

Министерство науки и высшего образования РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Медицинский факультет
Кафедра факультетской хирургии

А.Л. Чарышкин, Л.В. Матвеева

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТАМ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.05.02 «ПЕДИАТРИЯ»**

Ульяновск, 2019

УДК
ББК
К

*Печатается по решению Ученого совета
Института медицины и экологии
Ульяновского государственного университета*

Рецензент – д.м.н., проф. Смолькина А.В.

Чарышкин А.Л.

Учебно-методические рекомендации для самостоятельной работы студентам по дисциплине «Факультетская хирургия» специальности 31.05.02 – Педиатрия.

/ Чарышкин А.Л., Матвеева Л.В.- Ульяновск, УлГУ, 2019.

Учебно-методические рекомендации подготовлены в соответствии с рабочей программой дисциплины "Факультетская хирургия". В структуру входят методические указания по каждой изучаемой самостоятельно теме согласно содержанию дисциплины и распределению часов по темам и видам учебной работы в Рабочей программе. Методические рекомендации предназначены для студентов медицинского факультета, обучающихся по специальности 31.05.02 – Педиатрия.

© Чарышкин А.Л., Матвеева Л.В., 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка.....	4
Раздел 1. Заболевания щитовидной железы.	
Тема 1: Рак щитовидной железы.....	6
Раздел 2. Заболевания системы органов дыхания.	
Тема2 : Рак легкого.....	8
Тема 3: Грыжи пищеводного отдела диафрагмы	12
Раздел 3. Заболевания системы органов кровообращения	
Тема 4: Приобретенные пороки сердца.	15
Тема 5: Болезнь Рейно	20
Раздел 4. Заболевания органов пищеварения	
Тема 6 Заболевания пищевода	21
Список рекомендуемой литературы.....	27

Пояснительная записка

Методические рекомендации предназначены в качестве учебно-методического пособия при самостоятельной работе студентов по дисциплине «Факультетская хирургия» Данная дисциплина является частью программы специалитета 31.05.02 – Педиатрия.

Целью самостоятельной работы студентов является закрепление теоретических знаний и приобретение практических умений и навыков обследования и лечения пациентов хирургического профиля. Форма выполнения: написание учебной истории болезни.

В результате выполнения занятий, предусмотренных программой по дисциплине «Факультетская хирургия», обучающийся должен:

Согласно ОПК-11: (готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи)

Знать медицинские изделия для оказания помощи

Уметь применять медицинские изделия для оказания медицинской помощи хирургическим больным;

Владеть практическими навыками для оказания помощи больным хирургического профиля

Согласно ПК-5: (готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания).

Знать диагностическое значение изменений, выявленных при клиническом исследовании больного, использовании методов лабораторно-инструментальной диагностики,

Уметь проводить опрос, физикальное исследование больного; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальной диагностики и использовать в обосновании клинического диагноза;

Владеть методами клинического исследования больного, интерпретацией результатов дополнительных методов исследования, алгоритмом обоснования предварительного и клинического диагноза.

Согласно ПК-8: (Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами).

Знать основные принципы лечения заболеваний хирургического профиля,

Уметь разработать план лечения больного с учетом течения болезни;

Владеть алгоритмом принципов лечения заболеваний хирургического профиля

Согласно ПК-10: (готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.).

Знать механизм возникновения клинических симптомов и принципы их группировки в клинические синдромы, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных хирургических заболеваний. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики.

Уметь выделять и обосновывать клинические синдромы с учетом выявленных клинических симптомов и знаний о механизмах их развития. Выбирать и использовать необходимые медицинские препараты,

Оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Поставить развернутый диагноз согласно Международной классификации болезней;

Владеть методами клинического исследования больного, интерпретацией результатов дополнительных методов исследования, алгоритмом оказания необходимой хирургической помощи.

Согласно ПК-11: (готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.).

Знать механизм возникновения клинических симптомов и синдромов, особенности, возможные осложнения наиболее распространенных хирургических заболеваний. Необходимые медицинские препараты. Современные методы оперативных манипуляций и вмешательств ,

Уметь выделять и обосновывать клинические синдромы. Выбирать и использовать необходимые медицинские препараты.

Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Определять показания для оперативного вмешательства;

Владеть необходимыми манипуляциями и оперативными приемами для оказания срочной хирургической помощи при неотложных состояниях.

Самостоятельная работа под руководством преподавателя

Виды внеаудиторной самостоятельной работы студентов:

- домашних заданий и подготовка к текущим аудиторным занятиям в рамках теоретического обучения
- работа с рекомендованной обязательной и дополнительной литературой;
- написание письменных работ (реферата, истории болезни);
- работа с аудиовизуальными учебными материалами, электронными учебниками, обучающими программами;
- выполнение заданий с использованием компьютера и сети Интернет (освоение электронных материалов по дисциплине, дистанционное тестирование, работа с web-страницей кафедры, поиск и освоение дополнительных материалов и др.);
- работа в библиотеке и/или архиве;
- подготовка проектов и презентаций в рамках студенческого научного кружка;
- выполнение различных форм самостоятельной работы во время учебных практик;
- написание проблемных рефератов по тематике исследования;
- работа со специализированными базами данных;
- использование научно-исследовательских ресурсов сети Интернет;
- планирование, проведение научных исследований, написание научных докладов, тезисов, статей;
- подготовка к выступлениям на научных конференциях;

Формы контроля внеаудиторной самостоятельной работы:

- Руководство внеаудиторной самостоятельной работой студентов при реализации ООП ВПО осуществляют преподаватели, ведущие занятия по дисциплинам, руководители практик и НИР.

- На первом занятии преподаватель знакомит студентов с целями, содержанием, видами заданий, трудоемкостью, сроками выполнения, формами контроля и критериями оценки внеаудиторной самостоятельной работы.

- Преподаватель осуществляет систематический контроль за ходом и результатами ВСРС в рамках часов, отведенных на контроль самостоятельной работы.

- Формы контроля внеаудиторной самостоятельной работы студента определяются преподавателем.

- Устный контроль выполнения внеаудиторной самостоятельной работы студента осуществляется в форме опроса на практических и семинарских занятиях.

- При проверке письменных работ (тестирование, проверка домашних заданий, конспектов, рефератов, историй болезни) преподаватель выставляет баллы, основываясь на критериях оценки, сформулированных в СМК УлГУ.

- Преподаватель ведет учет результатов ВСРС. Результаты ВСРС регистрируются в журнале успеваемости. Информация о результатах внеаудиторной самостоятельной работы студентов доводится до сведения каждого студента с комментариями преподавателя о качестве выполненных работ.

Результаты внеаудиторной самостоятельной работы студентов должны учитываться при проведении текущего контроля;

Темы, выведенные для самостоятельной работы студентов.

Раздел 1. Щитовидная железа. Заболевания щитовидной железы.

Тема 1 Рак щитовидной железы.

Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику рака щитовидной железы.

СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Эпидемиология. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ), в особенности у детей. Этиология и патогенез. Злокачественные опухоли ЩЖ следует отнести к дисгормональным. Установлена их связь с гиперфункцией передней доли гипофиза. Повышенное содержание тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) в крови - важный этиологический и патогенетический фактор развития опухоли щитовидной железы. Продукция ТТГ стимулируется через гипоталамус тиреотропин-рилизинг-гормоном вследствие торможения функции ЩЖ, обусловленной или дефицитом йода, или употреблением тиреоидных препаратов, или действием ионизирующего излучения. Излишек ТТГ в крови стимулирует пролиферацию эпителия ЩЖ, которая обычно компенсаторная, но иногда может стать необратимой. Таким образом, развитию РЩЖ часто предшествует узловой зоб, диффузная и узловая гиперплазия, доброкачественные опухоли (аденомы). К группам повышенного риска относительно РЩЖ относят: · женщин, которые продолжительное время страдают воспалительными или опухолевыми заболеваниями гениталий и молочных желез; · лиц, которые имеют наследственную склонность к опухолям и дисфункциям желез внутренней секреции; · лиц с аденомами или аденоматозом ЩЖ, рецидивирующим эутиреоидным зобом в эндемических районах; · лиц, которые получили общее или местное воздействие ионизирующего излучения на область головы и шеи, в особенности в детском возрасте. Согласно современным представлениям, щитовидная железа является полиморфным органом, состоящим из 3-х функциональных видов клеток: · А- клетки (фолликулярные) -ответственные за синтез тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3), которые регулируют нормальный рост и развитие организма, а также влияют на модуляцию многих обменных процессов в организме; · В- клетки (клетки Гюртля-Ашкинази) накапливают серотонин; · С- клетки (парафолликулярные) -продуцируют полипептидный гормон - кальцитонин. С-клетки по своей структуре являются нейродермальными и относятся к так называемой APUD-системе, которая вырабатывает катехоламины. Гистогенез опухолей щитовидной железы и их частота. Источник развития. Гистологическая структура ткани

Тип опухоли	Частота
А-клетки (фолликулярные)	60-75%
В-клетки (Гюртля-Ашкинази)	15-25%
С-клетки (парафолликулярные)	5-10%
Солидная аденома	5%
Медуллярный рак (солидный рак с амилоидозом стромы)	5%
Метаплазированный эпителий	1%
Плоскоклеточный рак	1%

Классификация рака щитовидной железы (код МКБ - О С73) по системе TNM (5-е издание, 1997 год) TNM клиническая классификация Т - первичная опухоль Тх - недостаточно данных для оценки первичной опухоли Т0 - первичная опухоль не определяется Т1 - опухоль до 1см в наибольшем измерении, ограниченная тканью ЩЖ Т2 - опухоль размером до 4см в наибольшем измерении, ограниченная тканью ЩЖ Т3 - опухоль свыше 4см в наибольшем измерении, ограниченная тканью ЩЖ Т4 - опухоль любых размеров с распространением за границы капсулы ЩЖ Примечание: любая Т - категория может быть разделена: а) солитарная опухоль б) множественные опухоли (классифицируется наибольшая) N - регионарные лимфатические узлы Nx - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфоузлов N0 - нет признаков поражения регионарных лимфоузлов N1 - метастазы в регионарных лимфатических узлах N1a - метастазы в одном или нескольких гомолатеральных шейных лимфоузлах N1b - метастаз(и) в билатеральных шейных лимфоузлах по средней линии, или в контралатеральных лимфоузлах ,

или в средостенных лимфоузлах М - отдаленные метастазы Мх - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов М0 - нет признаков отдаленных метастазов М1 - имеются отдаленные метастазы Клиника. Клинические проявления рака ЩЖ очень разнообразны и зависят преимущественно от морфологической формы опухоли. Гистогенетически различают дифференцированные формы рака (папиллярная и фолликулярная аденокарцинома) и недифференцированные (анапластические) формы. Промежуточное положение между этими группами занимает медуллярный рак. Папиллярная аденокарцинома (сосочковый рак ЩЖ) относится к дифференцированным опухолям. Встречается преимущественно у детей и взрослых молодого возраста. Опухоль часто возникает мультицентрично или является солитарной. Имеет выраженную тенденцию к поражению регионарных лимфоузлов. Часто первым клиническим проявлением папиллярного рака ЩЖ могут быть его метастазы в лимфатические узлы шеи, причем метастазы рака в 10 раз быстрее увеличиваются в размере, чем первичный очаг в железе. Такой рак часто называют скрытым (аберрантным). Отдаленные метастазы возникают в легких, костях и мягких тканях. Для папиллярного рака характерна низкая смертность (2-20%) при наблюдении в течение 20-30 лет. Неблагоприятными в прогностическом плане факторами являются прорастание опухоли капсулы ЩЖ, отдаленные метастазы, возраст больного свыше 40 лет. Фолликулярная аденокарцинома составляет около 15% всех случаев РЩЖ. Пик заболеваемости более поздний, чем при папиллярных аденокарциномах. Клинически единственным проявлением фолликулярной аденокарциномы является опухоль, которая очень медленно увеличивается. Такая форма РЩЖ продолжительное время не отличается от узлового зоба. С учетом редкого метастазирования в регионарные лимфоузлы (2-10%), эту форму называют "латентным" раком или локальным клиническим вариантом. Наиболее распространенная диссеминация (гематогенная) в легкие, печень, кости. Смертность в течение 10 лет наблюдения за больными от 20 до 60%. Медуллярный рак ЩЖ относят к апудомам, принимая во внимание, что С-клетки вырабатывают катехоламины и являются представителями APUD-системы. Возникает часто в регионах, эндемических по йод-дефицитному зобу. Медуллярный рак возникает часто спорадически, но может иметь и наследственный характер (до 20% медуллярных раков). Наследственная форма медуллярного рака бывает как самостоятельной, так и как составная часть множественного эндокринного новообразования (МЭН) типа II (синдром Сиппла) - сочетание медуллярного РЩЖ с феохромоцитомой, марфаноидным типом лица. Недифференцированный (анапластический) РЩЖ встречается преимущественно у людей пожилого и преклонного возраста, хотя иногда поражает молодых людей. У многих больных недифференцированным раком в анамнезе продолжительное заболевание зобом. Опухоль часто состоит из нескольких узлов, которые сливаются в единый конгломерат без четких границ. Течение опухолевого процесса очень агрессивное, он быстро прогрессирует, инфильтрирует окружающие анатомические структуры и вызывает много осложнений: охриплость голоса, дисфагию, удушье, компрессионный синдром, а также общие нарушения: общую слабость, повышение температуры тела, потерю массы тела, и др. Метастазирование в регионарные лимфоузлы наблюдается в 70% случаев. Диагностика. Клиническая диагностика РЩЖ базируется на данных анамнеза: · срок появления опухоли в железе, · изменение темпов роста, · асимметричность поражения, · изменение сферичности контуров железы, · плотности опухоли. Для аденом ЩЖ обычно характерна шарообразная форма опухоли. Злокачественное новообразование: прорастает в ткань железы и теряет свою сферичность возникновение опухолевого узла в здоровой ткани является основанием заподозрить его злокачественный характер, в особенности у лиц старше 40 лет. Инструментальная диагностика базируется на данных: ультразвуковой эхографии; радионуклидных методов; тестов функции щитовидной железы (определение гормонов сыворотки крови - Т3, Т4, ТТГ, содержания кальцитонина); цитологического исследования пунктатов. **Лечение.** Хирургическое вмешательство - основное звено в комплексной терапии РЩЖ. Главная цель операции - удаление первичной опухоли и операбельных регионарных метастазов. Противопоказание: · радикальная операция противопоказана лицам преклонного возраста, · резко ослабленным больным, · при прорастании опухоли в гортань, трахею или пищевод, · при больших неподвижных регионарных метастазах, · множественных отдаленных метастазах в разные органы.

· Лучевая терапия в зависимости от клинических показаний может быть: · радикальной или паллиативной, · самостоятельной, · комбинироваться с операцией, гормонотерапией и химиотерапией. Радионуклидотерапия I131. Биологическое действие I131, поглощенного тканью ЩЖ, аналогично действию рентгеновских лучей, вызывает гибель опухолевой ткани и замещение ее рубцовой. Показание: лечение I131 показано для послеоперационного облучения при неуверенности в радикальности выполненной операции; при рецидивах рака; в неоперабельных случаях; для лечения отдаленных тканей, если неудалимые метастазы рака. Реабилитация. Большинство больных, прооперированных по поводу РЩЖ, требуют восстановительного лечения и продолжительной заместительной гормонотерапии. МСЭК должна учитывать благоприятный прогноз при дифференцированных формах РЩЖ. Большинство таких больных молодого возраста и остаются трудоспособными. При экспертизе трудоспособности, таким образом, следует учитывать пол, возраст, стадию заболевания, морфологическую структуру опухоли, вид проведенного лечения, характер осложнений, сопутствующие заболевания и профессию больного. **Прогноз.** В значительной степени прогноз зависит от гистологического строения и гистогенетической принадлежности опухоли, степени распространения процесса, возраста больного и его пола. Лучшие результаты наблюдаются у больных с дифференцированными раками из А и В клеток, причем фолликулярная аденокарцинома злокачественнее папиллярного рака. У больных медуллярным раком прогноз хуже, чем при папиллярной и фолликулярной аденокарциномах. Чрезвычайной злокачественностью отличаются недифференцированные (анапластические) раки. Практически все больные с недифференцированными раками умирают в течение одного года. По данным литературы, летальность выше у мужчин по сравнению с женщинами. У больных старше 40 лет прогноз ухудшается в сравнении с больными молодого возраста. e-reading.club

Вопросы к теме:

1. Какие методы обследования применяют для выявления злокачественных опухолей щитовидной железы?
2. Кто чаще болеет раком щитовидной железы?
3. Назовите предраковые заболевания щитовидной железы?
4. Что такое первичный рак щитовидной железы?
5. Что относится к дифференцированному раку щитовидной железы?
6. Какие формы дифференцированного рака поддаются лечению радиоактивным йодом?
7. Какие опухоли щитовидной железы относятся к недифференцированным ракам?
8. Что соответствует 3 стадии рака щитовидной железы?
9. Что такое симптом Горнера?
10. Чем характеризуется рак щитовидной железы у детей?
11. С какими заболеваниями следует дифференцировать рак щитовидной железы?
12. Какие операции выполняются при раке щитовидной железы?
13. Что включают в себя расширенные операции при раке щитовидной железы?
14. Абсолютные показания к применению радиоактивного йода?
15. Для чего применяется тиреоидин при лечении рака щитовидной железы?

Раздел 2. Заболевание системы органов дыхания.

Тема 2. Рак легкого

Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику рака легкого.

СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

ЭТИОЛОГИЯ Основные причины рака легкого: — курение; — воздействие радона; — асбест; — пылевые частицы; — вирусы. Любая злокачественная опухоль развивается в результате изменений в клеточном геноме — мутаций. Причиной возникновения мутаций чаще всего является воздействие экзогенных или эндогенных факторов — канцерогенов. Риск развития рака зависит от частоты, длительности и интенсивности воздействия этих факторов на ткань, количества поврежденных клеток. Доказан канцерогенный эффект при действии на эпителий бронхов таких

факторов, как табачный дым, радоновый газ, соединения асбеста, пылевые частицы, вирусы. Заболеваемость раком легкого при прочих равных факторах выше среди пациентов старших возрастных групп. Есть сведения о повышении риска заболеть раком легкого при иммуносупрессивных состояниях. Таким образом, большинство причин, вызывающих рак легкого имеют экзогенное происхождение, в том числе — вредные привычки и промышленные факторы.

РОСТ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ

Особенности роста рака легкого: — развивается из эпителия бронхов; — экспоненциальное нарастание массы опухоли; — лимфогенное и гематогенное метастазирование. Источником развития рака легкого являются клетки бронхиального эпителия. Карцинома примерно с одинаковой частотой поражает правое и левое легкое. Более часто новообразование развивается в бронхах крупного калибра. Также чаще поражаются верхние отделы легких. Первичная опухоль характеризуется экспоненциальным увеличением размеров — свой «первый кубический сантиметр» она набирает за примерно 10-летний период, а затем скорость роста резко увеличивается. Возможен как экзофитный (в просвет бронха), так и эндофитный тип роста новообразования. На практике обычно в той или иной мере сочетаются оба варианта. По мере роста опухоли происходит ее распространение на элементы легочной паренхимы, корня легкого, плевру и соседние анатомические образования. Частичная и полная обтурация бронхов, нарушение проходимости полых органов, поражение нервных стволов и крупных сосудов определяет локальные клинические проявления рака легкого. Метастазирование происходит лимфогенно, гематогенно и имплантационно. У большинства пациентов вначале отмечается распространение опухоли по лимфогенным коллекторам. Его закономерности следуют регионарному оттоку лимфы от каждой из долей легкого. Главное направление движения происходит от дистальных отделов легкого к его корню и далее — в средостение, затем — в надключичные и забрюшинные лимфатические узлы. Регионарные лимфатические узлы легкого подразделяются на 3 уровня: 1. Бронхопульмональные — расположенные в самом легком по ходу бронхов и междолевых щелей, и корневые, расположенные в клетчатке корня ипсилатерального легкого; 2. Претрахеальные, ретротрахеальные, верхние медиастинальные, трахеобронхиальные, бифуркационные; 3. Надключичные лимфоузлы, лимфоузлы корня противоположного легкого. Гематогенные метастазы чаще поражают головной мозг, печень, кости, легкие (ипси- и контралатеральное), почки, надпочечники. Довольно редко наблюдается появление отдаленных метастазов при отсутствии регионарных. Имплантационное метастазирование характеризуется распространением злокачественных клеток по плевре при инвазии ее опухолью. В этом случае развивается злокачественный плеврит. Естественным исходом рака легкого при отсутствии лечения является гибель пациента. При этом средняя продолжительность жизни от момента установления диагноза составляет 2–4 месяца при распространенных формах низкодифференцированных карцином, более 1 года — при ранних стадиях высокодифференцированных опухолей. Около 3 % больных нелегким раком легкого живут более 3-х лет. Распространенность опухоли в организме характеризует классификация TNM. TNM-классификация рака легкого, приводится в 6 редакции, 2002 г. Критерий T — первичная опухоль: Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли, или имеются только опухолевые клетки в мокроте или промывных водах бронхов, без выявления самой опухоли методами визуализации или бронхоскопии; To — первичная опухоль не определяется. Tis — преинвазивная карцинома (carcinoma in situ). T1 — опухоль не более 3 см в наибольшем измерении, окруженная легочной тканью или висцеральной плеврой, без видимой инвазии проксимальнее долевого бронха при бронхоскопии. T2 — опухоль с любым из следующих признаков: • более 3 см в наибольшем измерении; • опухоль любых размеров с вовлечением главного бронха (поверхностная опухоль с инвазивным компонентом, ограниченным бронхиальной стенкой, локализующаяся в главном бронхе, классифицируется как T1), проксимальный край опухоли располагается на расстоянии 2 см и более от карины; • опухоль прорастает висцеральную плевру; • опухоль, сопровождающаяся ателектазом или обструктивной пневмонией, распространяющейся на корень легкого, но не вовлекающей всего легкого. — T3 — опухоль любого размера, переходящая на: • грудную стенку (включая опухоли верхней борозды); • диафрагму; • медиастинальную и париетальную плевру; • перикард; • проксимальный край

опухоль располагается на расстоянии менее 2 см от карины, но без ее вовлечения; • опухоль, вызывающая ателектаз или обструктивную пневмонию всего легкого; — T4 — опухоль любого размера, непосредственно переходящая на: • средостение; • сердце; • крупные сосуды; • карину; • трахею, пищевод; • тела позвонков; • опухоль со злокачественным плевральным выпотом (злокачественный характер выпота должен быть подтвержден цитологически); • имеется отдельный опухолевый узел (узлы) в той же доле. Критерий N — регионарные лимфатические узлы: 9 — Nx — недостаточно данных о метастатическом поражении лимфатических узлов; — N0 — нет признаков регионарных метастазов; — N1 — метастатическое поражение бронхопульмональных и (или) корневых лимфоузлов на стороне поражения, включая непосредственное врастание опухоли в лимфоузлы; — N2 — метастазы в бифуркационных лимфоузлах или лимфоузлах средостения на стороне поражения; — N3 — метастазы в лимфоузлах корня или средостения на противоположной стороне, прескаленных и надключичных лимфатических узлах. Критерий M — отдаленные метастазы: M0 — метастазы в отдаленных органах не определяются; M1 — имеются отдаленные метастазы. Для упрощения обработки информации различные комбинации значений TNM группируют по стадиям, которые характеризуются сопоставимым прогнозом и обозначаются римскими цифрами. Окультная (скрытая) карцинома — TxN0M0: — стадия 0 — TisN0M0; — стадия Ia — T1N0M0; — стадия Ib — T2N0M0; — стадия IIa — T1-2N1M0; — стадия IIb — T3N0M0; — стадия IIIa — T1-3N2M0, T3N1M0; — стадия IIIb — T1-4N3M0, T4N0-3M0; — стадия IV — T1-4N0-3M1. **КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФОРМ РАКА ЛЕГКОГО** Основные клиничко-анатомические формы рака легкого: — центральный рак — из бронхов 1–3-й генерации; — периферический рак — из бронхов 4-й и более генерации; — атипичные формы. В основу клиничко-анатомической классификации рака легкого положена локализация опухоли, характер ее роста по отношению к стенке бронха, обуславливающие характерные рентгенологические и клинические проявления. 1. Центральный рак: а) эндобронхиальный; б) перибронхиальный; в) разветвленный. 2. Периферический рак: а) круглая опухоль; б) пневмониеподобный рак; в) полостной рак; г) рак верхушки легкого (опухоль Панкоста). 3. Атипичные формы: а) медиастинальная; б) диссеминированная (милиарный карциноматоз). Центральный рак легкого развивается в первых 3-х генерациях бронхов: главные, долевые, сегментарные. Опухоли, исходящие из более мелких бронхов относят к периферическому раку. Центральный рак всегда располагается в проекции корня легкого. Периферическая карцинома чаще локализуется вне корня легкого, хотя возможно ее развитие в непосредственной близости с крупными бронхами и формирование соответствующих клинических и рентгенологических проявлений. В таком случае пользуются термином «централизация периферического рака легкого». Центральные формы опухоли встречаются в 65–70 % случаев, периферические — в 30–35 %.

КЛИНИКА Клинические проявления рака легкого обусловлены: — поражением легочной ткани; — поражением соседних органов: пищевод, крупные нервы и сосуды; — метастазированием в кости, мозг; — паранеопластическими синдромами. Клинические проявления рака легкого весьма разнообразны. Они зависят от гистологического строения, локализации и распространенности опухоли. При этом нет ни одного признака, присущего только этому заболеванию. В начальном периоде заболевания клинические проявления, как правило, отсутствуют вообще. При всем многообразии симптомов их можно разделить на следующие группы: — местные (первичные) симптомы опухолевого роста; — симптомы поражения соседних анатомических образований; — симптомы развития отдаленных метастазов; — воздействие на организм продуктов метаболизма опухоли. К локальным проявлениям бластоматозного поражения относят кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышку, повышение температуры тела. Эти симптомы развиваются при центральном раке раньше (при меньших размерах новообразования), чем при периферическом. Местные симптомы Кашель (75–80 % больных) — наблюдается у большинства больных центральным раком легкого. Обусловлен раздражением слизистой оболочки бронхов крупного калибра. Вначале кашель редкий, сухой (покашливание), а позднее сухой, надсадный, мучительный, беспокоящий постоянно. Позднее возможно отхождение слизистой или слизисто-гнойной мокроты. При бронхиолоальвеолярном раке часто отмечается кашель с пенистой

мокротой. Пациенты могут отмечать не столько появление кашля, сколько эволюцию его характера, поскольку рак легкого чаще развивается у курильщиков и лиц с хроническим неспецифическим воспалением. Локальная боль в грудной клетке (50–80 % больных) может быть различной по характеру и интенсивности: эпизодическая, постоянная, упорная; покалывающая, острая; с иррадиацией по ходу нервных стволов. Возникновение боли может быть связано с вовлечением париетальной плевры, позднее — внутригрудной фасции, межреберных нервов, ребер, нервов плечевого и шейного сплетения (при раке верхушки легкого). Появление локальной боли всегда настораживает пациента и врача, однако, нередко ее изначально трактуют как «межреберную невралгию», не проводя обследования по исключению рака. Одышка (30–60 % больных) у больных раком легкого обусловлена нарушением гиповентиляции при развитии ателектаза, нарушением внутрилегочного кровообращения, смещением средостения, плевритом, перикардитом. Многие авторы отмечают диссоциацию между выраженным диспноэ и сравнительно небольшими рентгенологическими изменениями. Это объясняют нарушением газообмена в соседних с ателектазом участках легкого. Синдром сдавления верхней полой вены развивается при компрессии сосуда опухолью. Отмечается застой венозной крови, отек лица, шеи и верхней половины туловища, а также расширение коллатеральных подкожных вен груди. Пациентов беспокоит сонливость, головокружение, обмороки. При осмотре — диффузный цианоз, припухлость покровных и мягких тканей верхней части тела, увеличение диаметра подкожных вен шеи и верхней части туловища. Неврологические расстройства: синдром Горнера (птоз, миоз, энофтальм) при поражении симпатического ствола в области верхушки легкого, дисфония при поражении возвратного гортанного нерва. Дисфагия и образование бронхопищеводных свищей обусловлены врастанием опухоли (первичной или метастатической) в стенку пищевода. Проявления метастазирования

ДИАГНОСТИКА. Основные принципы диагностики рака легкого: — основные методы выявления опухоли: рентгенография, бронхоскопия, цитоскопия мокроты; — нет достоверных рентгенологических признаков раннего рака легкого; — обнаружение рентгенологических признаков опухоли требует инвазивной диагностики для исключения рака; — методы получения материала: цитоскопия мокроты, бронхоскопия с биопсией, подконтрольная трансторакальная пункция, торакоскопия, торакотомия. Ведущую роль в ранней диагностике рака легкого играют инструментальные методы. И все же именно физикальное обследование определяет основное направление и последовательность дальнейшего диагностического поиска, а от врача, назначающего инструментальное обследование, зависит информативная ценность метода в конкретном клиническом случае. Рентгенологическое исследование является одним из основных в выявлении рака легких. Применяются следующие методики: обзорная рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекции, прицельная рентгенография, рентгеномография. Бронхография в распознавании рака легкого используется редко — лишь в трудных для однозначной трактовки случаях, при проведении дифференциальной диагностики с другими, сходными изменениями в легких. Фиброэзофагоскопия применяется для выявления инвазии опухоли в стенку пищевода. Эндоскопический метод недостаточно чувствителен при периферическом раке, требует соответствующего оборудования и квалификации персонала, подготовки пациента. Ультразвуковое исследование легочной ткани через межреберные промежутки, в ряде случаев, позволяет непосредственно обнаруживать опухолевый узел. Компьютерная томография может использоваться также для проведения прицельной трансторакальной пункции опухоли. Магниторезонансная томография обычно применяется для выявления метастатического поражения головного и спинного мозга, диагностики опухолевой инвазии в крупные сосуды. Сцинтиграфия костей с технецием-99 позволяет обнаруживать метастатическое поражение. Цитологическое исследование мокроты применяется с целью верификации диагноза. Метод более чувствителен при центральном раке. Теоретически возможно ложноположительное заключение при опухолях верхних дыхательных путей. Цитоскопия мокроты оправдана в дифференциальной диагностике заболеваний легких со сходными рентгенологическими проявлениями. Дороговизна и недостаточная чувствительность метода не позволяют использовать его для скрининга рака легкого. Пункция опухоли является методом

получения материала для цитологической диагностики. Осуществляется под контролем рентгеноскопии или компьютерной томографии, ультразвукового датчика. В одном ряду с этим исследованием стоят такие инвазивные методы, как плевральная пункция с 17 аспирацией жидкости и последующей цитоскопией, пункционная или эксцизионная биопсия лимфатических узлов, подозрительных на метастатические. Торакоскопия — диагностическое оперативное вмешательство, имеющее целью ревизию плевральной полости, при возможности — получение патологического материала для верификации. Медиастиноскопия — диагностическое оперативное вмешательство, имеющее целью ревизию плевральной полости, при возможности — получение патологического материала для верификации. Торакотомия и резекция легкого осуществляются при невозможности доказать или исключить злокачественную опухоль легкого менее инвазивными способами.

Хирургический метод состоит в удалении участка легочной ткани объемом не менее доли с отступлением от макроскопически определяемой границы опухоли не менее 2 см проксимально. Одновременно удаляются регионарные лимфатические узлы от бифуркации трахеи и дистальнее. Варианты оперативных вмешательств: лобэктомия, билобэктомия, пневмонэктомия. Возможно выполнение резекции трахеи при близком расположении границы опухоли от нее. При распространении опухоли на соседние органы может выполняться их резекция, в таком случае операция называется комбинированной. Наиболее частые послеоперационные осложнения: несостоятельность культи бронха с развитием эмпиемы плевры, формирование бронхоплевральных свищей. Послеоперационная летальность по данным разных клиник достигает 3–5 % и обусловлена, в основном, септическими осложнениями.

Вопросы к теме:

1. 60-летний мужчина жалуется на покалывание и боль в левой верхней конечности, иррадиирующую в IV и V пальцы. Отмечается опущение верхнего века и сужение зрачка. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Какой метод верификации диагноза при синдроме средней доли?
3. Каковы симптомы рака легкого?
4. Какой основной рентгенологический признак центрального рака легкого?
5. Что такое рак Панкоста?
6. Какой основной метод лечения рака легкого?
7. Какие осложнения возможны после радикальных операций на легких?
8. Что наиболее достоверно для диагностики рака легкого?
9. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Что следует сделать для определения характера этого образования?
10. Какова современная классификация рака легкого?
11. Какова роль химиотерапии в лечении рака легкого?

Тема 3. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику грыж ПОД.

СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Под диафрагмальной грыжей понимают перемещение брюшных органов в грудную полость через естественное или патологическое отверстие в диафрагме.

Классификация. Диафрагмальные грыжи представляют собой неоднородную патологию. Различные ее виды существенно отличаются друг от друга по происхождению, клиническим проявлениям, течению и прогнозу.

По происхождению диафрагмальные грыжи делят на травматические и нетравматические.

В зависимости от наличия или отсутствия грыжевого мешка их подразделяют на грыжи истинные и ложные.

К предрасполагающим факторам относятся: врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани; травматические повреждения диафрагмы; инволюционные изменения мышечно-связочного аппарата и др.

Производящими (реализующими) факторами являются все состояния, связанные с повышением внутрибрюшного давления (поднятие тяжестей, беременность, запоры, обильный прием пищи).

Клиническая картина. Клинические симптомы диафрагмальных грыж обусловлены перемещением в грудную клетку органов брюшной полости, их перегибом в грыжевых воротах, а также сдавлением легкого и смещением средостения в здоровую сторону. В соответствии с этим все клинические проявления могут быть условно разделены на две группы: желудочно-кишечные и легочно-сердечные. Чаще всего наблюдаются их различные сочетания.

Больные жалуются на боли в эпигастрии, грудной клетке и подреберье, одышку и сердцебиение после приема пищи, особенно обильной. Натощак, как правило, этих явлений не наблюдается. Сравнительно часто после еды возникает рвота, приносящая облегчение. Характерными симптомами являются ощущаемые больными звуки «бульканья и урчания» в грудной клетке, а также резкое усиление одышки после еды при принятии больным горизонтального положения тела.

Диагноз. Заподозрить диафрагмальную грыжу у больного, наряду с перечисленными выше жалобами, позволяют и некоторые физикальные данные: 1) уменьшение подвижности грудной клетки на стороне поражения со сглаживанием межреберных промежутков; 2) западение живота (при больших грыжах); 3) определение притупления или тимпанита над грудной клеткой с меняющейся интенсивностью; 4) выслушивание при аускультации грудной клетки перистальтики кишечника или шума плеска; 5) определение смещения сердечной тупости и средостения в здоровую сторону.

Окончательный диагноз устанавливается при рентгенологическом исследовании больного. Рентгенологическая картина зависит от характера и объема, переместившихся в грудную клетку брюшных органов. При смещении желудка на обзорных рентгенограммах можно видеть газовый пузырь с уровнем жидкости в левой плевральной полости. При выпадении петель тонкой кишки определяются отдельные участки просветления и затемнения на фоне легочного поля, изменчивые по величине и форме. Нахождение в грыже печени или селезенки сопровождается затемнением соответствующих легочных полей.

Для уточнения диагноза обычно используется и рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта. Это исследование позволяет определить на контрастированных органах втяжение или вдавление соответственно месту их прохождения через дефект в диафрагме («симптом обтекания», или «симптом грыжевых ворот»). В редких случаях, при затруднении дифференциальной диагностики грыжи и релаксации диафрагмы, прибегают к наложению диагностического пневмоперитонеума, позволяющего более четко видеть контуры диафрагмы и ее дефекты.

Дифференциальный диагноз диафрагмальной грыжи следует проводить с релаксацией диафрагмы (см. раздел ниже), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезнью и холециститом.

Осложнения. Как и при других грыжах живота грозным осложнением диафрагмальной грыжи является ее ущемление. Причиной его развития может явиться любой фактор, связанный с повышением внутрибрюшного давления (физическая нагрузка, кашель, переедание). Ущемляться могут все виды диафрагмальных грыж за исключением скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Дифференциальную диагностику ущемленной диафрагмальной грыжи наиболее часто приходится проводить с инфарктом миокарда, острым деструктивным панкреатитом, тромбозом мезентериальных сосудов, странгуляционной кишечной непроходимостью.

Лечение. Установленный диагноз диафрагмальной грыжи является показанием к оперативному лечению (исключением являются скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы).

Операция может быть произведена трансторакальным и абдоминальным путем. При парастеральных грыжах лучшим доступом является срединная лапаротомия; при правосторонней

локализации грыжи операцию производят торакальным доступом справа в 4-м межреберье; при левосторонних грыжах применяются как трансторакальный доступ (в 7-м межреберье слева), так и абдоминальный.

Сущность самой операции заключается в осторожном низведении перемещенных органов в брюшную полость и ушивании дефекта в диафрагме отдельными узловыми швами с созданием дубликатуры. При больших размерах грыжевых ворот дефект в диафрагме закрывается с помощью аллопластических материалов.

При ущемлении диафрагмальной грыжи оперативное вмешательство носит неотложный характер. Операция при этом проводится трансторакальным доступом.

Современная классификация грыж пищеводного отверстия построена с учетом морфологических и клинических данных, этиологии, патогенеза и сопутствующих заболеваний:

I. Тип грыжи.

1. Фиксированные или нефиксированные (для аксиальных и параэзофагеальных грыж).
2. Аксиальная (пищеводная, кардиальная, кардиофундальная, субтотально- или тотально-желудочная).
3. Параэзофагеальная (фундальная, антральная).
4. Врожденный короткий пищевод с «грудным желудком» (врожденная аномалия развития).
5. Грыжи другого типа (тонкокишечные, сальниковые и пр.).

II. Осложнения.

1. Рефлюкс-эзофагит: - катаральный; - эрозивный; - язвенный; - пептическая язва пищевода; - воспалительно-рубцовое стенозирование и (или) укорочение пищевода (приобретенное);
2. Острое или хроническое пищеводное (пищеводно-желудочное) кровотечение.
3. Ретроградный пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод.
4. Инвагинация пищевода в грыжевую часть.
5. Перфорация пищевода.
6. Рефлекторная стенокардия.
7. Ущемление грыжи (при параэзофагеальных грыжах).

III. Предполагаемая причина: - дискинезия пищеварительного тракта; - повышение внутрибрюшного давления; - возрастное ослабление соединительно-тканых структур; Механизм возникновения грыжи: пульсионный, тракционный, смешанный.

Вопросы к теме:

1. С чем надо дифференцировать грыжу пищеводного отверстия диафрагмы?
2. Что такое аксилярная грыжа?
3. С какого доступа начинают операцию при пищеводного отверстия диафрагмы?
4. Что следует считать этиологическим фактором при развитии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?
5. Какова тактика врача при лечении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?
6. Какие исследования необходимы при диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?
7. Какие операции применяют для хирургического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?
8. Какие осложнения во время операции пластики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы возможны?
9. Что является показанием к операции при скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы?
10. Как проявляются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?
11. Какова эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы?
12. Какие грыжи относят к внутренним?

Раздел 3 Заболевания системы органов кровообращения.

Тема 4. Приобретенные пороки сердца.

Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику приобретенных пороков сердца.

СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Тема и ее актуальность. Приобретенные пороки встречаются относительно часто, составляя, по разным данным, от 20 до 25% всех органических заболеваний сердца у взрослых. Наиболее часто выявляются пороки митрального клапана, второе место по частоте занимают поражения клапана аорты. Почти во всех случаях у детей и не менее чем в 90% случаев у взрослых возникновение приобретенных пороков сердца этиологически связано с ревматизмом. Другим заболеванием, вызывающим развитие приобретенных пороков сердца, является бактериальный эндокардит. Редкими (особенно у детей) причинами формирования этой патологии служат системная красная волчанка, системная склеродермия, ревматоидный артрит, исключительно у взрослых — атеросклероз (у пожилых лиц), ишемическая болезнь сердца, сифилис. **Хирургическое лечение** этих пороков сердца открыло значительные перспективы в лечении этих больных.

Приобретенные пороки клапанов сердца - это заболевания, в основе которых лежат морфологические и/или функциональные нарушения клапанного аппарата (створок клапанов, фиброзного кольца, хорд, папиллярных мышц), развившиеся в результате острых или хронических заболеваний и травм, нарушающие функцию клапанов и вызывающие изменения внутрисердечной гемодинамики.

Более половины всех приобретенных пороков сердца приходится на поражения митрального клапана и около 10–20% — аортального клапана. Ревматических пороков сердца около 80% от общего количества. От 35 до 60% больных переносят ревматизм без явных ревматических атак и пороков сердца находят уже потом, когда появляются жалобы со стороны сердца.

Оставшиеся 20% приобретенных пороков сердца приходятся на атеросклероз, травмы, инфекционные заболевания внутренней оболочки сердца, сифилис, миксоматозную дегенерацию створок. Различают эти пороки по виду пораженного клапана и по степени недостаточности функции сердца.

Основная причина приобретенных пороков клапанов сердца: ревматизм: 100% стенозов митрального, аортального, трикуспидального клапанов, 50% недостаточности их;

Другие причины:

- инфекционные эндокардиты (недостаточность клапанов);
- наркомания (инфекционные эндокардиты трикуспедального клапана – его недостаточность);
- сифилис (до 70% аортальной недостаточности);
- ишемическая болезнь сердца – дисфункция сосочковых мышц – недостаточность клапанов;
- атеросклероз (редко) – м/б кальцинированный стеноз аортального клапана у лиц преклонного возраста;
- травма грудной клетки (закрытая или ранение сердца).

2. Основные виды пороков клапанов сердца:

- стеноз митрального, аортального, трикуспедального клапанов;
- недостаточность их;
- комбинированные пороки.

3. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) исход любого заболевания сердца, в том числе и пороков клапанов. В основе синдрома – нарушение насосной функции одного или обоих желудочков сердца. При клапанных пороках это связано:

- с перегрузкой сердечной мышцы давлением (стеноз клапанов, гипертензия в малом круге);
- с объемом (недостаточность клапанов);
- комбинированная перегрузка (сложные пороки, кардиосклероз с недостаточностью миокарда).

- **Классификация ХСН:**

- **Нью-Йоркской ассоциации кардиологов**. В основу положены признаки сердечной недостаточности в покое и при физической нагрузке. Выделяются 4 класса нарушений:

Класс I. Обычная физическая активность переносится также, как до болезни, не вызывая заметной усталости, сердцебиения, одышки, боли.

Класс II. В покое жалоб нет. Незначительное ограничение физической активности. Обычная физическая нагрузка вызывает усталость, одышку, сердцебиение или ангиозные боли.

Класс III. Выраженное ограничение физической нагрузки. Даже незначительная физическая активность вызывает усталость, боль, одышку, сердцебиение. В покое чувствует себя хорошо.

Класс IV. Любая физическая нагрузка затруднена. Симптомы недостаточности кровообращения в покое.

- **Г.Ф. Ланга, Василенко, Н.Х. Стражеского (1935 г.)**. На тех же признаках – 3 стадии нарушений:

Стадия I. Начальная скрытая недостаточность кровообращения. Проявляется только при физической нагрузке. В покое эти симптомы исчезают. Гемодинамика не нарушена.

Стадия II. В этой стадии выделяют два периода:

А - признаки недостаточности кровообращения в покое выражены умеренно, устойчивость к физической нагрузке снижена, умеренные нарушения гемодинамики в большом и малом кругах кровообращения. Б – выраженные признаки сердечной недостаточности в покое, тяжелые гемодинамические нарушения в обоих кругах кровообращения.

Стадия III. Конечная дистрофическая, с выраженными нарушениями гемодинамики, обмена веществ, необратимыми структурными изменениями в органах и тканях.

- **Диагностика:** ЭКГ, ФКГ, эхокардиография, рентгенография, катетеризация желудочков и ангиокардиография.

- **Пороки митрального клапана** – 90% всех приобретенных пороков, из них 50% – недостаточность МК.

- **Недостаточность МК** – неполное смыкание, ограничение подвижности створок клапанов. Нарушения гемодинамики: регургитация крови в предсердие при систоле левого желудочка – растяжение миокарда (тоногенная дилатация) предсердия с более мощной его систолой: из-за перегрузки – миогенная дилатация с увеличением объема полости предсердия (большой объем крови, низкое сопротивление); левый желудочек – усиленная работа для поддержания эффективного ударного объема и объема регургитации; - гипертрофия миокарда, увеличение объема полости – дилатация желудочка, сердечная недостаточность; дилатация предсердия – неполное смыкание устьев легочных вен – ведет к застою в них – легочная гипертензия – повышение давления в легочной артерии – гипертрофия правого желудочка – нарушение кровообращения в большом круге.

В диагностике : 1) систолический шум над верхушкой сердца; 2) ослабление 1 тона, наличие III тона на ФКГ; увеличение левых предсердия и желудочка (ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенограммы в косых позициях, при контрастировании пищевода.

Стеноз митрального клапана – 1/3 всех пороков МК: сращение створок, рубцовое стяжение краев клапанов и клапанного кольца, изменения подклапанных структур, отложение кальциевых масс.

- повышение давления и замедление кровотока в левом предсердии ведет к образованию тромбов в ушке и полости предсердия.

- диаметр митрального отверстия в норме 2-3 см, пл. – 4-6 кв. см. клинические проявления при диаметре 1,5 см, пл. – 1,6-2 кв.см.

нарушения гемодинамики: сопротивление кровотоку суженным клапаном – первый барьер на пути кровотока из левого предсердия в желудочек – включаются компенсаторные механизмы: возрастает легочно-артериальное сопротивление в малом круге кровообращения за счет рефлекторного сужения артериальных прекапилляров; второй ил легочный барьер на пути циркуляции крови, что предохраняет капиллярную сеть легких от переполнения кровью, хотя не снижается давление в легочных венах и предсердии. Длительный спазм ведет к органическому

стенозу. Возникает необратимое препятствие току крови. Гипертрофия правого желудочка, затем предсердия. Исход – правожелудочковая сердечная недостаточность.

- По А.Н.Бакулеву и Е.А.Дамир выделяют 5 стадий нарушения кровообращения при митральных стенозах:

1 стадия – полная компенсация кровообращения.

2 стадия – относительной недостаточности .

3 стадия – начальная стадия выраженной недостаточности.

4 стадия 0 резко выраженная недостаточность кровообращения с застоем в большом круге.

5 стадия – терминальная стадия недостаточности кровообращения.

Диагноз : 1) усиленный (хлопающий) 1 тон и персистолический шум на верхушке, акцент 2 тона на легочной артерии (гипертензия в малом круге); 2) персистолический шум и щелчок открытия МК; 3) гипертрофия правого желудочка (ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография),

После появления симптомов нарушения кровообращения при консервативном лечении умирает 50% больных.

Показания к хирургическому лечению.

Стойко компенсированные больные со стенозом или недостаточностью МК (1 функциональный класс) операция не показана.

2 класс – показания к операции относительны.

3 и 4 классы – абсолютно показана.

При стенозе МК – закрытая комиссуритомия.

По А.Н.Бакулеву: 1 ст. – операция не показана; 2,3,4 стадии – показана; 5 ст. – противопоказана.

При недостаточности, комбинированном пороке с преобладанием недостаточности МК – реконструктивные операции с применением АИК.

При грубых стенозах с кальцинозом. Недостаточности с грубыми изменениями створок и подклапанных структур, кальцинозом. Особенно в сочетании со стенозом – протезирование МК механическим или биологическим клапаном.

. Пороки аортального клапана – у 30-35% больных пороками сердца.

среди причин – ревматизм, сифилис.

. Стеноз АК (АС).

Площадь в норме 2,5-3,5 кв.см.

Гемодинамические нарушения при уменьшенной площади до 0,8-1 кв. см и систолическом градиенте давления между желудочком и аортой 50 мм рт. Ст. критическая площадь АК с клиникой резкой АС – 0,5-0,7 кв. см, градиенте – 100-150 мм рт. Ст. и более.

Гипертрофия левого желудочка с гиперфункцией: полное поддержание функции без дилатации желудочка – дилатация (увеличение полости) левого желудочка с тоногенной дилатацией (за счет механизма Фрака-Старлинга), обеспечивающей достаточную функцию; миогенная дилатация со слабостью сердечной мышцы – сердечная недостаточность;

Кровоснабжение миокарда: не страдает вначале гипертрофии, затем относительная коронарная недостаточность из-за несоответствия между повышенными потребностями гипертрофированного миокарда и его обычным кровоснабжением – абсолютная недостаточность из-за повышенного сосудистого сопротивления коронарных сосудов, вследствие повышенного внутривентрикулярного и миокардиального давления – снижение кровонаполнения коронарных сосудов из-за снижения давления у основания аорты при резком стенозе АК, когда вследствие высокого желудочкового систолического давления кровь выбрасывается в аорту тонкой, сильной струей.

Диагноз на основе 3 групп признаков: 1) клапанного (систолический шум, ослабление аортального компонента 2 тона, систолическое дрожание); 2) левожелудочковые. Выявляемые при физикальном, ЭКГ, рентгенографии, ЭХОКГ, зондировании полостей сердца; 3) симптомы, зависящие от величины сердечного выброса (утомляемость, головные боли, головокружение, низкое артериальное давление, медленный пульс, приступы стенокардии).

Течение заболевания – длительный период компенсации. При появлении декомпенсации (левожелудочковая недостаточность) умирают в течение 2 лет от СН и внезапно от коронарной недостаточности и нарушений ритма сердца.

Недостаточность АК (НАК).

Значительные нарушения центральной и периферической гемодинамики из-за регургитации крови из аорты в левый желудочек во время диастолы.

Количество НАК определяется объемом крови, которая возвращается в желудочек, может достигать 60-75% ударного объема.

Нарушения гемодинамики: расширение полости сердца тоногенной дилатации с увеличением силы сердечных сокращений.

Ударный объем в 2-3 раза выше нормы – повышается систолическое давление в левом желудочке. Аорте, периферических артериях. Снижается диастолическое давление (из-за регургитации, компенсаторного снижения периферического сопротивления и сокращения диастолы) в аорте и артериях, увеличивается пульсовое давление, оно может составлять 80-100 мм рт.ст., учащается число сердечных сокращений для поддержания миогенного объема – ухудшение питания сердечной мышцы – миогенная дилатация с левожелудочковой недостаточностью (ЛЖН).

Диагноз: 3 группы признаков: 1) клапанные (диастолический шум, ослабление 2 тона, изменения на ФКГ, ЭХОКГ); 2) левожелудочковые (гипертрофия и дилатация левого желудочка, выраженность струи регургитации при аортографии; 3) периферические симптомы (низкое диастолическое давление, высокое пульсовое давление, боли в области сердца, головокружения, тахикардия). Клапанные симптомы позволяют диагностировать НАК, 2 и 3 групп – оценивать выраженность порока и расстройств внутрисердечной гемодинамики.

Течение заболевания: компенсация длительная. Симптомы ЛЖН могут развиваться остро и быстро прогрессируют. 45% умирает в течении 2 лет после появления симптомов, максимум жизни – 6-7 лет.

Показания к хирургическому лечению:

- абсолютно показано в III - IV функциональных классах;
- прямые показания к операции – обмороки, сердечная астма, стенокардия;
- при отсутствии жалоб – кардиомегалия и симптомы перегрузки левого желудочка на ЭКГ. В сомнительных случаях – зондирование сердца: систолический градиент более 50 мм рт. Ст. при АС или повышение конечно-диастолического давления более 15 мм рт. Ст. при НАК.
- Объем операции при АС и НАК – протезирование клапанов с ИК.

Отдаленные результаты – 10 летняя выживаемость 70%.

9. Пороки трехстворчатого клапана (ТСК) – 12-27% больных с ревматическими пороками нуждаются в хирургическом лечении пороков ТСК. Увеличивается с ростом наркомании.

9.1. Стеноз ТСК (СТСК):

- среднее давление в левом предсердии может достигать 10-20 мм рт. ст., при площади отверстия – 1,5 кв.см и градиенте давления между предсердием и желудочком – 5-15 мм рт.ст.;
- застой в малом круге развивается при давлении в правом предсердии более 10 мм рт.ст.;
- нарушения сердечной гемодинамики: гипертрофия и расширение полости правого предсердия – компенсация, затем быстро – декомпенсация с застоем в большом круге кровообращения.

Недостаточность ТСК (НТСК):

- расширение обеих полостей правого сердца из-за регургитации;
- умеренная НТСК может играть «разгрузочную роль» при застое в малом круге (сочетание с митральными пороками), не вызывая застой в большом;
- выраженная недостаточность с большим объемом регургитации и снижением сердечного выброса – растет венозное давление, быстрая декомпенсация – правожелудочковая недостаточность, застой в большом круге

9.3. В хирургическом лечении – реконструктивные операции на «открытом» сердце с ИК, протезирование клапанов только при грубых изменениях створок и подклапанных структур. Летальность – 4-11%. Живут свыше 10 лет 62-65% оперированных.

Могут быть многоклапанные пороки, требующие комплексной коррекции, трансплантации сердца.

Типовые задачи.

ЗАДАЧА № 1

Больной 54 лет вызвал СМП в связи с жалобами на интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в межлопаточную область, головную боль, тошноту. В течение 6 лет страдает гипертонической болезнью, систематически гипотензивных препаратов не принимает. Рабочее АД 140/80 мм рт. ст. Ухудшение в течение 6 часов: нарастала головная боль, тошнота. Около 40 минут назад появился приступ "раздирающих" болей за грудиной, позже - с иррадиацией в межлопаточную область. На прием нитроглицерина - усиление головных болей. При осмотре врачом СМП состояние средней тяжести. Сознание ясное. Гиперемия кожи лица. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, единичные сухие рассеянные хрипы. Систолический шум над аортой. АД - 230/120 мм рт. ст. Пульс - 88 в минуту. Пульсация на левой лучевой артерии ослаблена. Печень у края реберной дуги. ЭКГ - ритм синусовый, гипертрофия и перегрузка левого желудочка.

1. О каком осложнении гипертонического криза свидетельствует систолический шум над аортой и асимметрия пульса на лучевых артериях?
2. Какое срочное исследование необходимо?
3. До какого уровня следует снижать АД?
4. Куда в оптимальном варианте должен быть госпитализирован больной?
5. В каком специальном исследовании нуждается больной?

ЗАДАЧА №2

Больная 27 лет, жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, больна ревматизмом с 13 лет. Ухудшение состояния отмечает в течение последнего года. При осмотре – цианоз губ, бедность кожных покровов. При выслушивании сердца – тоны ритмичные, хлопающий 1 тон на верхушке, диастолический шум с пресистолическим усилением, акцент 2-го тона над легочной артерией, на ЭКГ – правограмма, перегрузка левого предсердия и правого желудочка, рентгенологические данные за митральный стеноз.

Диагноз и тактика?

ЗАДАЧА №3

Больная 40 лет, страдает ревматизмом в течение 25 лет; порок сердца – митральный стеноз диагностирован 3 года назад. После операции митральной комиссурии на следующий день состояние тяжелое, высокая температура (38,5), отсутствие дыхания над левым легким.

- 1). Какое возникло осложнение?
- 2). Что следует предпринять?

Вопросы к теме:

1. Особенности клинического течения митрального порока у детей,
2. Особенности клинического течения митрального порока у беременных.
3. Клинические классификации митрального стеноза.
4. Показания и противопоказания к операции по поводу митрального стеноза.
5. Виды операций при стенозе митрального клапана.
6. Клиническая классификация недостаточности митрального клапана
7. Послеоперационные осложнения после операций на открытом сердце.
8. Методы хирургической коррекции при аортальном стенозе.
9. Что такое комбинированный порок сердца?
10. Что такое сочетанный порок клапана?
11. Дать определение синдрому Люттенбаше.
12. Что такое искусственное кровообращение?

13. Что такое кардиоплегия?
14. Какие методы защиты миокарда во время операции на сердце Вы знаете?
15. Какие методы диагностики при приобретенных пороках сердца Вы знаете?
16. Какие заболевания способствуют развитию приобретенных пороков сердца?
17. Может ли ДМЖП являться приобретенным пороком сердца?

Тема 5. Болезнь и синдром Рейно.

Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику при болезни Рейно.

СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Этиология. Болезнь Рейно заболевание, характеризующееся приступообразной ишемией пальцев кистей или стоп вследствие нарушения регуляции сосудистого тонуса. В этиологии имеет значение наследственная предрасположенность, по-видимому, состояние эндокринной системы, а также психические травмы, хронические интоксикации никотином, алкоголем, в ряде случаев выявляется связь заболевания с переохлаждением. Чаще болеют женщины в возрасте 20-40 лет, нередко сочетается с мигренью. Отмечена повышенная заболеваемость машинисток и пианистов.

Патогенез. В патогенезе приступа ишемии играет роль повышение тонуса симпатической нервной системы. От болезни Рейно, которую рассматривают как обособленную клиническую форму ангиотрофоневрозов, отличают так называемый синдром Рейно (феномен Рейно) – Такие же, как при болезни Рейно, расстройства кровоснабжения пальцев конечностей, но являющиеся вторичными по отношению к какому-либо заболеванию. Чаще всего синдром Рейно наблюдается при системной склеродермии, реже при других диффузных болезнях соединительной ткани, иногда бывает ранним проявлением опухолевого процесса в доклинической стадии развития опухоли, может быть симптомом вибрационной болезни, поражения шейного отдела позвоночника, аномалии развития шейных мышц и рёбер (проявляется так называемым шейно – плечевым синдромом), облитерирующего поражения сосудов конечностей, некоторых эндокринных болезней, отравления спорыньей, хронической интоксикацией солями тяжёлых металлов и др.

Клинические проявления приступов ишемии при болезни Рейно и синдроме Рейно сходны. Чаще поражаются 2-4 пальцы кистей или стоп. Приступы могут провоцироваться курением, волнением, охлаждением пальцев или их утомлением. В пальце внезапно появляется онемение, затем ощущение жжения и боли; палец резко бледнеет, через несколько минут бледность сменяется цианозом; в конце приступа палец становится ярко- красным. Приступы ишемии возникают редко, длятся несколько минут, затем они учащаются, увеличивается их продолжительность до часа и более, появляется отёчность кожи пальцев; в дальнейшем наблюдаются стойкие трофические изменения кожи, возможны некроз и гангрена мягких тканей пальцев, разрушение дистальных костей (остеолиз). Однако имеются и различия. Так, для болезни Рейно характерна симметричность поражения пальцев, иногда отмечается ишемия кожи носа, ушей, подбородка, болезнь прогрессирует медленно, возможно спонтанное исчезновение приступов. Вместе с тем даже при типичной клинической картине окончательный диагноз может быть поставлен только после тщательного исключения заболеваний, проявляющихся синдромом Рейно (прежде всего склеродермии), что требует иногда не менее чем двухлетнего наблюдения за больным.

Лечение болезни Рейно направлено на нормализацию высшей нервной деятельности, регуляцию сосудистого тонуса, тренировку сосудистых реакций, что достигается подбором физиотерапевтических процедур, сан. - кур. лечением, психотерапией. Используют средства, угнетающие влияние симпатических нервов на сосуды, сосудорасширяющие препараты, дезагреганты тромбоцитов, а при отсутствии эффекта применяют хирургическое лечение – симпатэктомию или ганглиэктомию. При синдроме Рейно лечение направлено на основное

заболевание. При неэффективности консервативных методов выполняют поясничную или грудную симпатэктомию – в зависимости от зоны поражения.

Прогноз болезни Рейно относительно благоприятен, в ряде случаев приступы ишемии пальцев прекращаются после родов, сан. – кур. лечения, перемены климата, образа жизни. При синдроме Рейно прогноз определяется основным заболеванием. Устранению синдрома иногда способствуют смена профессии (например, при вибрационной болезни), операция (по поводу аномалии шейных мышц, добавочного ребра) и т. д. Профилактика болезни Рейно не разработана. Важно исключение курения, употребления алкоголя; следует избегать длительного и частого охлаждения конечностей (мытьё рук в холодной воде).

Вопросы к теме:

1. Дать определение болезни Рейно
2. Дать определение синдрому Рейно
3. При каких заболеваниях диагностируется синдром Рейно
4. Какие диагностические критерии соответствуют болезни Рейно
5. Какие стадии болезни Рейно Вы знаете?
6. Какой препарат является базовым при терапии болезни Рейно?
7. Роль санаторно-курортного лечения при болезни Рейно?
8. Какие исследования необходимо использовать при постановке диагноза?
9. Этиологические факторы, способствующие развитию болезни Рейно
10. Какие операции используются при болезни Рейно
11. Показания к хирургическому лечению

Раздел 4. Заболевания органов пищеварения

Тема 6 Заболевания пищевода

Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику заболеваний пищевода. Клиническую анатомию пищевода, этиологию и патогенез его заболеваний, патологическую анатомию, клиническую симптоматику рака пищевода, клинические нормы и стадии заболеваний, методы лабораторной, рентгенологической и инструментальной диагностики, дифференциальную диагностику, принципы лечения, методы оперативных вмешательств.

СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Краткие анатомо-физиологические характеристики. Различают три отдела пищевода – шейный, грудной и брюшной. Общая длина его в среднем равна 25 см. Пищевод фиксирован лишь в шейном отделе и в области диафрагмы, остальные его отделы довольно подвижны как в вертикальном, так и в боковых направлениях. Он имеет три сужения: в начальном отделе, на уровне бифуркации трахеи и при переходе через диафрагму.

Кровоснабжение шейного отдела пищевода осуществляется ветвями нижних щитовидных артерий, в средней трети – из бронхиальных и непарных, идущих непосредственно из аорты, мелких пищеводных артерий, и внизу – из пищеводных ветвей левой желудочной артерии и диафрагмальных артерий.

Методы исследования. Кроме общепринятых клинических методов, при патологии пищевода применяют специальные методы исследования: рентгеноскопию, рентгенографию, рентгенокинематографию, эзофагоскопию, пневмомедиастенографию.

Для получения исчерпывающих данных, касающихся пищевода, **рентгенологическое исследование** целесообразно проводить в следующем порядке:

- 1) обзорная рентгеноскопия области шеи, органов грудной клетки и брюшной полости;
- 2) исследование с 1 – 2 глотками жидкой бариевой взвеси области кардии и рельефа слизистой оболочки желудка;
- 3) исследование глотки и пищевода с жидкой бариевой взвесью;
- 4) исследование «пневморельефа» – двойное контрастирование пищевода;

5) исследование контуров перистальтики стенок пищевода с густой бариевой взвесью;

6) исследование рельефа слизистой оболочки пищевода.

При **эзофагоскопии** можно осмотреть всю слизистую пищевода, а также кардиальный и субкардиальный отделы желудка, установить источник кровотечения, наличие дивертикулов, опухоли, взять участок опухоли для биопсии, с помощью фотоаппарата-насадки можно получить черно-белые и цветные фотографии.

Классификация заболеваний пищевода

1. Пороки развития. К ним относятся атрезия, врожденное сужение, врожденное идиопатическое расширение, кардиальная недостаточность (или халазия), удвоение пищевода, неопущение желудка.

2. Инородные тела пищевода.

3. Функциональные заболевания пищевода (ахалазия пищевода, кардиоспазм, дискинезия пищевода – эзофагоспазм).

4. Дивертикулы пищевода.

5. Ожоги пищевода.

6. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода.

7. Рак пищевода.

В подавляющем большинстве наблюдений пороки развития проявляются и диагностируются в детском возрасте, и поэтому они являются делом детских хирургов.

Функциональные заболевания

Функциональные заболевания пищевода по патофизиологическому субстрату включают разнообразные поражения пищевода и его сфинктерных механизмов и проявляются своеобразной клинической и рентгенологической картиной. Общий клинический симптом данных заболеваний пищевода – дисфагия.

При кардиоспазме в момент глотания и расслабления пищеводной трубки выпадает важная функция раскрытия кардии.

Кардиоспазм разделяют на три стадии: первая – непостоянный спазм кардии, вторая – гипертоническая и третья – атоническая.

При многолетнем течении кардиоспазм не склонен переходить в рубцовый стеноз кардии, если болезнь не осложняется химическими или термическими повреждениями (алкоголь, острые, соленые, кислые блюда, горячая пища и др.), а также значительными надрывами стенки пищевода при кардиодилатации.

Эту категорию больных лечат при помощи металлического кардиодилататора типа Штарка или пневматического дилататора. Лечение кардиоспазма с помощью кардиодилататора дает удовлетворительные отдаленные результаты, но требует повторных подкрепляющих сеансов.

Предложен ряд способов оперативного лечения кардиоспазма: кардиогастропластика, кардиоментопластика и др. Наибольшее распространение получила операция Б. В. Петровского – пластика кардии лоскутом диафрагмы на ножке.

Дивертикулы пищевода

Ограниченное расширение просвета пищевода в виде мешковидного выпячивания его стенки.

В основе классификации дивертикулов лежат их локализация и механизм возникновения.

В ранней стадии образования дивертикула характерных симптомов не наблюдается. Затем по мере увеличения дивертикула (II – III стадия) появляется характерная клиническая картина: вследствие быстрого заполнения дивертикула пищей сдавливается пищевод и наступает дисфагия. Чтобы проглотить пищу, больные давят на шею, наклоняют голову в разные стороны, делают рвотные движения и т. д. Когда мешок опорожняется, наступает заметное улучшение, больной снова может проглотить пищу. Однако часть пищи остается в дивертикуле, застаивается и разлагается, изо рта появляется зловонный запах, наблюдаются диспепсические явления.

Диагноз дивертикула ставят на основании клинической картины и главным образом рентгенологического исследования. Дополнительные данные дает эзофагоскопия.

Радикальный метод лечения дивертикулов – хирургический. Операции подлежат дивертикулы II и III стадии и особенно осложненные.

Инородные тела

Чаще всего инородные тела попадают в пищевод случайно, при поспешной еде. В подавляющем большинстве это различные кости, зубные протезы и другие предметы. **Клиническая картина** заболевания зависит от величины, формы и характера инородного тела, от уровня его нахождения и длительности пребывания в пищеводе, степени повреждения пищевода.

Наиболее простым, доступным и совершенно безопасным диагностическим методом является рентгенологическое исследование пищевода – бесконтрастная рентгенография и исследование с контрастированием.

Там, где возможно, применяют эзофагоскопию, во время которой через эзофагоскоп можно удалить инородное тело из пищевода.

При безрезультатных попытках удаления инородного тела через эзофагоскоп необходимо применять эзофаготомию.

Ожоги пищеварительного тракта

Ожоги пищеварительного тракта кислотами и щелочами являются тяжелой патологией, о чем свидетельствует высокая летальность (10 – 20 %). В результате приема внутрь едких веществ поражаются не только пищевод и желудок, но и нарушаются функция и структура печени, почек, надпочечников и других органов вследствие нейротрофических расстройств и интоксикации за счет резорбции яда, всасывания продуктов распада тканей, присоединения гнойной инфекции.

В клиническом течении ожогов выделяют три периода: острый, малосимптомный (восстановительный) и период исходов.

Острый период, как правило, в течение 10 дней проявляется выраженным болевым синдромом, дисфагией, токсемией, повышенной температурой, расстройствами функций внутренних органов.

Малосимптомный (восстановительный) период наступает после ликвидации острого болевого синдрома и уменьшения дисфагических расстройств к концу 2 – 3-й недели с момента ожога. Но это период мнимого восстановления.

Период исходов характеризуется развитием стойких последствий ожога и отравления в виде рубцовых сужений пищевода, постнекротического цирроза печени, хронического эзофагита, медиастинита, хронической пневмонии, обострения туберкулезного процесса, стойких функциональных расстройств внутренних органов.

Бытовые ожоги глотки и пищевода различными химическими веществами встречаются довольно часто. Отравления кислотами и щелочами бывают как у детей, так и у взрослых. Больные нуждаются в неотложной медицинской помощи и соответствующем лечении.

Для этого в первые часы после отравления желудок обильно промывают теплой водой (5 – 8 л).

При отравлении кислотами (уксусной, соляной, серной и др.) для нейтрализации можно применять 2%-ный раствор обычной пищевой соды, жженую магнезию. При отравлении щелочами (едким натром, каустической содой) – раствор столового уксуса, разведенного наполовину водой, 1%-ный раствор лимонной кислоты.

В течение нескольких дней (3 – 4) следует назначать наркотические препараты. При нарушении сердечной деятельности вводят кофеин, кордиамин.

Не рекомендуется вызывать рвотный рефлекс, а если он появляется, его необходимо подавить. На область желудка кладут пузырь со льдом.

Лечебные мероприятия проводят с учетом тяжести отравления и общего состояния больного.

Для борьбы с обезвоживанием организма и для сохранения белкового баланса внутривенно вводят 5%-ный раствор глюкозы на изотоническом растворе NaCl (2 – 3 л), полиглюкин, кровь, плазму, кровезаменители. Больному назначают полноценную диету, богатую витаминами. Рекомендуют сливочное масло, рыбий жир, молоко, сливки, сырые яйца, оливковое масло.

Для того чтобы предупредить развитие вторичной инфекции в полости рта, глотки и пищевода, назначают большие дозы антибиотиков. Необходим уход за полостью рта и глоткой, для чего при отравлениях кислотами назначают щелочные полоскания, при отравлениях щелочами – 2%-ный раствор борной кислоты.

После того как общие явления интоксикации проходят, и острый воспалительный процесс стихает, продолжают дальнейшее лечение. В более легких случаях ожогов бужирование пищевода или

дренирование его просвета трубками целесообразно начинать на 4 – 6-й, в тяжелых – на 8 – 10-й день.

При наступлении сужения пищевода больных необходимо оперировать. Прежде чем приступить к операции, хирург обязан знать, какая часть пищевода поражена, на каком протяжении наступило рубцовое сужение, и нет ли поражения желудка, так как от этого зависит выбор оперативного вмешательства.

Успех операции образования искусственного пищевода зависит не только от локализации и протяжения рубцового сужения, но и от анатомических особенностей сосудов, питающих отрезок кишки, из которой образуется искусственный пищевод.

Образование искусственного пищевода является многоэтапной операцией и состоит из следующих моментов:

- 1) образования желудочного свища для временного питания больного;
- 2) мобилизации и проведения кишки к шейной части пищевода;
- 3) соединения подведенной кишки с пищеводом;
- 4) образования анастомоза между желудком и кишкой с одновременным закрытием желудочного свища.

Рак пищевода

Пищевод относится к органам, весьма часто поражаемым раком, поэтому проблема рака пищевода находится в центре внимания отечественных хирургов.

Один из наиболее ранних и главных симптомов рака пищевода – дисфагия (нарушение глотания). Она связана с направлением роста опухоли: при экзофитном росте опухоли дисфагия появляется сравнительно быстрее, чем при эндофитном. При собирании анамнеза обращает на себя внимание тот факт, что появившееся расстройство глотания медленно, но неуклонно прогрессирует.

В начале заболевания у большинства больных общее состояние остается удовлетворительным, хотя у некоторых к моменту появления дисфагии обнаруживается потеря веса.

К другим первичным местным симптомам рака пищевода относятся боль и неприятные ощущения, возникающие за грудиной при проглатывании пищи. Это объясняется травмированием воспаленной стенки пищевода около опухоли и спазмом. К ранним местным признакам относят также чувство полноты за грудиной при глотании горячей пищи.

При прорастании и сдавлении опухолью возвратного нерва появляется охриплость голоса, свидетельствующая о запущенной стадии рака и локализации его в верхнем отделе пищевода. Общий симптом рака пищевода различных локализаций – истощение и прогрессирующее похудание.

В поздних стадиях развития опухоли, особенно при наличии метастазов, в крови отмечаются выраженная анемия, лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также токсическая зернистость нейтрофилов.

В ранней **диагностике** рака пищевода решающее место принадлежит рентгенологическому исследованию. Наличие спазма на определенном участке пищевода заставляет подозревать наличие патологического процесса и обязывает к повторным рентгенологическим исследованиям.

По данным рентгенологического исследования можно судить о протяженности поражения и локализации опухоли по отношению к стенкам пищевода. При неясных случаях показано тщательное эзофагоскопическое исследование.

Общепризнанным методом хирургического лечения рака пищевода является широко применяемая в хирургии резекция пищевода.

Противопоказания к радикальному хирургическому лечению рака пищевода:

- 1) отдаленные метастазы в шейные и надключичные лимфатические узлы;
- 2) вовлечение в раковый процесс бронха, возвратного и диафрагмального нервов, ствола симпатического нерва;
- 3) декомпенсация сердечно-сосудистой деятельности в связи с органическими заболеваниями сердца и гипертонической болезнью.

Для доступа к кардиальному отделу желудка и нижнему отделу пищевода в настоящее время применяют следующие способы: плевральный, чресплеврально-брюшинный, брюшинный,

чрезбрюшинно-плевральный. Если опухоль распространилась на дно желудка, для обходного анастомоза используют петлю тонкой кишки.

Контрольные вопросы к теме:

1. Что такое клапан Губарева?
2. Какую роль играет клапан Губарева?
3. Какова анатомическая длина пищевода?
4. Чем образован угол Гиса?
5. В каком отделе пищевода чаще всего образуются пульсионные дивертикулы?
6. Первая помощь при химическом ожоге пищевода?
7. Что делать при безуспешной консервативной терапии фиброзно-язвенного рефлюкс эзофагита?
8. Какой основной метод лечения кардиоспазма?
9. Что такое ценкеровский дивертикул?
10. Что может быть использовано для диагностики новообразований средостения?
11. Как лечить дивертикулы шейного отдела пищевода?
12. Какой метод исследования показан для выявления дивертикула пищевода?
13. Какие клинические признаки характерны для кардиоспазма?
14. Больной предъявляет жалобы на повышенную саливацию, чувство царапание в горле, неловкость при глотании, кашель. Периодически после начала еды появляется дисфагия и припухлость на шеи. Иногда, чтобы проглотить пищу, приходится принимать вынужденные положения, при этом слышны булькающие звуки, а припухлость исчезает. Диагноз?
15. Больной Н. предъявляет жалобы на дисфагию, которая появилась 6 месяцев назад. Объективно: больной умеренного питания, бледность кожи, пульс 72, сердечные тоны глухие, аритмия. ЭКГ - диффузное изменение миокарда. Р-скопия пищевода - имеется сужение пищевода на уровне средней трети на протяжении 5-ти см. Вместе сужения контуры пищевода ровные, рельеф слизистой сохранен, пассаж бария замедлен. Диагноз?
16. Какова первая медицинская помощь при химических ожогах пищевода?
17. Каковы ранние осложнения химических ожогов пищевода?
18. Какова первая врачебная помощь при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода?
19. Каковы рентгенологические признаки перфорации пищевода?
20. Когда показана операция эзофагокардиомиотомии?
21. Что является основной причиной рефлюкс-эзофагита?
22. Злокачественные заболевания пищевода. Особенности диагностики.
23. Особенности клиники и хирургического лечения рака пищевода.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

- 1) Какие из перечисленных форм роста опухоли относятся к видам рака пищевода.
а) *стенозирующая;*
б) *скиррозная;*
в) *узловая;*
г) *папилломатозная;*
д) *полипообразная;*
е) *язвенная.*
- 2) С помощью каких методов исследования можно диагностировать рефлюксную болезнь пищевода: а) эзофагоскопия; б) эзофагоманометрия; в) внутрипищеводная рН-метрия; г) определение пассажа бария по пищеводу в положении Тренделенбурга; д) УЗИ пищевода.
/. а, б,
в; 2. в,
г, д;

3. б, в, г, д;

4. и, б, в, г;

5. все правильно.

3) Метастазирование злокачественных опухолей пищевода осуществляется преимущественно лимфогенным путем. В чем состоит особенность лимфатической системы пищевода и связанная с ней

особенность лимфогенного метастазирования?

а) близкое расположение грудного лимфатического протока;

б) продольная ориентация внутриорганных лимфатических сосудов;

в) наличие лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке;

г) наличие порто-кавалъных связей;

д) тесная связь лимфатических систем пищевода и желудка.

4) К ранним симптомам рака пищевода следует отнести:

а) дисфагию;

б) боли за грудиной и в спине;

в) кашель при приеме пищи;

г) усиленное слюноотделение;

д) похудание.

5) Метастазирование злокачественных опухолей пищевода осуществляется преимущественно лимфогенным путем. В чем состоит особенность лимфатической системы пищевода и связанная с ней

особенность лимфогенного метастазирования?

а) близкое расположение грудного лимфатического протока;

б) продольная ориентация внутриорганных лимфатических сосудов;

в) наличие лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке;

г) наличие порто-кавалъных связей;

д) тесная связь лимфатической системы пищевода и желудка.

Ульяновский государственный университет

Институт медицины, экологии и физической культуры

Медицинский факультет

Кафедры факультетской хирургии

Форма А стр. 32 из 92

б) У больного 78 лет при обследовании выявлена опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в

трахею, мts в печень. При глотании с трудом проходит жидкость. Ваша тактика?

а) бужирование опухоли;

б) эндоскопическая реканализация опухоли;

в) эзофагостома;

г) гастростома;

д) еюностома.

1. Больной, 63 года, госпитализирован с жалобами на затруднение при глотании твердой пищи, задержку пищи на уровне мечевидного отростка, вынужден запивать пищу молоком. Отмечает общую слабость, потерю веса. Какое заболевание можно предположить? Какое обследование провести для выяснения диагноза?

2. Больная, 52 года, обратилась к врачу с жалобами на периодически появляющееся чувство затруднения прохождения жидкой и твердой пищи, срыгивание неизменной пищи, истечение слюны и пищи в горизонтальном положении. Длительность заболевания около 2 лет. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза? Какие симптомы характерны для задержки пищи в пищеводе при объективном обследовании?

3. У больного 57 лет, госпитализированного с признаками дисфагии, при рентгеноло-

гическом обследовании установлена экзофитно растущая опухоль 3.0x2,0 см, занимающая полуокружность кардиального отдела. При гистологиче ч и; ком исследовании установлена аденокарцинома. Стадия развития? Рентгенологические Признаки рака пищевода? Тактика лечения?

4. Больной, 62 года, обратился к врачу с жалобами на боли в межлопаточной области. слабость, потерю веса. Дисфагии нет. При рентгенологическом исследовании пищевода обнаружен дефект наполнения в верхнегрудном отделе пищевода. При эзофагоскопии установлена инфильтрация стенки пищевода на участке 5,0x3.0 см. При гистологическом исследовании найдены клетки плоскоклеточного неороговевающего рака. Диагноз? Тактика лечения?

Список рекомендуемой литературы:

основная литература:

1. Кузин М.И., Хирургические болезни- 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с: ил. - ISBN 978-5-9704-3371-3.
2. Электронное издание на основе: Хирургические болезни: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 992 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3371-3.
3. Курс факультетской хирургии в рисунках, таблицах и схемах : учеб. пособие / М. А. Лагун, Б. С. Харитонов ; под общ. ред. С. В. Вертянкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 436 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-3783-4.

дополнительная литература:

1. Гуманенко Е.К., Военно-полевая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / Под ред. Е.К. Гуманенко. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-3199-3
2. Лопухин Ю.М., Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2-х томах: учебник / Сергиенко В.И., Петросян Э.А., Фраучи И.В.; под общей ред. Ю.М. Лопухина. - 3-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – Т.1 – 832 с.; Т. 2 – 592- ISBN 978-5-9704-2790-3
3. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф., Хирургические болезни в 2-х т. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Т.1 – 399 с.; Т. 2 – 598 с.- ISBN 978-5-9704-3456-7
4. Рокицкий М.Р., Я хочу стать хирургом. Советы, которым можно следовать и которыми можно пренебречь [Электронный ресурс] / М. Р. Рокицкий - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 96 с. - ISBN 978-5-9704-3061-3
5. Блокады в травматологии и ортопедии: учеб. - метод, пособие / О.Н. Чибисов - Кемерово: 2014. С. 51.