

К вопросу об эзофагоскопии.

С. П. Яхонтова.

(С 2 рис.).

Уже не один десяток лет прошел с того времени, как эзофагоскопия сделалась достоянием врачебного искусства. Усовершенствованный инструментарий с огромной осветительной системой в наборе Brünnings'a упростил метод и дал возможность очень широко пользоваться им. В настоящее время эзофагоскопия получила полные права гражданства, хотя, к сожалению, не получила еще того широкого распространения, которого она вполне заслуживает.

Роль ее в распознавании и лечении болезней пищевода в полном смысле слова огромна. На основании только эзофагоскопии можно поставить дифференциальный диагноз между спазмом пищевода (нервным) и новообразованием последнего. Расширения пищевода также нуждаются для своего диагноза в эзофагоскопии. Последняя указывает нам, далее, имеется-ли в пищеводе простое повреждение стенок его, или сдавление его измененными окружающими органами (aneurisma aortae), имеется-ли опухоль, рубцы и т. д. Эзофагоскопом можно пользоваться и для хирургических целей: у больного удаляется кусочек опухоли, и это приносит ему иногда значительное облегчение, а главное—взятый кусочек опухоли может быть использован для микроскопического исследования. Благодаря эзофагоскопии стали, далее, получаться гораздо лучшие результаты при лечении рубцовых сужений пищевода. Но особенное значение она имеет при инородных телах, засевших в пищеводе. Можно с уверенностью сказать, что в этом случае в эзофагоскопии наука нашла поистине незаменимое средство. Эзофагоскопический инструментарий дает нам все необходимое для удачного лечения таких случаев: он дает нам возможность точно установить присутствие инородного тела на том или ином уровне пищевода, его положение в последнем, состояние пищевода в том месте, где инородное тело остановилось, и пр., а вместе с тем позволяет и легко извлечь это тело.

Насколько эзофагоскопия легка, изящна и безопасна, так как всякое движение инструмента контролируется при ней глазом, настолько же другие манипуляции, применяемые в данной области, трудны, опасны, ибо приходится действовать наощупь, вслепую. Между тем и по настоящее время многие врачи держатся крепко за пережиток доэзофагоскопического периода и с легким сердцем зондируют пищевод при попадании туда инородного тела, стараясь протолкнуть последнее в желудок, или же прибегают к разным крючкам и монетоловкам с целью извлечь

тело наружу. В специальной литературе вопроса можно найти немало указаний на роковые последствия таких манипуляций. Будучи производимы втемную, последние нередко ведут к тому, что свободное ранее тело становится теперь плотно вколоченным, и тогда нередко приходится прибегать к наружной эзофаготомии. Операция же эта сама по себе дает большой процент смертности, да кроме того при ней не всегда бывает легко извлечь ущемленное инородное тело, хирургам приходится наугад захватывать его щипцами, причем неизбежны травмы пищевода. После эзофаготомии иногда остаются, затем, фистулы пищевода. В литературе описано также немало случаев, когда врач зондом прокалывал стенку пищевода, и больной умирал от периезофагальной флегмоны, медиастинита или воспаления легких, или же зонд давал прорыв в трахею, или аорту со смертельным кровотечением.

В минувшем учебном году в нашей клинике было более 50 случаев применения эзофагоскопии. Все эти случаи были проведены под местной (10% кокаин) анестезией, и только в одном случае, у ребенка 2 лет, с рубцовым сужением пищевода, для эзофагоскопии пришлось применить общий наркоз. Хорошая анестезия является важным условием удачного применения эзофагоскопии. Обычно кокаином смазывались зев (особенно корень языка) и вход в пищевод до полного подавления глоточных рефлексов, причем мы не считались с количеством кокаина, потребного для этой цели (случаев отравления кокаином нам наблюдать при этом не приходилось; если же с таковыми и пришлось бы встретиться, то большого страха они не внушали, так как уже имеется достаточно наблюдений, показывающих, насколько хорошее действие в этих случаях оказывает хлороформ). Очень важным моментом для успеха эзофагоскопии является также достаточное самообладание больного, — лица, сильно волнующиеся (большую частью женщины), сопротивляются введению инструмента, мускулатура начальной части пищевода находится у них в спазмотическом сокращении, и потому приходится откладывать эзофагоскопию до другого дня. За весь год у нас впрочем было всего двое таких больных. Эзофагоскопия у них могла быть отложена, так как спешности в осмотре пищевода не было, а вторично больные являлись более спокойными; кроме того, таким лицам пред следующим сеансом заблаговременно давался морфий или бром. По Jackson'у, правильно проведенная эзофагоскопия малоболезненна, так что для нее нужно, собственно говоря, не обезболивание, а расслабление мускулатуры. Такое расслабление мускулатуры при помощи общего наркоза необходимо для эзофагоскопии в следующих случаях: а) для извлечения или кускования большого инородного тела, б) для постановки диагноза спастического страдания, в) для исследования не поддающихся эзофагоскопии взрослых и детей. Точка зрения Jackson'a на необходимость общего наркоза в указанных случаях многими впрочем не разделяется. Проф. В. К. Трутнев думает, что только у детей, да и то не во всех обязательно случаях, необходим общий наркоз, в остальных случаях эзофагоскопия с успехом может быть проведена и под местным обезболиванием.

Обычным положением больных при эзофагоскопии в клинике является сидячее на низкой табуретке, с наклоном верхней частью туловища вперед и с запрокинутой назад головой, удерживаемой помощником. У детей при общем наркозе применяется лежащее положение на

операционном столе, причем голова выходит за край стола и удерживается помощником. Killian рекомендует при удалении инородных тел из пищевода класть больных горизонтально набок с опущенной книзу верхней половиной туловища, причем избегается наблюдавшееся многими явление исчезновения в глубину инородного тела в тот самый момент, когда оно было замечено.

В случаях, наблюдавшихся у нас в клинике, эзофагоскопия применялась: 1) для определения причины непроходимости пищевода, 2) для выяснения характера заболевания в связи с болезненными ощущениями в нем, 3) для лечения сужений пищевода, 4) для констатирования и удаления из него инородных тел.

В случаях непроходимости пищевода эзофагоскоп открывал в различных отделах его новообразования, части которых обычно брались для микроскопического исследования, а также аневризмы аорты или рубцовые сужения после ожога слизистой пищевода химическими веществами. Позволяем себе привести краткое описание некоторых случаев этой группы.

I. Больной Д., 46 лет, 31/III обратился в клинику с жалобами на затрудненное глотание пищи, которая у него останавливается в грудной части пищевода. Болезненные ощущения появились около 1 1/4 лет тому назад. При исследовании были найдены: атрофический процесс в слизистой носа, шипы на перегородке справа и слева, гной на средней раковине слева, гранулезный фарингит, боковые валики; барабанные перепонки мутны, втянуты. I/IV под местной анестезией (10% кокаин) произведена эзофагоскопия, причем на уровне 27 сант. от края зубов обнаружена опухоль на задней стенке пищевода; поверхность ее гладкая, незначительно кровотоочит; при микроскопическом исследовании опухоли последняя оказалась плоскоклеточковым раком.

II. Больной Б., 49 лет, явился в клинику 4/II 1926 г. с жалобой, что ему уже 4-й месяц что-то мешает глотать. При исследовании найдены: атрофический процесс в слизистой носа, шип у основания перегородки с обеих сторон, гипертрофия зева и гортани, увеличение IV миндалики, серая пробка в правом наружном слуховом проходе. При эзофагоскопии, произведенной 20/II, в верхней части пищевода найдена распадающаяся опухоль, под микроскопом оказавшаяся раковой.

III. Больная А., 32 лет, 26/II на амбулаторном приеме сообщила, что у нее с трудом проглатывается пища, причем появляется боль, отдающая в правое ухо. При исследовании найдены: атрофический процесс в слизистой носа, полипозная средняя раковина справа, гипертрофия нижней раковины слева, выступ на перегородке в заднем отделе справа и слева, лакуны в I миндалике; барабанные перепонки мутны, втянуты. При эзофагоскопии 27/II, на расстоянии 25 сант. от края резцов на задней стенке пищевода найдена опухоль, каковая при патолого-анатомическом исследовании оказалась плоскоклеточковым ороговевающим раком (канкротид).

IV. Больная О., 33 лет, явилась на прием 22/IV с жалобами на затрудненное глотание. При эзофагоскопии 27/IV, на расстоянии 42 сант. от зубов обнаружен разлитой сифилитический инфильтрат.

V. Больной К., 53 лет, жалуется на затрудненное прохождение пищи в грудном отделе пищевода, что стал замечать два месяца. RW отрицательна. При осмотре пищевода на уровне 28 сант. на задне-боковой (левой) стенке его обнаружена опухоль, кусочек которой взят для исследования; диагноз—рак.

VI. Больная К., 60 лет, жалуется на непроходимость пищевода; с 1925 года питается через желудочный свищ. В анамнезе lues. При эзофагоскопии на уровне 28 сант. бугристая опухоль на задней стенке пищевода; опухоль оказалась аденокарциномой.

VII. Больной Г., 44 лет, прислан 20/III одной из терапевтических клиник с предположительным диагнозом tumor mediastini. Жалобы на затрудненное глотание твердой пищи, замечаемое более 3-х месяцев. Венерические болезни отрицает.

При эзофагоскопии на уровне 35 сант. обнаружено сужение просвета пищевода вследствие выпячивания передней его стенки и сильная пульсация в этой области. Диагноз—*aneurisma aortae*.

При исследовании случаев второй группы приходилось находить эскориации на слизистой или же картину совершенно нормального пищевода. Примерами могут служить следующие случаи:

I. Больной А. 22/II обратился с жалобой на болезненное прохождение пищи через пищевод. Заметил это 3 дня тому назад после обеда. Эзофагоскоп открыл на уровне 17 сант. от края зубов эскориацию, которая смазана раствором ляписа. Несмотря на то, что больному было предложено зайти в клинику еще раз, он больше не показывался,—очевидно, чувствовал себя вполне хорошо.

II. Больная М., 39 лет, явилась в клинику в крайне возбужденном состоянии с жалобой на колющую боль при глотании, появившуюся после того, как она подавилась куском воблы. В виду крайнего волнения больной и большой чувствительности при введении эзофагоскопа, эзофагоскопия не могла быть произведена. *lege artis*, а потому отложена до следующего дня. На другой день, после предварительного приема морфия и основательной кокаинизации, пищевод был осмотрен, причем ничего патологического в нем найдено не было.

Лечение рубцовых сужений пищевода при помощи эзофагоскопии в минувшем году велось только в одном случае.

Больная А., 2 лет, принесена матерью, рассказавшей, что 7 месяцев тому назад девочка выпила крепкий раствор соды, причинив себе ожог рта и пищевода. Втечении 6 суток у ребенка был жар, из-за язв на месте ожога есть девочка ничего не могла; затем прохождение жидкости наладилося, но твердого до сих пор больная ничего глотать не может, так как оно рвотой сейчас же выбрасывается обратно. *Status praesens*: правильно сложенная, но значительно истощенная девочка; кожа бледна, подкожный жировой слой еле прощупывается; жидкую пищу принимает, твердую нет. 31/I 1926 г. эзофагоскопия под общим наркозом. Эзофагоскоп довольно свободно вошел до глубины 17 сант. от края зубов, после чего встретил препятствие. В поле зрения усмотрено было концентрическое, коническое сужение просвета с незначительным отверстием посредине; в это отверстие через эзофагоскопическую трубку введен тонкий эластический буж, прошедший до глубины 20 сант. 1/II ребенок, очевидно, чувствовал себя плохо, много плакал, ничего не ел. 2/II, однако, девочка стала немного есть, и пища у ней проходила лучше. 4/II вторично введен буж, наружный конец которого выведен через левую половину носа и укреплен *in situ*; однако, в виду беспокойства ребенка и повышенной т° буж уже на следующий день пришлось удалить. 6/II ребенок глотал печенье. В дальнейшем ему еще несколько раз вводили буж, причем всегда ожидалось успокоения реактивных явлений после предыдущего бужирования, выражавшихся в повышенной т° и болезненном глотании. Бужирование заметно расширяло суженное место, так как ребенок после этого ел и твердую пищу. В дальнейшем девочка еще нераз поступала в клинику, так как эффект бужирования пищевода со временем несколько уменьшался, хотя все же проходимость его оставалась значительно лучше, чем прежде. К сожалению, лечение данного случая не было закончено по причинам, от клиники не зависевшим.

Последним поводом к эзофагоскопии были существовавшие или подозреваемые инородные тела в пищеводе. Главными симптомами присутствия последних являются, как известно, болезненное глотание и непроходимость твердой пищи. Чтобы быть уверенным, что инородного тела в пищеводе, действительно, нет, осмотр пищевода эзофагоскопом производился в клинике, несмотря даже на слабую степень болевых ощущений у больного при глотании, если только он указывал на задержку тела в пищеводе. II в одном таком случае, несмотря на незначительность жалоб больной, инородное тело (кость) в пищеводе действительно было найдено.

В литературе есть указания, что эзофагоскопию при инородных телах иногда приходится делать повторно, так как при первом исследо-

вании инородное тело просматривалось. Происходит это от двух причин: или оттого, что инородное тело вплотную прилегает к стенке пищевода, а свою гладкой поверхностью смотрит в просвет последнего, так что эзофагоскопическая трубка незаметно проходит мимо тела, или оттого, что последнее скрывается в дивертикуле пищевода. В случае проф. Воячека инородное тело (зубная пластинка—протез с 3 зубами) при двукратном исследовании срывалось с щипчиков и уходило в глубину. В третий раз тела этого в пищеводе совершенно не было обнаружено, глотание всякой пищи было свободно, состояние больного хорошее, зонд проходит легко, и все же через две недели протез удалось обнаружить и извлечь.

Располагались инородные тела во всех наших случаях на глубине 20 сант от края резцов. В этом месте пищевод не имеет просвета, и для инородного тела образуется препятствие на подобие завязки мешка. В том случае, где инородное тело было больших размеров и не могло быть извлечено через трубку эзофагоскопа, извлекались и трубка, и инородное тело одновременно. К группе случаев с инородными телами в пищеводе относятся следующие:

I. Больная III., 25 лет, три дня тому назад подавилась говяжьей костью. Обращалась за помощью в одну из больниц, где дежурный врач два раза вводил ей в пищевод зонд с оливой, стараясь протолкнуть инородное тело в желудок, и отпустил больную, сказав, что в пищеводе только царапина. После зондирования больная почувствовала ухудшение, боли усилились. В клинику больная обратилась, чувствуя себя очень скверно: она испытывает сильную боль при глотании, не может ничего есть; t° $37,8^{\circ}$, а накануне вечером $38,4^{\circ}$. Шея спереди в области гортани очень болезненна при пальпации. Под местной анестезией в сидячем положении произведена эзофагоскопия (проф. В. К. Трутнев). На глубине 20 сант. от края зубов обнаружена кость, которая располагалась поперек просвета пищевода так, что острые концы ее врезавались в боковые стенки последнего. В виду этого экстракция удалась не так легко, кость срывалась со щипцов. Наконец, после некоторых усилий, удалос левый конец кости оттянуть в более подходящее для экстракции положение, после чего и вся кость легко потянулась за щипцами. Кость эта была в $3\frac{1}{2}$ сант. длиной, 0,7 сант. шириной и 3 мм. толщиной (см. рис.). В последующие дни больная показывалась в клинику; боли у ней постепенно стихли, глотание пищи наладилось, из-под наблюдения больная вышла вполне выздоровевшей. В рассматриваемом случае инородное тело значительной величины, с острыми краями, было, повидимому, закли-

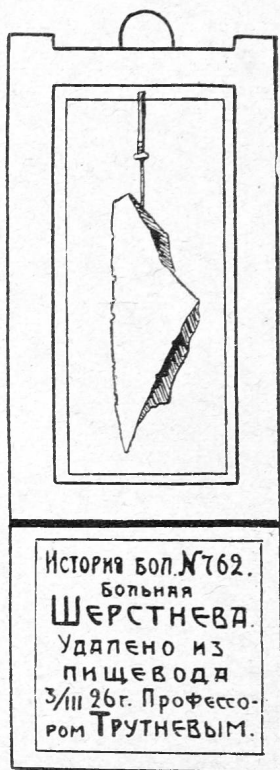


Рис. 1.

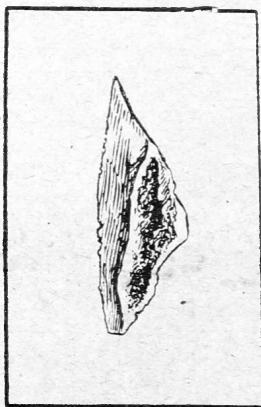


Рис. 2.

нено зондом врача, подававшего первой помощи. Сильная болезненность шеи и лихорадка указывали на начало перифофгита. Своевременным удалением тела удалось, однако, предотвратить развитие дальнейших опасных осложнений.

II. Больной С., 30 лет, явился в клинику с жалобой на то, что 4 дня тому назад во время ужина подавился рыбой (от судака) костью, которая застряла у него в горле. На другой день почувствовал боль при глотании пищи. В дальнейшем болезнь усилилась, и в настоящее время больному очень больно глотать даже слюну. Чувствует себя очень ослабевшим, жалуется на лихорадочное состояние, t^{38} . Левая передняя половина шеи значительно припухла, болезненна при пальпации. В тот же день произведена эзофагоскопия. На глубине 20 см. от края резцов обнаружен гнойник, из которого вышло со столовую ложку гноя. После удаления гноя показалась кость, один конец которой был вколот в левую стенку пищевода, а другой свободно выступал в просвет его. Кость извлечена щипцами. Больной поправлялся медленно, но в итоге выздоровел. Описанный случай представляет ту особенность, что пребывание инородного тела (острая рыба кость) в пищеводе осложнилась воспалением стенок последнего, причем воспаление это, сравнительно с предыдущим случаем, представляло дальнейшую степень развития, именно, образование гнойника в стенке пищевода. Больной был здесь еще ближе к дальнейшим роковым осложнениям, чем предыдущий. Всякое промедление или бужирование вслепую несомненно привели бы здесь к прободению стенки пищевода, медиастиниту и, может быть, летальному исходу.

III. Больная Б., 40 лет, явилась в клинику с жалобой на чувство давления в области грудных позвонков и боль при глотании, развившиеся после того, как она накануне подавилась рыбой костью; эзофагоскопией, введенным до уровня 20 см., обнаружена рыба кость, которая и извлечена. Гладкое выздоровление.

IV. Больная 53 лет рассказала, что накануне во время обеда (ела мясную лапшу) почувствовала небольшую боль в пищеводе на уровне конца грудины. В настоящее время чувствует только какую-то неловкость при глотании. При эзофагоскопии на уровне 20 см. найдена кость, лежавшая в поперечном положении, которая и извлечена щипцами. Несколько дней после того больная приходила в клинику; глотание пищи совершенно свободно; выздоровление. Интерес случая заключается в том, что интенсивность болевых ощущений пациентки здесь не соответствовала тем значительным размерам, которые имела кость, застрявшая в пищеводе. Неловкость при глотании, на которую жаловалась больная, в первую очередь могла наводить на мысль о существовании в пищеводе лишь экскориации. Такой предположительный диагноз без эзофагоскопии, конечно, к хорошим результатам не привел бы.

Все эти случаи, как видно из описания, несмотря на то, что некоторые больные поступили уже с явлениями перифофгита и высокой t^0 , окончились полным выздоровлением. Некоторые авторы при осложненных инородных телах считают эзофагоскопию нерациональной, предпочитая в подобных случаях эзофаготомию. По статистике проф. Венгловского на 47 случаев удаления инородных тел он не имел ни одного смертельного случая, хотя во многих случаях больные являлись с вколоченными инородными телами, после зондирования, с повышенной t^0 , ознобами, отеком шейной клетчатки и инфильтратом пищевода. Все эти явления исчезали после удаления инородного тела. Наскел настаивает, что при ущемлении зубных пластинок эзофаготомия является неизбежной в 50%.

Приведенные нами случаи еще раз подтверждают правило, что там, где не было никаких предварительных нерациональных манипуляций врача, эзофагоскопия дает гораздо лучшие результаты. Многие врачи в оправдание своих спешных, хотя и нерациональных, манипуляций в пищеводе указывают на опасности задержки в нем инородного тела. Конечно, откладывать извлечение последнего не надо, но и крайняя спешка здесь излишня. В литературе есть достаточно указаний, что инородные тела могут без дурных последствий длительное время оставаться в пищеводе. Толерантность последнего в этих случаях бывает

иногда удивительной. В случае Koenigstein'a, напр., инородное тело (зубной протез), в течение *трих* лет пролежавшее в пищеводе, не вызвало ни местной, ни общей инфекции, и единственным симптомом в первое время был только паралич возвратного нерва. Описаны случаи, где инородное тело лежало в пищеводе даже по 10—17 лет (Tarja, Schmidt, Braden-Kyle).

К осложнениям, бывающим при эзофагоскопии, кроме травм пищевода той или иной степени со всеми вытекающими отсюда последствиями (флегмона, медиастинит), относятся одышка вследствие сдавления гортани и трахеи, дисфагия, эмфизема шеи и груди и коллапс. В литературе есть указание на один случай, когда, при взятии пробного кусочка из новообразования, была захвачена слизистая на границе с опухолью; в результате развилась подкожная эмфизема, потом медиастинит и смерть. У нас в клинике никаких осложнений при эзофагоскопии не наблюдалось.

Противопоказаниями для эзофагоскопии, по Brünings'y, являются: сильное развитие аневризмы аорты, цирроз печени, некомпенсированные пороки сердца, некоторые болезни дыхательных путей (чахотка, эмфизема, стеноз) и резко выраженный артериосклероз, особенно при склонности к апоплексии. Особенно большую опасность представляет аневризма нисходящей части аорты и не только при посредственном повреждении ее введенной трубкой, но иногда и без такового, вследствие повышения внутригрудного или кровяного давления (от натуживания, волнения и т. п.).

Все перечисленные противопоказания являются, однако, условными. Единственным безусловным противопоказанием к эзофагоскопии является малоопытность исследователя. С эзофагоскопом нужно вообще обращаться с осторожностью, так как в малоопытных руках он может быть опасным инструментом. По статистике Jackson'a (1911 г.) на 616 эзофагоскопий, произведенных по поводу инородных тел, отмечено 19 случаев смерти (3%), на 740 эзофагоскопий, предпринятых для исследования страданий пищевода и его лечения, зарегистрировано 8 смертей (1%) и т. д.

Эзофагоскопия требует от оператора не только основательных теоретических знаний, но и большой практической сноровки, а главное — „особой психической установки и строгой пунктуальности“ (Оремовский).

Заканчивая обзор случаев эзофагоскопии, имевших место в нашей клинике, не могу еще раз не пожелать, чтобы эзофагоскопия получила у нас самое широкое распространение: это спасет много жизней и облегчит нашу задачу в тех случаях, где иначе мы совершенно безсильны.

D-r S. P. Jachontof (Kasan). Ueber Oesophagoskopie.

Der Autor beschreibt Fälle, welche in der oto-rhino-laryngologischen Universitätsklinik zu Kasan während des vergangenen Schuljahres zur Oesophagoscopie gelangten. Im ganzen über 50 Fälle waren zum Teil wegen Undurchgängigkeit oesophagoscopiirt, zum Teil um den Charakter der Erkrankung welche schmerzhaft Empfindungen beim Schlucken hervorgerufen hat festzustellen oder zur Behandlung von Oesophagusstricturen und zum Auffinden und zur Entfernung von Fremdkörpern. Uebersicht aller Fälle zeigt, dass die Oesophagoskopie die breiteste Anwendung bei Erkrankungen der Speiseröhre anstatt solcher Methoden, wie das Baugieren u. a., verdient.