

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургії № 1-4

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття з дисципліни.

Тема: “Захворювання межистіння. Класифікація. Діагностика. Диференціальна діагностика. Методи хірургічного лікування. Захворювання та травми стравоходу:Доброякісні пухлини та кісти Опіки,Травми ,Ахалазія кардії, Грижі стравохідного отвору діафрагми, Гастроезофагеальний рефлюкс, Дивертикули. Інші захворювання: Сторонні тіла, Стравохід BARRETT”.

Виконав: Курбанов А.К.

Київ 2018

Захворювання межистіння. Класифікація. Діагностика. Диференціальна діагностика. Методи хірургічного лікування.

Захворювання та травми стравоходу:Доброякісні пухлини та кісти Опіки, Травми,Ахалазія кардії, Грижі стравохідного отвору діафрагми, Гастроезофагеальний рефлюкс, Дивертикули. Інші захворювання: Сторонні тіла, Стравохід BARRETT.

Актуальність.

Актуальність проблеми медіастинітів полягає у складності анатомічної будови межистіння, яке містить велику кількість життєво важливих органів, оточених клітковиною, що сприяє швидкому поширенню інфекції з вираженою загальною реакцією організму на тлі тяжкої інтоксикації. Існує велика загроза виникнення медіастинітів як ускладнень первинного захворювання, яким можуть бути гнійно-запальні захворювання ший, піднижньощелепної ділянки, заглоткові та паратонзиллярні абсцеси, перфорації стравоходу, неспроможність швів, інфікування межистіння під час операцій на стравоході.

Проблема своєчасної діагностики і адекватного лікування непухлинних захворювань стравоходу (гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), гриж стравохідного отвору діафрагми, дивертикулів стравоходу і ахалазії стравоходу) є надзвичайно актуальною. Це зумовлено недостатнім аналізом клінічної картини захворювань, дефіцитом спеціального діагностичного обладнання і відсутністю єдиного алгоритму ведення пацієнтів. Таким хворим нерідко встановлюється діагноз стенокардії, хронічного панкреатиту, диспепсії, міжреберної невралгії, невроза і в результаті, протягом багатьох років, проводиться неефективне лікування, а за цей час захворювання переходить в пізні стадії, розвивається ряд ускладнень, коли навіть оперативне лікування може мати незадовільні результати.

Мета.

1. Визначати етіологічні та патогенетичні чинники виникнення медіастиніту і непухлинних захворювань стравоходу.
2. Проводити опитування хворих на захворювання межистіння та стравоходу.
3. Визначати типову клінічну картину при захворюваннях межистіння та стравоходу.
4. Визначити класифікації медіастиніту і непухлинних захворювань стравоходу.
5. Скласти план обстеження хворих на медіастиніт і непухлинні захворювання стравоходу.
6. Аналізувати дані клінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих на медіастиніт і непухлинні захворювання стравоходу.
7. Встановлювати діагноз та методи лікування хворих на медіастиніт і непухлинні захворювання стравоходу.

8. Призначати консервативне лікування, встановлювати показання до хірургічного лікування та методи хірургічного лікування.
9. Оцінювати прогноз захворювання хворих на медіастиніт і непухлинні захворювання стравоходу.

Студент має знати:

1. Сучасні уявлення про захворювання межистіння та стравоходу.
2. Визначення гострого медіастиніту та непухлинних захворювань стравоходу.
3. Етіологію і патогенез медіастиніту та непухлинних захворювань стравоходу.
4. Класифікацію медіастиніту та непухлинних захворювань стравоходу.
5. Клінічну картину при медіастиніту та непухлинних захворювань стравоходу.
6. Методи діагностики медіастиніту та непухлинних захворювань стравоходу.
7. Захворювання, з якими потрібно проводити диференційну діагностику.
8. Види консервативного та хірургічного лікування медіастиніту та непухлинних захворювань стравоходу.
9. Принципи та методи профілактики медіастинітів та непухлинних захворювань стравоходу.
10. Прогноз захворювання хворих на медіастиніт та непухлинні захворювання стравоходу.

Студент має вміти:

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження хворих на медіастиніт та непухлинних захворювань стравоходу.
2. Визначати патогенетичні фактори розвитку медіастиніту та непухлинних захворювань стравоходу.
3. Виявляти типову клінічну картину медіастиніту та непухлинних захворювань стравоходу.
4. Виявляти ускладнення медіастиніту та непухлинних захворювань стравоходу.
5. Складати план обстеження хворих на медіастиніт та непухлинні захворювання стравоходу.
6. На підставі аналізу даних лабораторного й інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при медіастиніті та непухлинних захворюваннях стравоходу.
7. Призначати лікування, профілактику при медіастинітах та непухлинних захворюваннях стравоходу.
8. Визначити показання до оперативного втручання та обґрунтовувати його метод.

Термінологія.

Термін	Значення
Межистіння	Частина порожнини грудної клітки, відмежована зверху верхнім грудним отвором, знизу - діафрагмою, спереду - грудиною, ззаду хребетним стовпом, з боків - середостіння плеврою.
Медіастиніт	Серозне або гнійне запалення клітковини межистіння.
Симптом Герке	Локалізація болю за грудиною, посилення його під час постукування по грудині, закидання голови.

Симптом Горнера	Подразнення діафрагмових нервів проявляється нестихаючою гикавкою, за умови значного стискання з'являється параліч діафрагми на відповідному боці.
ГЕРХ	Хронічне рецидивуюче захворювання з розвитком печії, дисфагії і запального ураження дистального відділу стравоходу внаслідок гастроезофагеального або дуоденогастроезофагеального рефлюкса, що в більшості випадків асоційоване з грижою стравохідного отвору діафрагми і призводить до розвитку тяжких ускладнень і суттєвого погіршення якості життя.
Ахалазія стравоходу	Тяжке нервово-м'язове захворювання стравоходу, що характеризується порушенням прохідності стравохідно-шлункового переходу і зниженням тону стравоходу, що призводить до прогресуючої дисфагії і виникнення тяжких ускладнень.

Викладення теми.

Межистіння обмежено спереду грудиною та позагрудинною фасцією, ззаду – грудним відділом позвоночника, шийками ребер, передпозвоночною фасцією. Боковими границями являються листки межистінної плеври та прилягаючі до неї листки внутрішньогрудної фасції. Нижню границю межистіння створює діафрагма та діафрагмальна фасція. На рівні верхнього відділу грудної клітки клітковина межистіння відмежована від фасціально-клітковинних середовищ шиї фасціальними тяжами розташованими між органами великими судинами звязаними з фасціями які покривають грудину, ключицю та тіла грудних хребців. У хірургічній практиці зазвичай використовують розподіл межистіння умовно на два поверхи і два відділи: переднє і заднє, верхнє і нижнє. Фронтальну площину проводять через центр головних бронхів коренів легень. Між відділами межистіння немає жодних фасціальних перегородок.

У передньоверхньому межистінні розташовані загрудинна залоза, верхня порожниста і безіменна вени, дуга аорти, легенева артерія, трахея, бронхи, лімфатичні вузли, нервові сплетення. В передньонижньому межистінні розташовані серце і перикард, у задньому – стравохід, частина дуги аорти та її грудна частина, блукаючі нерви, грудна лімфатична протока, нижня порожниста вена, парна і непарна вени. Чітких меж між цими відділами немає, тому гнійні процеси можуть поширюватися з одного відділу в інший, але зазвичай, поширення процесу відбувається у вертикальній площині.

Медіастиніт – гнійне запалення клітковини середостіння. Це захворювання, яке являє собою загрозу життю, дає дуже високу летальність при пізній діагностиці чи проведенні неправильного лікування.

Етіологія та патогенез.

Найчастіше, медіастиніт є вторинним захворюванням, тобто є ускладненням будь-яких гнійних процесів в організмі – це чи безпосередній перехід запалення на медіастинальну клітковину, чи метастазування збудників інфекції із визначених чи невизначених вогнищ. В свою чергу, до первинних медіастинітів належать травматичні медіастиніти, що виникають у разі екзогенного інфікування. Насамперед це відкриті, в тому числі вогнепальні ушкодження межистіння та його органів. При дослідженні мікрофлори перше місце за частотою бактеріологічних знахідок посідає стрептокок, далі стафілокок, пневмокок тощо. Найчастішими є асоціації гемолітичного стрептокока, ентерокока і золотисого стафілокока.

Класифікація.

За етіологією і патогенезом:

I. Первинні, чи травматичні:

- на тлі поранень межистіння без ушкодження його органів;
- на тлі поранень межистіння з ушкодженнями його органів;
- на тлі поранень межистіння, поєднаних з пораненнями легенів і плеври;
- післяопераційні;
- на тлі ушкоджень стравоходу інструментально чи сторонніми тілами.

II. Вторинні:

- контактні;
- метастатичні із з'ясованим джерелом інфекції;
- метастатичні із нез'ясованим джерелом інфекції.

За поширеністю:

- гострі гнійні та негнійні лімфаденіти межистіння із залученням до запального процесу прилеглої клітковини;
- множинні й одиничні абсцеси межистіння.

Флегмони межистіння:

- схильні до обмеження;

- такі, що прогресують.

За характером ексудату та видом збудника:

- серозні;
- гнійні;
- гнильні;
- анаеробні;
- гангренозні;
- туберкульозні.

За локалізацією:

I. Передні:

- верхні, з розташуванням вище III міжребер'я;
- нижні, донизу від III міжребер'я;
- усього переднього відділу межистіння.

II. Задні:

- верхні, з розташуванням вище V грудного хребця;
- нижні, з розташуванням нижче V грудного хребця;
- усього заднього відділу межистіння.

III. Тотальні.

За клінічним перебігом:

- гострі медіастиніти;
- хронічні медіастиніти:
 - первинно хронічні;
 - вторинно хронічні.

Клініка.

Виділяють такі групи ознак запалень медіастинальної клітковини:

- загальні симптоми;
- симптоми компресії органів, судин, нервових стовбурів межистіння;

- симптоми, що її виявляють під час фізикального дослідження;
- рентгенологічні ознаки захворювання;
- симптоми, що їх виявляють під час інструментальних і лабораторних методів дослідження.

Діагностика.

Застосовується рентгенографія органів грудної порожнини, КТ органів грудної порожнини та УЗД органів грудної порожнини. Також застосовуються лабораторні дослідження крові, характерний лейкоцитоз, різкий зсув формули вліво.

Диференційний діагноз проводять з пневмонією, гострим плевритом, ексудативним перикардитом, тератомами, кістами межистіння, туберкульозом грудних хребців з абсцесами в межистінні, раком стравоходу та кореня легені з розпадом.

Лікування.

Оперативне, так як летальність серед неоперованих становить від 70 до 100%. Вибір хірургічного доступу визначається локалізацією патологічного процесу:

- у разі верхньопереднього медіастиніту – шийна медіастинотомія за Разумовським;
- у разі локалізації гнояка у верхніх, верхньобічних відділах межистіння – шийна бічна медіастинотомія;
- у разі заднього медіастиніту – заплевральну задню медіастинотомію за Насиловим;
- у разі задньонижнього медіастиніту – нижня трансабдомінальна медіастинотомія за Савіних;
- у разі поєднання гнійного медіастиніту та гнійного плевриту, поширеного медіастиніту, задньої локалізації гнійного процесу в межистінні – торакотомний черезплевральний доступ за Добромисловим.

Після виконання основного етапу операції проводиться дренивання рани з постійним або фракційним промиванням.

Паралельно з оперативним лікуванням проводиться масивне медикаментозне лікування:

- Антибактеріальна терапія;

- Дезінтоксикаційна терапія;
- Корекція водно-електролітного балансу та білкового обміну;
- Антигістамінні препарати;
- Корекція серцево-судинної та легеневої діяльності;
- Низькомолекулярні гепарини;
- Знеболювання;
- Застосування кисневих масок, інгаляцій.

До *доброякісних новоутворень* належать нейрогенні пухлини, дермоїди, тимоми та бронхогенні кісти. Кісти є утвореннями межистіння, що зустрічаються найбільш часто. Вони бувають бронхогенні, стравоходу, нейрон-ентерогенні, перикарду, вілочкової залози, грудного лімфатичного протоку та панкреатогенні. Лікування оперативне – видалення пухлини/кісти.

Опіки стравоходу – пошкодження, що виникають внаслідок проковтування агресивних рідин – концентрованих кислот і лугів. Випадкові опіки частіше трапляються у дітей або в дорослих у стані алкогольного сп'яніння. Навмисні - у осіб, які здійснюють суїцид. Іноді опіки стравоходу спричинюються при навмисному ковтанні окропу. Відомо, що нещасні випадки при пожежі нерідко супроводжуються опіками верхніх дихальних шляхів. Дискоординовані скорочення м'язів гортаноглотки під час вдиху можуть призвести до ковтання розжареного повітря, і тоді опік верхніх дихальних шляхів ускладнюється опіком стравоходу.

Клініка.

При опіках стравоходу змінюється відповідно до розвитку патологічних змін у його стінці і може бути розділено на 4 періоди:

- гострий, який триває до 2 тижнів і патологоанатомічно характеризується некрозами в стінці стравоходу;
- період уявного благополуччя, тривалістю 2-3 тижні, коли відбувається відторгнення некротичних тканин;
- період формування рубцевого звуження (з 3-4 тижня), під час якого розвиваються грануляції, починаються процеси епітелізації та формування стриктури;

- період сформованої рубцевої стриктури.

Лікування.

Основне завдання – почати лікувальні заходи якомога раніше. Протягом перших годин, у разі опіку кислотами, доцільно призначати пиття 2% розчину натрію гідрокарбонату, паленої магнезії, альмагелю, а в разі отруєння лугами – 1-1,5% розчину оцту. Відразу після госпіталізації хворого у стаціонар необхідно розпочати протишовкові заходи. Призначають антибіотики широкого спектру дії, анальгетики, гормональні препарати. Нині доведено доцільність раннього бужування (починати з 8 – 10 дня після опіку), яке потрібно проводити протягом 1 – 11,5 місяців. Одночасно призначають ін'єкції лідази протягом 12 днів. Оперативне лікування потрібно проводити хворим із повними опіковими стриктурами, а також у разі занадто ранніх рецидивів звужень, які настають після бужування. У разі коротких стриктур (1- 1,5 см) можна виконати місцеву реконструкцію: 1) поздовжнє розсічення звуження з поперечним швом; 2) субмускулярна резекція стриктури з роздільним зашиванням слизово-підслизового шарів і м'язової оболонки; 3) накладання обхідного стравохідно-стравохідного анастомозу. При великих стриктурах показана тотальна пластика з передгрудинним або позагрудинним розташуванням трансплантата (тонкокишкова або товстокишкова езофагопластика, езофагопластика шлунком), при чому анастомоз накладають з глоткою або, якщо є невелика вільна ділянка стравоходу, із шийним відділом стравоходу.

Ахалазія стравоходу (АС) – тяжке нервово-м'язове захворювання стравоходу, що характеризується порушенням прохідності стравохідно-шлункового переходу і зниженням тону стравоходу, що призводить до прогресуючої дисфагії і виникнення тяжких ускладнень. Вперше це захворювання було описане Thomas Villis в (1679). АС може виникнути в будь-якому віці, але найчастіше припадає на період життя від 20 до 40 років. Захворювання однаково поширене серед чоловіків і жінок. За зведеними статистичними даними, як причина дисфагії кардіоспазм займає третє місце після раку стравохода і рубцевих стриктур, складаючи 5-20% всіх випадків захворювання стравоходу.

Етіологія та патогенез.

Етіологія АС до кінця досі не з'ясована. Проте, серед можливих етіологічних чинників розглядають вроджений, спадковий, інфекційний і психогенний. Загалом, АС слід розглядати як поліетіологічне захворювання. Так, різноманітні чинники призводять до дистрофічних змін інтрамуральної стінки вегетативної нервової системи стравоходу, що призводить до порушення послідовності

надходження парасимпатичних імпульсів до м'язових елементів стравоходу – ураження гілок блукаючих нервів і аурбахівського сплетення в ділянці тіла стравоходу і нижнього стравохідного сфінктера. В основі порушення діяльності інтрамурального нервового апарату стравоходу лежить дефіцит специфічного нейротрансмітера – оксиду азоту, який призводить до розслаблення гладкої мускулатури.

Класифікація.

АС, за класифікацією Б.В. Петровського, складається з 4 послідовних стадій:
I – початкова (функціональна),

II – стійкого спазму,

III – рубцевих змін,

IV – мегаезофагус.

При I і II стадіях має місце функціональна непрохідність стравохідно-шлункового переходу, яка може розвиватись за двома механізмами – порушення розслаблення нижнього стравохідного сфінктера або гіпертонус нижнього стравохідного сфінктера, а при III і IV стадіях відмінностей немає.

Клініка.

Усі симптоми АС можна розподілити на три групи: симптоми ураження стравоходу (1), загальні симптоми (2) і симптоми ускладнень (3). До симптомів ураження стравоходу (1) належать дисфагія, регургітація, печія, загрудинний біль, одінофагія, гикавка, нудота і слинотеча. До загальних симптомів (2) належать аліментарна недостатність, слабкість, запаморочення, зниження маси тіла і виснаження, адинамія, м'язова гіпотонія, сухість шкіри, зниження тургора м'яких тканин, гіпотензія, тахікардія, водно-електролітні порушення і спостерігаються вони переважно у хворих з IV стадією. Також, можливі ускладнення АС у вигляді езофагіту (загрудинний біль, одінофагія, слинотеча), респіраторних ускладнень (симптоми загальної інтоксикації, постійний кашель з відходженням гнійного мокротиння, задишка, субфебрилітет), кровотечі (блідість шкірних покривів і характерні зміни загального аналізу крові; при гострій кровотечі – класичні симптоми ШКК з верхніх відділів) з вказаною симптоматикою (3).

Діагностика.

Основними методами діагностики АС є рентгенологічне дослідження, ендоскопія, стравохідна манометрія. Діагноз можна встановити більш, ніж в 90% випадків за допомогою лише одного з зазначених методів, проте, для точної діагностики і правильної оцінки результатів лікування необхідно використання усіх чотирьох методів дослідження. Також, велике значення має добовий внутрішньостравохідний рН-моніторинг.

Диференційний діагноз.

Диференційну діагностику проводять з грижами стравохідного отвору діафрагми, езофагоспазмом (спастичне скорочення стравоходу), атонією стравоходу, раком стравоходу, доброякісними пухлинами стравоходу і рубцевими стриктурами стравоходу.

Лікування.

Існують такі методи лікування АС: *медикаментозне (1), введення ботулотоксину в нижній стравохідний сфінктер (2), балонна кардіодилатація (3), хірургічний метод (4) і ендолумінальний (РОЕМ – peroral endoscopic myotomy)(5)*. Жоден з зазначених методів не є етіотропним, всі вони спрямовані на відновлення прохідності стравохідно-шлункового переходу.

Медикаментозне лікування (1) є найменш ефективним, не використовується як самостійний метод лікування і показане у випадку протипоказань до інших видів лікування, а також у період підготовки хворого до інших методів лікування. Воно включає в себе застосування: М-холінолітиків, міотропних спазмолітиків, нітратів, антагоністів кальцію, прокінетики та седативні препарати.

Введення ботулотоксину в нижній стравохідний сфінктер (2) є більш ефективним методом, ніж медикаментозний, проте, добрі результати лікування спостерігались лише у 40 – 60% хворих з I, II стадіями, а при пізніх стадіях – показники ще гірші.

Балонна кардіодилатація (3) полягає у механічному розширенні стравохідно-шлункового переходу за допомогою гідробалонних або пневмобалонних дилататорів. У більшості хворих спостерігається короткочасне купірування симптомів, проте, згодом настає рецидив. Застосовується лише при I стадії, а також у випадках рецидивів після оперативного лікування, при відмові або протипоказаннях до операції.

Хірургічний метод (4) є найбільш ефективним. У більшості хворих 84 – 100% досягається стійка ремісія. Золотим стандартом є езофагокардіоміотомія за Геллером, що доповнюється фундоплікацією (Dor, Toupet, Nissen). Виконується дана операція за допомогою різних доступів: трансторакальний, торакоскопічний, лапаротомний, лапароскопічний.

Останнім часом широко поширюється новий мініінвазивний ендолюмінальний метод – *РОЕМ (peroral endoscopic myotomy) (5)*.

Грижі стравохідного отвору діафрагми – патологічний стан, при якому через розширений стравохідний отвір діафрагми в порожнину заднього межистіння проходить абдомінальна частина стравоходу, частина шлунка або інший орган черевної порожнини.

Етіологія та патогенез.

Грижі стравохідного отвору діафрагми формуються за трьома механізмами, деякі з яких можуть призводити до гастроезофагального рефлюксу і при відсутності грижі: 1) слабкість діафрагми і елементів стравохідного отвору; 2) підвищений внутрішньочеревний тиск; 3) рефлекторні повздожні скорочення стравоходу. Вважається доведеним вплив кількості їжі, режиму її прийому і особливо, положення тіла під час прийому їжі і в найближчий час після нього. Деякі медикаменти сприяють виникненню патологічного гастроезофагального рефлюкса за рахунок зниження тонусу нижнього стравохідного сфінктера.

Класифікація.

Виділяють аксіальні (ковзні), параезофагеальні та змішані грижі. Згідно з класифікацією Петровського існує 3 ступеня ковзних гриж. При I ступені – в порожнину межистіння потрапляє абдомінальний відділ стравоходу, а кардія і дно шлунка прилягає безпосередньо до вісцеральної поверхні діафрагми. При II ступені – в межистіння потрапляє кардіальна частина шлунка, а також спостерігається помірне вкорочення стравоходу. При III ступені потрапляє кардія і частина дна шлунка, частина тіла шлунка або весь шлунок, має місце виражене вкорочення стравоходу. Параезофагеальні грижі зазвичай фіксовані в стравохідному отворі діафрагми. Згідно з класифікацією Петровського за характером грижового вмісту поділяються на: 1) фундальні; 2) антральні; 3) кишкові; 4) кишково-шлункові; 5) сальникові.

Клініка.

Всі симптоми можна поділити на 2 групи: симптоми ураження стравоходу і симптоми позастравохідних ускладнень. До перших належать печія, відрижка, загрудинний біль, регургітація, дисфагія, нудота, блювання, одінофагія, гикавка, слинотеча.

Діагностика.

У постановці діагноза вирішальну роль відіграє рентгенологічне (з контрастуванням) і ендоскопічне дослідження.

Лікування.

Оперативне. У відповідності з морфологічними і функціональними змінами стравохідно-шлункового переходу, має місце два основних момента операції: 1) усунення грижі і профілактика її рецидиву шляхом пластики стравохідного отвору (виконується 2 основними способами – ушивання стравохідного отвору діафрагми, у тому числі з закріпленням стравохідно-шлункової зв'язки або пластика стравохідного отвору діафрагми ауто-, гомо- або аллотрансплантатом); 2) відновлення змикального механізму стравохідно-шлункового переходу шляхом посилення тонусу нижнього стравохідного сфінктера і відновлення кардіальної складки, що досягається різноманітними варіантами фундоплікації (Belsey, Nissen, Toupet, Dor, Hill).

У хірургії стравохода особливе місце займає *гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)*, оскільки у ряді випадків для усунення причин його розвитку необхідні оперативна допомога. ГЕРХ – хронічне рецидивуюче захворювання з розвитком печії, дисфагії і запального ураження дистального відділу стравоходу внаслідок гастроєзофагеального або дуоденогастроєзофагеального рефлюкса, що в більшості випадків асоційоване з грижою стравохідного отвору діафрагми і призводить до розвитку тяжких ускладнень і суттєвого погіршення якості життя.

Дивертикули стравоходу – достатньо розповсюджене доброякісне захворювання стравоходу, що являє собою випинання його стінки. Дивертикули стравоходу зустрічаються переважно у віці 40 – 60 років, частіше у чоловіків. Виділяють ценкеровські (стравохідно-глоткові), біфуркаційні (епібронхіальні) та епіфренальні дивертикули.

Етіологія та патогенез.

Етіологія і патогенез дивертикулів стравоходу наглядно представлені в класифікації Terracol і Sweet (1958), згідно з якою вважається, що істинні дивертикули розташовуються над м'язовими сфінктерами стравоходу і тому розподіляють дивертикули на 2 групи: 1) пульсійні (юкстасфінктерні) дивертикули: ценкерівські і епіфренальні; 2) тракційні (несфінктерні) дивертикули – біфуркаційні.

Клініка.

Ценкерівські дивертикули. Симптоми ценкерівських дивертикулів поділяються на: (1) специфічні, (2) загальні і (3) симптоми ускладнень. До специфічних (1) симптомів належать класична тріада (регургітація старої їжі, дисфагія і хлюпаючі шуми в глотці), біль, гіперсаливація, нудота, неприємний запах з рота. Симптоми ценкерівських дивертикулів широко варіюють в залежності від їх розмірів і здатності до опорожнення: від відсутності клінічних проявів до наявності всього спектру симптомів. У зв'язку з наповненням і збільшенням у розмірах дивертикула можливі також симптоми стиснення органів шиї – стравоходу (збільшений і переповнений харчовими масами дивертикул відтісняє вперед і стискає стравохід, в ряді випадків викликаючи повну його непрохідність), трахеї (викликає утруднення дихання), зворотного нерва (осиплість голосу в результаті пареза голосових зв'язок), внутрішньої яремної вени (синюшність шкіри обличчя і шиї, сильний головний біль). До загальних (2) симптомів належать ознаки аліментарної недостатності і хронічної залізодефіцитної анемії. Симптоми ускладнень (3) виникають внаслідок: **дивертикуліту** (постійний виражений біль в ділянці шиї, одінофагія, слабкість, підвищення температури тіла; об'єктивно визначається значне збільшення дивертикула, болючість при пальпації, помірна гіперемія шкіри шиї над дивертикулом), **перфорації, глибокої флегмони шиї, медіастиніту**: виражений біль в ділянці шиї, одінофагія, утруднене дихання, фебрильна або гіперпіретична температура, ознаки тяжкої інтоксикації; об'єктивно – виражена гіперемія шкіри, і набряк м'яких тканин шиї, що переходить на лице і грудну клітку, крепітація, біль в грудній клітці, наростання підшкірної емфіземи, рентгенологічно визначається розширення тіні середостіння, **кровотечі** (блідість шкірних покривів і характерні зміни загального аналізу крові; при гострій кровотечі – класичні симптоми ШКК з верхніх відділів), **респіраторних ускладнень** (симптоми загальної інтоксикації, постійний кашель з відходженням гнійного мокротиння, задишка, субфебрилітет).

Біфуркаційні дивертикули. Зазвичай не мають характерної симптоматики і часто виявляються випадково під час рентгенологічного дослідження стравоходу. В клінічно виражених випадках хворі скаржаться на дисфагію, одінофагію, регургітацію, помірний за грудинний біль, відрижку. При ускладненнях: **дивертикуліт** – виражені вищезазначені симптоми, а також слабкість і підвищення температури тіла, **стравохідно-bronхіальні нориці** – кашель під час прийому їжі та ознаки хронічного бронхіту, **кровотечі** – те ж, що і при ценкеровських дивертикулах.

Епіфренальні дивертикули. Здебільшого випадково виявляються під час рентгенологічного або ендоскопічного досліджень стравоходу. На ранніх стадіях можлива наявність дисфагії, одінофагії, регургітації, помірного за грудинного болю в ділянці мечоподібного відростка або в епігастрії, відрижки. На пізніх стадіях ці скарги посилюються, розвиваються ускладнення (дивертикуліт, кровотечі) з характерною симптоматикою.

Діагностика.

Діагноз *ценкеровських, біфуркаційних і епіфренальних дивертикулів* встановлюється при рентгенологічному і ендоскопічному дослідженнях. Рентгенологічне дослідження проводиться з барієвим контрастуванням, так, після декількох ковтків барію ділянка дивертикула заповнюється контрастом з чіткими контурами. При ендоскопічному дослідженні, в залежності від локалізації дивертикула, визначається вхід в порожнину дивертикула.

Лікування.

Ценкеровські дивертикули. Застосовується консервативне і оперативне лікування – дивертикулектомія. Консервативне лікування застосовують вкрай рідко при наявності протипоказів до оперативного лікування; воно полягає у строгій дієті, промиванні дивертикула, прийоми рослинної олії для змащення дивертикула.

Біфуркаційні і епіфренальні дивертикули, що протікають безсимптомно і не мають ускладнень – не потребують лікування. Оперативне лікування показано при: 1) неускладнених дивертикулах великих розмірів, 2) неускладнених дивертикулах малих розмірів з вираженою клінічною симптоматикою, 3) ускладнених дивертикулах в об'ємі – дивертикулектомії, яка у випадку епіфренальних дивертикулів доповнюється кардіоміотомією і антирефлюксними операціями.

До хірургічного відділення часто надходять пацієнти з **чужорідними тілами стравоходу**. Обставини і причини попадання чужорідних тіл в стравохід досить різноманітні. Діти під час гри часто беруть в рот дрібні предмети, залишені без належної уваги дорослих, і випадково проковтують їх. Літні люди нерідко неуважні і безтурботні під час поспішного прийому їжі, мають поганий стан зубів, унаслідок чого щільна їжа, що приймається, недостатньо пережовується і можливість відчуття в ній твердих тіл перед проковтуванням різко знижується. Частою причиною потрапляння чужорідних тіл в стравохід у літніх людей є користування протезами, що погано підігнані, прийом їжі в стані алкогольного сп'яніння. Зубні протези, що не знімаються на ніч, можуть руйнуватися під час сну, і відламки їх потрапляють в дихальні шляхи або стравохід. Зубні протези можуть руйнуватися під час епілептичних і екламптичних нападів і, потрапляючи в стравохід, застрягати в ньому. Манія проковтування предметів гарно відома у багатьох хворих на психічні захворювання. Діагноз виставляється за допомогою рентгенологічного та ендоскопічного досліджень стравоходу. Лікування у випадку потрапляння чужорідних тіл у стравохід оперативне: вилучення стороннього тіла за допомогою жорсткого езофагоскопа та набору спеціальних цапапок. За неможливості його вилучення, показана операція: розсічення стравоходу, видалення стороннього тіла, та ушивання стінки стравоходу.

Стравохід Barrett – захворювання стравоходу, яке полягає у тонкокишковій метаплазії стравоходу з можливим подальшим розвитком аденокарциноми стравоходу.

Етіологія та патогенез.

Причиною виникнення даного захворювання є поєднання дуоденогастрального і кислотного гастроєзофагеального рефлюкса. Так, у 8 – 30% хворих на ГЕРХ спостерігається стравохід Barrett. У подальшому можливий розвиток дисплазії низького ступеня, потім високого ступеня, а згодом – аденокарциноми стравоходу.

Клініка і діагностика ті ж, що і при ГЕРХ.

Лікування.

Оперативне з застосуванням консервативної антирефлюксної терапії. Серед видів оперативного лікування виділяють: резекцію нижньої третини стравоходу з подальшою антирефлюксною операцією, екстирпацію стравоходу. Проте, через високий відсоток післяопераційних ускладнень (30 – 50%) та летальності (7,5%) надають перевагу антирефлюксним операціям з подальшою

ендоскопічною мукозектомією або ендоскопічною абляцією (мультиполярна діатермокоагуляція, лазерна фотокоагуляція, аргано-плазмова коагуляція, фотодинамічна терапія та радіочастотна абляція).

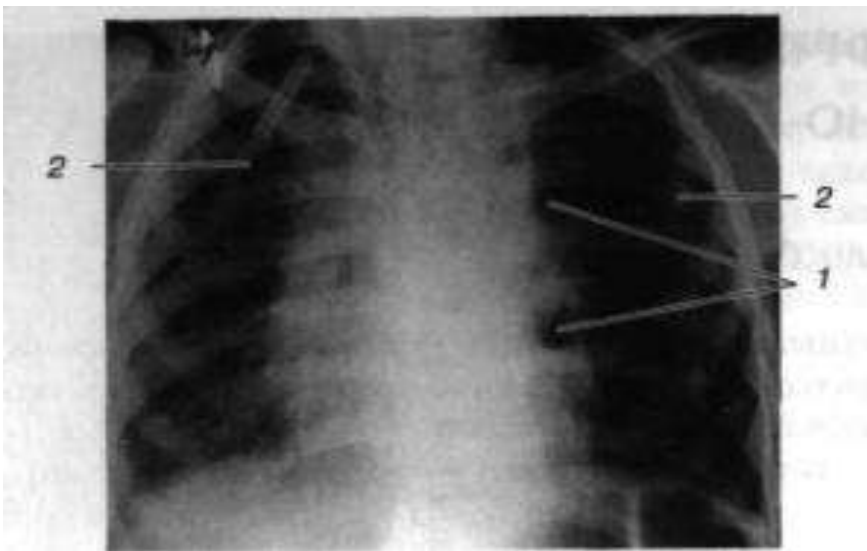
Література.

Основна

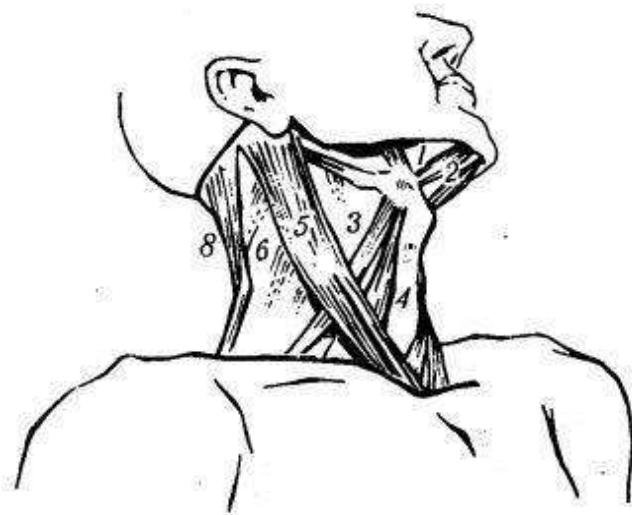
1. Greenfield's surgery: scientific Principles & Practice. Sixth edition (2017). Edited by Michael W. Mulholland, Keith D. Lillemoe, Gerard Doherty, Gilbert R. Upchurch, Jr., Hasan B. Alam, Timothy M. Pawlik; illustrations by Holly R. Fischer.
2. Практикум з хірургії. Модуль 2. Торакальна, серцево-судинна, ендокринна хірургія. Навчальний посібник. Мішалов В. Г. 2011

Додаткова

1. Фомин П.Д. Неопухолевые заболевания пищевода / П. Д. Фомин [и др.]. - К.: ООО "Бизнес-Интеллект", 2008. - 304 с.
2. Электронная книга. Хирургия грудной полости. - Тернополь, 1999.

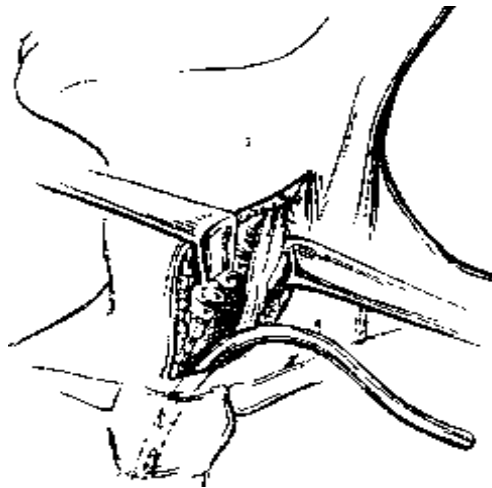


Рентгенограма органів грудної клітки дитини 9 років з медіастинітом. Серединна тінь дифузно розширена в обидва боки, крайові дуги силуету серця не диференціюються, контури серединної тіні нечіткі (більше справа) через утягнення у процес медіастинальної плеври: 1 - газ у середостінні; 2 - дренажі у середостінні.



Мал. 93. Передня ділянка шії:
 1 – trigonum submandibulare; 2 – trigonum submentale; 3 –
 trigonum caroticum; 4 – trigonum musculare (omotracheale);
 5 – reg. sternocleidomastoidea; 6 – trigonum omotracheoideum;
 7 – trigonum omoclaviculare; 8 – reg. cervicalis posterior.

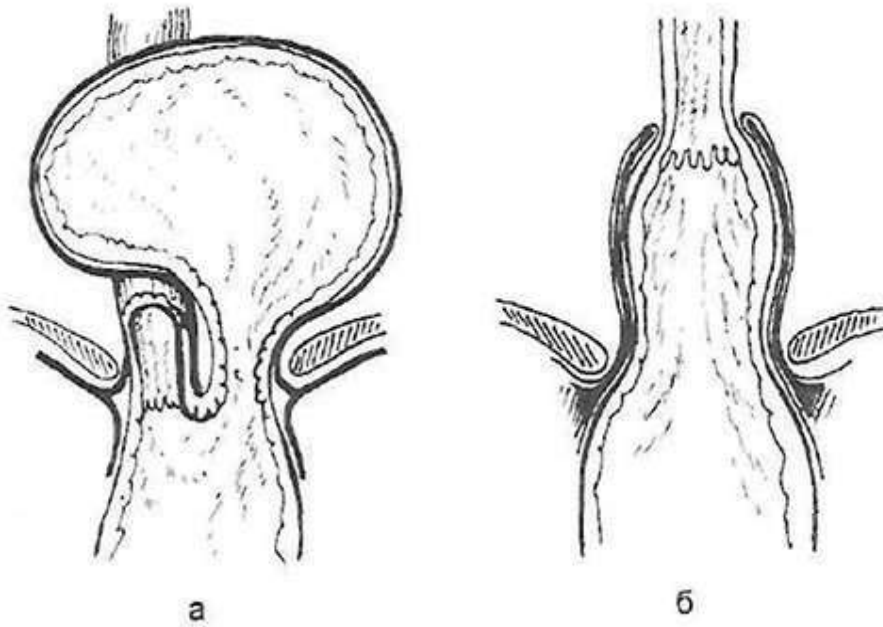
Цими просторами, особливо позанутряним, запальні процеси з ділянки шії можуть поширюватися в грудну порожнину, спричинюючи медіастиніт з тяжким перебігом.



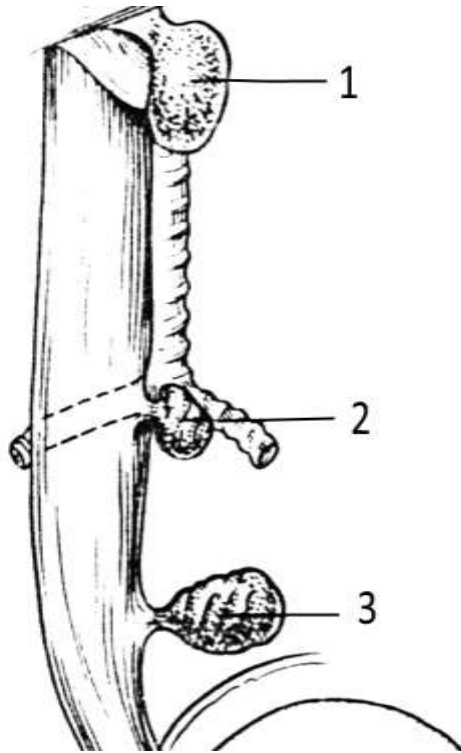
Шийна медіастинотомія за Разумовським В.І.



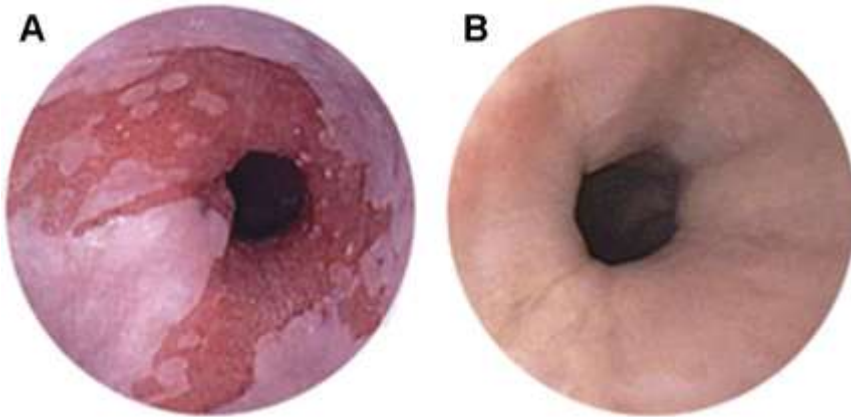
Рентгенологічна картина ахалазії стравоходу.



Грижі стравохідного отвору діафрагми: а) паразофагеальні; б) аксіальні



Дивертикули стравоходу: 1) стравохідно-глотковий (дивертикул Ценкера); 2) біфуркаційний; 3) епіфренальний



Ендофото під час виконання ФЕГДС: А) стравохід Берретта В) здоровий стравохід.