

ЛЕКЦІЯ: “ Захворювання стравоходу.”

Лекцію обговорено на методичній нараді кафедри
« » _____ 2020 р. Протокол № 1
Зав. кафедрою _____ проф. Ткаченко О.І

Тема лекції “ЗАХВОРЮВАННЯ СТРАВОХОДУ“. - 2 години.

1. Актуальність та обґрунтованість теми:

Лікування захворювань стравоходу належить до складних глав сучасної хірургії. Захворювання стравоходу знаходяться по своїй частоті на другому місці після захворювань шлунку. Це пояснюється тим, що стравохід першим приймає на себе дію зовнішнього середовища, у вигляді прийому їжі та других факторів, що пошкоджують слизову оболонку стравоходу.

2. Цілі :

- 2.1. Загальні цілі: Ознайомитися з сучасним визначенням патології та її розповсюдженістю серед населення України.
- 2.2. Виховні цілі: Ознайомитися з внеском вітчизняних вчених у вивчення проблеми та новітніх методів діагностики і лікуванні; вміти пояснити хворому о його стані та переконати в необхідності проведення лікування / в тому числі і оперативного /.

3. План та організаційна структура лекції.

№№ п. п.	Основні етапи лекції та їх зміст.	Цілі у рівнях абстракції.	Тип лекції, оснащення лекції.	Розподіл часу.
1	2	3	4	5
	<i>Підготовчий етап</i>			
1.	Визначення навчальних цілей.	I-II	тематична	3%
2.	Забезпечення позитивної мотивації.	I-II	лекція	2%
	<i>Основний етап</i>			
3.	Викладення лекційного матеріалу. План:		Таблиці, схеми,	90%
	1. Основні положення організації невідкладної хірургічної допомоги.	I-II	кодограми,	
	2. Загальні відомості про діагностику, диференційну діагностику і діагноз.	I-II	слайди. Відеофільм.	
	3. Класифікація.	I-II		
	4. Методи обстеження хворих з гострими хірургічними захворюваннями.	I-II		

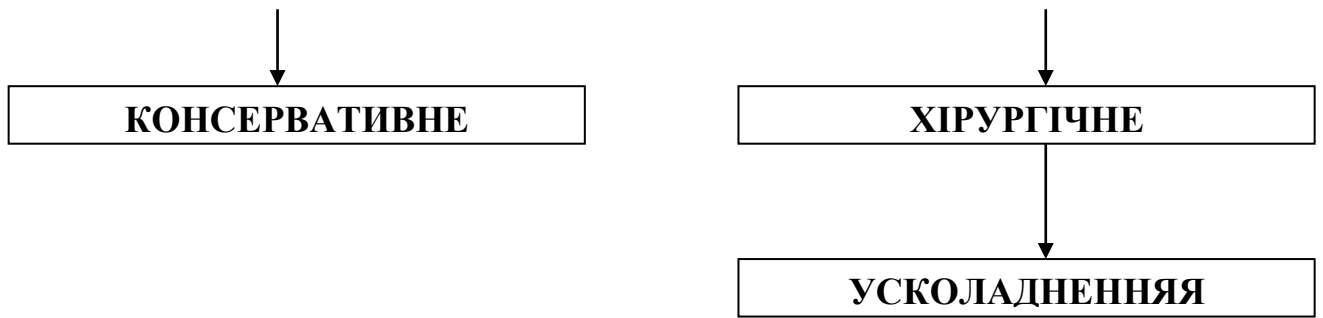
	5. Основні положення в діагностиці.	I-II		
	6. Поняття про види болю і їх значення в невідкладній хірургії.	I-II		
	8. Організаційна і лікувальна тактика в невідкладній хірургії.	I-II		
	Заключний етап			5%
4.	Резюме лекції			
5.	Відповіді лектора на можливі запитання.		Список літератури	
6.	Завдання до самопідготовки		Питання. Завдання.	

4. Матеріали до аудиторної самостійної підготовки (міждисциплінарна інтеграція).

Дисципліни	Знати	Вміти
1. Попередні дисципліни, які забезпечують. - Анатомія. - Фізіологія та патофізіологія - Пропедевтика внутрішніх хвороб	Будову стравоходу. Фізіологію механізму ковтання. Семіологію захворювань стравоходу.	Виявити основні розлади ковтання. Проводити загальне обстеження хворих

5. Граф логічної структури лекції.





5.1. Зміст лекції.

“ЗАХВОРЮВАННЯ СТРАВОХОДУ“.

Лікування захворювань стравоходу належить до складних глав сучасної хірургії. Технічні труднощі оперативних втручань пов'язані з локалізацією стравоходу, особливостями його топографії та синтопії граничних органів. Стравохід є частиною шлунково-кишкового тракту між глоткою та шлунком. Його довжина у людини середнього зросту – близько 25 см. Розрізняють шийну, грудну та черевну частини стравоходу. У шийному відділі він розміщений позаду трахеї. У верхньому грудному відділі з ним безпосередньо граничать аорта, біфуркація трахеї та бронхи, а в середньому та нижньому грудному відділах він проходить у задньому середостінні позаду перикарда. Проходячи стравохідний отвір діафрагми, стравохід впадає в кардіальний відділ шлунка. Близькість життєво важливих органів обумовлює частоту пошкоджень аорти, трахеї, бронхів та серця при травмах та залучення цих органів у патологічний процес при запальних та онкологічних захворюваннях. Хірургічні доступи до стравоходу здійснюються шляхом колостомії через клітковинні простори та фасції шиї, шляхом торакотомії (правосторонньої – до верхнього та середнього грудного відділів, лівосторонньої – до нижнього грудного відділу), шляхом лапаротомії – до черевного відділу. Можливі комбіновані доступи – лапаротомія зліва за Осава-Гарлоком, лапаротомія з сагітальною діафрагмотомією за Савіних і лапаро-цервікальний доступ без розтину плевральної порожнини. З діагностичних досліджень найбільш інформативні рентгенологічні, ендоскопічні та морфологічні (цитологічний та гістологічний) методи.

Опіки стравоходу виникають внаслідок випадкового або умисного ковтання агресивних рідин, - концентрованих кислот або лугів. Випадкові опіки зустрічаються частіше у дітей або дорослих у стані алкогольного сп'яніння. Умисні – у осіб, які здійснюють суїцид. Іноді зустрічаються опіки стравоходу при навмисному ковтанні кип'ятку. Відомо, що нещасні випадки на пожежі нерідко супроводжуються опіками верхніх дихальних шляхів. Дискоординовані скорочення м'язів гортано-глотки під час вдиху можуть призвести до ковтання розжареного повітря, і тоді опік верхніх дихальних шляхів обтяжується опіком стравоходу.

Клінічний перебіг опіків стравоходу проходить 4 стадії.

I-а стадія – гострий період, який характеризується сильним болем, шоком, екзо- і ендогенною інтоксикацією. У цій стадії відбувається некроз обпечених тканин. При глибокому опіку ситуація ускладнюється медіастинітом, який майже завжди спричинює трагічний кінець.

II-я стадія відбувається у тих випадках, коли некроз не уражає на великому протязі всю або більшу частину слизової, не поширюється на м'язову оболонку і не ускладнюється медіастинітом. У цій стадії відторгуються некрози, починається рубцювання, а деінде – епітелізація, що виходить із збережених островків слизової.

III-я стадія характеризується продовжуючим рубцюванням та формуванням стриктури.

IV-а стадія – вихід опіку: стриктура, яка інколи призводить до зникнення просвіту стравоходу, його повної облітерації, перетворення з трубки у рубцевий тяж.

У першій стадії лікування опіку стравоходу направлено на подолання шоку, інтоксикації та забезпечення оптимальних умов для перебігу опікової рани. Якщо опік локальний, дозволяється пиття (лужне при кислотному та підкислене при лужному опіку), обволікаючи види їжі, слизової каші, облепихове, персикове масло і навіть олія. Протишокова терапія та детоксикація проводиться за традиційною програмою. Як антибактеріальна терапія призначаються антибіотики широкого спектра дії.

При великому та глибокому опіку стравохід необхідно позбавити від пасажу їжі. Для цього є 2 шляхи: 1) парентеральне живлення амінокислотними сумішами у сполученні з в/в введенням джерел енергії (жирові емульсії та розчини глюкози); 2) ентеральне живлення через норицю, сформований зі шлунка (гастростома) або кишки (єюностома). Перший шлях сучасний, перспективний, але економічно майже недоступний (препарати дуже дорогі). Гастростома дає можливість вводити у шлунок достатню кількість різноманітної їжі. Однак шлунок також буває обпеченим і стінка його непридатна для формування гастростоми. Опіки шлунка більше всього виражені у “вужьких” місцях на ділянці кардії та воротара. У цих випадках гастростому слід доповнити гастроеюноастомозом. Якщо ж ураження шлунка велике, доводиться удаватись до єюностомії за Майдлом. Виконуючи ці операції, завжди слід пам’ятати про те, що на заключному етапі лікування хворого оперують – езофагопластика, формування штучного стравоходу. Сформований для рятування життя шлункова та кишкова нориця різко ускладнює технічне виконання езофагопластики.

У випадках *медіастиніту* виконується медіастинотомія. При ураженні верхнього грудного відділу – верхня медіастинотомія за Разумовським, при ураженні нижнього грудного – крізьчеревна діафрагмо-медіастинотомія за Савіних-Розановим. Доступ до середньої третини середостіння за Насиловим пропонує резекцію шийної частини двох-трьох ребер. Цей доступ дуже травматичний і останнім часом не виконується.

У 2-й і 3-й стадіях основним завданням стає створення оптимальних умов перебігу раневого процесу. Хірургічні втручання або вже виконані у першій стадії, коли їх необхідність диктувалась життєвими показниками, або плануються у четвертій стадії основною метою стане відновлення прохідності стравоходу. У третій стадії звично починають *бужирування*, які у багатьох випадках дають змогу попередити розвиток катастрофічних стриктур та уникнути великих, складних і – головне! – ризикованих відновлювальних операцій. Слід, однак, не забути про те, що бужирування – проста маніпуляція – теж дуже небезпечна. У недосвідчених руках бужирування ускладнюється перфорацією стравоходу, яка може спричинити смертельно небезпечний медіастиніт.

У четвертій стадії, коли всі активні запальні й деструктивні процеси вже відбулись, і сформувалась стійка стриктура, перед лікарем лише одне завдання – відновлення прохідності рубцево-звуженого стравоходу або створення нового штучного стравоходу. На цьому етапі зберігають значення два методи – бужирування та *реконструктивні операції*. Обсяг реконструкції та вибір пластичного матеріалу залежать від рівня протяжності стриктури, збереження шлунка, характеру операцій, виконаних на першому етапі за життєвими показниками та анатомічними особливостями пацієнта. Найбільш поширеними втручаннями виявляються езофагогастропластика за Киршнером, пластика стравоходу з великої кривизни шлунка за Жіано-Гаврилію, сегментарна пластика худю або товстою кишкою, тотальна пластика стравоходу тонкою (за Ру-Герценим-Юдиним) або товстою кишкою зі стравохідно-кишковим анастомозом на ший. Застосовуються 3 варіанти розтошування кишкового трансплантата, який стає штучним стравоходом: 1) у задньому середостінні, тобто у ложі природного стравоходу (це найбільш ризикований варіант, оскільки при порушенні живлення трансплантата розвивається медіастиніт); 2) у передньому середостінні, позаду груднини, за Єремєєвим (це найбільш короткий шлях); 3) під шкірою, попереду груднини (це найбільш безпечний шлях, оскільки при порушенні живлення трансплантата його легко вилучити, та внутрішньогрудних ускладнень при цьому не станеться).

Травматичні пошкодження стравоходу спостерігаються при тупих травмах, ножових та вогнепальних пораненнях, ковтанні чужорідних тіл, частіше за все – гострих кісток (курячих, кролячих, рибних та ін.). Нерідко ятрогенні пошкодження, які наносяться лікарем під час діагностичних та лікувальних процедур. Найчастіше ятрогенні пошкодження трапляються під час бужирування стравоходу та невмілому вилученні чужорідних тіл. Незалежно від причини пошкодження результатом виявляється тяжкий інфекційно-запальний процес у параезофагельній клітковині. Якщо перфорація або поранення стравоходу локалізується у шийному відділі, розвивається глибока флегмона ший. Вона проявляється болем при ковтанні та поворотах голови, високою температурою тіла та інтоксикацією, різкою болісністю, інфільтрацією, емфіземою м’яких тканин. Якщо перфорація виявляється у грудному відділі, розвивається медіастиніт, який крім ознак, характерних для глибокої флегмони ший, відрізняється синдромом Горнера (птоз, міоз, ендoftальм); він розвивається у зв’язку з пораненнями блукаючих нервів, що проходять у середостінні. Осиплість голосу з’являється у зв’язку з порушенням іннервації зв’язочного апарата гортані зворотними нервами.

Емфізема середостіння, що легко виявляється при рентгеноскопії, через верхню апертуру грудної клітини поширюється на шию, де визначається пальпаторно.

Пошкодження діафрагмального сегмента та черевного відділу стравоходу спостерігається рідко. Це довільні розриви, які відбуваються при ковтанні занадто великого шматка їжі, який застряг в ділянці діафрагмального звуження стравоходу, викликає сильні некоординовані перистальтичні хвилі, що призводять до розриву стінки. Цей варіант ввійшов в літературу як *синдром Боєрхаве*, на ім'я голандського флотовадця, що був першим пацієнтом, у якого була впізнана сутність фатальної катастрофи.

Незалежно від локалізації діагноз уточнюється езофагоскопією та рентгенодослідженням. Як контрастний препарат використовуються сполучення, які містять 3 атоми йоду (трийодтраст, уротраст, кардіотраст та ін.). Затіки контрастної речовини дають змогу отримати орієнтацію в локалізації протяжністю у формі нориці.

Лікування пошкоджень стравоходу хірургічне. Вилучення чужорідних тіл здійснюється шляхом езофагоскопії. Поширення гнучних фіброволокон ендоскопів здійснило революцію в техніці їх вилучення. При перфорації у перші години здійснюється доступ до стравоходу, на проривний отвір або рану накладаються шви, а оточуюча клітковина дрениється. Особливості доступу до стравоходу пов'язані з локалізацією пошкодження: колотомія – при пошкодженні шийного відділу, торакотомія з правого боку – при пошкодженні верхнього грудного відділу, торакотомія з лівого боку – при пошкодженні нижнього грудного відділу, лапаротомія – при пошкодженні черевного відділу.

Дивертикули – це мішкоподібні випинання стравоходу, які можуть утворюватись у будь-якому відділі стравоходу, але найбільш частою локалізацією виявляються “слабкі місця” – фарингоезофагеальний перехід, рівень біфуркації трахії та епіфренальний сегмент. За своєю патолого-анатомічною характеристикою вони розподіляються на 2 категорії: дивертикули, стінка яких зберігає всі шари стравоходу, включаючи м'язовий, та дивертикули, позбавлені м'язового шару, що складається тільки зі слизової та підслизової. Останніми є міжм'язові грижі. За патогенезом дивертикули розподіляються на пульсійні і тракційні. Пульсійні дивертикули розвиваються внаслідок різкого підвищення внутрішньостравохідного тиску при сильних перистальтичних хвилях, що виштовхують з середини та випинають слабкі місця стінки. Тракційні дивертикули не виштовхуються, а начебто витягуються у середостіння параезофагеальними запальними процесами та рубцями. Великі дивертикули – це мішкоподібні випинання стравоходу діаметром 6-8 см.

Клінічні прояви великих дивертикулів пов'язані з тим, що їжа, яка в них застоюється і знає процеси бродіння та гниття. Це супроводжується неприємним запахом з рота, та неприємною відрижкою. Інфекція, що приєдналась ускладнює патологію запальним процесом. Розвивається дивертикуліт, який проявляється дисфагією, болем у грудній клітині. Найбільш тяжким ускладнення виявляється проривання дивертикула з розвитком медіастиніту.

Вирішальну роль у *діагностиці* відіграє рентгенологічне дослідження з рідкими рентгенконтрастними препаратами та фіброезофагоскопія. Дрібні дивертикули менше 2 см у найбільшому вимірі протікають безсимптомно і можуть виявитись випадковою знахідкою рентгенологічного та ендоскопічного дослідження.

Лікування дивертикулів стравоходу хірургічне. Випинання відтинається, а утворений дефект у спінці стравоходу поширно вшивається, причому хірург при накладанні швів повинен тримати під контролем просвіт стравоходу, оскільки найтяжчим ускладненням операції є рубцева стриктура. При прориванні дивертикула виконується термінова медіастинотомія, що завершується раціональним дрениванням.

Варикозне розширення вен стравоходу лише умовно, за ознакою локалізації патологічного процесу, можна віднести до захворювань стравоходу. Фактично – це лише ознака портальної гіпертензії у хворих на цироз печінки, ознака, яка проявляється патологічними змінами вен стравоходу. Значно рідше причиною варикозного розширення вен стравоходу виявляється хвороба Бадд-Хіарі (тромбофлебіт печінкових вен) або тромбоз підпечінкових джерел ворітної вени, зокрема, тромбофлебіт селезінкової вени. Однак, хоч патогенез варикозного розширення вен стравоходу пов'язаний із захворюванням печінки або іншими причинами портальної гіпертензії, об'єктом основних проявів та ускладнень захворювань, а також об'єктом більшості хірургічних дій виявляється стравохід. Це оправдує виклад деяких аспектів патології він у розділі хірургічних захворювань стравоходу.

Основним і часто єдиним клінічним проявом варикозного розширення вен стравоходу є *кровотеча*, яка розвинулась при ульceraції або травматичному пошкодженні варикозного вузла. Портальна гіпертензія обумовлює профузний характер кровотечі, яка найчастіше маніфестує сильним кривавим блюванням. На відміну від дуоденальної та шлункової кровотечі з виверженням “кавової гуші”, блювотні маси під час крововпливу з варикозних вен містять яскраво-червону кров зі свіжими згустками. Пасаж крові в аборальні відділи шлунково-кишкового тракту призводить до мелени, а при дуже масивній кровотечі – до виділення кашоподібного “малинового желе”. У деяких хворих порожнина шлунка випорожнюється великими згортками, який є зліпком шлунка і блокує пасаж вмісту в аборальному напрямку. У цих випадках кров не досягає прямої кишки, та візуальна оцінка характеру ескриментів призводить до обманливих псевдопозитивних висновків. Без кровотечі варикозне розширення вен стравоходу проходить без симптомно та виявляється при рентгенологічному або ендоскопічному дослідженні, яке виконується відповідно з програмою діагностики можливих захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та печінки.

У лікуванні хворих на варикоз вен стравоходу розрізняють невідкладні заходи, які виконуються при кровотечі, і планові, мета яких є запобігти можливу кровотечу.

Ефективним способом невідкладної зупинки кровотечі є введення зонда Блекмора-Сенгстакена. Ті, що знаходяться біля дистального кінця зонда кулькоподібний та циліндричний балони у роздутому стані стискають вени і зупиняють кровотечу.

Розповсюдження фіброволоконної та відеоскопічної оптики сприяло упровадженню ендоскопічних способів зупинки кровотечі. У теперішній час застосовується ендоскопічна флєбосклерозуюча терапія. Під контролем ендоскопа виконується ендоваскулярне введення тромбовару, етоксисклеролу 66%-го розчину глюкози, паравазальне введення 70°-го етилового спирту. Виконується також ендоваскулярна селективна емболізація вен шлунка та стравоходу. Ефективно запропоноване М.Д. Паціорою в/венне введення пітуїтрину, яке сприяє зниженню портального тиску.

Найпростішою з “відкритих” операцій є езофагогастротомія з прошиванням і перев’язкою варикозних вен. Залишаються на озброєнні хірургів звані роз’єднувальні операції, під час яких варикозно розширені вени залишають зв’язки з магістральними судинами, які зберігають високий тиск. Це – операція Таннера, при якій пересікаються всі шари кардіального відділу шлунка, операція Уокера, при якій розтинається тільки слизова стравоходу. Не втратила своє значення спленектомія, обґрунтування якої в тому, що під час розтину та перев’язки судин шлунка варикозні вени втрачають зв’язок з селезінковою веною, яка під високим тиском.

Операція порто-системного шунтування (портокавальний, спленоренальний, мезентерикокавальний) анастомози на висоті кровотечі застосовується рідко у зв’язку з високою летальністю. У плановому порядку вони застосовуються як ефективні засоби зниження портальної гіпертензії та попередження кровотечі з варикозних вен. При цьому слід чітко уявити собі можливості та побічні негативні ефекти цих суттєвих реконструкцій судинного русла та венозного кровотоку. Перш за все – це операції симптоматичні, що запобігають або долають ускладнення, пов’язані з портальною гіпертензією. Знижуючи тиск у системі ворітної вени, вони сприяють ліквідації асцити та попереджують кровотечу з варикозних вен стравоходу. Не більш того! До лікування цирозу печінки (який не виліковується!) ці операції не мають відношення. Побічним негативним результатом цих операцій є відведення відтікаючої від кишечника крові в систему нижньої полові вени, проминувши печінку. Це призводить до суттєвого зниження детоксикуючої функції печінки, наростання ендогенної інтоксикації з виходом в енцефалопатію, яка у деяких пацієнтів протікає настільки тяжко, що дискредитує позитивний ефект операції. Єдиним ефективним методом лікування цирозу печінки вважається гепатектомія з ортотопічною пересадкою донорської печінки.

Ахалазія стравоходу та кардії – захворювання, яке тривалий час називалось езофагоспазмом або кардіоспазмом. Сутність захворювання є звуження термінального відділу стравоходу, яке призводить до порушення прохідності їжі аж до повної непрохідності. В основі патологічного процесу лежить порушення внутрішньостіночного нервового сплетіння стравохожу (Ауербахова сплетіння), координуючого перистальтику стравоходу зі скороченням і розслабленням кардіального затягача. Патологія Ауербахова сплетіння призводить до втрати кардіальним затягачем здатності до розслабленні. Настає стійкий езофагокардіоспазм. Це перша стадія захворювання. У другій стадії настає престенотичне розширення стравоходу з компенсаторною гіпертрофією м’язів, що намагаються подолати перешкоди. У третій стадії у термінальному відділі стравоходу, відповідаючому “вузькому місцю”, відбуваються дегенеративні зміни у м’язах, які залишаються рубцевою

тканиною. Кардіоспазм переходить у стійкий рубцевий кардіостеноз. Нарешті, у 4-й стадії, коли процес у термінальному відділі стравоходу завершений, продовжується розширення стравоходу, діаметр якого досягає 10 і більше сантиметрів, ємкість його збільшується до 1,5 – 2,0 літрів, його контури зазнають химерної деформації, наближаючись до латинської букви S.

Клінічні прояви пов'язані з дисфагією, яка в 1-й – 2-й стадіях має перехідний характер, в 3-й – 4-й стадіях стає постійною, обтяжується сильним зриванням. Їжа, яка затримується у стравоході, бродить, гниє, неприємно пахне. Інфекція, що приєдналась, ускладнює захворювання езофагітом, який протікає з печією, за грудним болем або болем у спині. У 3-й – 4-й стадіях хворі худнуть, слабшають, стають виснажливими, зовні нагадують хворих із занедбаною злоякісною пухлиною.

Діагностика ахалазії кардії заснована на анамнестичних свідченнях даних рентгенологічного і/або ендоскопічного дослідження стравоходу. Ведучою скаргою є дисфагія, вираженість якої залежить від стадії захворювання. Рентгенологічна картина характеризується значним розширенням стравоходу (звично конічним) термінального його відділу. Основною проблемою діагностики є диференціювання ахалазії з раком стравоходу або раком кардії, який поширюється на стравохід. Класичні ознаки раку – дефекти наповнення “з’їденість” контурів, ригідність стінки – не завжди виявляються при злоякісному рості, іноді відзначається при ахалазії. Езофагоскопія з біопсією також не завжди вирішує проблему, особливо – при значному звуженні, ускладнюючому просування ендоскопа та виключаючому взяття інформативного біоптату. Як правило, якщо результат гістологічного дослідження свідчить про рак, діагностичну задачу можна вважати вирішеною. Якщо ж в біоптаті немає елементів злоякісного росту, виключити рак неможна. Результат може виявитись неправдиво негативним. Тому останнім, вирішальним актом диференційної діагностики виявляється лапаротомія. Показання до лапаротомії повинні бути достатньо широкими, оскільки ціною помилкової діагностики ахалазії у хворих на рак стравоходу або кардії виявляється життя хворого.

Лікування ахалазії у перших стадіях хвороби пов'язано з маніпуляціями, направленими на розширення звуженої ділянки. Процедура виконується спеціальним інструментом – дилататором Штарка. В 1-й і 2-й стадіях езофаго-кардіодилатація ефективна. Хворі охоче йдуть на цю процедуру, яка уявляється привабливою альтернативою хірургічній операції. Привабливою, але небезпечною! Насильницькі розширення звуженої ділянки можуть привести до розриву стравоходу, який потребує невідкладної операції. Реконструкція пошкодженого сегмента являє собою нелегку технічну задачу, яка ускладнюється неминучим медіастинітом та перитонітом, тяжким станом хворого. У 3-й і 4-й стадіях – лікування тільки хірургічне. Операція нескладна, але дуже витончена. У продольному напрямку розтинається рубцевий футляр над вузьким місцем. Оскільки в рубцювання втягується тільки м'язовий шар, після продольного розтину рубця, краї його розходяться та звільняють від 1/2 до 2/3 периметра слизового шару. У стравохід вводиться товстий шлуноквий зонд, який після звільнення циліндра слизової з рубців вільно проникає через кардію у шлунок. Тепер залишається лише вкрити оголену слизову. Це виконується або шляхом зшивання країв розсіченого рубця у поперечному напрямку (способів Готтштейна-Шалімова), або за допомогою клаптя діафрагми на ніжці (спосіб Петровського), або з допомогою підтягнутого до дефекта дна шлунка (спосіб Суворової).

Пухлини стравоходу поділяють на доброякісні і злоякісні, і кожна група за морфологічною структурою ділиться на епітеліальні та неепітеліальні новоутворення. Серед доброякісних пухлин найчастіше зустрічаються епітеліальні плоскоклітинні *поліпи* і ті, що розвиваються з м'язової тканини лейоміоми. Поліпи звично локалізуються або у верхній третині стравоходу, або в його епіфренальному відділі. Дрібні поліпи скарг не викликають. При травмуванні твердою їжею може статись незначна кровотеча, яка довільно зупиняється і проходить непомітно. При повторних кровотечах пацієнти іноді відзначають, що окремі порції екскрементів стають характерного чорного кольору. Якщо ці спостереження спонукають пацієнта звернутись до лікаря (що буває дуже рідко!), то при езофагоскопії уточнюється джерело кровотечі. Однак частіше поліпи стравоходу виявляються випадково, коли у процесі гастродуоденоскопії ендоскопіст виявляє поліпи, які не пов'язані зі скаргами хворого і виходять за рамки ймовірного діагнозу даного лікаря.

Незалежно від розмірів, локалізації, наявності або відсутності клінічних симптомів, поліпи слідвилучити. Основним мотивом до їх хірургічного відрізання є високий ризик малігнізації, переродження у рак. Можливості сучасної ендоскопічної апаратури дають змогу виконати операцію

безкровно, атравматично. Незважаючи на те, що втручання виконується під місцевим знеболенням і продовженням, як правило, не більше 15 хвилин, виконувати маніпуляцію амбулаторно неможна. Пацієнт підлягає спостереженню у стаціонарі протягом 1-2 діб. Перед випискою необхідно виконати контрольну езофагоскопію для того, щоб впевнитись, що післяопераційна рана не кровоточить.

Лейоміоми стравоходу зустрічається рідше, ніж поліпи. Вони являють собою масивні утворення м'яко-еластичної консистенції неправильної кулькоподібної форми. Лейоміоми іноді досягають великих розмірів, однак непрохідність стравоходу вони не викликають. Дисфагія при лейоміомах не завжди відповідає розміру пухлини. Іноді порівняно невелика пухлина викликає дисфагію у зв'язку з приєднуючою стійкою спазмою циркулярних м'язів, велика пухлина проходить безсимптомно і виявляється випадково під час рентгенологічного або ендоскопічного дослідження.

Лікування лейоміом стравоходу тільки хірургічне. Торакотомія, розсікання медіастинальної плеври, виділення стравоходу з наступним подовженням розтинам або розволокненням м'язів. Пухлину слід вилучити, не пошкодивши циліндр слизової оболонки, яка на відміну від слизової шлунка звично не зростається з пупиною і не вкривається виразками. Прогноз при лейоміомах стравоходу сприятливий.

Інші неепітеліальні доброякісні пухлини стравоходу (фіброми, ліпоми, невроми) зустрічаються рідко. Діагностика та принципи лікування цих пухлин такі ж, як при лейоміомах.

Рак стравоходу належить до числа прогностично найтяжчих локалізацій злоякісної пухлини. Пізня виявленість, дуже високий операційний ризик та велика кількість об'єктивних протипоказань до операційного лікування зумовлюють низький рівень виживання та високу смертність від цієї патології. Захворювання на рак стравоходу в Україні за даними 1997 року складають 4,3 на 100000 населення, тобто протягом одного року в країні реєструється близько 2200 хворих. 68,2% з них вмирають протягом першого року. Це — трагічний показник, який свідчить про те, що проблема діагностики та лікування цієї локалізації раку не вирішена. Більше 2/3 раків стравоходу локалізується у середньому грудному відділі, тобто в тому відділі, де стравохід межує з біфіркацією трахеї, бронхами, аортою, перикардом, і пухлина часто проростає в ці органи, зумовлюючи неможливість виконання радикальної операції. У 10% випадків пухлина розміщується у верхньому грудному або шийному відділі. При цій локалізації радикальні операції належать до рідкісної казуїстики. Нарешті, у нижньому грудному та черевному відділі рак стравоходу реєструється приблизно у 25% випадків. Ця локалізація перспективна з точки зору можливості виконання радикальної операції.

90% злоякісних пухлин стравоходу за морфологічною структурою належать до плоскоклітинного раку. Лише у 10% спостережень виявляється аденокарцинома або низькодиференційний рак. Слід відзначити, що рак кардіального відділу шлунка часто поширюється на стравохід, на відміну від раку стравоходу, який не уражує кардіальний відділ шлунка. Оскільки рак кардії з поширенням на стравохід за макроскопічним критерієм важко відрізнити від раку термінального відділу стравоходу, клініцисти виділяють поняття “кардіо-езофагеальний рак”. Уточнення первинного осередка можливе тільки за результатами гістологічного дослідження: плоскоклітинний рак свідчить про те, що пухлина виходить з епітелію стравоходу, аденокарцинома схиляє діагноз до раку кардіального відділу шлунка.

За характером росту розрізняють екзофітні пухлини, що ростуть у просвіт стравоходу, ендоефітні, інфільтруючі підслизовий шар і м'язи. Інфільтраційні пухлини більш злоякісні. Вони швидше призводять до стенозу, раніше ускладнюються непрохідністю, активніше метастазують.

Діагностика раку стравоходу здійснюється за допомогою рентгенологічного та ендоскопічного досліджень. Рентгенологічно визначають дефекти наповнення, з'єдненість контурів, ригідність стінок та ділянки стенозу. Ендоскопічно можна констатувати інфільтративно-виразкову, екзофітну та стенозуючу форми пухлини. Основним перевагою ендоскопічного методу є можливість взяття біоптату з ділянок, підозрілих за пухлинним ростом. Морфологічним підтвердженням злоякісного росту є кінцева верифікація діагнозу раку стравоходу. Однак відсутність морфологічної верифікації, особливо – у випадках стенозу, коли пухлина виявляється недосягнутою для ендоскопічних маніпуляцій, не відхиляє діагноз, встановлений на підставі клінічних, рентгенологічних та інструментальних даних.

Лікування раку стравоходу знаходиться в залежності від локалізації пухлини та її поширеності, класифікованої у системі TNM. 5-а редакція класифікації пропонує такі критерії і категорії TNM

- T1 – пухлина інфільтрує власну мембрану або підслизову основу;
- T2 – пухлина поширюється на м'язову оболонку;
- T3 – пухлина поширюється на адвентицію;
- T4 – пухлина проростає в граничні структури.

Для шийного відділу стравоходу регіонарними є шийні лімфовузли, включаючи надключичні, для грудного відділу – медіастинальні та перигастральні, виключаючи черевні. Ураження шийних лімфовузлів при раку грудного відділу так само, як ураження черевних лімфовузлів при раку будь-якої локалізації, не вважається регіонарним та кваліфікується як віддалений метастаз (M1)

- N0 – немає метастазів в регіонарні лімфовузли;
- N1 – є метастази в регіонарні лімфовузли;
- M0 – немає віддалених метастазів;
- M1 – є відділені метастази;
- M1_a – є метастази в черевні або шийні (для грудного відділу) лімфовузли;
- M1_b – є метастази у віддалені органи.

Групування по стадіях

Стадія	T	N	M
I	T1	N0	M0
II A	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
II B	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
III	T3	N1	M0
	T4	будь-яка	M0
IV A	будь-яка	будь-яка	M1 _a
IV B	будь-яка	будь-яка	M1 _b

Рак шийного й верхнього грудного відділу стравоходу належить до нерезектабельних локалізацій за багатьма міркуваннями. Хворі рідко поступають на ранніх стадіях, коли обмежене поширення пухлини створює теоретичні передумови для радикальної операції. Реконструктивний етап операції на шиї виявляється невиконаним через те, що архітектоніка судин не дає змоги зберегти відповідний кровоток в кишковому трансплантаті, який потрібно анастомозувати з глоткою. Можливо, що деяку перспективу відкриває мікrohrургія судин, яка створює нові можливості у пересадці на шиї вільного відрізка кишки на судинній “ніжці”.

Основним лікувальним методом раку шийного та верхнього грудного відділу стравоходу є променева терапія – *телегамматерапія* (ТГТ) або сполучене променеве лікування (ТГТ + внутрішньопорожнинне опромінення). Більшість радіологів вважають, що опроміненню повинна передувати *гастростомія*, незалежно від того, чи викликає пухлина явище непрохідності. Мета гастростомії – виключення пасажу їжі по стравоходу, запобігання механічних, термічних та хімічних подразнень опроміненої пухлини. Переважаючим варіантом гастростомії вважається введення на передню черевну стінку трубки, сформованої з великої кривизни шлунка за Гавриліо-Жіано. Цей спосіб позбавляє хворого від постійного насіння гумового або пластмасового зонда для живлення.

При раку середнього грудного відділу стравоходу, якщо дозволяє стан хворого, планується *радикальна операція*. Бажано, щоб операції передувала *гамма-терапія*, яка, зменшуючи об'єм пухлини і знімаючи перифокальне запалення, підвищує шанси на резектабельність та покращує віддалені результати. Після операції, виконаної з передопераційним опроміненням, зменшується кількість місцевих рецидивів і метастазів. Максимальним обсягом радикальної операції вважається екстирпація стравоходу з одномоментною реконструкцією шлунком, тонкою або товстою кишкою; екстирпація стравоходу з формуванням езофагостоми на шиї та гастростоми на черевній сті-

нці (реконструктивний етап при цьому відкладається на 2-3 місяці); екстирпація стравоходу абдо-міноцервикальним доступом (без торакотомії) з одномоментною реконструкцією одним з перелічених способів. Якщо операція виявиться нездійсненою, то після загоєння рани виконується друга серія опромінь, і гамма-терапія стає основним і єдиним методом лікування.

При нерезектабельному раку середнього грудного відділу (Т4 або М1) виконуються симптоматичні операції, направлені на забезпечення гастроінтестинального живлення, минаючи стравохід. Виконуються різні варіанти гастростомії, введення у стравохід ендпротезів та шунтуючі операції, коли мобілізована та протягнута у грудну клітину кишка анастомозується зі стравоходом вище рівня стенозу і відводить їжу в шлунок або в початковий відділ порожньої кишки.

При пухлинах нижнього грудного та черевного відділу стравоходу гамма-опромінення застосовується дуже рідко, оскільки в зону опромінення тканин неминуче потрапляє серце, печінка, селезінка, та побічні, негативні ефекти опромінення домінують на очікуваним лікувальним результатом. Локалізацію пухлини у нижньому грудному та черевному відділі – найбільш перспективна з точки зору можливості *радикальної операції*. Можлива резекція стравоходу доступом через ліву плевральну порожнину за Осаво-Гарлоком, через праву плевральну порожнину за Л'юїсом, екстирпація стравоходу абдо-міно-цервикальним та трансторакальним доступом з одномоментною реконструкцією або екстирпація за Добромисловим-Торексом з відстроченою реконструкцією. Більшість виконаних радикальних операцій та сприятливих відділених результатів пов'язані з цією, найбільш низькою локалізацією раку стравоходу. Хіміотерапія раку стравоходу не отримала розповсюдження. Деякі автори застосовують 5-фторурацил, фторафур, адриаміцин (доксорубіцин), мітоміцин С, вінкристин, метатрексат, цисплатин, блеомицин, колхамін. Ефективність хіміотерапії низька. Регресія пухлини досягається у 20-25% хворих.

Самостійною проблемою є *ускладнення раку стравоходу, створює ургентну ситуацію*, яка диктує необхідність невідкладного хірургічного втручання. Найчастішою причиною ургентної ситуації при раку стравоходу вмяляється проривання пухлини. Довільні пориви можливі при розпаді пухлини. Однак частіше проривання зумовлюється ятрогенними причинами. Порушення цілості стінки стравоходу може статися під час езофагоскопії при спробі “пройти” ділянку стенозу. Причиною перфорації може виявитись біопсія, виконана в дуже витонченій ділянці. Небезпечно також насильницьке проведення ендпротезу. Іноді розрив пухлини форсується променевою терапією. Незалежно від обставин, сприяючих перфорації, це – катастрофічне ускладнення з безпосередньою загрозою життю хворого.

При *перфорації шийного відділу* розвивається глибока, найчастіше щільна флегмона ший. Проривання проявляється болем на ділянці ший, який підсилюється при ковтанні і поворотах голови. Запалення навколоторганної клітковини супроводжується парезом гортанного нерва, що призводить до охриплості. Іноді розвивається підшкірна емфізема. У деяких хворих розвивається синдром Горнера (птоз, міоз та ендoftальм). При оглядовій рентгеноскопії та рентгенографії виявляється розширення навколостравохідного простору, іноді – міжфасціальна емфізема. Рентгеноконтрастне дослідження з водорозчинними йодвміщуючими препаратами (уротраст, трийодтраст та ін.) дає інформацію про місце перфорації та поширення свища. Екстрена операція при прориванні шийного відділу стравоходу включає два обов'язкових компоненти: 1) розсічення фасціальних футлярів із забезпеченням раціонального дронування навколостравохідної клітковини; 2) гастростомію, виключаючи пасаж їжі через стравохід. Ушивання дефекту у стінці стравоходу може бути реалізовано тільки в тих випадках, коли дефект розташовується поза пухлиною і від моменту проривання пройшло менше 6 годин.

Клінічна картина *перфорації грудного відділу* залежить від того, чи пошкоджена плевра. При збереженій медіастинальній плеврі розвивається медіастиніт. Момент перфорації супроводжується сильним болем у грудях. У перші ж години з'являється медіастинальна емфізема, яка поширюється на шию обличчя і підшкірну основу грудної клітини. Подразнення блукаючих нервів призводить до кашлю і охриплості. Рентгенологічне дослідження дає змогу визначити рівень проривання та межі поширення контрастної речовини у середостінні. Езофагоскопія надає інформацію про розміри дефекту, характер країв рани і співвідношення між перфорацією та пухлиною. Проривання з пошкодженням медіастинальної плеври супроводжується затіканням вмісту стравоходу у плевральну порожнину, що викликає сильний біль з плевро-пульмональним шоком, що не підлягає корекції. З боку пошкодженої плеври визначається гідропневмоторакс (перкуторно-

коробковий звук, аускультативно – відсутність дихальних шумів, рентгенологічно – колапс легені, газ і горизонтальний рівень рідини в плевральній порожнині).

Особливості хірургічної операції при прориванні грудного відділу стравоходу залежать від рівня перфорації. При прориванні у верхньому грудному відділі виконують правосторонню торакотомію у 5-му міжребер'ї, після розсічення медіастинальної плеври широко відкривають середостіння, рану стравоходу ушивають прецизійними швами, плевральну порожнину дренують двома трубками (для аспірації рідини та повітря), середостіння дренують через яремну вирізку грудини за Разумовським. Всі дренажі приєднують до активно аспіруючого апарата (насоса або системи Субботіна-Пертеса). Для виключення стравоходу з пасажу їжі сформовують гастростому.

У хворих з перфорацією нижнього грудного відділу стравоходу доступ до стравоходу здійснюється через ліву плевральну порожнину, а дронування середостіння – через стравохідний отвір діафрагми, верхній поверх черевної порожнини і передню черевну стінку. Зрозуміло, що дронування через черевну порожнину має багато негативного, але іншого шляху для дронування нижніх відділів середостіння немає.

При перфорації в середньому грудному відділі орієнтиром служить рівень VI грудного хребця. При перфорації вище VI хребця дронування виконується за Разумовським, при прориванні нижче Th_{VI} – за Розановим-Савіними через стравохідний отвір діафрагми.

Найтяжчим ускладненням раку шийного і верхнього або середнього грудного відділу стравоходу є *стравохідно-трахеальний* або *стравохідно-bronхіальна нориця*. Патологічна комунікація між стравоходом і трахеобронхіальним деревом утворюється внаслідок довільного розпаду або променевої диструкції новоутворення, проростаючого в трахею або в бронх. Утворення патологічного сполучення між стравоходом і трахеєю або бронхом проявляється задушливим кашлем під час їжі. Стан хворого катастрофічно погіршується у зв'язку з розвитком абсцедуючої пневмонії. Діагноз верифікується рентгенологічним дослідженням із застосуванням водорозчинних рентгенконтрастних речовин. Радикальну операцію при норицях ракового генезу не можливо здійснити. Для виключення нориці з пасажу їжі показана гастростомія, яку доповнюють пілоропластикою, що покращує умови евакуації шлункового вмісту в кишечник, і фундоплекцією за Ніссеном, який підсилює замикаючу функцію кардії.

6. Матеріали для самоконтролю якості підготовки.

А. Питання для самоконтролю

Питання:

10.1.Що таке «кут Гіса»?

10.2.Які спеціальні методи дослідження використовуються в діагностиці захворювань стравоходу?

10.3.У якому анатомічному відділі стравоходу стороннє тіло може виявитися причиною раптової смерті?

10.4.Зазначте клінічні стадії перебігу хімічних опіків стравоходу.

10.5.Які фармакологічні проби використовуються в диференціальній діагностиці ахалазії кардії?

10.6.Зазначте фізіологічні звуження стравоходу.

10.7.Що Ви розумієте під шлунково-стравохідним рефлюксом? До чого призводить це явище?

10.8.Яка ведуча клінічна ознака виявляється при розвитку рубцевого звуження стравоходу?

10.9.Що включає консервативна терапія при ахалазії кардії, і в яких стадіях вона показана?

10.10.Які ускладнення можуть виникнути в дивертикулах стравоходу?

10.11.На якій відстані від верхніх різців розташоване друге фізіологічне звуження стравоходу?

10.12.Зазначте можливі уроджені аномалії стравоходу.

10.13.Дайте визначення ахалазії кардії.

10.14.Чим можуть бути викликані хімічні опіки стравоходу? По яких ознаках можна зробити висновок про характер речовини, що ушкоджує?

10.15.Як класифікуються дивертикулі стравоходу?

10.16.Яке значення для оперативної хірургії має анатомічне розташування стравоходу в різ-

- номанітних відділах /шийний, середній грудний, нижній грудний/?
- 10.17.Зазначте клінічні ознаки сторонніх тіл стравоходу. Якими методами їх можна виявити?
 - 10.18.Зазначте протипоказання до бужювання стравоходу.
 - 10.19.Перерахуйте показання до хірургічного лікування ахалазії кардії.
 - 10.20.Які клінічні ознаки характерні для раку стравоходу?
 - 10.21.Як кровозабезпечується стравохід?
 - 10.22.Зазначте стадії патолого-анатомічних змін при хімічних опіках стравоходу.
 - 10.23. У які строки варто починати бужювати стравохід при хімічних опіках?
 - 10.24.Який метод лікування хворих з ахалазією стравоходу III стадії вважається оптимальним?
 - 10.25.Які захворювання можуть супроводжуватися рефлюкс-езофагітом?
 - 10.26.Як здійснюється венозний відтік у різноманітних відділах стравоходу?
 - 10.27.Зазначте клінічні прояви гострої стадії хімічного опіку стравоходу. Як довго триває ця стадія?
 - 10.28.Зазначте медичні заходи при наданні невідкладної допомоги на місці події при опіку стравоходу кислотою.
 - 10.29.Зазначте стадії клінічного перебігу ахалазії кардії.
 - 10.30.Що варто розуміти під терміном «халазія» кардії?
 - 10.31.Які анатомічні утворення формують «фізіологічну кардію»?
 - 10.32.Які клінічні прояви характерні для II стадії хімічного опіку стравоходу? У які строки вони виявляються?
 - 10.33. Коли варто починати раннє бужювання стравоходу при опіках? Зазначте засоби бужювання.
 - 10.34.Зазначте рентгенологічні ознаки ахалазії кардії.
 - 10.35.Перерахуйте основні клінічні прояви дивертикулів стравоходу.
 - 10.36.На які анатомічні відділи ділиться стравохід? Зазначте їхню довжину.
 - 10.37.До яких ускладнень у ранні і пізні строки призводить хімічний опік стравоходу?
 - 10.38.По яких місцевих ознаках можна зробити висновок про характер речовини, що викликало опік стравоходу?
 - 10.39. Зазначте показання до хірургічного лікування рубцевих звужень стравоходу.
 - 10.40.Які клінічні прояви характерні для ахалазії кардії?
 - 10.41.Зазначте невідкладні медичні заходи щодо надання допомоги при опіку їдкою лугновиною на місці події.
 - 10.42.До яких ускладнень може призвести своєчасно нелікований пептичний езофагіт?
 - 10.43.Перерахуйте можливі причини розвитку раку стравоходу.
 - 10.44.Зазначте лікувальні заходи, що застосовуються при хімічному опіку стравоходу в умовах хірургічного стаціонару.
 - 10.45.Назвіть операції, що виконуються при ахалазії кардії.
 - 10.46.Як лікують дивертикули стравоходу?
 - 10.47.Перерахуйте показання до хірургічного лікування дивертикулів стравоходу.
 - 10.48. Приведіть класифікацію раку стравоходу.
 - 10.49.Як лікують рак стравоходу?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Зазначте найбільше ефективне лікування ахалазії кардії 1-2 ст.
2. Зазначте найбільше ефективне лікування ахалазії кардії 3 ст.
 - А - консервативне медикаментозне лікування
 - В - дилатація нижнього стравохідного сфінктеру
 - С - і те, і інше
 - Д - оперативне лікування
3. Як проводити місцеве лікування верхнього медіастиниту після його скресання?
4. Як проводити місцеве лікування нижнього медіастиниту після його скресання?
 - А - тампонадою рани

- В - дренаванням рани
- С - уведенням через рану випускників
- Д - проточним зрошенням через дренаж
- Е - проточним зрошенням з активним вісосом

5. Придбані трахеостравоходні свищі частіше виникають у хворих із:

- А - лімфогранульоматозом
- В - кавернозним туберкульозом легких
- С - рубцевим стенозом стравоходу
- Д - раком стравоходу
- Е - ахалазією стравоходу

6. Кардіоспазм - це:

- А - виразка кардинального відділу шлунка
- В - стенокардія напруги
- С - порушення ритму серця
- Д - тетрада Фалло
- Е - ахалазія кардії

7. Бужування

8. Кардіоділятація

- А - дивертикул стравоходу
- В - рубцевий стеноз стравоходу
- С - виразковий езофагіт
- Д - ахалазія кардії
- Е - грижа стравохідного отвору діафрагми

9. Гастростома

10. Езофагокардіоміотомія

11. Гастроентеростомія

- А - стеноз воротаря
- В - рак кардіального відділу шлунка
- С - ахалазія стравоходу
- Д - діафрагмальна грижа
- Е - дивертикул стравоходу

12. При виникненні незначних дисфагічних явищ у першу чергу варто думати про:

- 1 - рубцеві стриктур стравоходу
- 2 - аневризму аорти
- 3 - розширенні вен стравоходу
- 4 - раці стравоходу

13. Що з перерахованого відноситься до клінічних проявів дивертикулу стравоходу?

- 1 - дисфагія
- 2 - біль за грудинною
- 3 - відригування
- 4 - відрижки «тухлим яйцем»

6. ЛІТЕРАТУРА:

- **основна:**

2. «Онкологія» за редакцією Б. Т. Білінського та Ю. М. Стернюка. Львів. «Світ», 1992.

- **додаткова:**

1. Загальна хірургія. – Желіба М.Б., Хіміч С.Д. – 2010р.

7. Тема наступної лекції.

8. Завдання для УДРС та НДРС