

новываться на строгой оценке показаний и противопоказаний. Эту процедуру необходимо проводить по возможности щадящими методами, дающими меньшую опасность осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов А. А. В кн.: Труды ГИДУВа им. В. И. Ленина. Казань, 1961.—2. Анисимов В. Ф., Паламарчук А. К. Экспр. хир., 1963, 4.—3. Башков Ю. А., Эдлинский И. Б., Кулинич В. А., Субботин В. П. Казанский мед. ж., 1974, 3.—4. Булыгина Н. В., Буров И. С. Вестн. хир., 1974, 11.—5. Волков Л. А. Клин. хир., 1973, 7.—6. Волкова Л. Н., Кузьмичев Ю. А. В кн.: Сборник научных трудов Днепропетровск. мед. ин-та. Днепропетровск, 1961, т. 19, ч. I.—7. Измайлова Г. А. Клин. хир., 1974, 12.—8. Кириленко А. В. В кн.: Острый аппендицит и актуальные вопросы гнойной хирургии. Клайпеда, 1971.—9. Коочнев О. С., Ким И. А., Шайморданов Р. Ш. Казанский мед. ж., 1975, 4.—10. Кузьмичев Ю. А. К вопросу дренирования брюшной полости растущего организма при разлитом гнойном перитоните. Автореф. канд. дисс., Днепропетровск, 1966.—11. Осипов А. П. Клин. хир., 1972, 2.—12. Поляков Н. Г. Дренирование в хирургии. Киев, «Здоров'я», 1978.—13. Родионов В. В., Прикупец В. Л., Кузьмин Н. В., Чагаев Н. В. Вестн. хир., 1975, 6.—14. Савельев В. С. Савчук Б. Д., Кубышкин В. А., Лемиш Г. Т. Хирургия, 1974, 4.—15. Салихов И. А. Казанский мед. ж., 1976, 1.—16. Форисюк Л. Н. Клин. хир., 1973, 8.

Поступила 5 июня 1979 г.

УДК 616.329—001—07—089

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА¹

Чл.-корр. АМН СССР Е. А. Вагнер, А. З. Лурье, А. М. Дмитриева,
В. Я. Родионова, В. Д. Фирсов, П. С. Рыжаков, И. А. Шарипов

Кафедры госпитальной хирургии (зав. — чл.-корр. АМН СССР проф. Е. А. Вагнер), ЛОР-болезней (зав. — доц. А. З. Лурье), рентгенологии (зав. — доц. А. М. Дмитриева) и общей хирургии (зав. — доц. Ю. С. Соколов) Пермского медицинского института

Р е ф е р а т. Обобщен опыт лечения 107 больных с травмами пищевода. Основным методом диагностики являлось клинико-рентгенологическое исследование. Эзофагоскопию проводили в неясных случаях и для извлечения инородных тел. При непроникающих повреждениях эффективно консервативное лечение. При перфорации в ранние сроки производили ушивание раны или резекцию пищевода, в поздние сроки делали дренирующие операции. Летальность составила 15%. Основными причинами смертельных исходов были тяжелые осложнения в связи с поздней диагностикой.

Ключевые слова: пищевод, повреждения, лечение.

Библиография: 4 названия.

В настоящей статье изложены результаты лечения 107 больных с травмой пищевода — 62 с непроникающими повреждениями и 45 с перфорацией. Шейный отдел был поврежден у 83 больных, грудной — у 21, брюшной — у 3. Подавляющее большинство непроникающих повреждений связано с внедрением инородных тел и бужированием.

При повреждении пищевода обычно сразу же появляются боли (особенно при глотании), нередко сопровождающиеся слюнотечением. С присоединением эзофагита повышается температура.

Если рентгенологическими методами удается исключить наличие инородного тела или перфорацию пищевода, то этим можно ограничить диагностические исследования. Если же рентгенологические данные недостаточно проясняют картину и имеются жалобы на функциональный дискомфорт в пищеводе, показана диагностическая эзофагоскопия. Некоторые авторы [2, 4] считают, что диагностическую эзофагоскопию следует производить только по строгим показаниям — при отрицательных или сомнительных данных рентгенологического обследования, другие же применяют ее очень широко [3].

При непроникающих ранениях пищевода показано консервативное лечение. Так как процесс эпителиализации поверхностных разрывов и ссадин продолжается в среднем

¹ Доложено на заседании Пермского научного общества хирургов 26/III 1979 г.

5 сут, на этот период исключается прием пищи через рот и проводится парентеральное питание. Таким больным дают глотать взвесь антибиотиков и гидрокортизона в стерильном вазелиновом масле. Парентерально назначают антибиотики в больших дозах в сочетании с сульфаниламидаами, нитрофуранами. Антигистаминные и обезболивающие препараты применяют у очень возбужденных и напуганных травмой больных. Бужирование прекращают, и возобновляют его после полного исчезновения клинических признаков повреждения. Результаты консервативной терапии, как правило, хорошие. Все наблюдавшиеся нами больные с непроникающими ранениями были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Группу больных с перфорациями пищевода составили 26 лиц мужского пола и 19 — женского (возраст — от 8 мес до 73 лет).

У 22 больных повреждение пищевода произошло при лечебных манипуляциях. У 15 из них причиной перфорации пищевода явилось бужирование рубцовых структур (2 пациента бужировались самостоятельно с целью протолкнуть пищевой завал). У 3 из 15 больных повреждения локализовались в шейном, у 11 — в грудном и у 1 — в абдоминальном отделе пищевода. Возникновению перфорации способствовали насищенное бужирование, наличие выраженного супрастенотического расширения с эксцентрично расположенным просветом суженного участка, а также язвенный эзофагит. У 6 больных перфорация произошла в момент извлечения инородного тела при эзофагоскопии. У 4 из них повреждения локализовались в шейном отделе и у 2 в грудном. Причинами перфораций явились наличие острых концов у инородного тела, погрешности в технике эзофагоскопии и у одного попытка протолкнуть инородное тело в желудок. У 1 больного с рубцовой структурой пищевода перфорация возникла при диагностической эзофагоскопии металлическим эзофагоскопом.

8 больных поступили срезанными ранениями пищевода, в том числе 6 с ранением шейного отдела, 1 — грудного и 1 — абдоминального.

Перфорация пищевода инородными телами констатирована у 13 больных. У 10 из них был поврежден шейный отдел и у 3 — среднегрудной.

У 1 пациента наступила перфорация пищевода в нижнегрудном отделе вследствие тяжелого язвенного рефлюкс-эзофагита в момент физического напряжения. 1 больной поступил с признаками перфорации шейного отдела пищевода. В момент поспешного проглатывания пищи он почувствовал резкую боль в области шеи. Вскоре появилась припухлость, под кожной эмфизема, сформировался паразофагеальный абсцесс на шее. При рентгенологическом исследовании определен затек контраста. Этот случай отнесен к спонтанным разрывам.

Клинический симптомокомплекс, включающий боль за грудиной по ходу позвоночника, трахеально-пищеводные борозды, реже боли в эпигастрине, дисфагию, саливацию, усиление болей при глотании в сочетании с объективными признаками (припухлость шеи, напряжение мышц, усиление болей при движении головой, особенно при запрокидывании ее, появление под кожной эмфиземы над яремной вырезкой, на боковых поверхностях шеи), позволяет заподозрить перфорацию пищевода, особенно если все это появилось вслед за каким-либо вмешательством на пищеводе, попаданием инородного тела или ранением в сопредельных областях. Для уточнения диагноза используют рентгенологические исследования и эзофагоскопию.

Рентгенологическое исследование проведено нами у 41 больного (остальные 4 пациента были оперированы по неотложным показаниям). Эмфизема средостения выявлена у 23 больных, затекание контрастного вещества за пределы пищевода — у 32, расширение тени средостения — у 39, гидропневмоторакс — у 14. По совокупности всех рентгенологических признаков диагноз перфорации пищевода установлен у 39 из 45 больных.

Эзофагоскопия выполнена нами у 17 больных. У 8 из них точно установлена локализация и характер перфорации, у 6 найдены косвенные признаки перфорации, а у 3 больных определить характер повреждения пищевода не удалось. Мы пришли к выводу, что эзофагоскопия по своей диагностической ценности незаменима при инородных телах, тогда как при перфорациях пищевода она значительно уступает рентгенологическому методу.

При наличии плеврального выпота важная информация может быть получена путем исследования пунктуата. Примеси слюны, желудочного содержимого, краски, которую дают выпить перед пункцией, говорят о наличии перфорации. Вместе с тем следует отметить, что отрицательный результат не исключает ее. Проба с введением красящего вещества целесообразна во время первичной хирургической обработки раны при подозрении на ранение пищевода и для уточнения локализации повреждения пищевода во время операций.

Из 8 ножевых ранений в 3 повреждение пищевода выявлено только на вскрытии.

У 1 пострадавшего диагноз поставлен позднее 24 ч, у 4 — своевременно. Перфорация пищевода инородными телами диагностирована на ранних сроках у 5 больных (все они выздоровели) и на поздних — у 14 (из них умерли 5). При бужировании и эзофагоскопии своевременный диагноз поставлен из 16 пациентов у 8, из числа которых умер 1; у 6 больных диагноз был запоздалым, 3 из них умерли; перфорация не диагностирована при жизни у 2 больных, оба умерли. Спонтанный разрыв пищевода был установлен поздно, но больной поправился. При язвенно-некротическом эзофагите диагноз перфорации поставлен поздно ввиду позднего обращения за медицинской помощью, больной погиб.

Таким образом, только у трети больных перфорация была распознана в первые сутки.

Лечение больных с проникающими повреждениями пищевода исключительно сложно. Большинство хирургов придерживаются дифференцированной тактики. В сомнительных случаях и благоприятном течении рекомендуется наблюдение и консервативное лечение, при своевременной диагностике перфорации производится срочное радикальное вмешательство, в поздних случаях показаны дренирующие операции.

В наших наблюдениях консервативное лечение вынужденно проведено 6 больным, из которых 2 умерли.

Оперированы 39 больных. Радикальные операции выполнены у 8 из них, дренирующие — у 31. У 7 больных ушиты раны пищевода, у 1 сделана резекция перфорированной части пищевода с кардией и наложен эзофагогастроанастомоз. В последующем у 5 из 7 больных наступила несостоятельность швов ушитого пищевода, и 4 из них умерли.

Резекция показана при отсутствии распространенного медиастинита и небольшой протяженности сужения. Результаты ушиваний ран пищевода недостаточно хорошие, в основном из-за поздней диагностики. В ранние сроки оперированы только 2 больных.

Дренирующие операции выполнены у 31 больного, умерли 10. У 15 из 19 больных с перфорацией шейного отдела произведена шейная медиастинотомия, у 3 — торакотомия с шейной медиастинотомией и у 1 — медиастинотомия по Насилову. Умерло 5 больных.

Из 15 больных с повреждением внутргрудного отдела пищевода одному с целью дренирования сделана шейная медиастинотомия, еще у одного она сочеталась с торакотомией. У 3 больных произведена трансдиафрагмальная медиастинотомия по Розанову, у 6 — трансплевральная медиастинотомия. Умерло в этой группе 7 больных, в том числе 4 из 6, которым сделана торакотомия, и все 3 больных после медиастинотомии по Насилову.

Дренирование проводили резиновыми трубками с боковыми отверстиями при активной аспирации от 1,5 до 2 кПа (150—200 мм вод. ст.). В последнее время стали применять ирригационное дренирование двумя или более трубками для постоянного промывания полостей антисептиками, антибиотиками и протеолитическими ферментами.

При перфорации выше IV грудного позвонка делали шейную медиастинотомию и вводили две уложенные рядом трубки с боковыми отверстиями. Одна из них используется для капельного введения ирригационной среды, через другую осуществляется активная аспирация. Если произведена торакотомия и шейная медиастинотомия, то жидкость оттекает через дренажи из плевральной полости. По данным А. П. Кузьмича и соавт., применение систематического ирригационного дренирования способствовало снижению летальности с 53,8% до 36% [1].

Необходимо всем больным с перфорацией пищевода проводить комплексную интенсивную антибактериальную терапию. Особое внимание следует уделять стимуляции иммунологической реактивности организма.

Основным осложнением перфораций пищевода является медиастинит. У 39 больных из 45 он диагностирован при поступлении. Энергичная антибактериальная терапия, адекватное оперативное вмешательство у 18 больных позволили локализовать процесс в виде паразофагеальных медиастинальных абсцессов.

На основании данных аутопсии, гистологических исследований операционного материала и клинических наблюдений установлено, что уже через 6—8 ч после перфорации грудного отдела пищевода в клетчатке средостения начинается гнойное флегмонозное воспаление. Без лечения 50—70% больных умирают на 3—5-е сут [1]. Поэтому фактор времени при лечении перфораций пищевода имеет решающее значение. В наших наблюдениях только 7 больных из 45 оперированы в первые 24 ч после травмы.

Существенное влияние на развитие гнойных осложнений оказывает предшествующее состояние тканей. Наличие фиброзно-склеротических изменений в средостении

после химического ожога пищевода в определенной степени препятствует распространению инфекции, поэтому перфорации пищевода у таких больных протекают несколько легче. Так, из 21 больного с неизмененным до перфорации пищеводом умерло 9, а из 24 больных с рубцово-измененным пищеводом умерли 7. Наиболее тяжелое течение наблюдается при внутригрудных перфорациях.

Эмпиема плевры была у 14 больных из 45, пищеводно-трахеальные свищи развились у 5, в том числе у 2 — на фоне сочетанного повреждения пищевода и трахеи при ранении и у 3 — вследствие прорыва гнойников средостения. У 2 больных имел место гнойный перикардит. Перитонит возник у 3 больных с повреждениями абдоминального отдела пищевода.

У 16 больных возник сепсис. У 4 пациентов он протекал бурно по типу септического шока, все четверо погибли в течение 5—7 дней. Остальные длительное время находились на лечении в стационаре. У 10 больных развились тяжелые пневмонии с абсцедированием. У 5 человек имелись осложнения в органах брюшной полости, связанные с гастростомией. У 1 больного образовался гнойный затек из средостения в забрюшинное пространство с образованием тяжелой флегмоны.

Таким образом, только у 5 пациентов перфорация пищевода излечена без последствий; у остальных 40 было в общей сложности 93 тяжелых осложнений.

При перфорациях в нижнегрудном и брюшном отделах возникает дополнительное осложнение, связанное с рефлюксом желудочного содержимого. Кормление через назогастральный зонд не предотвращает рефлюкса. Наложение гастростомы отягощает состояние и также не устраивает забрасывания содержимого желудка через рану пищевода в средостение.

Обнадеживающие перспективы открываются в связи с возможностью длительного полного парентерального питания.

Итак, результаты лечения непроникающих ранений пищевода вполне удовлетворительны. Рациональным лечением удается снизить летальность и при перфорациях. Однако при поздно выявленных перфорациях летальность остается высокой даже при самом интенсивном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузьмичев А. П., Каншин Н. Н., Абакумов М. М. Хирургия, 1977, 7.— 2. Курилин И. А., Юрьев Л. П. Инородные тела пищевода. Киев, «Здоров'я», 1977.— 3. Погодина А. Н. Хирургия, 1975, 11.— 4. Розанов В. С. Инородные тела и травмы пищевода и связанные с ними осложнения. М., Медгиз, 1961.

Поступила 18 сентября 1979 г.

УДК 616.33—008.821.1—07

НОВЫЙ ТЕСТ С ТИДАЗИНОМ В ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА

М. А. Филимонов

Кафедра госпитальной терапии № 2 (зав. — проф. В. В. Трусов) Ижевского медицинского института

Р е ф е р а т. Применение тидазина в качестве стимулятора секреции при исследовании секреторной функции желудка позволяет получить информацию о функциональном состоянии как париетальных, так и главных клеток желудочных желез. Тидазин значительно легче, чем гистамин, переносится пациентами и не требует предварительной антигистаминовой подготовки. Тестирование секреторных ответов на стимуляцию тидазином является ценным методом изучения функционального состояния слизистой оболочки желудка.

К л ю ч е в ы е с л о в а: тидазин, гистамин, желудочная секреция, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

1 таблица, 1 иллюстрация. Библиография: 2 названия.

О функциональном состоянии слизистой оболочки желудка судят главным образом по результатам исследования секреторной активности. Наиболее распространенными и эффективными методами изучения желудочной секреции являются извлечение зондом желудочного сока, выделившегося в ответ на различные стимуляторы, и внутрижелудочное определение рН. Поэтому поиск новых стимуляторов секреции, обладающих