

Повреждения пищевода

- **Выделяют:**
- **внутренние(закрытые)** – со стороны слизистой оболочки пищевода(чаще всего)
- **наружные (открытые)**- при проникающих ранениях шеи или грудной полости в сочетании с ранениями других органов (крупных сосудов, щитовидной железы, трахеи, легких, сердца)
- **Причины:** а) перфорации и разрывы пищевода инородными телами, химическими веществами, лучевое воздействие
- б) в 2/3 инструментами(при эзофагоскопии жестким эзофагоскопом, бужировании пищевода, ФЭГДС, кардиодилатации, интубации трахеи, при введении желудочного зонда)
- в) воздействие взрывной волны и сжатого воздуха
- г) повреждения во время операций при патологии шеи, средостения
- д) спонтанный разрыв
- **Способствующие факторы:** алкогольное опьянение, переедание, рвота

Морфологические изменения

- **При перфорации** – воспалительный отек рыхлой околопищеводной клетчатки – **стадия серозного воспаления**
- **Через 6-8 часов после травмы**- признаки гнойного воспаления(края раны покрываются налетом фибрина и гноем)
- **Гистологически:** инфильтрация лейкоцитами. Серозный экссудат становится фибринозно-гнойным
- **Через 24 часа**- края раны приобретают грязно-серый вид, резкое полнокровие всей стенки и диффузная инфильтрация лейкоцитами (флегмона). Ложный ход заполняется гноем
- **Через 3-4 суток**- формируется ограниченный абсцесс или прогрессирует флегмона с вовлечением в процесс плевры и перикарда
- **Регенеративные процессы** – к концу 2-3 недели.
- **Репаративная стадия** продолжается от 3 недель до 3 месяцев

Клиническая симптоматика

- **Клиническая картина зависит от:**
- а) локализации перфорации,
- б) ее размеров,
- в) наличия осложнений (плевро -легочных, кровотечения и т.д.)
- **Жалобы:** боль, усиливающаяся при глотании: а) при локализации в области С6-7- в области шеи, среднегрудного отдела – боль в груди с иррадиацией их в спину, нижнегрудного – в нижней половине груди, эпигастрии и подреберьях
- Дисфагия
- Одышка, причины которой эмфизема средостения, плевро-легочные осложнения, сдавление трахеи или бронхов
- Общая слабость, лихорадка, тахикардия
- **Таким образом: наиболее частое осложнение после травмы пищевода - МЕДИАСТИНИТ**

Диагностика и лечение

Основной метод – **рентгенологический**, позволяющий обнаружить: а) эмфизему средостения. мягких тканей, шеи и груди
б) гидропневмоторакс

рентгеноскопия с водорастворимым контрастным веществом

■ **Фиброэзофагогастроскопия**

■ **Методы лечения:** а) консервативный; б) оперативный

Консервативное лечение оправдано у трех групп больных

1. с непроникающими ранениями

2. со свежей перфорацией инородным телом(менее суток)

3) с небольшими инструментальными разрывами, имеющими ложный ход(не более 1,00-1,5 см)

При условии хорошего оттока гноя из зоны повреждения

Принципы консервативной терапии

- **1. Ограничение** при непроникающих и **исключение питания** при проникающих повреждениях пищевода
- У больных 1-й группы(течения 4-6 дней) назначают жидкую пищу в теплом виде с последующим приемом раствора антибиотиков или антисептиков
- У больных 2-й группы(в течении 8-12 дней) – исключают питание до заживления дефекта. При этом:
 - а) при заживлении в течении недели – полное парентеральное питание
 - б) если разрыв более 1 см.- назогастральный зонд
- **2. Массивная антибиотикотерапия** с учетом чувствительности микрофлоры
- **3. Тщательный туалет** полости рта и носоглотки

Принципы хирургического лечения

- **Абсолютные показания к операции:**
- 1) проникающие повреждения инородными телами, находящимися в просвете пищевода более 24 часов;
- 2). инструментальные разрывы с образованием ложного хода более 2 см
- 3) повреждения любого характера в сочетании с разрывом медиастинальной плевры
- 4) проникающие повреждения абдоминального отдела
- 5) любые повреждения, осложнившиеся образованием абсцесса (флегмоны) околопищеводной клетчатки шеи или средостения
- **Обезболивание**
- Эндотрахеальный наркоз с применением миорелаксантов

Сроки и объем оперативного вмешательства (хирургические доступы)

- 1) **чрезшейная медиастинотомия** (по В.И.Разумовскому)- на шейном, верхнегрудном отделах и верхнем средостении:
 - а) при повреждении передней, задней и левой стенок пищевода - **левосторонний доступ**
 - б) при повреждении правой стенки – **правосторонний**
- 2) **Трансплевральный** (по В.Д.Добромыслову) - боковой правосторонний(в 5-6 межреберьях):
 - а) для ушивания верхне и среднегрудного отделов
 - - **торакотомия в 5-6 межреберьях,**
 - б) при ушивании наддиафрагмального сегмента
 - – **слева по 7 межреберью**
- 3) **Другие доступы:**- чрезбрюшинная диафрагмокруротомия
 - - задний внеплевральный по И.Н.Насилову
 - - **чрезпищеводная медиастинотомия (большие надежды)**

Сроки и объем оперативного вмешательства

- А) ушивание стенки пищевода
- Сроки ограничены 4- 6 часами, в остальных случаях – дренирование средостения
- Б) Внеплевральное дренирование средостения- при больших разрывах пищевода и невозможности его ушивания или резекции:
 - методика института Н.В.Склифосовского
(применение двухпросветного дренажа и электровиброотсоса)
- В) Резекция пищевода показана
 - - только лицам моложе 60 лет; -
 - - не позднее 10-12 часов после разрыва
 - Больные с вторичным медиастинитом – на 25-27 день
 - (Медиастинотомия с дренированием средостения)
- При инструментальных повреждениях, как правило – при диагностике (ушивание разрыва пищевода с дренированием)

Ожоги пищевода

- Пищевод соединяет глотку с кардиальной частью желудка
- Протяженность пищевода около 25 см.
- Выделяют три отдела:
 - 1) шейный (5-6 см)
 - 2) грудной (16-18 см)
 - 3) абдоминальный (1-4 см)
- Существует три анатомических сужения:
 - 1 – во входе в пищевод(14-16 см от края верхних резцов)
 - 2 – на уровне бифуркации трахеи и пересечения пищевода с левым главным бронхом (25 см. от края верхних резцов)
 - 3 – на уровне пищеводного отверстия диафрагмы(37-40 см от края верхних резцов)

Локализация отделов пищевода

- **Шейная часть** и начальные отделы пищевода до дуги аорты-
левее срединной линии;
- **Средняя часть** – уходит вправо от срединной линии и располагается
справа от аорты;
- **Нижняя треть его** – отклоняется влево от срединной линии,
пищевод находится над диафрагмой спереди от аорты
- **От сюда имеется три доступа к пищеводу:**
- **При шейной патологии** – левосторонний доступ
- **Среднегрудного** – правосторонний трансплевральный
- **Нижнегрудного** - левосторонний трансплевральный

Продолжение

- **Выделяют ожоги:** Химические Термические Лучевые
- **Возникают:**
 - при случайном приеме едких веществ(чаще в детском возрасте);
 - либо в случаях суицидальных попыток (чаще у женщин);
 - ошибочного приема химических агрессивных веществ (паяльной кислоты, раствора сулемы, фенола и т.д.- у мужчин)
- **Чаще отравления** возникают после употребления уксусной кислоты(эссенции), т.к. она более доступна
- **Считают:** при приеме **сильной кислоты**- наибольшие изменения наступают **в пищеводе**;
- При приеме **едкой щелочи**- **в желудке**(слизистая оболочка желудка устойчива к действию кислот)
- **Играют роль:** количество выпитого, наличие пищи в желудке

Продолжение

- Выделяют **три степени поражения пищевода**:
- **Первая степень**- ожог слизистой оболочки (поверхностный ожог)
- **Вторая степень** – поражение мышечной оболочки(глубокий ожог)
- **Третья степень** – изменения всех оболочек пищевода и параэзофагеальной клетчатки (ранний перфоративный ожог)
- **Химические ожоги** пищевода проходят в своем течении **четыре фазы(стадии) морфологических изменений**:
 - Гиперемия и отек
 - Некроз и изъязвления
 - Грануляции
 - Рубцевание, сморщивание и стенозирование

Клиническая картина

- Клинически выделяют три периода(иногда четыре)
 - **Первый, острый, период:** легкой, средней и тяжелой степени
 - Боли в полости рта, по ходу пищевода, эпигастрии
 - Многократная рвота
 - Обильное слюнотечение
 - Дисфагия
 - Возможно развитие шока.
 - Развивается ожоговая токсемия: жажда, повышение температуры, одышка в покое, тахикардия
 - Возникает почечная, сердечно-сосудистая недостаточность
- Медиастинит, асфиксия**

продолжение

- **Вторая стадия**(через несколько дней, неделю) – мнимого благополучия:
 - отторгаются некротические ткани
 - исчезает дисфагия
 - возможно свободное прохождение пищи
- **Третья стадия**(через месяц) – хроническая - период формирования рубцовых стриктур:
 - дисфагия сопровождается рвотой
 - нарушается проходимость
- **в отдаленном периоде** –возможно развитие рака, пищеводных свищей

продолжение

- Таким образом клиника ожога пищевода разделяется на три периода:
- **1) острый** – во время гиперемии, отека и изъязвления слизистой- в этот период глотание невозможно из-за сильных болей
- **2) подострый** – период грануляции - больной получает возможность пить и принимать пищу, однако глотание может сопровождаться болью.
- **3) хронический** - период нарастания сужения пищевода, возврата дисфагии, прогрессирующего истощения
- **Диагностика:**
- жалобы, анамнез, клиническое течение
- рентгенологическое и эндоскопическое обследование

Лечение

- **В остром периоде – лечение в реанимационном отделении**
- **На месте происшествия** : снять боль, уменьшить саливацию (введение наркотических анальгетиков, атропин, антигистаминные препараты)
- Промывание желудка с помощью зонда (щелочи- разведенный раствор уксусной кислоты или растительным маслом, кислотами - раствором соды. Можно использовать молоко)
- Вводят антидот
- **В реанимационном отделении:**
- продолжается противошоковая и дезинтоксикационная терапия
- Нормализация функций органов и систем
- Симптоматическая терапия
- **С целью профилактики стриктур-**
- раннее бужирование пищевода со второй стадии(с 10-го дня)
- При полном нарушении проходимости- **гастростома**

Продолжение

- **При формировании стеноза**
- – эзофагоскопия требует осторожности
- - слепое бужирование противопоказано
- **В случае резкого стеноза**
- - бужирование производят со стороны желудка через желудочную фистулу
- **Недостатки бужирования:**
- травматизация пищевода
- плохая переносимость
- необходимость длительного лечения
- **Профилактика.**
- - Запрещается продажа едких химических веществ без рецепта врача
- - На посудине должна быть этикетка с надписью «**Яд. Опасно**»