

«Особенности повреждения пищевода»

Подготовил: Адильбеков Ж.Е.

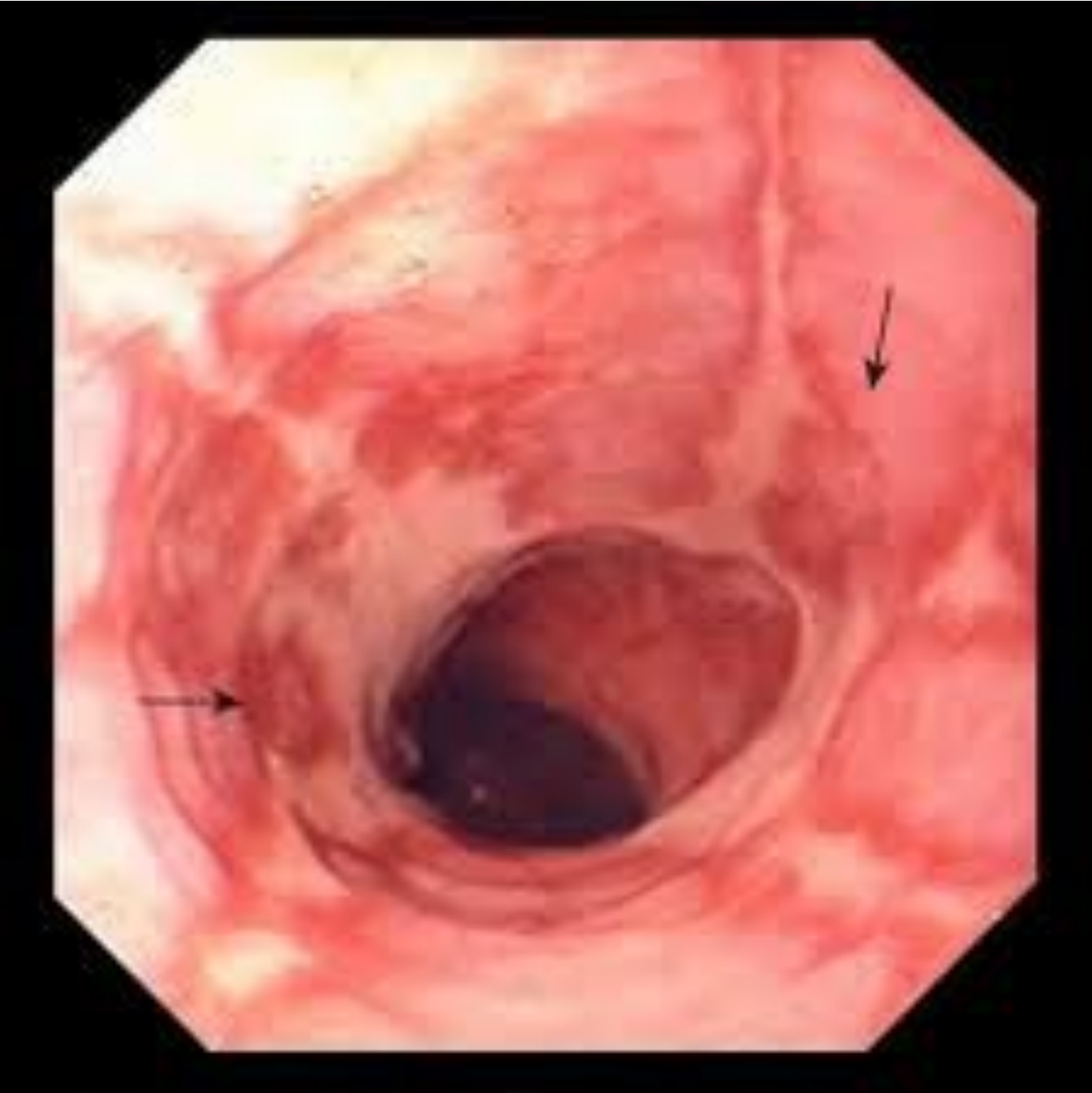
Необходимость знания абдоминальными хирургами основ диагностики и хирургического лечения повреждений пищевода обусловлена тем, что иногда они возникают при оказании анестезиологических и реанимационных пособий больным с острой хирургической патологией органов брюшной полости и хирург должен уметь не только распознать это тяжелое осложнение, но и своевременно оказать квалифицированную помощь. Нетравматические (спонтанные) разрывы, локализирующиеся в наддиафрагмальном и абдоминальном отделах пищевода, имеют симптоматику, весьма сходную с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Кроме того, к хирургу за помощью могут обратиться пострадавшие с химическим ожогом пищевода и желудка.

По этиологии следует различать

- Наиболее многочисленную группу составляют *механические повреждения*. Они возникают в результате застревания инородных тел, различных инструментальных манипуляций, ранений холодным и огнестрельным оружием, тяжелой закрытой травмы, струи сжатого газа.
- *Термические и химические повреждения* (ожоги) возникают в результате случайного или преднамеренного приема горячих и прижигающих растворов.
- Особую группу составляют так называемые *спонтанные разрывы* пищевода.







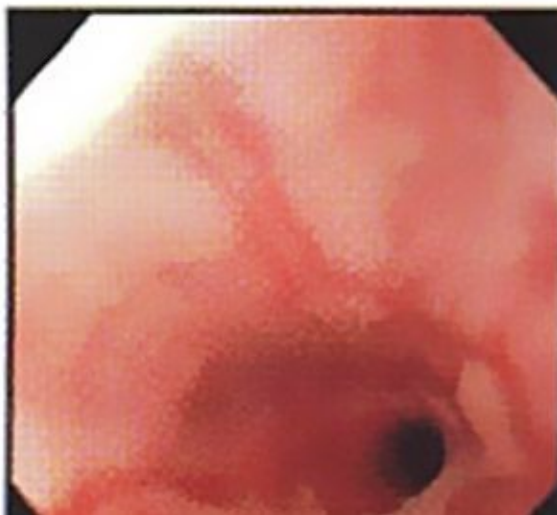
Степень А



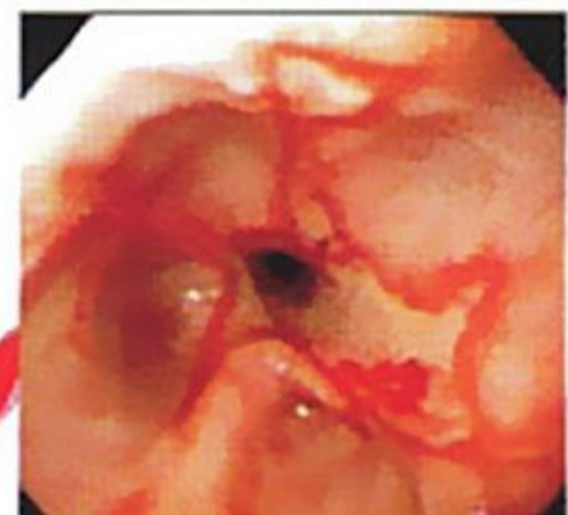
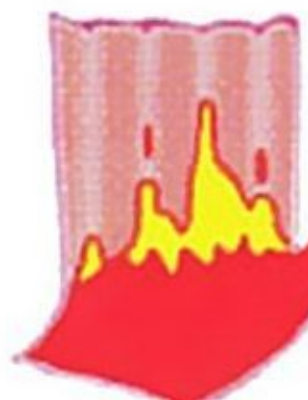
Степень В



Степень С

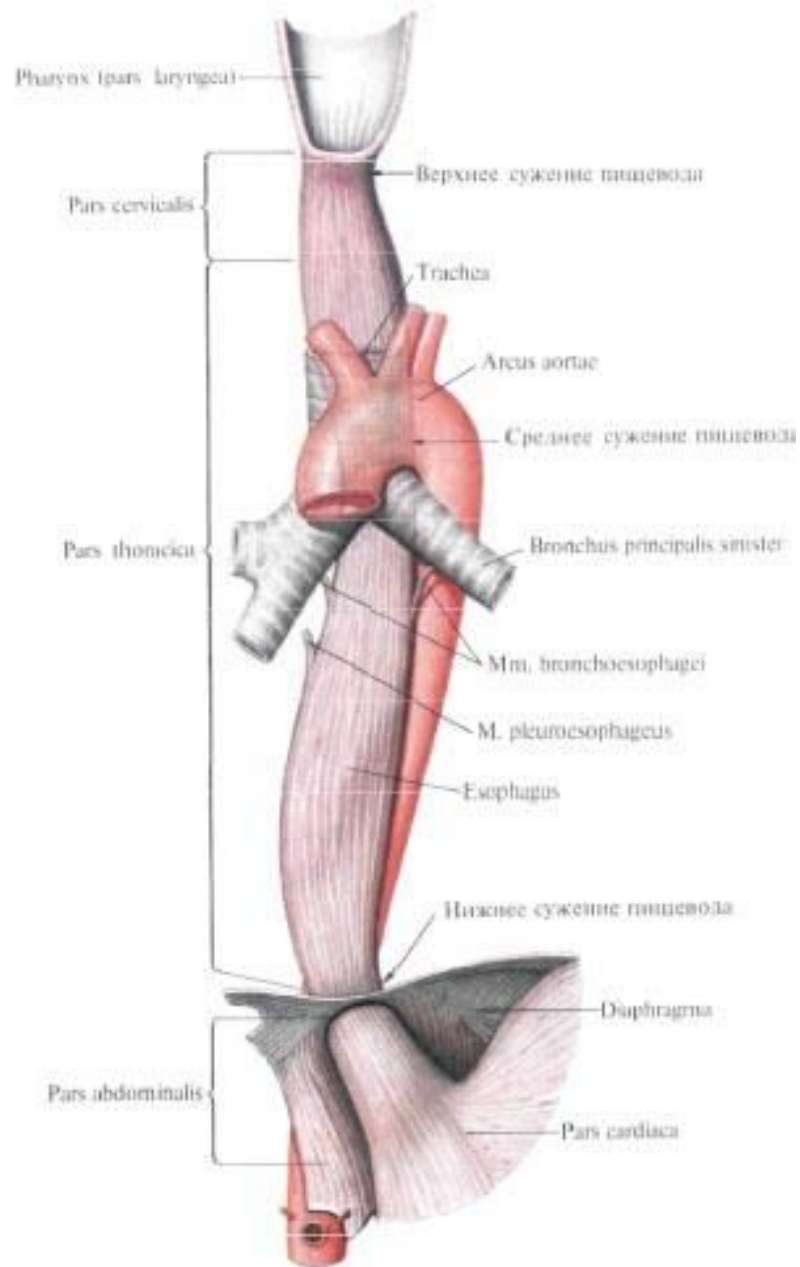


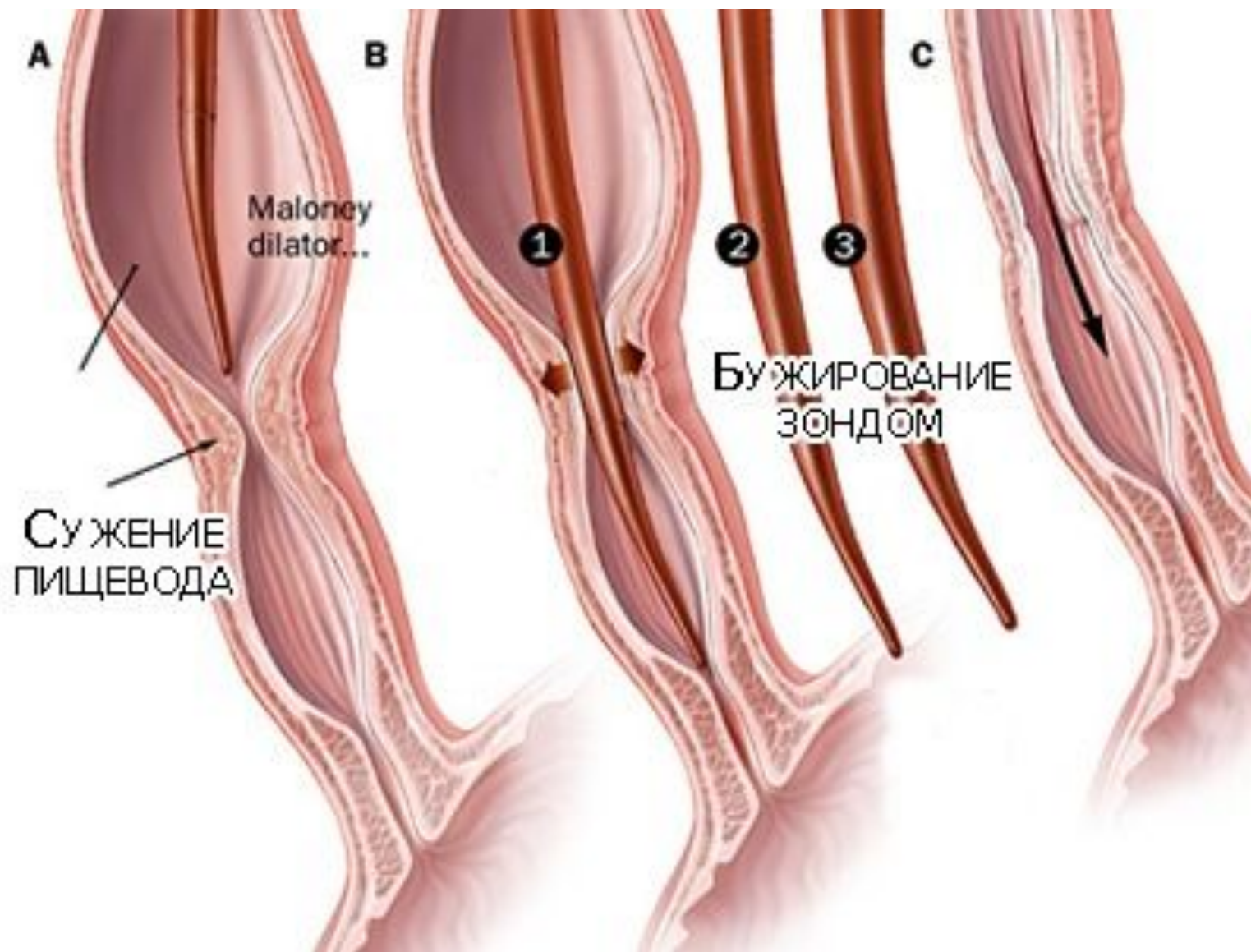
Степень D



По локализации (уровню) принято выделять травму шейного, грудного или абдоминального отделов пищевода, а также множественные повреждения различных уровней.

- Повреждения инородным телом и инструментом могут быть на любом уровне, но чаще всего при застревании инородного тела повреждается *шейный отдел* пищевода. Для ятрогенных повреждений при попытках фиброэзофагоскопии, интубации трахеи или проведения желудочного зонда характерно повреждение шейного отдела, а при кардиодилатации - *абдоминального отдела* пищевода. При бужировании рубцовых стриктур чаще всего перфорируется *грудной отдел*. Типичной локализацией спонтанного разрыва является нижняя треть грудного отдела пищевода, его левая стенка.





По локализации (стороне поражения) различают повреждения

- *Передняя стенка* пищевода повреждается очень редко, если не считать своеобразного механизма повреждения — некроза с образованием трахеопищеводного свища вследствие длительного стояния в просвете трахеи интубационной или трахеостомической трубки с манжетой. Следует признать, что в последние годы такие наблюдения встречаются все чаще и чаще.
- Для инородных тел характерно повреждение *боковых стенок*, левой или правой или обеих одновременно. Инструментальные разрывы шейного отдела пищевода чаще располагаются по *задней стенке*, грудного отдела - по правой. Как уже было упомянуто, спонтанный разрыв пищевода локализуется чаще всего по левой стенке, реже - задне-левой.
- *Циркулярные повреждения* (отсечения, отрыв) встречаются только при ранениях и закрытой травме.
- Для химической и термической травм пищевода, вследствие распространенности, выделения уровня и стенок не имеет большого значения.

- *По глубине поражения* различают непроникающие (ссадины и скальпированные раны слизистой оболочки и подслизистого слоя, подслизистые гематомы) и проникающие (колотые, резаные, рваные, огнестрельные, пролежни) повреждения пищевода.
- *Непроникающие повреждения* встречаются довольно часто. Застревание инородных тел и самостоятельные попытки избавления от них (глотание корок хлеба и т.д.), грубые манипуляции эндоскопическими приборами и инструментами сопровождаются повреждением легко ранимой слизистой оболочки и, нередко, проходят незамеченными для пациента и врача.

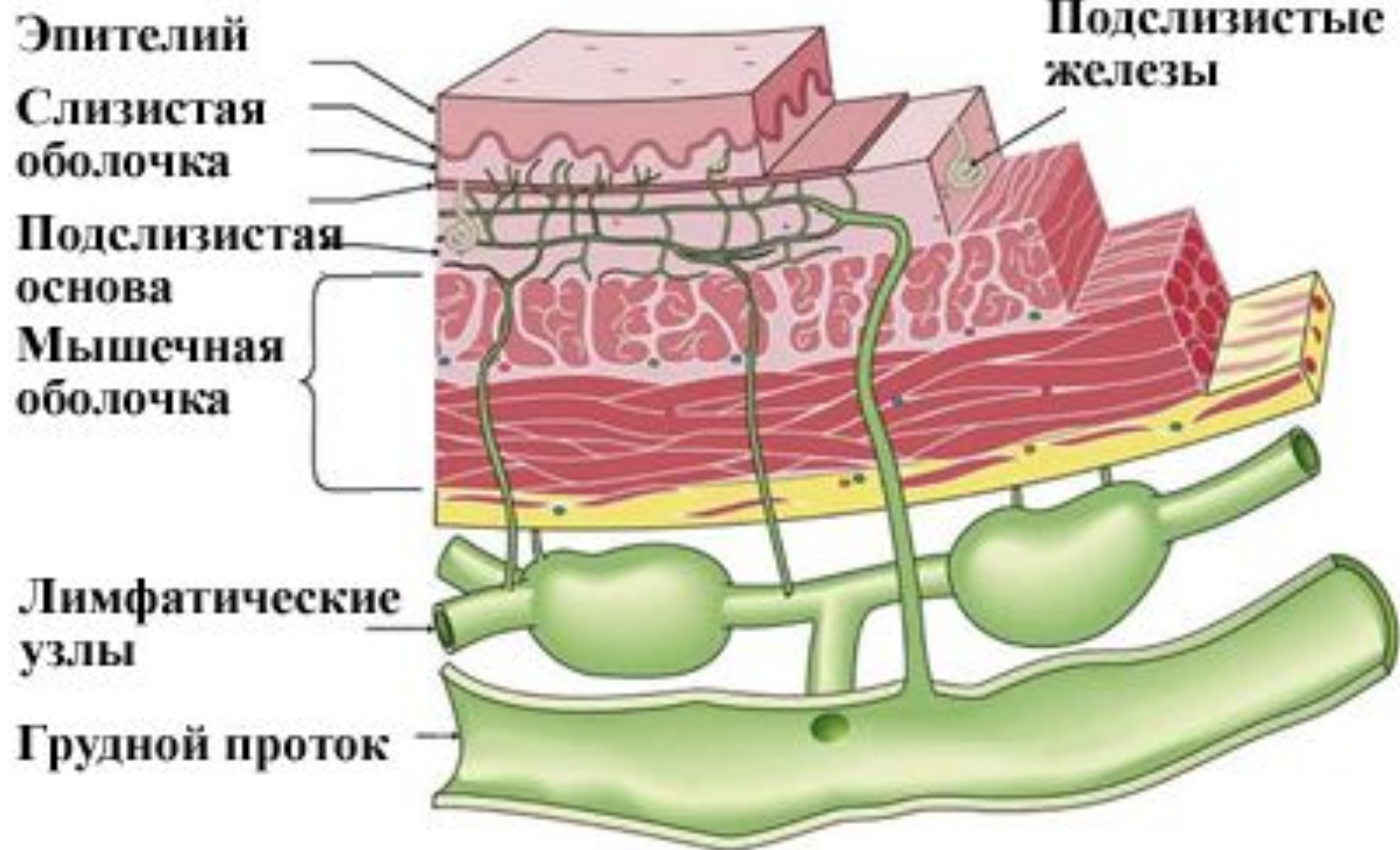
По внешнему виду различают

- *Колотые раны*, проникающие за стенку пищевода, характерны для инородных тел. Проникающие повреждения инструментом всегда имеют вид *рваных ран*. Интраоперационные повреждения пищевода представляют собой линейные раны с ровными краями.
- *Пролежни стенки пищевода* длительно стоящим инородным телом (изнутри) или трахеальной манжетой (снаружи) имеют вид округлых язв с некротическими краями.
- *Спонтанные разрывы* представляют собой большой протяженности (4-8 см) линейный продолговатый дефект стенки. Иногда этот разрыв распространяется на кардиальный отдел желудка.

В зависимости от глубины поражения различают 3 степени химического (и термического) ожога пищевода.

- *I степень* характеризуется поражением поверхностных слоев эпителия и выглядит как гиперемия слизистой оболочки.
- *II степень* ожога приводит к некрозу слизистой оболочки и образованию поверхностных язв.
- *При III степени* ожога поражается мышечный слой с образованием глубоких язв, отторжением слизистой оболочки и кровотечением.

Строение пищевода

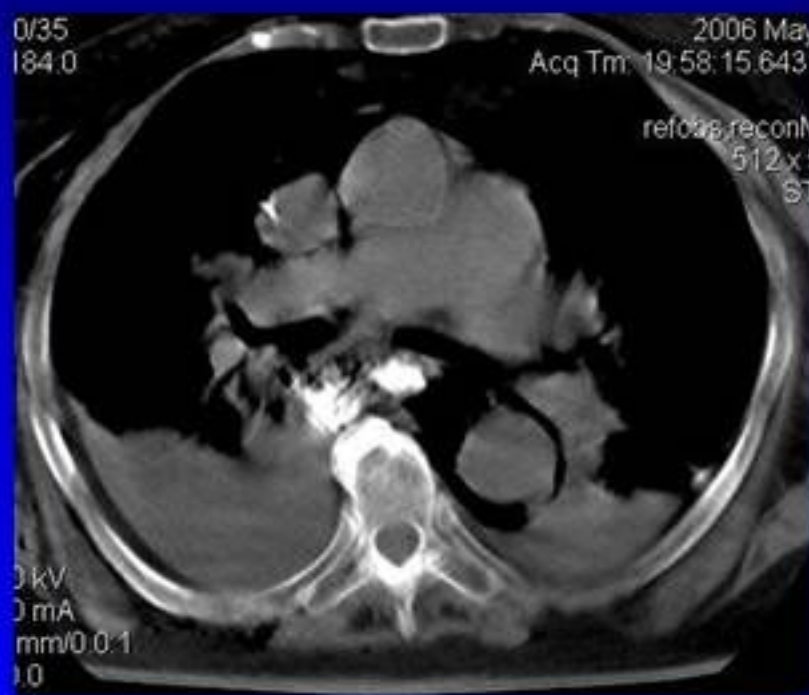
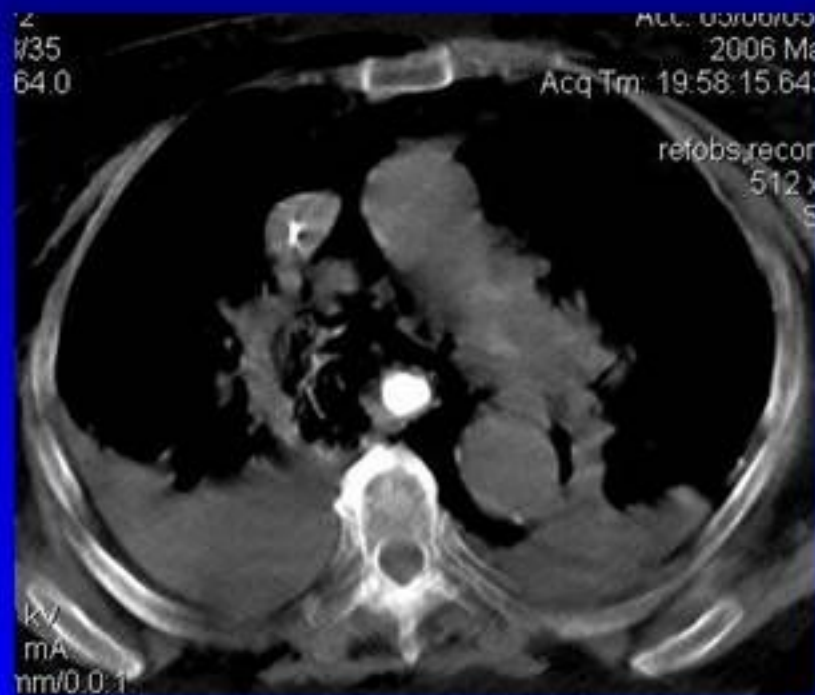


- **По объему травмы** целесообразно подразделять на изолированные повреждения пищевода и в сочетании с поражением окружающих органов и тканей.
- Необходимость такого разделения вызвана тем, что изолированные повреждения протекают намного легче. Однако это бывает не часто. При любом проникающем повреждении в процессе, как правило, вовлекается околопищеводная клетчатка. Масштабы ее вовлечения бывают разными. В то же время именно от этого фактора зависит тяжесть состояния больного и прогноз в целом. Так, инструментальные повреждения, обусловленные поступательным движением инструмента, всегда сопровождаются образованием так называемого ложного хода в околопищеводной клетчатке средостения. При наиболее грубых манипуляциях инструмент разрывает медиастинальную плевру, проникая в плевральную полость. Одновременные повреждения пищевода, трахеи и бронхов, крупных сосудов встречаются при огнестрельных, реже - колото-резаных ранениях, рассечениях стенки пищевода крупным и острым инородным телом (стеклом).
- Спонтанные разрывы левой стенки пищевода нередко сопровождаются одновременным разрывом медиастинальной плевры. Ожоги пищевода, как правило, сочетаются с ожогами желудка, а при приеме большого количества прижигающей жидкости кроме ожогов пищевода и желудка возникают ожоги двенадцатиперстной и тощей

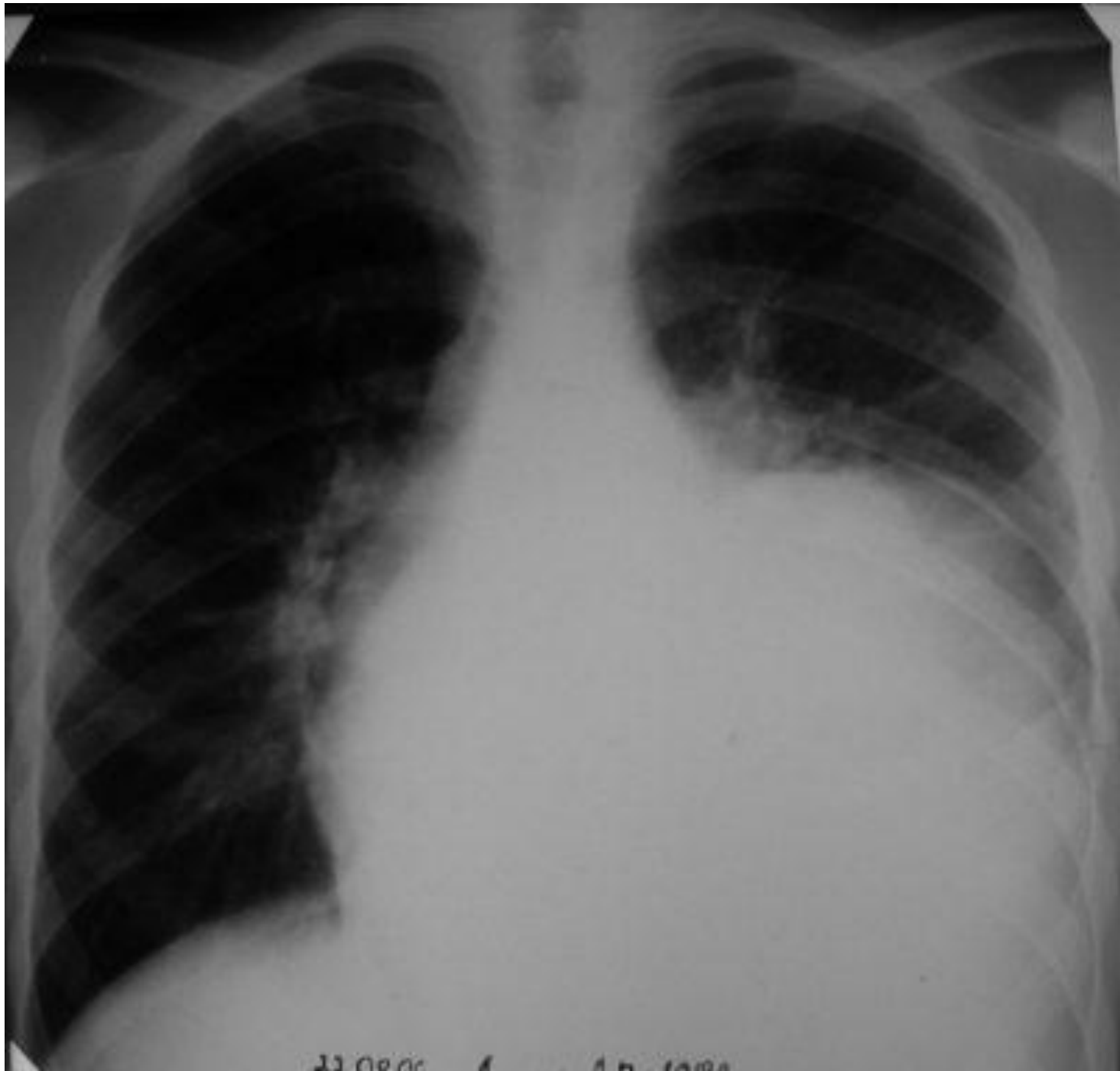
- Многообразные клинические проявления повреждений пищевода можно разделить на местные и общие.
- ***К местным проявлениям*** относят боль по ходу пищевода, усиливающуюся при акте глотания, дисфагию, осиплость голоса, подкожную эмфизему, инфильтрацию и гиперемию мягких тканей шеи, болезненность их при пальпации, пневмоторакс, напряжение мышц передней брюшной стенки.
- ***К общим проявлениям*** относятся бледность и цианоз кожных покровов, одышка, холодный пот, тахикардия, озноб, гипертермия.

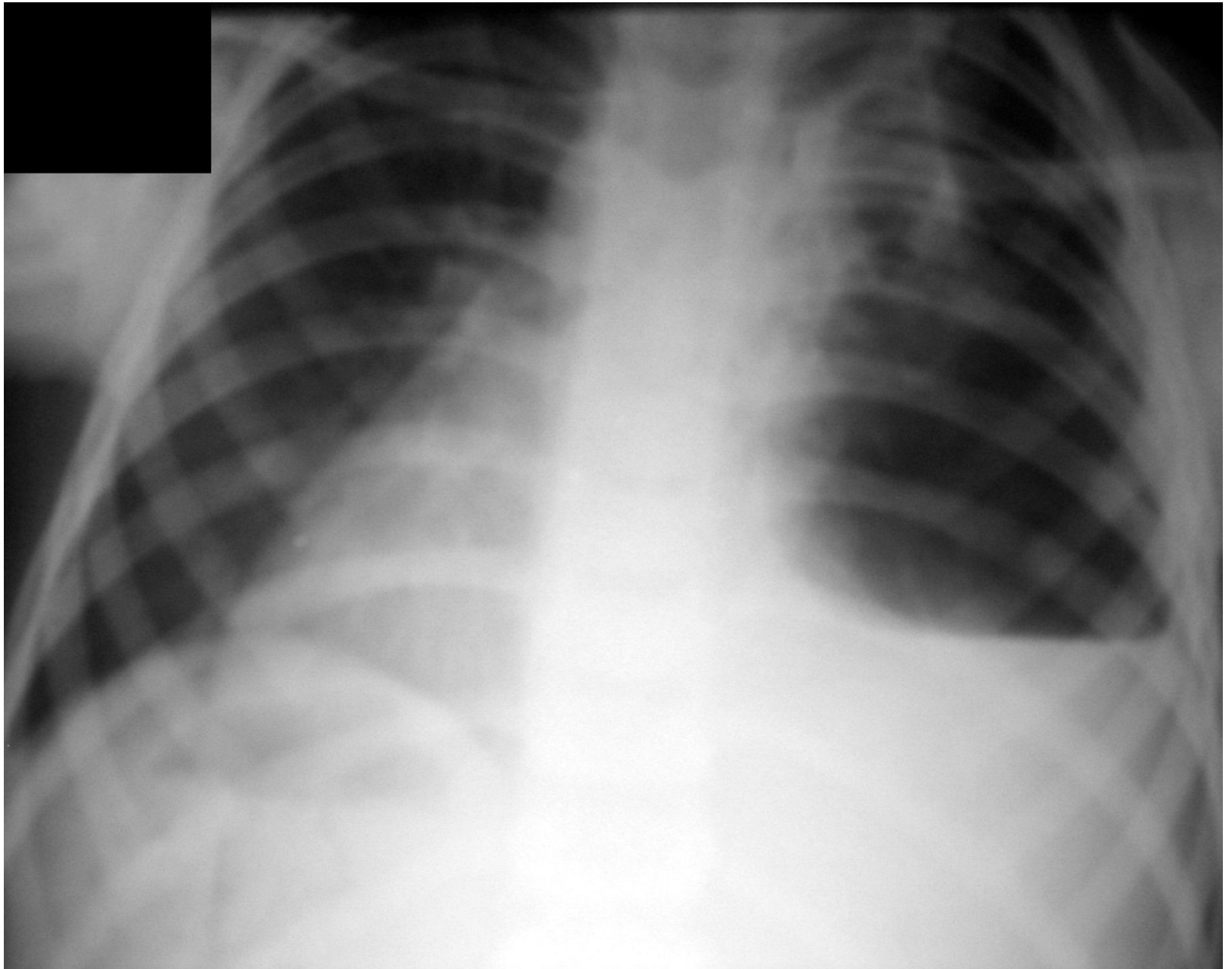
- Среди *рентгенологических признаков повреждений пищевода* следует различать косвенные признаки и прямые.
- Косвенные признаки можно определить при полипозиционной рентгеноскопии шеи и грудной клетки, выявленные изменения фиксируются затем на рентгенограммах. Наиболее распространенным признаком повреждения пищевода является наличие *эмфиземы околопищеводной клетчатки* шеи и средостения, межфасциальных пространств шеи, подкожной клетчатки. Возникновение *пневмоторакса*, *гидроторакса* или *гидропневмоторакса* также является косвенными признаками разрыва пищевода.

Травма пищевода (разрыв пищевода)



Косвенные признаки разрыва пищевода –
выход контрастного вещества в окружающие ткани,
флегмона заднего средостения





- Прямым признаком разрыва пищевода является *затекание контрастного вещества*, принятого через рот, за *пределы стенок пищевода*.
- Обычно используют взвесь сульфата бария различной консистенции. Масляные контрастные растворы из-за высокой вязкости не всегда проникают в узкий перфорационный ход в стенке пищевода и не позволяют диагностировать повреждение. Водорастворимые контрастные препараты также уступают по информативности взвеси сульфата бария, так как при глотке быстро продвигаются в желудок, не обладают способностью импрегнации поврежденной слизистой оболочки пищевода и быстро всасываются из околопищеводной клетчатки.



- В то же время **отсутствие затекания контрастного вещества при однократном исследовании не исключает полностью повреждение пищевода.** Поэтому больные с подозрением на перфорацию пищевода должны быть подвергнуты повторному рентгенологическому исследованию через 6-12 часов, в процессе динамического наблюдения в условиях хирургического стационара. Для уточнения распространенности и степени химического или термического ожога используют *фиброзофагоскопию*. Однако при любом подозрении на проникающий характер повреждения этот метод должен исключен.