**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Зав. кафедрой д.м.н.

**ДОКЛАД**

на тему:

«**СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА, ИМЕЮЩИЕ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВРАЧА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**»

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

**Пенза 2008**

# **План**

1. Загрудинные боли пищеводного происхождения

2. Специфические виды дисфагии

2.1 Преходящая дисфагия

2.2 Дисфагия при заболеваниях пищевода

3.Травмы пищевода

3.1 Этиология

3.2 Патогенез и клинические проявления

3.3 Симптомы разрыва и перфорации

3.4 Диагностика

4. Специальные диагностические мероприятия, проводимые в ОПН

4.1 Проглоченные инородные тела

4.2 Диагноз

4.3 Лечение

Литература

**1 Загрудинные боли пищеводного происхождения**

Боль, возникающая в пищеводе, является наиболее тревожным пищеводным симптомом, поскольку она часто маскирует загрудинную боль, обусловленную медиастинитом или ишемической болезнью сердца. Действительно, у больных с перфорацией пищевода вначале может иметь место боль пищеводного происхождения, которая затем переходит в боль, обусловленную медиастинитом, как при синдроме Бурхаве. Однако наиболее частой причиной для тревоги является боль, связанная с пищеводной коликой, которая маскирует инфаркт миокарда.

Боли вследствие пищеводной аномалии часто сопровождаются дисфагией, одинофагией, изжогой, вздутием эпигастрия, отрыжкой и рефлюксом. При тщательном поиске этих симптомов подавляющее большинство больных с пищеводными причинами загрудинной боли могут быть отделены от больных, имеющих инфаркт миокарда. Снятие загрудинной боли антацидами или повторным глотанием, особенно теплой жидкости, а также исследование с барием позволяют идентифицировать большинство больных этой группы.

К сожалению, у больных с атипичной пищеводной коликой вследствие рефлюкс-эзофагита или диффузного спазма отмечаются, возникновение боли при физической нагрузке и ее исчезновение в покое. Действительно, по данным исследований Bennett и Henderson, у 55 % больных наблюдалась атипичная пищеводная загрудинная боль, возникавшая при физической нагрузке. Нитроглицерин устраняет боли как пищеводного, так и кардиального происхождения, но у больных с эзофагитом боль обычно проходит через 7—10 минут, тогда как при ишемической болезни сердца — через 2—3 минуты, и не полностью купируется при инфаркте миокарда. В обоих случаях возможны аномалии сегмента SТ на ЭКГ.

**2 Специфические виды дисфагии**

**2.1 Преходящая дисфагия**

Преходящая дисфагия (ПД) — это неспособность начать акт глотания. Ее причиной обычно является болезненное воспаление, вызывающее механическую обструкцию, а также нейромышечные расстройства. Патология жевательных мыши и слюнных желез также приводит к ПД, но менее часто.

ПД наряду с одинофагией могут вызывать болезненные повреждения языка, ротоглотки и гортани. Примером могут служить фарингиты бактериальной (стрептококковые), вирусной (герпетические) и грибковой этиологии; два последних вида особенно часто наблюдаются у больных с иммунологическими нарушениями. Окологлоточные абсцессы и тонзиллиты могут вызывать механическую обструкцию, а также одинофагию с дисфагией. К появлению этих симптомов, кроме того, могут приводить инородные тела в глотке, особенно у очень молодых и пожилых, а также эпиглоттид у детей. Наконец, причиной преходящей дисфагии все чаще служат злокачественные опухоли головы и шеи с вовлечением языка и глотки, а также операции, связанные с лечением поражений.

У больных с механической обструкцией и ПД часто возникает слюнотечение из-за обструкции и (или) боли. У них нередко отмечаются осиплость голоса и длительный кашель в связи с вовлечением гортанного нерва. Диагноз ставится при ларингоскопии; исключение составляют дети с эпиглоттидом, которые должны интубироваться в операционной с применением анестезии.

К нейромышечным причинам ПД относятся сосудисто-мозговые нарушения, бульварные параличи, дерматомиозит и полимиозит. Симптомами, чаще всего связанными с нейромышечной слабостью, являются назогастральная регургитация, а также кашель и осиплость голоса вследствие ларингеальной аспирации. К подобным нарушениям может приводить и дивертикул Ценкера.

Следует помнить о трех заболеваниях (редких, но излечимых), вызывающих ПД в более молодой возрастной группе: 1) миастения гравис, при которой улучшение наступает немедленно при применении тест-дозы эдрофониума (тензилон 2 мг, 3 мг и 5 мг с интервалами в 45 секунд); 2) тиреотоксическая миопатия, имеющая все остальные проявления тиреотоксикоза; 3) отравление свинцом, которое вызывает появление гингивальной синей линии у 60 % взрослых (менее часто у детей), базофильной зернистости и клеверообразного изменения эритроцитов в периферическом мазке, а также колики и часто необъяснимые непроходящие боли.

**2.2 Дисфагия при заболевании пищевода**

К механическим причинам дисфагии при патологии пищевода у молодых пациентов относятся врожденные стриктуры, проглоченные инородные тела и аномалии сосудов дуги аорты. У пожилых наиболее частые причины включают рефлюкс-эзофагит, кольца и злокачественные опухоли пищевода. Инфекция, вызванная вирусом герпеса или Monilia, все чаще служит причиной дисфагии у больных с иммуносу-прессией, обусловленной либо системным заболеванием, либо применением стероидов или антибиотиков. Аневризма дуги аорты и прорастание рака легких и трахеобронхиального дерева также бывают нечастой, но серьезной причиной дисфагии у пожилых больных.

Врач отделения неотложной помощи должен иметь в виду механические причины дисфагии, особенно там, где они связаны с застреванием твердой пищи и полной обструкцией пищевода с регургитацией непереваренной пищи или жидкости. В полости рта обычно обнаруживаются косвенные признаки воспаления (причины дисфагии): например, герпетическая или монилиальная инфекция.

К наиболее важным нейромышечным причинам дисфагии относятся ахалазия, диффузный спазм и склеродермия; вызванная ахалазией дисфагия связана с растяжением пищевода и регургитацией застоявшейся пищи. При рентгенографии выявляется расширение пищевода с дистальной деформацией в виде клюва. Диагноз подтверждается при манометрии НПС, давление в котором остается высоким даже при глотании.

Приводящий к дисфагии диффузный спазм связан с пищеводной коликой. При исследовании с барием наблюдаются сегментарные сокращения, а при манометрии — некоторые перистальтические волны, сопровождающиеся длительными высокоамплитудными сокращениями. В ряде случаев больные направляются в кардиологическое отделение до выяснения происхождения боли (пищеводное или миокардиальное) с помощью исследования с барием, пищеводной манометрии и коронарной ангиографии. Врачи ОНП способны уменьшить поток больных в кардиологические отделения путем более тщательного сбора анамнеза и выявления дисфагии.

При склеродермии дисфагия обычно сочетается с рефлюксом. Наблюдаемая при исследовании с барием аперистальтика является диагностически ценным признаком, однако нередко определяются единичные или множественные сокращения; в таких случаях исследование с барием неинформативно.

Если у больного имеет место дисфагия, одинофагия или пищеводная колика, то экстренное исследование с барием (при его положительных результатах) приводит к диагнозу нейромышечного заболевания или механической обструкции, что позволяет врачу ОНП правильно построить последующую диагностику. К сожалению, двигательные расстройства пищевода (за исключением ахалазии) могут не быть явными при первом исследовании с барием, особенно диффузный спазм.

И, наконец, у больного может быть первичная мышечная патология поперечнополосатой мускулатуры верхней трети пищевода. При этом присутствует ПД, что способствует правильной диагностике.

**3 Травмы пищевода**

**3.1 Этиология**

За последние 30 лет частота травм пищевода (как разрывов, так и перфораций) возросла на 450 %. В 50-х годах наиболее частой причиной повреждений были инородные тела. Однако, хотя частота повреждений инородным телом остается прежней, частота инструментальной перфорации возросла в 3 раза; частота разрывов в результате рвоты и шейно-грудной травмы (как слепой, так и проникающей) значительно выше. Повышение выявляемости повреждений, вероятно, связано с применением гастрографина (для контрастного исследования) и эндоскопии. Причины повреждения шейно-грудного отдела пищевода служат объектом пристального внимания врачей ОНП, так как количество ларингоскопии, а также эндотрахеальных и пищеводных интубаций, проводимых

парамедиками в критических ситуациях резко возросло; кроме того, повысилось число этих процедур с применением назогастральных зондов, вводимых врачами ОНП в экстренных ситуациях. Врачи отделений неотложной помощи в больших городах часто имеют дело с множеством проникающих ранений и огнестрельных ран в области шеи.

**3.2 Патогенез и клинические проявления**

Повреждение пищевода может быть частичным или полным. Частичные разрывы обычно сопровождаются дисфагией, одинофагией, пищеводной коликой и небольшим кровотечением. Разрывы на всю толщину вследствие перфорации инородным телом или инструментами приводят к медиастиниту. Однако, как было показано в серийном исследовании, в 50 % случаев диагноз ставится позднее чем через сутки независимо от уровня перфорации. Если операция по поводу перфорации осуществляется в первые 24 часа, то смертность больных составляет 5 %, а при более позднем хирургическом лечении — 75 %.

Разрыв слизистой и подслизистой оболочек (синдром Мэллори — Вейса) и перфорация на всю толщину стенки грудного или брюшного отдела пищевода (синдром Бурхаве) сопровождаются внезапным, резким и обычно неоднократным повышением внутрибрюшного давления на поврежденную стенку. Причиной такого повышения является движение Вальсальвы, обычно вызывающее закрытие надгортанника при икоте, дефекации, физической нагрузке, эпилептическом припадке или поднятии тяжести. Другие причины включают сдавление рулевым колесом или компрессию грудной клетки при закрытом массаже сердца. Наиболее частой причиной возрастания внутрибрюшного давления является сильная и упорная рвота.

Факторы, предрасполагающие к ослаблению стенки пищевода, включают рвоту, при которой слизистая оболочка пищеводножелудочного соединения пролабирует в просвет через кардиальное отверстие. После такого эпизода рвоты слизистая оболочка отекает, воспаляется и даже (в ряде случаев) кровоточит. Ослабление слизистой оболочки может также наблюдаться при длительном присутствии назогастральной трубки, при рефлюкс-эзофагите, грыже пищеводного отверстия диафрагмы или кровотечении (кровоизлиянии) в стенку пищевода вследствие разрыва короткой артерии желудка.

Разрывы при синдроме Мэллори — Вейса, как считают, происходят в ослабленной слизистой оболочке, обычно на заднелатеральной стороне справа, а перфорации при синдроме Бурхаве чаше всего наблюдаются на заднелатеральной стороне слева в абдоминальной части пищеводной стенки. Разрывы или перфорации склонны продолжаться проксимально в область грудного отдела пищевода. Второе наиболее часто встречающееся место — разрывы при обоих синдромах — находится справа чуть ниже уровня непарной вены. В качестве причины медиастинита отмечается также разрыв или перфорация в шейном отделе пищевода вследствие повреждения при сгибании — переразгибании.

Разрывы вызывают обычно умеренные и самоостанавливающиеся кровотечения из подслизистых сплетений вен и артерий. Они могут также приводить к дисфагии и однофагии и сопровождаться симптомами рефлюкс-эзофагита (предрасполагающие факторы).

Перфорация пищевода при синдроме Бурхаве вызывает наиболее злокачественный тип медиастинита. Жидкость под давлением проходит через разрыв и быстро проникает в средостение, плохо снабжающееся кровью, что приводит к кислотному ожогу сосудов средостения и быстрому распространению вирулентных бактерий. Больные жалуются на сильные боли в животе и загрудинную боль, часто иррадиирующую в шею. Очень быстро развиваются шок и септицемия, приводящие к смерти в течение 48 часов. Обычно наблюдается сочетанный перитонит с газом под диафрагмой, а также уровни воздух — жидкость в средостении, а нередко и пиопневмоторакс.

**3.3 Симптомы разрыва и перфорации**

Обычными симптомами разрыва являются кровотечение и дисфагия после как минимум одного эпизода рвоты. Наиболее яркими симптомами, связанными с перфорацией, являются сильные и непрекращающиеся боли в груди и шее вследствие химического, а затем и бактериального медиастинита, за которым следуют шок и коллапс. Клинические и рентгенологические признаки перфорации определяются ее уровнем.

**3.4 Диагностика**

Наиболее важным в диагностике повреждения пищевода является выяснение анамнестических данных. В группу риска входят все больные с проглоченными инородными телами, застрявшими в пищеводе. Это особенно относится к младенцам и маленьким детям, проглатывающим небольшие круглые батарейки, которые застревают в гипофарингисе или на уровне дуги аорты. Особое подозрение должны вызвать больные с кровавой рвотой и (или) болями за грудиной или в брюшной полости после рвоты. Перфорацию следует также заподозрить у всех больных, находящихся в бессознательном состоянии после инструментального исследования глотки, гортани или пищевода, после реанимационных мероприятий, проведенных вне госпиталя или в отделении неотложной помощи (за исключением стандартных процедур).

Разрывы пищевода возможны у больных с проникающим ранением шеи или груди, а также с травмой грудной клетки. И, наконец, при консервативном лечении разрывов селезенки следует иметь в виду поздний синдром Бурхаве, к которому предрасполагает интрамуральный разрыв короткой желудочной артерии.

**4 Специальные диагностические мероприятия, проводимые в ОНП**

У всех больных, поступающих в ОНП с загрудинными болями или с иной патологией, указанной в двух предыдущих разделах, должна проводиться рентгенография для выявления инородных тел, перфорации, жидкости в средостении или выпотов в плевральной полости и сердечной сумке.

При наличии признаков перфорации на переднезадних и боковых рентгенограммах грудной клетки проводится исследование с жидким контрастом для подтверждения диагноза. Эзофагоскопия осуществляется при подозрении на перфорацию лишь в том случае, когда она не может быть подтверждена рентгеноконтрастным исследованием или если имеет место кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, которое связано с частичным разрывом пищевода, а также у больных с травмой груди, которые находятся в бессознательном состоянии, ввиду чего у них не может быть выполнено рентгеноконтрастное исследование. Кроме того, у всех больных в бессознательном состоянии после инструментальных вмешательств или реанимационных мероприятий, проведенных во внебольничных условиях или в ОНП, осуществляется эндоскопия для исключения ятрогенных повреждений пищевода. После эзофагоскопии проводятся фарингоскопия, ларингоскопия и трахеобронхоскопия для выявления ассоциированных поражений.

При подозрении на разрыв пищевода следует сразу же начать внутривенное введение антибиотиков (цефоксин и клиндамицин), так как диагностические мероприятия и подготовка к операции потребуют не менее 6 часов. При необходимости внутригоспитальных перемещений и транспортировки больного это время увеличивается. С другой стороны, антибиотик эффективен лишь в том случае, если его адекватная концентрация в ткани достигается в пределах 6 часов. Выживаемость больных обратно пропорциональна продолжительности времени между перфорацией и ее хирургическим устранением.

**4.1 Проглоченные инородные тела**

Большинство инородных тел свободно проходит через пищевод, не застревая в нем и не повреждая его выстилки. В остальных же случаях (с трудным прохождением по пищеводу) часть инородных тел повреждает слизистую оболочку, не застревая в пищеводе, но, вызывая дисфагию, одинофагию, пищеводную колику или кровотечение; некоторые предметы, застряв в пищеводе, не повреждают его, другие же повреждают слизистую

оболочку, оставаясь на месте. В двух последних случаях предметы проходят в желудок после повторных глотаний или регургитируются (особенно пищевые комки).

По данным серийных исследований, в 82 % случаев инородные тела останавливаются в шейном отделе пищевода на уровне отверстия Киллиана; из них в 45 % повреждения отсутствовали. В 40 % случаев повреждения были поверхностными. Глубокое повреждение или перфорация отмечены в 12 % случаев локализации инородных тел в отверстии Киллиана, в 11 % случаев — на уровне аорты и в 7 % — в кардиальном отделе пищевода.

Пик возрастного распределения пострадавших отмечается в первом десятилетии жизни ("проглатывание из-за невнимательности"); второй пик приходится на шестое десятилетие жизни; в целом же кривая распределения на отрезке от 20- до 90-летнего возраста выглядит достаточно ровной. У пожилых лиц наиболее частой причиной является "нечувствительность" вследствие наличия зубных протезов или инсульта.

Типы инородных тел разнообразны, но у маленьких детей и умственно отсталых индивидуумов чаще всего обнаруживаются мелкие монеты и булавки. У детей постарше нередко находят небольшие батарейки, используемые в слуховых аппаратах, калькуляторах и фотоаппаратах. Застревание таких батареек, изготовленных из очень коррозивного материала, приводит к изъязвлению, образованию рубцов или даже к перфорации.

У взрослых повреждения пищевода наиболее часто обусловлены застреванием проглоченных твердых пищевых комков, рыбных костей и зубных протезов. В случаях застревания пищевых комков велика вероятность наличия предшествующих аномалий пищевода вследствие пептической стриктуры, ахалазии или рака.

**4.2 Диагноз**

Присутствие инородного тела обычно диагностируется на основании данных анамнеза или наличия дисфагии, одинофагии или пищеводной колики. У больных с инородными телами наблюдается слюнотечение или отказ от пищи. Как у взрослых, так и у детей анамнестические указания на инородные тела (случайно проглоченные или введенные) должны вызвать подозрение на повторное проглатывание.

**4.3 Лечение**

Существуют три основных принципа ведения больных с инородными телами, застрявшими и (или) вызвавшими повреждения пищевода.

1. При отсутствии спонтанного продвижения инородное тело должно быть удалено. Если спонтанного выведения нет, то инородный предмет в большинстве случаев можно удалить с помощью ларингоскопа и щипцов Magill или гибкого детского эндоскопа и специальных инструментов. Иногда предмет продвигают в желудок для более безопасного манипулирования при его удалении (например, для закрытия булавки). Мясо часто может быть удалено с помощью протеолитического фермента папаина. Необходимость в хирургическом извлечении инородного тела возникает менее чем в 5 % случаев.

У детей обычно рекомендуется провести катетер Fogarty ниже инородного тела, раздуть баллон, а затем удалить катетер, подталкивая баллоном инородное тело. Опасность подобного

метода состоит в возможности соскальзывания предмета в гортань или трахею, что вызовет обструкцию дыхательных путей.

Пищевод следует тщательно осмотреть либо прямо (с помощью эндоскопа) во время извлечения предмета, либо после его удаления, если не предполагаются разрывы; если же ожидается перфорация, то исследование проводится с использованием водорастворимого контраста.

Во всех возрастных группах пациентов, за исключением детей, следует тщательно продумать необходимость удаления инородных предметов.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год