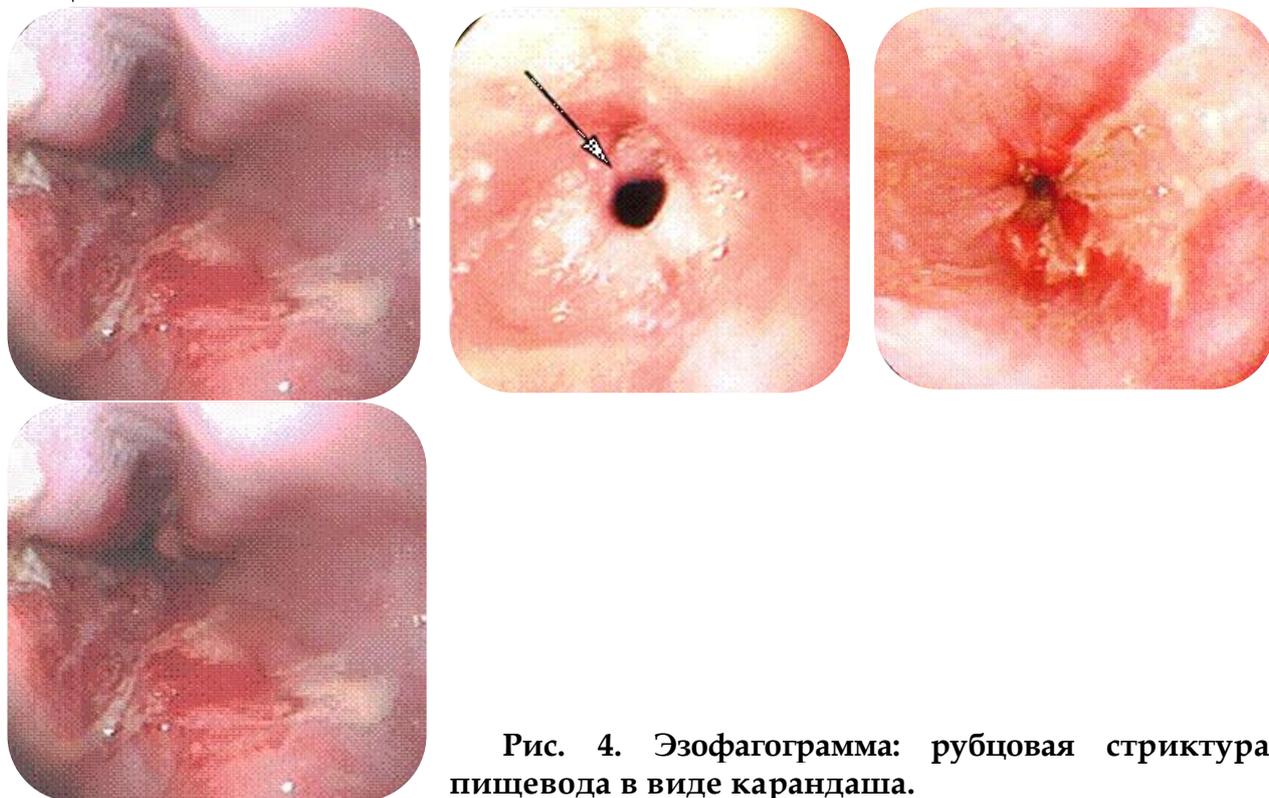


Рис. 4. Эзофагограмма: рубцовая стриктура пищевода в виде карандаша.

Лечение

Основным методом лечения больных является блокирование пищевода, в случае его неэффективности выполняется оперативное вмешательство. Однако следует проводить и консервативное лечение, направленное на ликвидацию воспалительного процесса в зоне повреждения пищевода, стимуляцию эпителизации, замедление роста грануляционной ткани, снятие эзофагоспазма. Все это способствует улучшению проходимости пищевода. Необходимо отметить, что явления эзофагита после ожога пищевода наблюдаются несколько месяцев и даже лет.

Между участками сужения могут длительно задерживаться куски пищи и вызывать гниение, что требует тщательного санирования.

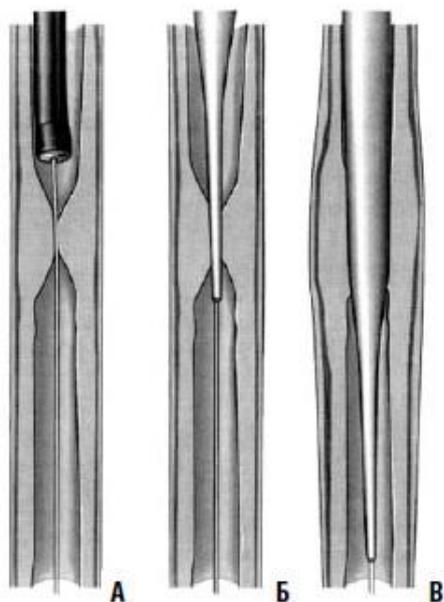
Лечение при эзофагите должно быть комплексным. Оно имеет большое значение в профилактике рубцовых стриктур пищевода. При этом необходимо сочетать местную противовоспалительную терапию с общеукрепляющей. Одновременно проводят раннее (профилактическое) бужирование, которое начинают через 7-15 дней после ожога пищевода. Такой подход к лечению больных позволяет получить благоприятные результаты более чем в 90% случаев. При невыполнении указанных условий у $2/3$ больных развиваются различной степени выраженности рубцовые сужения пищевода, требующие позднего (лечебного) бужирования. Последнее направлено на расширение развившейся стриктуры. С этой целью проводят: 1) "слепое" бужирование через рот; 2) бужирование под контролем эзофагоскопии; 3) бужирование пищевода пластмассовыми бужами по струне-направителю; 4) "бужирование безконца" с помощью нити; 5) ретроградное бужирование.

"Слепое" бужирование. За 20-30 мин до него назначается премедикация: подкожно вводят 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата и 1 мл 1% раствора димедрола. Во время бужирования больной сидит на стуле со спинкой, а врач находится спереди от него. Применяется набор бужей с четными цифрами от № 8 до № 40. Перед использованием бужи помещают под струю горячей воды, чтобы они были эластичными. Затем их смазывают вазелином или глицерином. На высоте глотательного движения буж плавно без особого усилия вводят в пищевод. Во время одной манипуляции проводят не более двух номеров бужей. Последующее бужирование начинают с бужа, которым закончено предыдущее или на один номер меньше.

Серьезным осложнением указанного способа является перфорация пищевода, поэтому его целесообразно использовать в качестве поддерживающего бужирования, когда буж проходит без особого

усилия. Нередко после выписки из стационара больные нуждаются в длительном поддерживающем бужировании. К сожалению, хирурги поликлиник и центральных районных больниц часто не владеют методами бужирования пищевода. Поэтому при проведении лечебного бужирования необходимо обучать больного данной манипуляции. Это позволит ему самостоятельно выполнять поддерживающее бужирование у себя дома. При этом, конечно, необходим контроль врача.

Бужирование под контролем эзофагоскопии. Может быть использовано при эксцентрически расположенной стриктуре, резком супрастенотическом расширении просвета пищевода, его деформации, наличии карманов, т.е. в случаях, когда врач испытывает трудности во время проведения бужа. Однако при данном методе бужирования не всегда просто найти вход в суженный участок пищевода. Кроме того, тубус эзофагоскопа закрывается бужом, что препятствует контролю за моментом его введения в стриктуру. Отсюда возникает опасность перфорации стенки пищевода при неосторожном движении эзофагоскопа и бужа.



Форсированное бужирование по струне-направителю. После премедикации через пищевод в желудок проводят струну-направитель с бужом наименьшего диаметра (рис. 5, 6.).

Рис. 5. Бужирование рубцовых стриктур пищевода по струне-направителю. Через стриктуру проводятся: *а* - струна (под контролем эндоскопа); *б* - кончик бужа; *в* - средняя часть бужа.

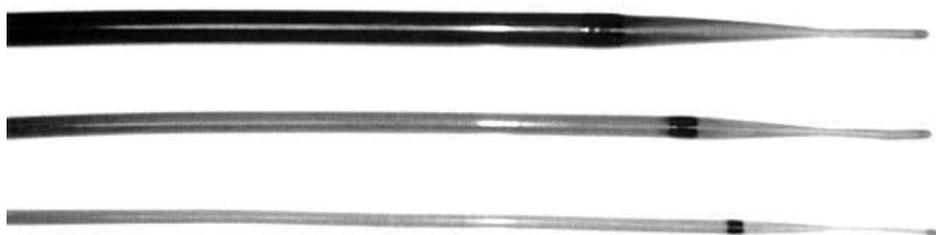


Рис. 6. Бужи Savary-Gilliard с внутренним каналом для насаживания бужа на струну-направитель.

Под наркозом больному производят форсированное бужирование. При этом во время первого сеанса используют поочередно бужи до № 30. Через 5-6 дней сеанс повторяют, применяя бужи большего диаметра. В более тяжелых случаях форсированное бужирование осуществляют в 3-4 сеанса. Однако не всегда удается провести металлический проводник через рубцовую стриктуру пищевода. У таких больных накладывают гастростому и проводят "бужирование без конца".

Бужирование без конца" с помощью нити. Применяется при резко выраженном сужении пищевода, которое имеет извилистый характер, мешотчатую форму супрастенотического расширения, а вход в стриктуру расположен эксцентрично. Особенно это необходимо учитывать при поражении проксимального сегмента пищевода и множественных стриктурах. Гастростому целесообразно накладывать по Штамм-Сенну и Кадеру, используя трансректальный доступ в левом подреберье. В последние годы некоторые хирурги с этой целью успешно пользуются лапароскопической гастростомой. Важно правильно формировать гастростому. В противном случае она может стать причиной возникновения ряда осложнений (нагноение послеоперационной раны, флегмона передней стенки живота, дерматит, перихондрит и т.д.). Через 6-8 суток больному дают проглотить капроновую нить с дробинкой. Нить извлекают из желудка корнцангом или с помощью введенной через гастростому воды. Бужирование осуществляют резиновыми трубками различного диаметра, которые прикрепляют к нити. Растягивая, их проводят через стриктуры и оставляют в пищеводе на несколько часов. Если трубка проводится через ротоглотку, это называется ортоградным бужированием, если через гастростому - ретроградным. Последний способ предпочтителен у больных с рубцовыми стриктурами в глоточном и шейном сегментах пищевода.

При резко выраженных явлениях эзофагита проводят противовоспалительную терапию, применяют обезболивающие средства. Редким осложнением является кровотечение из пищевода, хотя следы крови на буже встречаются значительно чаще, особенно при форсированном бужировании. С профилактической целью рекомендуется принимать раствор аминокaproновой кислоты по 1 столовой ложке каждые 15 мин в течение часа, а затем 6-8 раз в сутки.

Самым грозным осложнением при бужировании является перфорация стенки пищевода. Этому способствуют эрозивный эзофагит, который наблюдается при ранних стриктурах (через 3-4 недели), супрастенотическое расширение, узкий ход канала рубцовой стриктуры. Диагностика указанного осложнения представляет

определенные трудности, что обусловлено отсутствием в ранние сроки патогномичных симптомов. Они могут напоминать таковые при обострении эзофагита. Однако для эффективного лечения важна своевременная диагностика перфорации пищевода.

Клиническая картина данного осложнения зависит от уровня повреждения пищевода и медиастинальной плевры. В случаях перфорации стенки грудного отдела пищевода и образования ложного хода в средостении больного беспокоят боли в области позвоночника (при приеме нескольких глотков жидкости они усиливаются), затем выявляется подкожная эмфизема на шее, повышается температура тела. При повреждении пищевода и медиастинальной плевры состояние больных резко ухудшается вплоть до развития плевропульмонального шока, тяжелой легочно-сердечной недостаточности. Возникают сильные боли в грудной клетке, одышка. При аускультации дыхание ослаблено или не выслушивается. Состояние прогрессивно ухудшается. При рентгенологическом исследовании контрастное вещество (йодолипол, кардиотраст) поступает за пределы пищевода, в плевральную полость. В случае повреждения абдоминального сегмента развивается картина "острого живота".

Больные с перфорацией пищевода вследствие бужирования подлежат хирургическому лечению. Объем операции зависит от характера повреждения. При травме верхнего сегмента производится шейная медиастинотомия по Разумовскому и накладывается гастростома. Если повреждена медиастинальная плевра, дополнительно дренируется плевральная полость. При перфорации грудного отдела пищевода с повреждением плевры выполняются торакотомия, ушивание отверстия в стенке пищевода, дренирование средостения и плевральной полости, накладывается гастростома или проводится трансназально зонд в желудок. В отдельных случаях при выраженных патологических изменениях пищевода выполняется операция Добромылова - Торека. При поздней диагностике данного осложнения, когда развилась острая эмпиема плевры, накладывается гастростома и дренируется плевральная полость.

При перфорации абдоминального отдела пищевода в первые часы отверстие может быть ушито, в том числе с дополнительным укрытием лоскутом диафрагмы по Петровскому. Однако при значительных повреждениях хирурги вынуждены прибегать к операции Добромылова-Торека.

В случаях бурно нарастающей картины медиастинита используют чрезбрюшинную медиастинотомию по Савиных-Розанову. При заднем гнойном медиастините целесообразно также применять метод

проточного промывания с аспирацией содержимого при помощи двухпросветных трубок.

Хирургическое лечение рубцовых стриктур пищевода.

Историческая справка. Еще в середине XIX в. стали накладывать желудочный свищ при рубцовых стриктурах пищевода. Это помогало спасти больных от голодной смерти. Русский ученый В.А. Барсов в 1842 г. разработал метод гастростомии в эксперименте. Впервые наложил желудочный свищ больному Sedillot в 1849 г. Первая гастростомия по поводу рубцового сужения пищевода выполнена в России А.С. Яценко в 1880 г. В 1894 г. Vircher предложил использовать кожу для создания искусственного пищевода, однако в дальнейшем этот метод не нашел широкого применения. В 1906 г. Roux создал у больного искусственный пищевод из тонкой кишки, расположив ее впереди грудины. Указанный способ был усовершенствован П.А. Герценом (1908), С.С. Юдиным (1941) и другими русскими хирургами.

Большой вклад в развитие хирургии рубцовых сужений пищевода внес известный хирург Беларуси И.М. Стельмашенок. Однако тонкокишечная эзофагопластика имеет свои недостатки в связи с частым развитием некроза тонкой кишки или невозможностью ее использования из-за особенностей строения сосудов брыжейки. Поэтому в начале 60-х годов стали применять толстокишечную эзофагопластику, которую предложили в 1911 г. Kelling и Vulliet. С этой целью используют левую или правую половины толстой кишки. В последнее десятилетие все шире применяются различные способы эзофагогастропластики (рис 7).

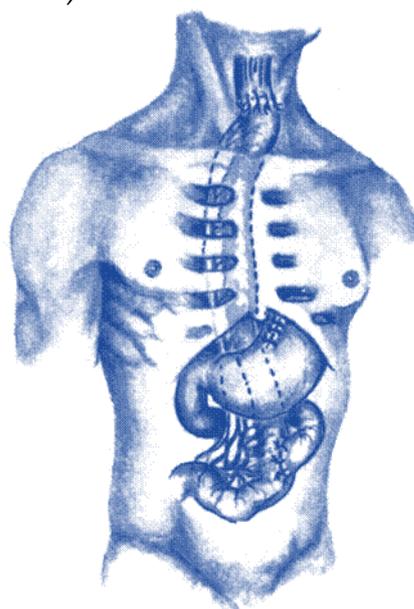


Рис. 7. Схема загрудинной тонкокишечной эзофагопластики

По месту расположения трансплантата различают впереди-грудинную, загрудинную, внутриплевральную и заднемедиастинальную эзофагопластику.

Показания к операции. Основное показание к операции - безуспешное блокирование рубцовых стриктур пищевода. Хирургическое лечение проводится также при полной облитерации просвета пищевода. Эзофагопластика показана больным с выраженным супрастенотическим расширением пищевода и резким истончением его стенок (рис.8). Оперативному вмешательству подлежат больные с пищеводно-трахеальными и пищеводно-бронхиальными свищами. Наиболее частое противопоказание к операции - истощение.

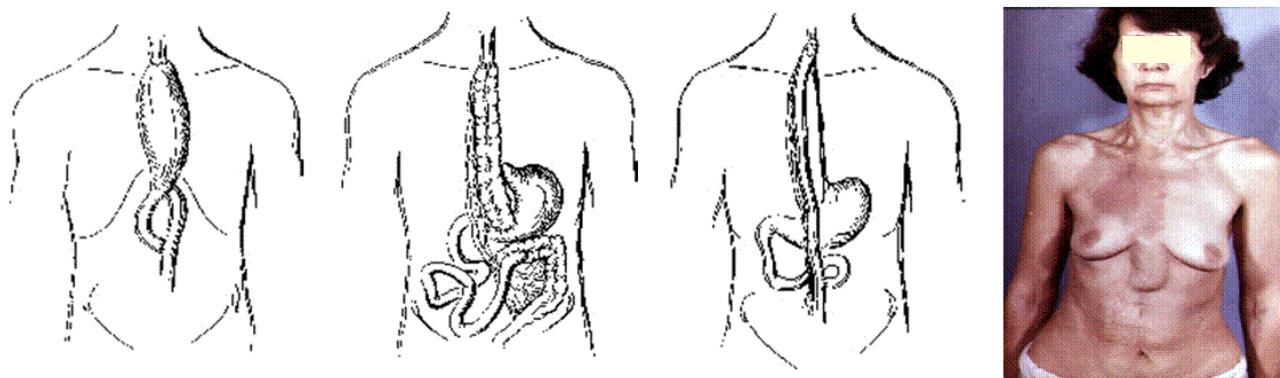


Рис. 8. Способы пластики пищевода

Виды операций. При тяжелом истощении больного накладывают гастростому, которая используется для ретроградного бужирования пищевода или является первым этапом хирургического лечения.

Гастростомия не должна вызывать деформацию желудка, а способствовать быстрому закрытию свища после удаления трубки. Этим требованиям больше всего отвечает гастростомия по Штамму-Сеннону и Кадеру. Первый способ заключается в том, что через трансректальный доступ в левом подреберье выводят в рану переднюю стенку желудка в виде конуса, в основании которого накладывают кисет. Затем вскрывают просвет желудка, проводят трубку, фиксируют ее и погружают в кисетный шов. Концами нити последнего прошивают все слои передней стенки живота. Кроме того, желудок фиксируют к брюшине отдельными швами. Способ Кадера отличается тем, что трубку инвагинируют не кисетными швами, а двухрядными продольными серозно-мышечными. При этом нитями швов второго ряда фиксируют стенку желудка к париетальной брюшине с захватом листка влагалища прямых мышц.

В последние годы в качестве трубки, вводимой в просвет желудка, применяется катетер Пеццера. У ряда больных успешно используется лапароскопическая гастростома.

Тонкокишечная пластика пищевода по Ру (1906) заключалась в том, что из начального отдела тонкой кишки формировался трансплантат, который проводился через подкожный тоннель до яремной вырезки. При этом отводящий конец кишки анастомозировался с желудком. Питание больного осуществлялось через зонд, проведенный в верхний конец трансплантата. В последующем выщелялся шейный отдел, пищевод пересекался и накладывался эзофагоэнтероанастомоз.

П.А. Герцен (1907) усовершенствовал методику Ру, стал выполнять эту операцию в три этапа. На первом этапе мобилизованную тонкую кишку проводили не впередиободочно, а через брыжейку поперечной ободочной кишки и желудочно-ободочную связку, что позволяло помещать трансплантат в подкожном тоннеле до середины шеи. На втором этапе пересекали в дистальном сегменте мобилизованную кишку и накладывали гастроэнтероанастомоз. Третий этап заключался в выделении шейного отдела пищевода, пересечении его и наложении эзофагоэнтероанастомоза.

Существенный вклад в разработку тонкокишечной пластики пищевода внес С.С. Юдин, который выполнил более 300 таких операций с летальностью 9%. Больному накладывается гастростома и производится мобилизация тощей кишки (отступив 8-10 см от связки Трейтца) спересечением ее и наложением энтероанастомоза конец в бок. Мобилизованная кишка проводится впереди поперечной ободочной и располагается антеторакально в подкожном тоннеле. Через 6-15 дней накладывается анастомоз кишки с пищеводом конец в бок. При недостаточной длине трансплантата формируются эзофагостома и еуностома, которые в последующем соединяются посредством кожной трубки.

Толстокишечная пластика пищевода применяется, если требуется создать трансплантат большой длины. При этом может быть использована правая или левая ее половина, располагать которую можно изо- и антиперистальтически.

В качестве пластического материала применяется также желудок. Его преимущество заключается в том, что в этих случаях быстро восстанавливается прием пищи через рот. Однако данный метод противопоказан при заболеваниях желудка.

Иногда агрессивная жидкость оказывает более выраженное действие на стенку желудка, а не на пищевод, вызывая некроз стенки желудка, что требует экстренного оперативного вмешательства. В

зависимости от площади некроза производят ушивание перфоративного отверстия, резекцию желудка или гастрэктомию. У большинства больных с комбинированными ожогами развиваются рубцовые изменения, которые приводят к стенозу привратника и деформации желудка. В таких случаях операцией выбора является резекция желудка. Если выполнить ее невозможно, накладывается гастроэнтероанастомоз.

АХАЛАЗИЯ КАРДИИ (КАРДИОСПАЗМ)

Ахалазия кардии (кардиоспазм, идиопатическое расширение пищевода, мегаэзофагус, кардиостеноз) - отсутствие расслабления мышечного сфинктера пищевода во время глотания (рис. 9). Это сопровождается нарушением тонуса и моторики пищевода, что клинически характеризуется задержкой в нем пищи. Впервые об этой болезни упомянул англичанин Уиллис в 1679 г. В 1884-1885 гг. русским клиницистом С.П. Боткиным в "Клинических лекциях" подробно были описаны клиника, дифференциальная диагностика и лечение "паралитического сужения пищевода" (цит. по: Б.В. Петровский). Избранные лекции по клинической хирургии, 1968). Термин "кардиоспазм" принадлежит Mikulicz (1903), в то время как понятие "ахалазия" - Perry, хотя ввел его в практику Hurst (1914).

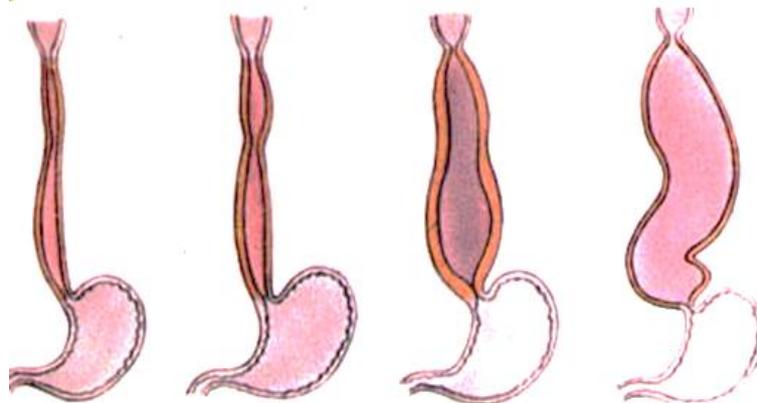


Рис. 9. Ахалазия кардии

Частота кардиоспазма среди других заболеваний пищевода составляет около 5%, однако некоторые авторы называют и более высокую цифру. Ахалазия кардии чаще наблюдается в возрасте 20-40 лет, хотя она может встречаться и у детей, и у пожилых людей.

Этиология и патогенез.

Окончательно не выяснены. Ряд авторов считают его следствием врожденного недоразвития интрамурального нервного сплетения, что нарушает моторную функцию пищевода и кардиального отдела

желудка, в результате чего развивается кардиоспазм. Согласно мнению других исследователей, причиной заболевания является расстройство функции вегетативной нервной системы в связи с повреждением блуждающих нервов интрамурального нервного аппарата. Это приводит к нарушению координации в нервно-мышечном аппарате пищевода, что сопровождается расслаблением его мышечного аппарата и спазмом кардии, которая утрачивает способность к релаксации. Важное значение в развитии заболевания придается также психоневротической теории, в соответствии с которой кардиоспазм развивается вследствие психических переживаний, переутомления, что нарушает координирующую роль центральной нервной системы.

Патологическая анатомия

При *первой стадии* заболевания особых патологоанатомических изменений не имеется. При *второй стадии* наступает заметное сужение кардии и расширение пищевода до 3 см. Микроскопически наблюдаются периваскулярная инфильтрация плазматических клеток, гипертрофия и отек мышечных волокон, дегенерация нервных волокон в интрамуральных сплетениях. *Третья стадия* заболевания характеризуется выраженным сужением кардии и расширением просвета пищевода до 5 см, утолщением слизистой, подслизистой и мышечного слоя. Одновременно с этим происходят изменения нервного аппарата в виде периневрального склероза, гипоганглиоза. При *четвертой стадии* отмечается резкое сужение дистального отдела пищевода с выраженным расширением других его сегментов (от 5 до 20 см и более). Пищевод приобретает S-образную или мешковидную форму с явлениями эзофагита. Отмечаются атрофия и дистрофия мышечных волокон кардии, склероз дистального отдела пищевода с нарушением иннервации, аганглиоз. В далеко зашедших случаях происходит сращение пищевода с медиастинальной плеврой, развиваются медиастинит, хронический бронхит, пневмония, абсцессы легкого.

Клиническая картина.

Характеризуется триадой основных симптомов: дисфагией, регургитацией и загрудинными болями. Дисфагия относится к более ранним признакам заболевания. У $1/3$ больных она появляется внезапно на фоне полного здоровья, а у $2/3$ развивается постепенно. Степень выраженности дисфагии зависит не от длительности заболевания, а определяется характером расстройства функции пищевода. Нередко начало дисфагии связывают с психической травмой. Затем образуется своеобразный порочный круг, когда отрицательные эмоции усиливают

дисфагию, а последняя в свою очередь отрицательно влияет на нервно-психическое состояние больного. При ранней дисфагии происходит чередование нормальной проходимости пищевода, так называемых светлых промежутков, с короткими периодами задержки пищи, т.е. дисфагия носит интермиттирующий характер. Обычно лучше проходит полужидкая, теплая пища. Однако дисфагия может иметь и парадоксальный характер, когда задерживается жидкая пища, а твердая проходит хорошо.

Типичным признаком ахалазии кардии является регургитация, т.е. срыгивание пищи полным ртом. Она может появляться во время или после еды. Нередко регургитация возникает при наклоне туловища (синдром "завязывания шнура"). В более поздних стадиях наблюдается ночная регургитация пищи с попаданием ее в дыхательные пути (симптом "мокрой подушки", "ночного кашля").

Третий основной симптом ахалазии - боли, которые возникают за грудиной при глотании и связаны со спазмом пищевода. В поздних стадиях заболевания боли появляются независимо от приема пищи и обусловлены эзофагитом, переполнением пищевода содержимым.

По классификации Б.В. Петровского различают четыре стадии ахалазии. *Первая стадия* заболевания характеризуется кратковременной задержкой пищи. Может наблюдаться срыгивание мелкими порциями, что объясняется спастическими сокращениями стенок пищевода. Диаметр просвета последнего, а также кардии не изменяются. Так как эвакуация пищи полная, хотя и замедленная, то регургитация в данной стадии отсутствует. Общее состояние больных не страдает.

Во *второй стадии* усугубляются нарушения функции кардии, что проявляется прежде всего прогрессированием дисфагии. Больные вынуждены запивать твердую пищу водой, производить глотательные движения, запрокинув голову назад, искать удобную позу во время приема пищи.

Эвакуация из пищевода замедляется, задерживаются пищевые массы. Это сопровождается регургитацией, возникновением болей за грудиной после еды. Иногда боли иррадиируют в спину. Состояние больных улучшается после опорожнения пищевода. В данной стадии заболевания имеют место расширение просвета пищевода и утолщение его мышечной стенки.

В *третьей стадии* ахалазии кардии наряду с функциональными нарушениями наблюдаются органические изменения пищевода. Кардиальный отдел его сужается вследствие развития рубцовой ткани, происходит дальнейшее расширение просвета выше расположенных сегментов пищевода. В этих случаях кардия долгое время закрыта, а

в период небольшого раскрытия может пропустить лишь мелкие порции пищи. Вследствие длительной задержки пищевых масс в пищеводе образуется много содержимого, которое приводит к его резкому расширению и искривлению. В результате переполнения пищевода наблюдаются обильные срыгивания полным ртом, так называемая пищеводная рвота. Больных беспокоят жжение за грудиной, одышка, сердцебиение. Облегчение наступает после срыгивания. В этой стадии заболевания страдает общее состояние больных, наступает потеря массы тела и снижается трудоспособность.

Четвертая стадия характеризуется резким сужением кардии и максимальным расширением других сегментов пищевода, он приобретает мешковидную или S-образную форму, стенки его истончаются, перистальтика отсутствует. Пищевые массы задерживаются в пищеводе не только часами, а даже сутками. Вследствие их разложения возникает воспалительный процесс, который приводит к образованию трещин, язв различной степени выраженности, медиастинитов. Наступает истощение больных.

Диагностика

Основывается на данных анамнеза, клиники заболевания и результатах рентгенологического исследования пищевода. При опросе больного выясняют его нервно-психическое состояние, выраженность триады ведущих симптомов. Окончательным в постановке диагноза является рентгенологическое исследование (рис. 10).

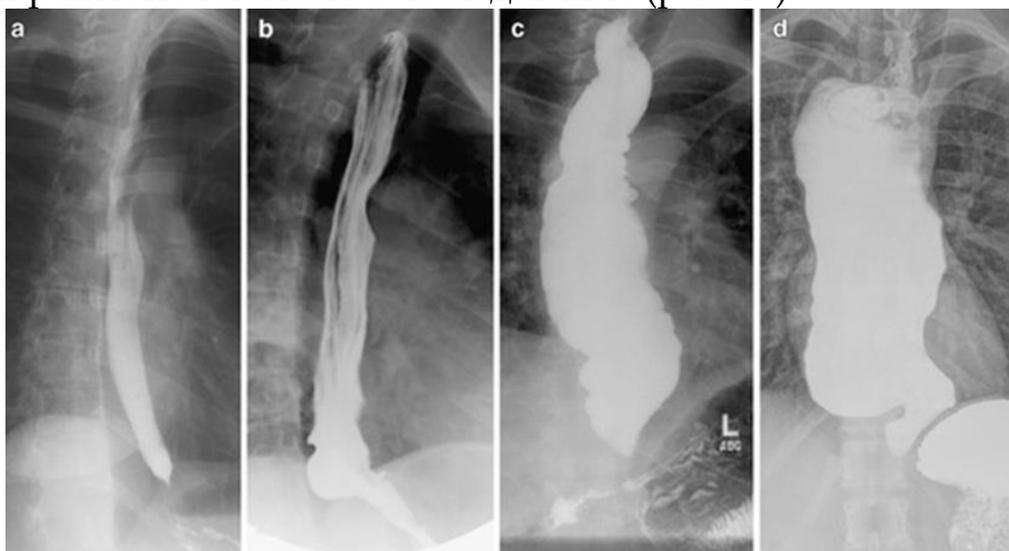


Рис. 10. Ахалазия пищевода.

Уже на обзорной рентгенограмме при третьей - четвертой стадиях ахалазии кардии могут определяться расширение средостения вправо, отсутствие газового пузыря желудка, а также легочные осложнения в виде пневмосклероза, пневмонии, абсцессов. Контрастное исследование

дование при первой стадии заболевания вызывает кратковременный спазм кардии за первыми глотками бариевой взвеси. Слизистая пищевода и его просвет не изменены.

При второй стадии имеет место стойкий спазм кардии, который сочетается с незначительным расширением пищевода. Тонус его сохранен. Перистальтика вначале усилена, а затем наступает ее ослабление. Раскрытие кардии происходит только благодаря повышенному гидростатическому давлению принятой жидкости или пищи. Газовый пузырь желудка обычно отсутствует. В сомнительных случаях используют пробу Кона (больному дополнительно дают 200-500мл жидкости), пробу Херста (тугое заполнение пищевода до уровня дуги аорты бариевой взвесью).

Наиболее характерна рентгенологическая картина при третьей-четвертой стадиях заболевания. Дистальный отдел пищевода сужен и описывается как симптом "мышинного хвоста", "заточенного карандаша", "морковки". На остальном протяжении пищевод приобретает мешковидную или S-образную форму. Тонус его и перистальтика снижены или отсутствуют. Диаметр просвета пищевода достигает 15 см и более, количество содержимого – 3-5 л, контрастное вещество определяется через 24-48 ч после начала исследования (рис. 11).

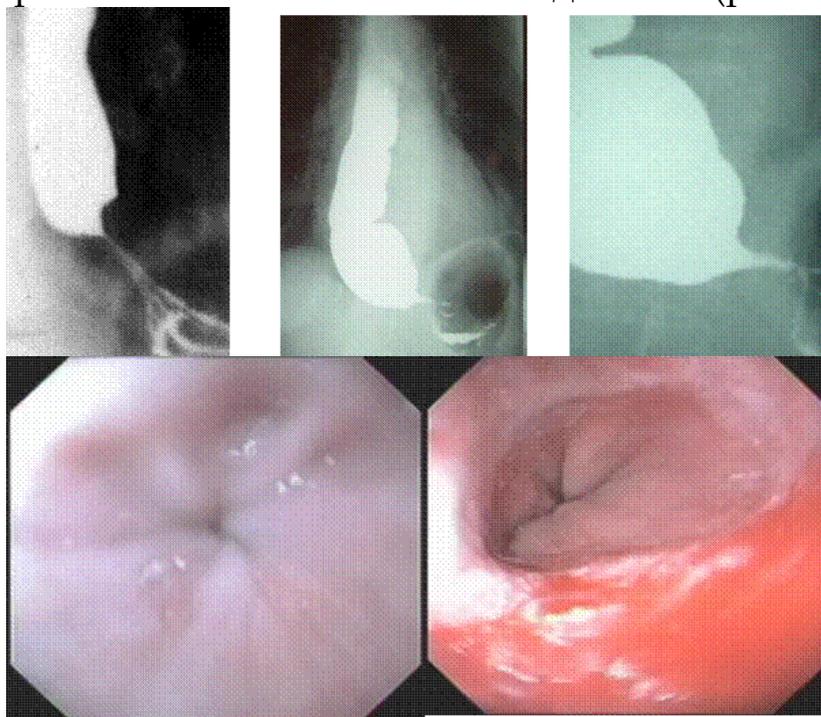


Рис. 11. Инструментальная диагностика ахалазии пищевода.

Дифференциальная диагностика

Проводится с раком пищевода, рубцовой стриктурой его, дивертикулом, доброкачественными опухолями. Общим симптомом для них является дисфагия. Однако при раке, например, она

развивается постепенно и носит более стойкий характер. На рубцовый характер стриктуры указывает анамнез. Основным является рентгенологическое исследование. Важное значение имеет эзофагоскопия с биопсией. При ахалазии кардии обычно удается пройти аппаратом в желудок, чего нельзя сделать при раке кардии (феномен Мельтцера).

Лечение.

Лечебные мероприятия направлены на улучшение проходимости кардии, что достигается консервативными и хирургическими способами. В первой стадии заболевания успех может быть достигнут назначением щадящей диеты (стол 1-1а), обеспечением больному психического комфорта, применением антиспастических препаратов при гипертензионном варианте заболевания. После курса атропинизации иногда исчезают или уменьшаются дисфагия и болезненные ощущения за грудиной. Целесообразно назначать внутрь местные анестетики (15 мл 0,5-1% раствора новокаина). Положительный результат дает прием препаратов метоклопрамида (церукала, реглана) курсами по 3-4 недели, седативных средств и витаминов группы В. Некоторые авторы рекомендуют курс инсулинотерапии (6-10 ЕД перед обедом), что повышает тонус парасимпатической нервной системы. Иногда улучшению способствуют вагосимпатические блокады, физиотерапия и лечебная гимнастика. Однако большинство авторов отмечают лишь кратковременный эффект от консервативного лечения, поэтому не следует применять его длительно. При отсутствии успеха показана кардиодилатация.

Дилатация кардии - насильственное ее расширение с помощью кардиодилататоров различной конструкции. Является основным методом лечения данного заболевания. Впервые он применен англичанином Расселем в 1889 г. Раньше кардиодилатация проводилась металлическим дилататором Штарка. В настоящее время отдается предпочтение пневматическому кардиодилататору, так как с его помощью удастся провести расширение кардии с меньшей травматичностью. За несколько дней до указанной процедуры пищевод промывают раствором фурацилина (при застое пищевых масс). Это делают за 30 мин до кардиодилатации. Вводят также подкожно промедол и атропин. Проводят обезболивание языка, глотки, гортани 0,5% раствором дикаина. Во время кардиодилатации больной сидит. Раскрытый кардиодилататор задерживают в кардии на 15-60 с. (рис. 12, 13).

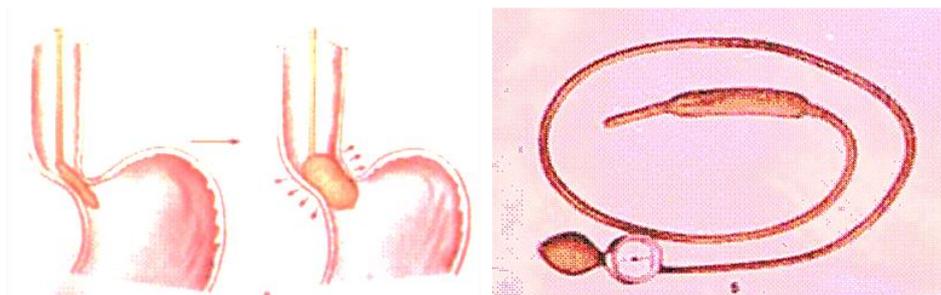


Рис. 12. Дилатация кардии с помощью пневматического кардиодилатора

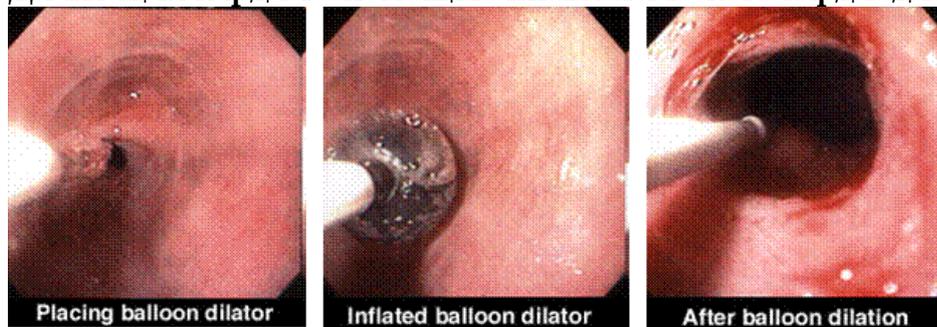


Рис. 13. Дилатация кардии с помощью металлического кардиодилатора

При отсутствии стойкого эффекта после применения кардиодилатации показано хирургическое лечение, которое, по данным некоторых авторов, используется у 15-20% больных, преимущественно в четвертой стадии заболевания (рис. 14). С этой целью предложено большое количество операций. Наиболее распространены операции Геллера (эзофагокардиомиотомия), Гейровского (эзофагофундоанастомоз) и их модификации.

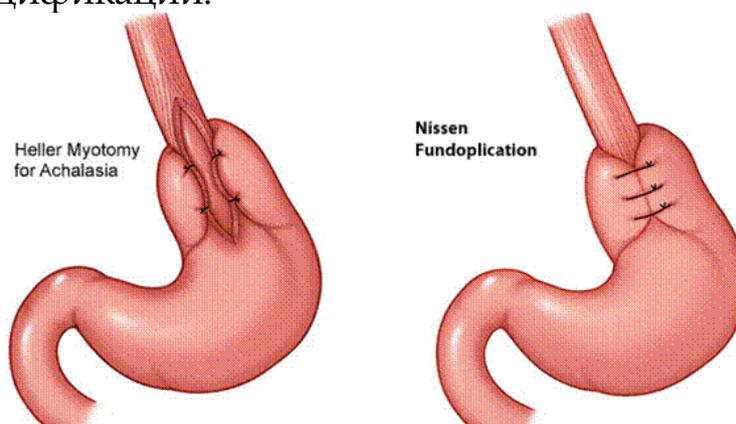


Рис. 14. Оперативные методы лечения

Операция Геллера впервые описана в 1913 г. Сущность ее состоит в рассечении мышечной оболочки кардии с продолжением разреза на пищевод и дно желудка на 8-10 см. Если Геллер предлагал рассекать переднюю и заднюю стенки кардии, то Цаайер (1923) ограничивался только передней кардиомиотомией. По данным Б.В. Петровского, эта операция дает положительный результат в 70 % случаев. Цаайер предложил также кардиоластику диафрагмальным лоскутом (1956).

После торакотомии в VIII межреберье слева Т-образным разрезом передней стенки пищевода, кардии и желудка иссекали мышечную оболочку и образовавшийся дефект закрывали лоскутом на ножке из левого купола диафрагмы. Т.А. Суворова предложила в качестве пластического материала использовать переднюю стенку желудка.

Не потеряла своего значения и операция Гейровского, которая заключается в наложении анастомоза между расширенным сегментом пищевода и дном желудка. Однако серьезным ее недостатком является развитие эзофагита вследствие забрасывания желудочного содержимого в пищевод. Может быть использована также резекция пищевода и кардии с формированием эзофагогастроанастомоза (рис. 15).

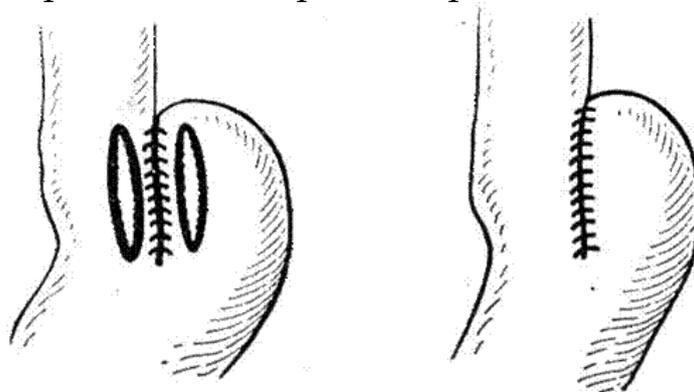


Рис. 15. Схема эзофагогастроанастомоза по Гейровскому.

ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА

Дивертикулы пищевода представляют собой ограниченное выпячивание пищеводной стенки. По механизму образования их делят на *пульсионные* и *тракционные*.

Пульсионные дивертикулы возникают вследствие выпячивания стенки пищевода под воздействием высокого давления в его просвете во время перистальтических движений.

Причиной образования *тракционных дивертикулов* является воспалительный процесс в околопищеводной клетчатке, который вытягивает стенку пищевода. В дальнейшем к данному механизму присоединяются пульсирующие факторы.

В зависимости от локализации различают *фарингоэзофагеальные* (ценкеровские), *бифуркационные* и *эпифренальные* дивертикулы. Чаще они бывают приобретенными. Врожденные дивертикулы встречаются редко. Могут наблюдаться так называемые релаксационные (функциональные) дивертикулы, которые обусловлены нарушением иннервации пищеводной стенки. Они выявляются при рентгенологическом исследовании и исчезают после прохождения глотка контрастного вещества.

Патологическая анатомия

Глоточно-пищеводные (ценкеровские) дивертикулы образуются в области треугольника Лаймера-Геккермана на задней стенке глотки (над входом в пищевод), где отсутствует или слабо выражена мышечная оболочка (рис. 16).



При повышении давления в этом месте возникает выпячивание пищеводной стенки, что ведет к образованию дивертикула, устье которого находится на задней стенке глотки. Увеличиваясь в размере, что обычно происходит медленно, дивертикул опускается вниз между стенкой пищевода и позвоночником, а также увеличивается в поперечнике за счет смещения боковых мышц шеи. Стенка дивертикула не содержит мышечных волокон, а со стороны его просвета выстлана слизистой, которая может изъязвляться и вызывать осложнения.

Рис. 16. Глоточно пищеводный дивертикул

Бифуркационные дивертикулы локализируются на передней и боковых стенках пищевода, размеры их не превышают 2-4 см и состоят они из всех слоев пищеводной стенки (рис. 17). Эпифренальные дивертикулы расположены на 6-12 см выше кардии в области передней или правой боковой стенки пищевода (рис. 18).



Рис. 17. Бифуркационный дивертикул



Рис. 18. Эпифренальный дивертикул

Как и глоточно-пищеводные дивертикулы, они могут достигать больших размеров, однако сращений с соседними органами чаще всего не отмечается.

Клиническая картина

Зависит от размеров дивертикулов. Вначале они могут ничем себя не проявлять. Однако по мере увеличения дивертикула больных начинают беспокоить чувство першения в горле, "царапанья", неприятные ощущения при глотании. Затем появляются типичные симптомы заболевания. Одним из основных признаков глоточно-пищеводного дивертикула является дисфагия вследствие наполнения его пищей и сдавления пищевода. В целях улучшения прохождения пищевых масс больной вынужден производить наклоны головы в разные стороны, давить на шею, иногда вызывать рвотные движения. После опорожнения мешка пациенты отмечают облегчение. Нередко отмечается регургитация содержимого дивертикула в полость рта, особенно при горизонтальном положении больного. Во время сна это может приводить к аспирации рвотных масс и развитию затем легочных осложнений (бронхиты, пневмонии, абсцессы).

При фаринго-эзофагеальных дивертикулах больших размеров во время отведения головы назад в области шеи определяется выпячивание мягкой консистенции, над которым при приеме жидкости выявляется шум плеска. Это может сопровождаться болью за грудиной, набуханием вен шеи и другими признаками, характерными для опухолей и кист средостения (затрудненное дыхание, осиплость голоса). В результате задержки пищи в дивертикуле, ее разложения появляется гнилостный запах изо рта. У больных развивается дивертикулит, который может привести к образованию эрозий, язв, кровотечению, перфорации стенки дивертикула с развитием медиастинита.

Бифуркационные дивертикулы характеризуются менее выраженной клинической картиной. Больных могут беспокоить боль за грудиной, явления дисфагии. Однако часто клинические проявления их наступают только тогда, когда развиваются осложнения. Это касается и эпифренальных дивертикулов, которые также вначале больных не беспокоят, но по мере их увеличения появляются загрудинные боли, тошнота, рвота, одышка, дисфагия. Заболевание усугубляется при возникновении осложнений: дивертикулита, кровотечения, гнойного медиастинита с прорывом содержимого в полостные образования средостения. В редких случаях может развиваться рак в области дивертикула.

Диагностика

Основывается на клинической картине заболевания и главным образом на результатах рентгенологического исследования, которое позволяет определить локализацию дивертикула, его размеры, ширину шейки, время задержки контрастного вещества. Кроме того, диагностика дает возможность выяснить, имеются ли признаки развития полипа, рака в области дивертикула, а также подтвердить или исключить наличие пищеводно-респираторных и пищеводно-медиастинальных свищей. Эндоскопическое исследование позволяет оценить состояние слизистой, диагностировать полипы, опухоли. Оно должно проводиться с большой осторожностью, чтобы не перфорировать истонченную стенку дивертикула.

Дифференциальная диагностика

Проводится с другими заболеваниями пищевода, а также с кистами и опухолями средостения, медиастинитом.

Лечение

Консервативные мероприятия показаны при небольших дивертикулах, отсутствии осложнений или высоком риске оперативного вмешательства. Они направлены на профилактику задержки пищи в мешке дивертикула и развития дивертикулита. С этой целью рекомендуют употреблять хорошо измельченную пищу с исключением острых блюд. Она не должна быть очень холодной или горячей, что вызывает нежелательный спазм пищевода. После еды следует выпить небольшое количество воды и принять положение, при котором создаются лучшие условия для опорожнения дивертикула. Иногда прибегают к санированию мешка путем его промывания.

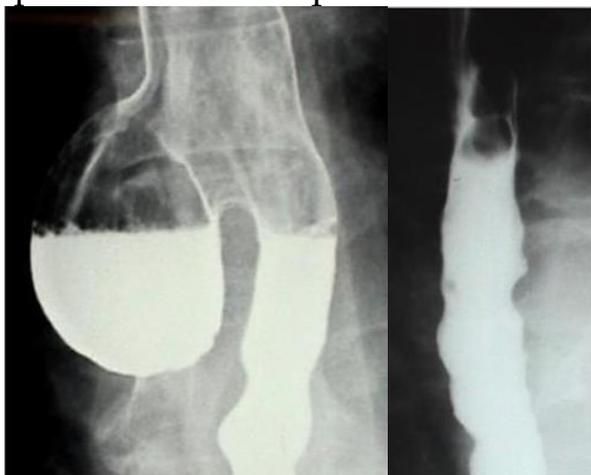


Рис. 19. Дивертикул пищевода до и после операции

Хирургическое лечение показано при развитии осложнений дивертикулов, а также при больших их размерах, длительной задержке пищи. В зависимости от локализации дивертикула выбирают операционные доступы - шейный, право- или левосторонний, трансторакальный. Операцией выбора является дивертикулэктомия.

При небольших дивертикулах иногда производят их инвагинацию (рис. 19).

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА

Спонтанный разрыв пищевода впервые описан Бурхаве в 1724 г. К развитию заболевания приводит резкое повышение давления в просвете пищевода с патологически измененными стенками. Подобное происходит вследствие того, что во время рвотных движений одновременно раскрывается эзофагокардиальный сфинктер, напрягаются мышцы брюшного пресса, сокращаются диафрагма и мышечная оболочка желудка, но остается закрытым глоточно-пищеводный сфинктер. В результате этого, особенно на фоне алкогольного опьянения, возникает продольный или поперечный разрыв стенки пищевода, который иногда продолжается на кардиальный отдел желудка.

Клиническая картина и диагностика

Спонтанный разрыв пищевода обычно характеризуется выраженной клинической картиной. На фоне полного здоровья во время кашля или чихания возникает острая боль в грудной клетке и подложечной области. Появляются тахикардия, одышка, холодный пот, бледность кожных покровов с цианотичным оттенком. При обширном разрыве пищевода развиваются пневмо- и гидроторакс, а затем пиопневмоторакс и медиастинит. Важным симптомом является подкожная эмфизема. В случае разрыва пищевода в нижней трети клиника заболевания напоминает таковую при перфорации гастродуоденальной язвы.

Лечение. В ранние сроки синдрома Бурхаве показано ушивание поврежденной стенки пищевода, а в более поздние (спустя 24 ч) производят дренирование средостения и плевральной полости. Операция заканчивается гастростомией.

ПИЩЕВОДНО-РЕСПИРАТОРНЫЕ СВИЩИ

Пищеводно-респираторные свищи бывают как врожденного характера, так и приобретенного. Приобретенные пищеводно-респираторные свищи встречаются при травме пищевода, осложненной гнойником, который опорожняется в просвет дыхательных путей. Они могут наблюдаться при осложненных воспалительным процессом дивертикулах пищевода, а также при прорастании рака пищевода в трахею и бронхи. Чаще встречаются пищеводно-бронхиальные свищи. Они могут быть одиночными и множественными.

Клиническая картина

Зависит от причины, которая привела к возникновению свища. Если он травматического характера, больные жалуются на внезапную боль, сопровождающуюся сильным кашлем во время приема пищи. В мокроте обнаруживаются остатки пищевых масс. Пищеводно-респираторные свищи другой этиологии отличаются тем, что их возникновению предшествует клиническая картина соответствующего воспалительного заболевания или злокачественного новообразования.

Диагностика

Основана на данных рентгенологического и эндоскопического исследований легких, трахеобронхиального дерева и пищевода. На обзорных рентгенограммах определяются признаки хронической пневмонии, абсцессы легких, усиление легочного рисунка. Однако достоверным признаком свища является затекание контрастного вещества из просвета пищевода в дыхательные пути. Устье свища можно обнаружить при эзофагоскопии и трахеобронхоскопии. Подводя к нему катетер, вводят через него водорастворимые контрастные вещества и получают серию снимков, на основании которых судят о характере пищеводно-респираторного свища.

Лечение

Представляет большие трудности. Консервативные мероприятия в этих случаях безуспешны. При свищах на почве рака легкого операция, как правило, ограничивается наложением гастростомы для питания больных. Если же свищи имеют травматическую этиологию, то в ранние сроки производится разобщение органов с ушиванием дефектов. При значительном изменении легких свищ ликвидируется во время их резекции, а иногда и пульмонэктомии.

РАК ПИЩЕВОДА

Рак пищевода - самое частое заболевание этого органа, составляет 80-90% всех заболеваний пищевода. Среди всех злокачественных опухолей рак пищевода занимает восьмое место, а злокачественных опухолей пищеварительного тракта - 3-е место после рака желудка и прямой кишки. В пищеводе различают три отдела: шейный (5-6 см), грудной (15-18 см) и брюшной (1-4 см). В грудном отделе пищевода выделяют верхнюю треть (около 5 см), соответствующую II-IV грудным позвонкам, среднюю (5-7 см), находящихся на уровне T_V-T_{VII}, и нижнюю треть (5-7 см), соответствующую уровню T_{VII}-T_X. Наиболее часто поражается средняя треть грудного отдела пищевода (40-60%), менее часто опухоль локализуется в верхне-грудном (10-15%) и нижне-грудном (20-25%) отделах. С клинических позиций удобным является

сегментарное деление пищевода, исходя из анатомических взаимоотношений его с соседними органами. Согласно этой схеме, в пищеводе различают 9 сегментов: трахеальный сегмент - от входа в пищевод до верхнего края дуги аорты, аортальный - соответствует диаметру дуги аорты, бронхиальный - проекции левого главного бронха, межаортобронхиальный - от нижнего края дуги аорты до верхнего края левого главного бронха, подбронхиальный - от бифуркации трахеи до левого предсердия, ретроперикардальный (ретрокардиальный) - проекции левого предсердия и желудочка, наддиафрагмальный - высоте купола диафрагмы справа, внутридиафрагмальный, поддиафрагмальный (абдоминальный). Макроскопически различают три формы рака: скirroзный или инфильтративный рак, когда опухоль равномерно инфильтрирует стенку пищевода и без отчетливой границы переходит в нормальную ткань; язвенный или мозговидный рак - растет в просвет пищевода, легко распадается, рано метастазирует в регионарные и отдаленные лимфатические узлы; узловатый или бородавчато-папилломатозный рак - имеет экзофитный рост, легко распадается и кровоточит; смешанные формы опухоли.

Заболееваемость

Возникновение рака пищевода связывают с особенностями питания, а также с употреблением алкоголя и курением табака. Среди коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока широко распространено употребление очень горячего «кирпичного» чая, замороженной рыбы и мяса, жестких лепешек, которые в зимнее время иногда тоже хранятся в замороженном виде. Такой рацион при нерегулярном питании, а также злоупотребление чистым или слабо разбавленным спиртом приводят к постоянному травмированию пищевода и предрасположенности к раку. Существует зона высокой частоты развития рака пищевода. Она охватывает Северный Иран, Среднюю Азию, Казахстан, Якутию, некоторые районы Китая и Монголии. Кроме этих территорий, очень высокая заболеваемость наблюдается в ряде стран Южной Африки. Повышена частота рака пищевода во Франции, Бразилии, Индии, а также в США среди негритянского населения. В большинстве европейских стран опухоль встречается относительно редко (мужчины - 4-7, женщины 1-2 на 100 000 населения). На территориях с высоким уровнем заболеваемости рак пищевода в 5-10 раз чаще встречается у лиц коренной национальности, чем у некоренного населения. Столь существенные различия могут быть связаны с особенностями характера питания, но нельзя исключить и влияния генетических факторов.

Способствующие факторы

Возникновению рака пищевода способствуют разнообразные факторы. На территории с низким уровнем заболеваемости наибольшую роль играют курение и злоупотребление алкогольными напитками.

В районах с высоким уровнем заболеваемости канцерогенный эффект связывают с приемом слишком горячей пищи и напитков, употреблением мелкокостистой рыбы и жесткого мороженого мяса. Имеет значение однообразное питание с недостаточным потреблением фруктов и овощей, в результате чего в организме создается дефицит витаминов А, С и рибофлавина.

Факторами риска развития рака пищевода признаются систематический контакт с канцерогенными веществами, хроническое лучевое воздействие, чрезмерное механическое, термическое, химическое раздражение слизистой оболочки пищевода, рубцовое сужение пищевода после химических ожогов, его ахалазия, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит.

Предраковые заболевания

Множественно повторяющееся воздействие вредных факторов приводит к микротравмам или термическому повреждению слизистой оболочки пищевода, вызывает и поддерживает хронический эзофагит. Хронический эзофагит создает условия для реализации токсического эффекта канцерогенных веществ, содержащихся в табачном дыме и поступающих в составе пищевых продуктов, что нередко сопровождается дисплазией эпителия слизистой оболочки пищевода. К предраковым заболеваниям относятся также пептическая язва пищевода, полипы и папилломы пищевода, рубцовые стриктуры, сидеропеническая дисфагия (синдром Пламмера-Винсона).

Диагностика

«Сигналами тревоги», заставляющими предположить возможность злокачественного новообразования пищевода, являются:

- дисфагия любой степени выраженности, возникшая вне зависимости от механической, термической или химической травмы пищевода;
- ощущение прохождения пищевого комка, боль или неприятные ощущения по ходу пищевода, возникающие при приеме пищи;
- повторяющаяся регургитация или рвота, особенно с примесью крови;
- беспричинно появившаяся осиплость голоса;
- мучительный кашель, возникающий при приеме жидкости.

Инструментальные методы исследования имеют решающее значение в распознавании рака пищевода. При рентгенологическом исследовании пищевода выявляется:

- нарушение структуры рельефа слизистой;
- обнаружение дефекта наполнения;
- наличие тени опухолевого узла;
- отсутствие перистальтики пищевода.

Возможности рентгенологического исследования возрастают при двойном контрастировании пищевода, исследовании в условиях пневмомедиастинума. Эзофагоскопию необходимо выполнять при малейшем подозрении на патологию пищевода. Это прямой метод диагностики опухоли. Устанавливается уровень поражения, форма опухоли, степень сужения пищевода, наличие распада или кровотечения из опухоли. Во время эзофагоскопии берется материал для цитологического и гистологического исследования. Информативность этих методов очень велика.

Стадии рака пищевода

Выделяют четыре стадии рака пищевода:

I стадия - четко отграниченная до 3 см в диаметре опухоль, прорастающая только слизистую и подслизистую пищевода; проходимость пищевода не нарушена, метастазов нет.

II стадия - опухоль величиной 3–5 см, прорастающая все слои пищевода, единичные метастазы в регионарные лимфатические узлы.

III стадия - опухоль размерами 5 см или меньше, вышедшая за пределы пищевода в околопищеводную клетчатку; просвет пищевода значительно сужен; множественные метастазы в регионарные лимфоузлы.

IV стадия - опухоль прорастает в соседние органы, отдаленные метастазы.

Клиническая картина

Клинические симптомы рака пищевода можно разделить на три группы: первичные или местные симптомы, обусловленные поражением стенок пищевода; вторичные симптомы, возникающие в результате распространения опухолевого процесса на соседние органы и ткани; общие симптомы, обусловленные интоксикацией и нарушением питания.

К первичным симптомам относятся дисфагия, боли за грудиной, ощущение полноты за грудиной, срыгивание пищей (регургитация), усиленная саливация. Практически все эти симптомы свидетельствуют о

достаточно большом распространении патологического процесса по пищеводу.

Типичные симптомы рака пищевода обусловлены феноменом обтурации. Наиболее ярким из них является дисфагия - затруднение прохождения пищи по пищеводу. Дисфагия обусловлена сужением просвета органа растущей опухолью (механическая дисфагия), но иногда она зависит от спазма в вышележащих отделах пищевода (рефлекторная дисфагия).

В большинстве случаев дисфагия нарастает постепенно. Вначале появляются едва заметные задержки при прохождении по пищеводу твердой пищи. Больной как бы ощущает твердый пищевой комок, продвигающийся по пищеводу. Сужение прогрессирует, и вскоре больной вынужден запивать твердую пищу глотком воды или отказываться от приема вторых блюд. В дальнейшем, через несколько недель или месяцев перестает проходить полужидкая пища, а затем и жидкость. Такое последовательное развитие дисфагии наблюдается не всегда. Иногда в результате распада опухоли или медикаментозного лечения проходимость пищевода частично или полностью восстанавливается. Улучшение состояния длится недолго, и вскоре дисфагия вновь начинает прогрессировать.

Выделяют 5 степеней дисфагии:

I степень - проходит любая пища, но при глотании твердой пищи возникают неприятные ощущения (жжение, царапанье, иногда боль);

II степень - твердая пища задерживается в пищеводе и проходит с трудом, приходится запивать твердую пищу водой;

III степень - твердая пища не проходит. При попытке проглотить ее возникает срыгивание. Больные питаются жидкой и полужидкой пищей;

IV степень - по пищеводу проходит только жидкость;

V степень - полная непроходимость пищевода. Больные не в состоянии проглотить глоток воды, не проходит даже слюна.

Важными для диагностики симптомами являются регургитация пищи и пищеводная рвота. Регургитация чаще обусловлена спазмом, она возникает сразу после приема пищи. Пищеводная рвота проявляется при выраженном стенозе спустя некоторое время после еды. Регургитация наряду с другими диспепсическими расстройствами (отрыжка, изжога, тошнота) у некоторых больных может явиться первым симптомом заболевания.

В отдельных случаях довольно рано возникает обильное слюноотделение (гиперсаливация), но чаще оно встречается при в

выраженном стенозе. Гиперваливацию рассматривают как защитный рефлекс, облегчающий пище преодолению препятствия.

Наряду с перечисленными признаками рак пищевода может сопровождаться неприятным или даже зловонным запахом изо рта, который зависит от распада опухоли и гнилостных процессов выше сужения и ощущается самим больным или улавливается окружающими.

Вторичные симптомы относятся к поздним проявлениям рака пищевода. Они свидетельствуют об осложнениях болезни, вследствие выхода процесса за стенки пищевода. Вторичные симптомы - это охриплость голоса, триада Горнера (миоз, псевдоптоз, эндофтальм), увеличение местных лимфатических узлов, брадикардия, приступы кашля, изменение звучности голоса, рвота, одышка, удушье со стридорозным дыханием.

Из общих симптомов, присущих злокачественным новообразованиям внутренних органов, при раке пищевода наблюдается прогрессирующая потеря массы тела, вплоть до кахексии, нарастающая общая слабость, утомляемость, анемия.

Лечение

Лечение больных раком пищевода - одна из самых сложных задач клинической онкологии. Используют хирургический, лучевой и комбинированный методы. Химиотерапия как самостоятельный метод лечения при раке пищевода мало эффективна.

Выбор метода лечения зависит от локализации опухоли и ее распространенности. Рак брюшной части и нижней трети грудного отдела лечат хирургическим путем. При раке средней трети грудного отдела пищевода применяют как хирургическое, так и лучевое лечение. Рак верхней трети грудного отдела и шейного отдела пищевода подлежит преимущественно лучевому лечению.

Оперативное лечение рака пищевода заключается в его субтотальной резекции или экстирпации и последующей пластике желудочным, тонко- или толстокишечным трансплантатом.

С целью улучшения результатов лечения радикальное оперативное вмешательство дополняют лучевой терапией, нередко кофармомодулированной (с одновременным введением противоопухолевых химиопрепаратов).

При неоперабельных опухолях применяется паллиативное лечение, в том числе некоторые виды хирургических вмешательств (паллиативные резекции пищевода, наложение гастростомы).

Тестовые вопросы

1. Где расположено первое анатомическое сужение пищевода?
 - A. В местоположении фарингоэзофагального перехода;
 - B. В местоположении пересечения левого бронха;
 - C. В местоположении пересечения с аортой;
 - D. В местоположении прохождения через диафрагму.
2. Где расположено первое физиологическое сужение пищевода?
 - A. В местоположении пересечения с аортой;
 - B. В местоположении фарингоэзофагального перехода;
 - C. В местоположении пересечения левого бронха;
 - D. В местоположении прохождения через диафрагму.
3. Какой механизм образования пульсионного дивертикула?
 - A. Воспалительные изменения параэзофагальной ткани;
 - B. Расширение пищевода, вызванного ахалазией;
 - C. Изменения пищевода, вызванного химическим ожогом;
 - D. Образование выпячивания стенки пищевода возле анатомического сужения.
4. Какой механизм образования тракционного дивертикула?
 - A. Образование грыжи стенки пищевода возле анатомического сужения;
 - B. Воспалительные изменения параэзофагальной ткани;
 - C. Расширение пищевода, вызванного ахалазией;
 - D. Изменения пищевода, вызванного химическим ожогом.
5. Какой симптом не типичен для дивертикула Ценкера?
 - A. Одышка;
 - B. Слюнотечение;
 - C. Шейная дисфагия;
 - D. Нарушение глотания.
6. Дивертикулом Ценкера является:
 - A. Бифуркационный дивертикул;
 - B. Наддиафрагмальный дивертикул;
 - C. Парааортальный дивертикул;
 - D. Фарингоэзофагальный дивертикул;
7. Какое основное клиническое проявление дивертикула Ценкера?
 - A. Проявления ахалазии;
 - B. Цианоз верхней части тела;
 - C. Массивное образование, которое сдавливает левую сторону шеи;
 - D. Пищеводно-бронхиальная фистула с аспирационной пневмонией.
8. Какой основной метод диагностики пищеводного дивертикула?
 - A. Рентгенологическое исследование с сульфатом бария;
 - B. Плевральная пункция;
 - C. Ультразвуковое исследование;

- D. Обзорная рентгенография грудной клетки.
9. Какой основной метод диагностики пищевода дивертикула?
- A. Плевральная пункция;
 - B. Фиброгастродуоденоскопия;
 - C. Ультразвуковое исследование;
 - D. Обзорная рентгенография грудной клетки.
10. Какое осложнение типично для пищевода дивертикула?
- A. Обструктивная желтуха;
 - B. Кишечная непроходимость;
 - C. Инфаркт миокарда;
 - D. Дивертикулит.
11. Какая операция выполняется при пищеводе дивертикуле?
- A. Эзофагомиотомия;
 - B. Пищеводно-желудочный анастомоз;
 - C. Экстирпация пищевода;
 - D. Резекция дивертикула.
12. Какой хирургический доступ используется при дивертикуле Ценкера?
- A. Шейный доступ вдоль передней границы кивательной мышцы. Левосторонняя переднелатеральная торакотомия в IV межреберье;
 - B. Правосторонняя заднелатеральная торакотомия в IV межреберье;
 - C. Левосторонняя заднелатеральная торакотомия в VII межреберье;
 - D. Правосторонняя переднелатеральная торакотомия в VII межреберье.
13. В чем суть ахалазии кардии?
- A. Спазм нижнего пищевода сфинктера;
 - B. Невозможность нижнего пищевода сфинктера расслабиться;
 - C. Рубцовые изменения после ожога;
 - D. Анорексия.
14. Какая причина ахалазии?
- A. Ишемия пищевода;
 - B. Опухоль пищевода;
 - C. Дивертикул пищевода;
 - D. Расстройства иннервации пищевода.
15. Какой характерный признак I стадии ахалазии?
- A. Бессимптомный;
 - B. Функциональный спазм без пищевода расширения;
 - C. Постоянный спазм с умеренным пищевода расширением и сохраненной перистальтикой;
 - D. Рубцовые изменения с выраженным пищевода расширением, перистальтика отсутствует.
16. Для клинического проявления ахалазии кардии характерно:
- A. Одышка;

- В. Цианоз верхней части тела;
С. Дисфагия;
D. Задержка стула и газов.
17. Для клинического проявления ахалазии кардии характерно:
A. Одышка;
B. Регургитация;
C. Цианоз верхней части тела;
D. Задержка стула и газов.
18. Для клинического проявления ахалазии кардии характерно:
A. Булькающие звуки;
B. Одышка;
C. Цианоз верхней части тела;
D. Задержка стула и газов.
19. Для клинического проявления ахалазии кардии характерно:
A. Одышка;
B. Цианоз верхней части тела;
C. Задержка стула и газов;
D. Ночной кашель.
20. Для клинического проявления ахалазии кардии характерно:
A. Боль и чувство стеснения в грудной клетке;
B. Одышка;
C. Цианоз верхней части тела;
D. Задержка стула и газов.
21. Для клинического проявления ахалазии кардии характерно:
A. Одышка;
B. Цианоз верхней части тела;
C. Потеря веса;
D. Задержка стула и газов.
22. Что относится к I стадии дисфагии?
A. Бессимптомная;
B. Расстройства прохождения полужидкой пищи;
C. Расстройства прохождения густой пищи;
D. Расстройства прохождения жидкой пищи.
23. Что относится к II стадии дисфагии?
A. Расстройства прохождения густой пищи;
B. Бессимптомная;
C. Расстройства прохождения жидкой пищи;
D. Расстройства прохождения полужидкой пищи.
24. Что относится к III стадии дисфагии?
A. Расстройства прохождения густой пищи;
B. Расстройства прохождения жидкой пищи;

- С. Бессимптомная;
D. Расстройства прохождения полужидкой пищи.
25. Что относится к IV стадии дисфагии?
A. Невозможность прохождения пищи;
B. Расстройства прохождения густой пищи;
C. Бессимптомная;
D. Расстройства прохождения полужидкой пищи.
26. Какой характерный рентгенологический симптом ахалазии?
A. Дефект заполнения;
B. Симптом "ниши";
C. Симптом "звона";
D. Симптом "мышинного хвоста".
27. Какое основное лечение I стадии ахалазии?
A. Диета, консервативное лечение;
B. Кардиодилатация;
C. Эзофагомиотомия (операция Геллера);
D. Эзофагогастроанастомоз (операция Геллеровского).
28. Какое основное лечение II стадии ахалазии?
A. Кардиодилатация;
B. Диета, консервативное лечение;
C. Эзофагомиотомия (операция Геллера);
D. Эзофагогастроанастомоз (операция Геллеровского).
29. Какое основное лечение III стадии ахалазии?
A. Диета, консервативное лечение;
B. Эзофагомиотомия (операция Геллера);
C. Кардиодилатация;
D. Эзофагогастроанастомоз (операция Геллеровского).
30. Какое основное лечение IV стадии ахалазии?
A. Диета, консервативное лечение;
B. Кардиодилатация;
C. Эзофагомиотомия (операция Геллера);
D. Эзофагогастроанастомоз (операция Геллеровского).

Ситуационные задачи

1. Больной 54 лет жалуется на плохое прохождение пищи по пищеводу. Последние два года заметил на шее слева выпячивание после еды, рвоту пищей. Начал терять вес. Ночью во время сна возникает кашель. При рентгенологическом контрастном исследовании пищевода на уровне ключиц появляется депо бария по величине и форме куриного яйца. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Дивертикул пищевода;
- B. Эзофаготрахеальный свищ;
- C. Рак пищевода;
- D. Стеноз пищевода.

2. Больной 54 лет жалуется на плохое прохождение пищи по пищеводу. Последние два года заметил на шее слева выпячивание после еды, рвоту пищей. Начал терять вес. Ночью во время сна возникает кашель. При рентгенологическом контрастном исследовании пищевода на уровне ключиц появляется депо бария по величине и форме куриного яйца. Какое осложнение возможно для данного заболевания?

- A. Обструктивная желтуха;
- B. Кишечная непроходимость;
- C. Дивертикулит;
- D. Инфаркт миокарда.

3. Больной 54 лет жалуется на плохое прохождение пищи по пищеводу. Последние два года заметил на шее слева выпячивание после еды, рвоту пищей. Начал терять вес. Ночью во время сна возникает кашель. При рентгенологическом контрастном исследовании пищевода на уровне ключиц появляется депо бария по величине и форме куриного яйца. Какое основное лечение данного заболевания?

- A. Спазмолитики;
- B. Анальгетики;
- C. Хирургическое лечение;
- D. Нестероидные противовоспалительные средства.

4. Больной 54 лет жалуется на плохое прохождение пищи по пищеводу. Последние два года заметил на шее слева выпячивание после еды, рвоту пищей. Начал терять вес. Ночью во время сна возникает кашель. При рентгенологическом контрастном исследовании пищевода на уровне ключиц появляется депо бария по величине и форме куриного яйца. Какая операция выполняется при данном заболевании?

- A. Резекция дивертикула;
- B. Эзофагомиотомия;
- C. Пищеводно-желудочный анастомоз;
- D. Экстирпация пищевода.

5. В больницу доставлен мужчина 42 года в крайне тяжелом состоянии: акроцианоз, одышка, подкожная эмфизема на шее и верхней части туловища. Жалуется на сильные боли за грудиной, в эпигастрии. Температура тела 38,9°C, пульс 130 уд/мин, АД = 80/50 мм рт. ст. Известно, что 6 лет назад после приема пищи и алкоголя, возникла рвота, при которой появились и стали нарастать вышеуказанные явления. Какой предварительный диагноз?

- A. Защемление параэзофагеальной грыжи;
- B. Спонтанный пневмоторакс;
- C. Спонтанный разрыв пищевода;
- D. Тромбоэмболия легочной артерии.

6. 38-летняя женщина жалуется на затруднения прохождения пищи по пищеводу, периодическую рвоту. Болеет 1,5 года. Последние 6 месяцев отмечает во время сна появление пищи на подушке. Потеряла 15 кг массы тела. Появились запоры, стул 1 раз в 3-4 суток. На обзорной рентгенограмме отсутствует газовый пузырь желудка. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Пептический стеноз пищевода;
- B. Ахалазия кардии;
- C. Рак пищевода;
- D. Дивертикул пищевода.

7. 38-летняя женщина жалуется на затруднения прохождения пищи по пищеводу, периодическую рвоту. Болеет 1,5 года. Последние 6 месяцев отмечает во время сна появление пищи на подушке. Потеряла 15 кг массы тела. Появились запоры, стул 1 раз в 3-4 суток. На обзорной рентгенограмме отсутствует газовый пузырь желудка. Какой стадии дисфагии соответствует данная симптоматика

- A. I;
- B. II;
- C. III;
- D. IV.

8. 38-летняя женщина жалуется на затруднения прохождения пищи по пищеводу, периодическую рвоту. Болеет 1,5 года. Последние 6 месяцев отмечает во время сна появление пищи на подушке. Потеряла 15 кг массы тела. Появились запоры, стул 1 раз в 3-4 суток. На обзорной рентгенограмме отсутствует газовый пузырь желудка. Характерный рентгенологический симптом при контрастной рентгенографии?

- A. Дефект заполнения;
- B. Симптом "ниши";
- C. Симптом "звона";
- D. Симптом "мышинного хвоста".

9. 38-летняя женщина жалуется на затруднения прохождения пищи по пищеводу, периодическую рвоту. Болеет 1,5 года. Последние 6 месяцев отмечает во время сна появление пищи на подушке. Потеряла 15 кг массы тела. Появились запоры, стул 1 раз в 3-4 суток. На обзорной рентгенограмме отсутствует газовый пузырь желудка. Какой основной метод диагностики данного заболевания?

- A. Плевральная пункция;
- B. Ультразвуковое исследование;
- C. Рентгенологическое исследование с сульфатом бария;
- D. Обзорная рентгенография грудной клетки.

10. На рентгенограмме пищевода в правой боковой проекции в средней трети определяется дополнительная тень на передней стенке, округлой формы с четкими гладкими контурами до 2 см в диаметре. Чему соответствует указана рентгенологическая картина?

- A. Ахалазия пищевода;
- B. Рак пищевода;
- C. Химический ожог пищевода;
- D. Дивертикул пищевода.

11. Инструментальное расширение ожоговых и пептических стриктур пищевода несет в себе опасность перфорации с развитием гнойного медиастинита и эмпиемы плевры. Какой наименее опасный метод для перфорации следует применять при первых расширениях стриктуры?

- A. Бужирование под контролем эзофагоскопа;
- B. Бужирование по металлической струне-проводнику;
- C. Бужирование под местной анестезией вслепую;
- D. Дилатация стриктуры баллонным дилататором со стабильным диаметром баллона.

12. Женщина 41 года жалуется на затруднение прохождения пищи по пищеводу, рвоту неизменной пищей, ночные регургитации (симптом, мокрой подушки"), потерю веса. Анамнез около 10 лет. При рентгеноскопическом исследовании выявлена ахалазия кардии IV стадии с S-образной деформацией. Какое оптимальное лечение вы примените?

- A. Операция эзофагокардиомиотомии с пластикой дном желудка.
- B. Кардиодилатация жестким дилататором Штарка.
- C. Кардиодилатация баллонным дилататором.
- D. Операция эзофаго-фундоанастомозу за Гейровским.

13. Женщина 41 года жалуется на затруднение прохождения пищи по пищеводу, рвоту неизменной пищей, ночные регургитации (симптом, мокрой подушки"), потерю веса. Анамнез около 10 лет. При рентгеноскопическом исследовании выявлена ахалазия кардии IV стадии. Какой характерный признак IV стадии данного заболевания?

- А. Рубцовые изменения с выраженным пищеводным расширением, перистальтика отсутствует
- В. Бессимптомный
- С. Значительное пищеводное расширение с S-образным удлинением.
- Д. Функциональный спазм без пищеводного расширения
14. Больной 52 года поступил в клинику с жалобами на полную непроходимость пищевода, слюноотделение, общую слабость, T-38,7°C. Дисфагия 8 суток. Это произошло после того, как проглотил кусок мяса с костью. При рентгеноскопии барий задерживается на уровне средней трети пищевода. При фиброэзофагоскопии обнаружена заклиненная кость, гиперемия и отек слизистой оболочки, покрытой фибрином. Какова оптимальная лечебная тактика в данном случае?
- А. Эндоскопическое удаление инородного тела жестким эзофагоскопом
- В. Хирургическое лечение: торакотомия, эзофаготомия, удаление инородного тела (кости), ушивание пищевода + гастростомия.
- С. Проталкивание инородного тела в желудок бужем.
- Д. Удаление инородного тела с помощью зонда Фогарти
15. Из имеющихся методов пластики пищевода наиболее физиологичным и безопасным методом на современном уровне является:
- А. Пластика изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка после одномоментной экстирпации пищевода с шейно-лапаротомного доступа.
- В. Толстокишечная пластика в антиперистальтической позиции трансплантата.
- С. Толстокишечная пластика в изоперистальтической позиции трансплантата.
- Д. Толстокишечная пластика с кожной вставкой.
16. У больного послеожоговый стеноз пищевода. После очередного сеанса бужирования возникла лихорадка, тахикардия, боли за грудиной. Рентгенологически - горизонтальный уровень жидкости в заднем средостении. Какой наиболее вероятный диагноз?
- А. Острый передний медиастинит.
- В. Дивертикул пищевода.
- С. Острая эмпиема плевры.
- Д. Острый задний медиастинит.
17. Беспокоит жжение, боль за грудиной, усиливающаяся при завязывании шнурков, похудение. Болеет в течение 7 месяцев. Последние 2 недели заметил затруднение прохождения твердой пищи. При контрастировании ЖКТ диагностированы: дефект наполнения нижнегрудного отдела пищевода, симптом "ниши" малой кривизны желудка. Какой наиболее вероятный диагноз?

А. Язва желудка;

В. Параэзофагальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;

С. Декомпенсированный пилоростеноз;

Д. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

18. Беспокоят боли за грудиной, затруднение прохождения твердой пищи, похудение, головокружение. Болеет в течение 3 месяцев. Последние 2 дня рвота после приема жидкой пищи, невозможное прохождение жидкой пищи. На ЭГДС резкое сужение пищевода, ригидность стенок, слизистая резко гиперемирована, контактная. Какой наиболее вероятный диагноз?

А. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;

В. Рак нижнегрудного отдела пищевода;

С. Параэзофагальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;

Д. Рефлюкс-эзофагит.

19. У больного 46 лет полгода назад появились жалобы на боли за грудиной во время еды и постоянное ощущение сильного жжения в пищеводе. Иногда наблюдались явления дисфагии при рентгенологическом исследовании, было установлено наличие дивертикула левой стенки пищевода на уровне бифуркации трахеи. 3x4 см, расположенном ниже дуги аорты. Больной не лечился. Какую тактику лечения следует выбрать?

А. Правосторонняя торакотомия, дивертикулэктомия;

В. Левосторонняя торакотомия, дивертикулэктомия;

С. Правосторонняя торакотомия, резекция пищевода;

Д. Толстокишечная пластика пищевода.

20. К врачу обратилась женщина 52 лет с жалобами на боли за грудиной, затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу, повышенное слюноотечение. Назначен 0,1 % раствор атропина перед приемом пищи. Состояние здоровья нормализовалось. Через 3 дня при рентгеноскопии патологии не выявлено. Эту женщину врач должен:

А. Выписать на работу;

В. Назначить контроль через 2 месяца;

С. Назначить лечение спазмолитиками;

Д. Направить на фиброэзофагоскопию.

21. На контрастной рентгенограмме пищевода в правой боковой проекции в средней трети определяется дополнительная тень на передней стенке, округлой формы с четкими гладкими контурами до 2 см в диаметре. Чему соответствует указанная рентгенологическая картина?

А. Дивертикул пищевода;

В. Ахалазия;

С. Рак пищевода;

Д. Стеноз пищевода.

22. Больной 54 лет жалуется на плохое прохождение пищи по пищеводу. Последние два года заметил на шее слева выпячивание после еды, рвоту пищей. Начал терять вес. Ночью во время сна возникает кашель. Какой диагностический метод исследования рекомендуется больному?

А. УЗИ шеи;

В. Компьютерная томография;

С. Контрастная рентгеноскопия пищевода с барием;

Д. Р-графия шейных позвонков.

23. В больницу доставлен мужчина 42 года в крайне тяжелом состоянии: акроцианоз, одышка, подкожная эмфизема на шее и верхней части туловища. Жалуется на сильные боли за грудиной, в эпигастрии. Температура тела 38,9°C, пульс 130 уд / мин, АД = 80/50 мм рт. ст. Известно, что 6 лет назад после приема пищи и алкоголя, возникла рвота, при которой появились и стали нарастать вышеуказанные явления. Какие методы исследования важны больному?

А. ЭКГ, Р-графия грудной клетки;

В. Контрастная рентгеноскопия пищевода с барием;

С. УЗИ;

Д. Компьютерная томография.

24. На приём к врачу обратилась молодая женщина с жалобами на нарушение прохождения пищи, срыгивания неизменённой пищи. Плотная пища проходит лучше, чем жидкая. Заболевание проявилось после тяжёлой семейной драмы. При эзофагографии определяется сужение кардиального отдела пищевода в форме «писчего пера» и супрастенотическое значительное расширение. Эвакуация бария из пищевода значительно замедлена. Наиболее вероятный диагноз. Диагноз?

А. Ахалазия кардии;

В. Кардиоспазм;

С. Стриктура пищевода;

Д. Рак пищевода.

25. На приём к врачу обратилась молодая женщина с жалобами на нарушение прохождения пищи, срыгивания неизменённой пищи. Плотная пища проходит лучше, чем жидкая. Заболевание проявилось после тяжёлой семейной драмы. При эзофагографии определяется сужение кардиального отдела пищевода в форме «писчего пера» и супрастенотическое значительное расширение. Эвакуация бария из пищевода значительно замедлена. Какие методы исследования нужно провести?

- A. Фиброэзофагоскопия с прицельной биопсией;
- B. Контрастная рентгенография пищевода с барием;
- C. Компьютерная томограмма;
- D. Все варианты верны.

26. Больной В., 36 лет, поступил в больницу с жалобами на прогрессирующую дисфагию. Болеет в течение трёх лет. Для прохождения пищи запивал её жидкостью, заглатывал воздух. Похудел, появилась рвота малоизменённой пищей. На рентгенологическом исследовании сужение пищевода в кардиальном отделе и супрастенотическое расширение его. Укажите степень кардиоспазма:

- A. I;
- B. II;
- C. III;
- D. IV.

27. Больной В., 36 лет, поступил в больницу с жалобами на прогрессирующую дисфагию. Болеет в течение трёх лет. Для прохождения пищи запивал её жидкостью, заглатывал воздух. Похудел, появилась рвота малоизменённой пищей. На рентгенологическом исследовании сужение пищевода в кардиальном отделе и супрастенотическое расширение его. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить?

- A. Фиброэзофагоскопия с прицельной биопсией;
- B. Контрастная рентгенография пищевода с барием;
- C. Компьютерная томограмма;
- D. Все варианты верны.

28. Больной В., 36 лет, поступил в больницу с жалобами на прогрессирующую дисфагию. Болеет в течение трёх лет. Для прохождения пищи запивал её жидкостью, заглатывал воздух. Похудел, появилась рвота малоизменённой пищей. На рентгенологическом исследовании сужение пищевода в кардиальном отделе и супрастенотическое расширение его. Тактика лечения?

- A. Бужирование под контролем эзофагоскопа;
- B. Оперативное лечение;
- C. Консервативная терапия;
- D. Слепое бужирование.

29. Больной Ш., 36 лет, поступил в больницу с жалобами на затруднение глотания в состоянии алкогольного опьянения. Полтора года назад, по ошибке выпил какую-то жидкость. В течение 10 дней находился на лечении в хирургическом отделении. В специализированном отделении

проводилось бужирование пищевода. Примерно через месяц появились признаки дисфагии, которые постепенно нарастали. После очередного курса бужирования явления дисфагии уменьшились. Однако затем вновь стали нарастать. Повторные курсы бужирования были не эффективны. В связи с дегидратацией и истощением была наложена гастростома. Может глотать только воду. Наиболее вероятный диагноз. Диагноз?

- A. Ахалазия кардии;
- B. Кардиоспазм;
- C. Рубцовое сужение;
- D. Рак пищевода.

30. Больной Ш., 36 лет, поступил в больницу с жалобами на затруднение глотания в состоянии алкогольного опьянения. Полтора года назад, по ошибке выпил какую-то жидкость. В течение 10 дней находился на лечении в хирургическом отделении. В специализированном отделении проводилось бужирование пищевода. Примерно через месяц появились признаки дисфагии, которые постепенно нарастали. После очередного курса бужирования явления дисфагии уменьшились. Однако затем вновь стали нарастать. Повторные курсы бужирования были не эффективны. В связи с дегидратацией и истощением была наложена гастростома. Может глотать только воду. Возможный метод хирургического лечения?

- A. Эзофаго-эзофагоанастомоз;
- B. Эзофагофундоанастомоз;
- C. пластика пищевода желудком, тонкой или толстой кишкой;
- D. Все варианты верны.

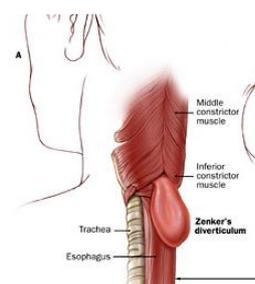
Практические навыки

1. По расположению какой вид дивертикула пищевода изображен на рисунке?

- A. Ценкеровский дивертикул;
- B. Бифуркационный;
- C. Наддиафрагмальный;
- D. Параэзофагеальный.

2. По расположению какой вид дивертикула пищевода изображен на рисунке?

- A. Бифуркационный;
- B. Ценкеровский дивертикул;
- C. Наддиафрагмальный;
- D. Параэзофагеальный.



3. По расположению какой вид дивертикула пищевода изображен на рисунке?

- A. Бифуркационный;
- B. Ценкеровский дивертикул;
- C. Наддиафрагмальный;
- D. Параэзофагеальный.

4. По расположению какой вид дивертикула пищевода изображен на рисунке?

- A. Бифуркационный;
- B. Ценкеровский дивертикул;
- C. Наддиафрагмальный;
- D. Параэзофагеальный.

5. Какая патология пищевода выявлена на эзофагофиброскопии?

- A. Ахалазия кардии;
- B. Рак пищевода;
- C. Стриктура пищевода;
- D. Дивертикул пищевода.

6. Для какой стадии ахалазии кардии характерен данный рисунок?

- A. I стадия;
- B. II стадия;
- C. III стадия;
- D. IV стадия.

7. Для какой стадии ахалазии кардии характерен данный рисунок?

- A. I стадия;
- B. II стадия;
- C. III стадия;
- D. IV стадия.

8. Для какой стадии ахалазии кардии характерен данный рисунок?

- A. I стадия;
- B. II стадия;
- C. III стадия;
- D. IV стадия.



9. Для какой стадии ахалазии кардии характерен данный рисунок?

- A. I стадия;
- B. II стадия;
- C. III стадия;
- D. IV стадия.



10. Какой характерный рентгенологический симптом изображен на рентгенографии?

- A. Симптом "мышинного хвоста";
- B. Дефект заполнения;
- C. Симптом "ниши";
- D. Симптом "звона".



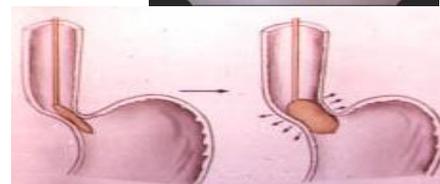
11. Какая патология пищевода выявлена на эзофагофиброскопии?

- A. Дивертикул пищевода;
- B. Рак пищевода;
- C. Ахалазия кардии;
- D. Стриктура пищевода.



12. Как называется метод лечения ахалазии кардии?

- A. Зондирование пищевода;
- B. Коагуляция кардии;
- C. Кардиодилатация;
- D. Бужирование пищевода.



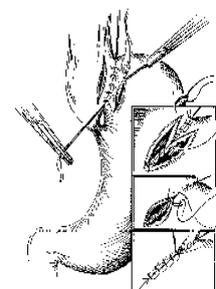
13. По какому автору выполняется эзофагомиотомия при ахалазии кардии?

- A. Операция Геллеровского;
- B. Операция Шалимова;
- C. Операция Микулича;
- D. Операция Геллера.



14. По какому автору выполняется эзофагогастростомия при ахалазии кардии?

- A. Операция Геллера;
- B. Операция Шалимова;
- C. Операция Геллеровского;
- D. Операция Микулича.



15. Опишите картину стадии ахалазии кардии?

- А. функциональный спазм пищевода без растяжения;
- В. постоянный спазм пищевода, умеренное расширение и сохраненная перистальтика;
- С. рубцовые изменения стенки с выраженной дилатацией пищевода, перистальтика отсутствует;
- Д. значительное растяжение пищевода с S-образным удлинением и наличие эрозионных изменений слизистой оболочки пищевода.



16. Для какой стадии ахалазии кардии характерен данный рисунок?

- А. функциональный спазм пищевода без растяжения;
- В. постоянный спазм пищевода, умеренное расширение и сохраненная перистальтика;
- С. рубцовые изменения стенки с выраженной дилатацией пищевода, перистальтика отсутствует;
- Д. значительное растяжение пищевода с S-образным удлинением и наличие эрозионных изменений слизистой оболочки пищевода.



17. Для какой стадии ахалазии кардии характерен данный рисунок?

- А. функциональный спазм пищевода без растяжения;
- В. постоянный спазм пищевода, умеренное расширение и сохраненная перистальтика;
- С. рубцовые изменения стенки с выраженной дилатацией пищевода, перистальтика отсутствует;
- Д. значительное растяжение пищевода с S-образным удлинением и наличие эрозионных изменений слизистой оболочки пищевода.



18. Для какой стадии ахалазии кардии характерен данный рисунок?

- А. функциональный спазм пищевода без растяжения;
- В. постоянный спазм пищевода, умеренное расширение и сохраненная перистальтика;
- С. рубцовые изменения стенки с выраженной дилатацией пищевода, перистальтика отсутствует;
- Д. значительное растяжение пищевода с S-образным удлинением и наличие эрозионных изменений слизистой оболочки пищевода.



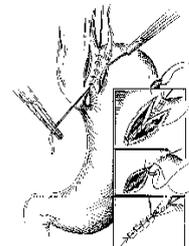
19. В чем заключается операция Геллера?

- A. Эзофагомиотомия;
- B. Эзофагогастростомия;
- C. Резекция дистального отдела пищевода;
- D. Экстирпация пищевода.



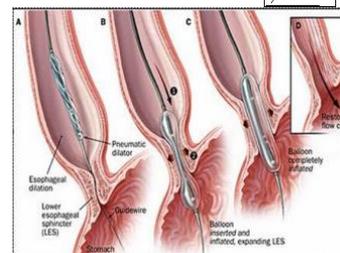
20. В чем заключается операция Гелеровского?

- A. Эзофагомиотомия;
- B. Эзофагогастростомия;
- C. Резекция дистального отдела пищевода;
- D. Экстирпация пищевода.



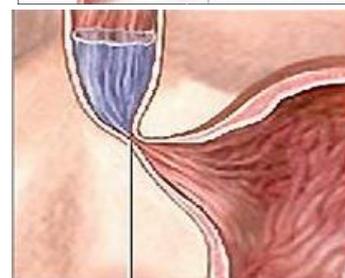
21. Лечение какого заболевания изображено на рисунке?

- A. Ахалазия кардии;
- B. Кардиоспазм;
- C. Рубцовая стриктуры;
- D. Варикозное расширение вен пищевода.



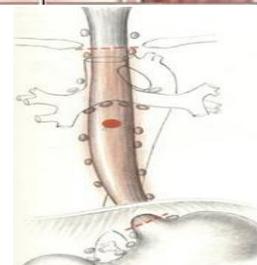
22. Схематическое изображение какого заболевания показано на рисунке?

- A. Ахалазия кардии;
- B. Кардиоспазм;
- C. Рубцовая стриктуры;
- D. Варикозное расширение вен пищевода.



23. Какой метод лечения заболеваний пищевода изображен на рисунке?

- A. Эзофагомиотомия;
- B. Резекция пищевода;
- C. Экстирпация пищевода;
- D. Стентирование.



24. Для какой патологии пищевода характерна данная картина?

- A. Эзофагит;
- B. Ожог пищевода;
- C. Стриктура пищевода;
- D. Рак пищевода.



25. Для какой патологии пищевода характерна данная рентгенологическая картина?

- A. Эзофагит;
- B. Рак пищевода;
- C. Стриктура пищевода;
- D. Ожог пищевода.



26. Какой отдел пищевода изображен на рисунке под номером 1?

- A. Pars laryngea;
- B. Pars cervicalis;
- C. Pars cardiaca;
- D. Pars abdominalis.

27. Какой отдел пищевода изображен на рисунке под номером 3?

- A. Pars laryngea;
- B. Pars cervicalis;
- C. Pars cardiaca;
- D. Pars abdominalis.

28. Какой отдел пищевода изображен на рисунке под номером 4?

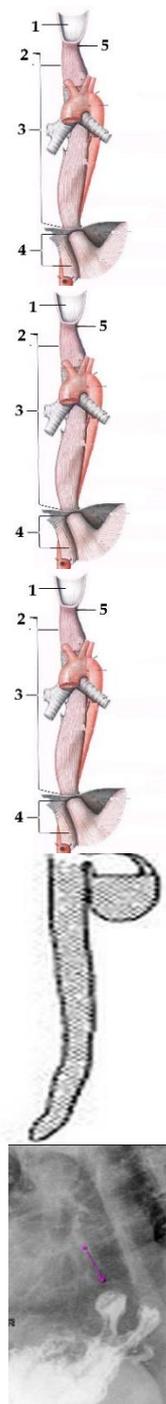
- A. Pars laryngea;
- B. Pars cervicalis;
- C. Pars cardiaca;
- D. Pars abdominalis.

29. Какой тип дивертикула пищевода изображен на рисунке?

- A. Глоточно-пищеводный;
- B. Бифуркационный;
- C. Ценкеровский дивертикул;
- D. Тракционный дивертикул.

30. Поставьте наиболее вероятный диагноз:

- A. Язва желудка;
- B. Полип пищевода;
- C. Дивертикул пищевода;
- D. Ахалазия кардии.



Ответы

Тестовые вопросы

1	A	6	D	11	D	16	C	21	C	26	D
2	A	7	C	12	A	17	B	22	C	27	A
3	D	8	A	13	B	18	A	23	D	28	A
4	B	9	B	14	D	19	D	24	B	29	B
5	A	10	D	15	B	20	A	25	A	30	D

Ситуационные задачи

1	A	6	B	11	D	16	D	21	A	26	C
2	C	7	B	12	A	17	A	22	C	27	A
3	C	8	D	13	C	18	B	23	A	28	B
4	A	9	C	14	B	19	A	24	B	29	C
5	C	10	D	15	A	20	D	25	A	30	D

Практические навыки

1	A	6	A	11	C	16	B	21	B	26	A
2	B	7	B	12	C	17	C	22	A	27	B
3	A	8	C	13	D	18	D	23	B	28	D
4	C	9	D	14	C	19	A	24	B	29	A
5	D	10	A	15	A	20	B	25	B	30	C

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. // Ташкент. 2005.
2. Кузин М.И. Хирургические болезни. // Москва, Медицина. 2005.
3. Савельев В.С. Хирургические болезни: Учеб.: в 2 томах / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.

Дополнительная литература

4. Кржечковская В.В., Вахтангишвили Р.Ш. Гастроэнтерология: заболевания пищевода. Феникс. 2006 г. - 480 с.
5. Тамулевичюте Д.И., Витенас А.М. Болезни пищевода и кардии. М.: Медицина. 1986 г. – 225 с.
6. Чернин В.В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. руководство для врачей. Медицинское информационное агентство, 2010г. – 528 с.
7. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. «Хирургия пищевода» руководство для врачей. Москва, 2010 г.
8. surgerylinks.ru
9. surgerylib.ru
10. moodle.sammi.uz
11. medicinform.net/surgery

