

Содержание

Предисловие	5
РАЗДЕЛ 1. АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ	6
Тема 1. Синдром портальной гипертензии	6
Тема 2. Синдром механической желтухи	17
Тема 3. Холангит	34
Тема 4. Кисты печени	40
Тема 5. Доброкачественные опухоли печени	57
Тема 6. Злокачественные опухоли печени и желчевыводящей системы	68
Тема 7. Опухоли поджелудочной железы	104
Тема 8. Доброкачественные опухоли желудка и 12-ти перстной кишки	128
Тема 9. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки .	139
Тема 10. Осложнения колоректального рака	162
Тема 11. Спаечная болезнь	177
Тема 12. Острая мезентериальная ишемия	193
Тема 13. Язвенный колит	201
Тема 14. Болезнь Крона	213
Тема 15. Дивертикулярная болезнь	222
Тема 16. Болезнь Гиршпрунга	246
Тема 17. Выпадение прямой кишки. Полипы анального канала	254
Тема 18. Сепсис	269
Приложение ВВК	284
Хирургическая анатомия в абдоминальной хирургии	297
РАЗДЕЛ 2. ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ	321
Тема 19. Обследования больных с торакальной хирургической патологией	321
Тема 20. Заболевания и повреждения пищевода	331
Тема 21. Опухоли и кисты средостения	376
Тема 22. Медиастинит. Хилоторакс	386

Тема 23. Рак лёгких	400
Тема 24. Опухоли плевры	414
Тема 25. Опухоли молочной железы	425
Тема 26. Заболевания и повреждения грудной стенки	444
Тема 27. Заболевания и повреждения диафрагмы	464
Тема 28. Острые инфекционные деструкции легких. Пиопневмоторакс	480
Тема 29. Эмпиема плевры	497
Тема 30. Неотложные состояния в хирургии лёгких	506
Тема 31. Послеоперационное ведение больных в торакальной хирургии	535
Коллектив авторов	538

Тема **14****Болезнь Крона**

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ: Общие понятия. Определение. Анатомическая локализация. Эпидемиология. Классификация. Анатомия. Этиология и патогенез. Клинические варианты течения. Лечение. **Острые осложнения болезни Крона.** Определение. Причины. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Варианты хирургических вмешательств. **Хронические осложнения болезни Крона.** Определение. Классификация. Причины. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Способы хирургических операций.

Болезнь Крона – это хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением, с развитием местных и системных осложнений. При болезни Крона (БК) могут поражаться любые отделы желудочно-кишечного тракта: от полости рта, до ануса. Тем не менее, в подавляющем большинстве случаев БК поражает илеоцекальный отдел кишечника.

Заболеваемость БК составляет от 0,3 до 20 на 100 000 человек, распространенность достигает 322 на 100 000 человек. Распространенность БК выше в северных широтах и на Западе. В Азии заболеваемость и распространенность БК несколько ниже. Европейцы страдают заболеванием чаще, чем представители негроидной и монголоидной рас. Заболеваемость у мужчин и женщин приблизительно одинаковая. Первый пик заболеваемости отмечается между 20 и 30 годами жизни, второй пик – в возрасте 60-70 лет.

Однозначных диагностических признаков БК не существует, и диагноз выставляется на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и гистологических изменений. Общепринятыми критериями достоверного диагноза БК (по Lennard-Jones) считается выявление шести ключевых признаков заболевания:

1. поражение от полости рта до анального канала (хроническое гранулематозное поражение слизистой оболочки губ или щек, пилородуоденальное поражение, поражение тонкой и толстой кишки, хроническое перианальное поражение);
2. прерывистый характер поражения;
3. трансмуральный характер поражения (язвы-трещины, абсцессы, свищи);
4. фиброз (стриктуры);
5. наличие лимфоидной ткани (афтоидные язвы или трансмуральные лимфоидные скопления);
6. нормальное содержание муцина в зоне активного воспаления слизистой оболочки толстой кишки;
7. наличие саркоидной гранулемы.

Диагноз БК считается достоверным при выявлении 3-х любых признаков, или при обнаружении гранулемы в сочетании с любым другим признаком.

Классификация БК*По локализации:*

- терминальный илеит ($\pm$ поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта);
- колит;
- илеоколит ($\pm$ поражение аноректальной зоны).

Верхние отделы ЖКТ довольно редко встречается в изолированном виде и, как правило, дополняются проявлениями терминального илеита, илеоколита или колита.

По распространенности:

- локализованная – а) поражение протяженностью менее 30 см, которое обычно используют для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны, включающей 30 см под-

вздошной кишки вместе с правой половиной толстой кишки; б) изолированное поражение небольшого участка толстой кишки.

- *распространенная* – поражение протяженностью более 100 см, суммарно всей длины пораженных участков.

По характеру течения:

- *острое течение* (менее 6 месяцев от начала заболевания);
- *хроническое непрерывное течение* (отсутствие более полугода ремиссии на фоне адекватной терапии);
- *хроническое рецидивирующее течение* (наличие периода ремиссии более 6 месяцев).

По тяжести:

- *легкая;*
- *средней тяжести;*
- *тяжелая.*

Тяжесть заболевания в целом определяется клиникой заболевания, наличием внекишечных проявлений и осложнений, протяженностью поражения, рефрактерностью к лечению, развитием гормональной зависимости и резистентности.

По фенотипическому варианту:

- 1) нестриктурирующая, непенетрирующая (неосложненная форма);
- 2) стриктурирующая (стенозирующая форма);
- 3) пенетрирующая (свищевая форма).

Перианальные поражения (свищи; анальные трещины, перианальные абсцессы) могут дополнять любой из указанных фенотипических вариантов, а также быть самостоятельным проявлением БК.

Этиология и патогенез

БК, как и многих других воспалительных заболеваний кишечника до сих пор не установлена. Заболевание развивается в результате сочетания сразу нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, кишечную микрофлору и различные факторы окружающей среды.

БК довольно сложен, поскольку уже найдено около сотни однонуклеотидных полиморфизмов, ассоциированных с БК. Данный генетический фон предрасполагает к изменениям врожденного иммунного ответа, аутофагии, механизмов распознавания микроорганизмов, эндоплазматического ретикулоцитарного стресса, функций эпителиального барьера и адаптивного иммунного ответа. Ключевым дефектом иммунитета, предрасполагающим к развитию БК, считают нарушения распознавания бактериальных молекулярных маркеров (паттернов) дендритными клетками, что приводит к гиперактивации сигнальных провоспалительных путей. Также отмечается снижение разнообразия кишечной микрофлоры, за счет уменьшения доли анаэробных бактерий, преимущественно *Bacteroidetes* и *Firmicutes*. Пусковыми факторами могут служить курение, нервный стресс, дефицит витамина D, питание с пониженным содержанием пищевых волокон и повышенным содержанием животного белка, кишечные инфекции, особенно инфекцию *C. difficile*. Это приводит к активации Th1-, и Th17-клеток, гиперэкспрессия провоспалительных цитокинов, в первую очередь, фактора некроза опухоли, интерлейкинов 13 и 23, молекул клеточной адгезии. Такой каскад гуморальных и клеточных реакций, в свою очередь, приводит к трансмуральному воспалению кишечной стенки, с образованием характерных саркоидных гранул, состоящих из эпителиоидных гистиоцитов, без очагов некроза и гигантских клеток.

Клинические проявления БК

При БК пациенты наиболее часто предъявляют жалобы на многочисленные клинические симптомы, такие как хроническая диарея (длится более 6 недель, в большинстве случаев без примеси крови), боли в животе, лихорадка и анемия неясного генеза, появление симптомов

кишечной непроходимости. Также встречаются перианальные осложнения в виде хронических анальных трещин, часто рецидивирующих после хирургического лечения, парапроктит, свищи прямой кишки.

Вместе с этим, большое число больных жалуются на внекишечные проявления БК:

- аутоиммунные, связанные с активностью заболевания, такие как артропатии (артралгии, артриты), поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), слизистых (афтозный стоматит), глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит);
- аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания, в виде анкилозирующего спондилита или сакроилеита, первичного склерозирующего холангита, остеопороза, остеомалации, псориаза;
- обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями, такими как холелитиаз, стеатоз печени, стеатогепатит, тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии, амилоидоз.

Многие аутоиммунные нарушения, связанные с активностью воспалительного процесса, проявляются вместе с основными кишечными симптомами обострения, и исчезают вместе с ними на фоне лечения. Аутоиммунные проявления, не связанные с активностью процесса, «сопутствующие аутоиммунные заболевания», имеют тенденцию к прогрессированию, причем независимо от фазы основного заболевания в виде обострения или ремиссии, что нередко предполагает дальнейший негативный прогноз.

На ранних этапах развития заболевания клиническая картина может быть не выраженной, что затрудняет раннюю диагностику БК. Поэтому при установлении правильного диагноза, у значительной части больных БК уже обнаруживают клинические признаки, связанные с такими осложнениями. Это наружные свищи (кишечно-кожные), внутренние свищи (межкишечные), кишечно-пузырные и ректо-вагинальные свищи, инфильтраты брюшной полости, межкишечные, интраабдоминальные абсцессы, стриктуры ЖКТ (с нарушением кишечной проходимости и без таковой), анальные трещины, парапроктит (при аноректальном поражении), кишечное кровотечение.

При сборе анамнеза следует провести подробный опрос пациента со сбором информации о характере начала заболевания, поездках в южные страны, непереносимости пищевых продуктов, приеме лекарственных препаратов (включая антибиотики и НПВС), курении и семейном анамнезе.

Физикальное обследование пациентов с БК в обязательном порядке должно включать осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию. При осмотре пациента могут быть обнаружены такие проявления БК, как лихорадка, дефицит массы тела, наличие инфильтрата брюшной полости, наружные кишечные свищи, перианальные проявления (трещины, свищи), а также внекишечные свищи.

В минимальный набор методов лабораторной диагностики включает такие исследования, как общий анализ крови, гематокрит, СОЭ, СРБ, коагулограмма, общий белок, альбумины, печеночные пробы, электролиты. При наличии диареи осуществляют анализ кала на яйца глистов и паразиты, а также, для исключения острой кишечной инфекции, проводят исследование токсинов А и В *C. difficile*. Особенно это важно при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии, или пребывании в стационаре, для исключения псевдомембранозного колита. Весьма чувствительным маркером воспаления служит определение фекального кальпротектина; проба также используется в качестве мониторинга активности заболевания.

Лабораторные проявления БК носят неспецифический характер. При клиническом анализе крови могут быть диагностированы анемия (железодефицитная, В12- или фолиедефицитная, а также анемии при хронических заболеваниях) и лейкоцитоз (на фоне хронического воспаления, при наличии абсцесса или на фоне стероидной терапии). Биохимическое исследование может выявить электролитные нарушения, гипопроотеинемию, гипоальбуми-

немию. При необходимости дифференциальной диагностики анемии целесообразно исследовать уровень фолиевой кислоты, витамина В12, сывороточного железа, общую железосвязывающую способность сыворотки крови, ферритина.

Инструментальная диагностика БК включает такие исследования, как:

- обзорная рентгенография брюшной полости, особенно при симптомах кишечной непроходимости;
- колоноскопия с илеоскопией;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- МРТ, КТ с контрастированием кишечника (для выявления свищей, абсцессов, инфильтратов);
- при невозможности проведения МРТ или КТ выполняют рентгеноконтрастное исследование тонкой кишки с бариевой взвесью, но только при исключении признаков кишечной непроходимости;
- фистулография, при наличии наружных свищей;
- биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза;
- трансректальное ультразвуковое или МРТ-исследование прямой кишки и анального канала при перианальных поражениях;
- баллонная энтероскопия при подозрении на поражение тонкой кишки.

Диагноз БК должен быть подтвержден эндоскопическим и морфологическим методом, и/или эндоскопическим и рентгенологическим методом. Методом выбора считается выполнение капсульной эндоскопии (при подозрении на поражение тонкой кишки, но при отсутствии стриктур). Следует знать, что задержка капсулы в кишечнике наблюдается у 13% пациентов. При невозможности проведения капсульной эндоскопии, рекомендуется выполнение таких рентгенологических исследований, как пассаж бария по кишечнику, КТ-энтерография, или МРТ-энтерография для оценки наличия стриктур тонкой кишки.

Эндоскопическими критериями наличия БК являются регионарное (прерывистое) поражение слизистой оболочки, симптом «булыжной мостовой» – сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками отека гиперемизированной слизистой оболочки, а также линейные язвы (язвы-трещины), афты, а в некоторых случаях – стриктуры и устья свищей.

Рентгенологические проявления БК включают регионарное, прерывистое поражение, стриктуры, наличие «булыжной мостовой», свищей, межкишечных или внутрибрюшных абсцессов.

Морфологическими признаками БК служат:

- глубокие щелевидные язвы, проникающие в подслизистый или мышечный слои;
- саркоидные гранулемы в виде скопления эпителиоидных гистиоцитов, без очагов некроза и гигантских клеток, которые обычно обнаруживают в стенке резецированного участка, и только в 15-36% случаев – при биопсии слизистой оболочки;
- фокальная (дискретная) лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки;
- трансмуральная воспалительная инфильтрация с лимфоидной гиперплазией во всех слоях кишечной стенки;
- поражение подвздошной кишки со структурными изменениями ворсин, мукоидной или псевдопилорической метаплазией крипт и хроническим активным воспалением;
- прерывистое поражение в форме чередования пораженных и здоровых участков кишки при исследовании резецированного участка кишки.

Следует знать, что крипт-абсцессы при БК формируются редко, а секреция слизи остается обычной.

Дифференциальная диагностика

Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования выполняют с целью проведения дифференциальной диагностики с рядом заболеваний. К ним относятся язвенный колит, острые кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез, иерсиниоз, амебиаз, паразитозы), антибиотико-ассоциированные поражения кишечника, в т.ч. *C. difficile*, туберкулез кишечника, системные васкулиты, неоплазии толстой и тонкой кишки, дивертикулит, аппендицит, эндометриоз, солитарную язву прямой кишки, ишемический колит, актиномикоз, лучевые поражения кишечника и синдром раздраженного кишечника.

Лечение БК

Лечебные мероприятия при БК включают в себя назначение лекарственных препаратов, хирургическое лечение, психосоциальную поддержку и диетотерапию. Выбор вида консервативного или хирургического лечения обусловлен тяжестью острой атаки, протяженностью и локализацией поражения ЖКТ, наличием внекишечных проявлений и кишечных осложнений (стриктуры, абсцесс, инфильтрат), длительностью анамнеза, эффективностью и безопасностью ранее проводившейся терапии, а также риском развития осложнений при БК.

При консервативном лечении пациентов с БК, все лекарственные препараты, обычно назначаемые гастроэнтерологами, условно подразделяют на 3 основные группы:

- средства для индукции ремиссии: системные глюкокортикоиды (преднизолон и метилпреднизолон) и топические (будесонид) препараты; иммуносупрессоры (азатиоприн, 6-меркаптопурин, метотрексат); биологические генно-инженерные препараты, такие как моноклональные антитела к ФНО-альфа (инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаб пэгол) и моноклональные антитела к интегринам, селективно действующие только в ЖКТ (ведолизумаб), а также антибиотики и салицилаты;
- препараты для поддержания ремиссии (противорецидивные) – иммуносупрессоры (азатиоприн, 6-меркаптопурин), биологические препараты (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб пэгол и ведолизумаб), а также и 5-аминосалициловая кислота и ее производные;
- вспомогательные симптоматические средства – парентеральные препараты железа для коррекции анемии, средства для коррекции белково-электролитных нарушений, медикаменты для профилактики остеопороза (препараты кальция) и др. Следует особо отметить, что глюкокортикоидные препараты не могут применяться в качестве поддерживающей терапии, а также назначаться более 4 месяцев.

Неэффективность консервативной терапии проявляется появлением гормональной зависимости и резистентностью к проводимому лечению. Проявлением неадекватной лекарственной терапии также является задержка физического развития, чаще всего возникающая при поражении верхних отделов ЖКТ.

Хирургическое лечение БК, по своей сути оказывается неотвратимым и вынужденным, поскольку большинство в течение жизни переносят хотя бы одно оперативное вмешательство. Невозможность радикального излечения пациентов с БК, нередко приводит к повторным резекциям, тем самым увеличивая риск возникновения синдрома короткой кишки. Современная тактика хирургического лечения БК направлена на выполнение ограниченных резекций, а при возможности – проведение органосохраняющих вмешательств в виде стриктуропластики или дилатации стриктур.

Показаниями к оперативному вмешательству при БК служат острые и хронические осложнения, а также неэффективность консервативной терапии и задержка физического развития. К острым осложнениям БК относят кишечное кровотечение, перфорацию кишки и токсическую дилатацию ободочной кишки.

При кишечном кровотечении экстренное хирургическое вмешательство считается показанным при невозможности стабилизировать гемодинамику пациента, несмотря на переливания эритроцитарной массы и проведения интенсивной гемостатической терапии. Кишечное крово-

Частные вопросы военно-врачебной экспертизы у военнослужащих ВМФ

Тема 1. Синдром портальной гипертензии

Синдром портальной гипертензии полиэтиологичен. Может быть вызван как заболеванием системы кровообращения (тромбоз воротной вены, синдром Бада-Киари), так и заболеванием печени с исходом в цирроз. В зависимости от заболевания, ставшего причиной развития синдрома портальной гипертензии военнослужащие освидетельствуются либо по статье 45 пункт а «Болезни, врожденные аномалии развития и последствия повреждений аорты, магистральных и периферических артерий и вен, лимфатических сосудов» Расписания болезней, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военноврачебной экспертизе». Военнослужащие всех категорий с тромбозом воротной вены признаются «Д» - не годен к военной службе. В случае развития у военнослужащего цирроза печени, освидетельствование проводится по статье 59 пункт а Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военноврачебной экспертизе» военнослужащие признаются «Д» - не годен к военной службе.

Освидетельствование военнослужащих, прошедших хирургическое лечение портальной гипертензии проводится с целью предоставления освобождения от исполнения обязанностей военной службы по статье 48 «Временные функциональные расстройства системы кровообращения после перенесенного острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы или хирургического лечения» или статье 61 «Временные функциональные расстройства органов пищеварения после острого заболевания, обострения хронического заболевания или хирургического лечения» Расписания болезней, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военноврачебной экспертизе».

Срок освобождения определяется индивидуально, зависит от тяжести заболевания, развившихся осложнений, объема оперативного вмешательства, нарушения функции пищеварения или кровообращения.

После завершения реабилитации военнослужащий должен быть освидетельствован по заболеванию, осложнившемуся развитием портальной гипертензии для определения категории годности к военной службе.

Тема 2. Синдром механической желтухи

Освидетельствование военнослужащих, прошедших хирургическое лечение механической желтухи проводится с целью предоставления освобождения от исполнения обязанностей военной службы по статье 61 «Временные функциональные расстройства органов пищеварения после острого заболевания, обострения хронического заболевания или хирургического лечения» Расписания болезней, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военноврачебной экспертизе».

Срок освобождения определяется индивидуально, зависит от тяжести заболевания, развившихся осложнений, объема оперативного вмешательства, нарушения функции пищеварения.

После завершения реабилитации военнослужащий должен быть освидетельствован по заболеванию, осложнившемуся развитием механической желтухи для определения категории годности к военной службе.

Тема 3. Холангит

Освидетельствование военнослужащих, прошедших лечение по поводу механической желтухи проводится с целью предоставления освобождения от исполнения обязанностей военной службы по статье 61 «Временные функциональные расстройства органов пищеварения после острого заболевания, обострения хронического заболевания или хирургиче-

ского лечения» Расписания болезней, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военноврачебной экспертизе».

Срок освобождения определяется индивидуально, зависит от тяжести заболевания, развившихся осложнений, объема оперативного вмешательства, нарушения функций внутренних органов.

После завершения реабилитации военнослужащий должен быть освидетельствован по первичному заболеванию, ставшему причиной развития механической желтухи для определения категории годности к военной службе.

Тема 4. Кисты печени

Освидетельствование военнослужащих с кистами печени проводится на основании статьи 59 «Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы» Расписания болезней, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».

Применяются следующие пункты статьи 59 Расписания болезней:

а) со значительным нарушением функций. По этому пункту подлежат освидетельствованию военнослужащие с гигантскими кистами печени, сопровождающимися холестазом, печеночной недостаточностью, с последствиями реконструктивных операций, в случае развития послеоперационных осложнений (желчный свищ и др.).

б) с умеренным нарушением функций. Подлежат освидетельствованию военнослужащие с кистами печени, сопровождающимися развитием вторичной ферментопатии, гипербилирубинемии, патологическими изменениями при проведении функциональных проб, а также с хорошими результатами хирургического лечения.

в) с незначительным нарушением функций. По данной статье освидетельствуются военнослужащие с небольшими кистами печени без клинических проявлений и функциональных изменений.

На основании Приказа Министра Обороны Российской Федерации от 20.10.2014 г. №770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военноврачебной экспертизы», утверждающего Требования к состоянию здоровья освидетельствуемых в целях определения годности к военной службе в роде войск Вооруженных Сил Российской Федерации, военной службе по военноучетной специальности, военной службе в соответствующей воинской части, военнослужащие по контракту в званиях матросов и старшин с доброкачественными опухолями печени с умеренным или незначительным нарушением функций не годны к службе в плавсоставе. У офицеров и мичманов, проходящих службу на надводных кораблях, с кистами печени с умеренным или незначительным нарушением функций применяется индивидуальный подход к определению категории годности к службе в плавсоставе. Не годны к службе в плавсоставе надводных кораблей, военнослужащие, если исполнение обязанностей военной службы оказывает отрицательное влияние на состояние здоровья, и годны к службе в плавсоставе надводных кораблей, когда исполнение обязанностей военной службы не оказывает влияния на состояние здоровья. Офицеры и мичманы с кистами печени признаются не годными к службе в плавсоставе на подводных лодках.

Военнослужащие всех категорий плавающего состава признаются не годными к службе с радиоактивными веществами, источниками ионизирующих излучений, компонентами ракетных топлив.

Тема 5. Доброкачественные опухоли печени

Освидетельствование военнослужащих с доброкачественными опухолями печени проводится на основании статьи 10 Расписания болезней, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении

Положения о военно-врачебной экспертизе».

Применяются следующие пункты статьи 10 Расписания болезней:

а) со значительным нарушением функции. По этому пункту подлежат освидетельствованию военнослужащие с доброкачественными опухолями печени, сопровождающимися снижением массы тела (значительное уменьшение ИМТ) или внутripеченочным холестазом.

Военнослужащие по призыву при освидетельствовании получают категорию «Д» – негоден к военной службе. Военнослужащие по контракту при освидетельствовании признаются «В» – ограниченно годен к военной службе.

б) с умеренным или незначительным нарушением функции. Освидетельствование по данному пункту проводится у военнослужащих с доброкачественными опухолями печени без нарушения функции пищеварения; с опухолями, без нарушения холестаза, не сопровождающиеся снижением массы тела.

Военнослужащие по призыву при освидетельствовании признаются «В» – ограниченно годен к военной службе. Военнослужащие по контракту при освидетельствовании признаются «Б» – годен к военной службе с незначительными ограничениями.

в) при наличии объективных данных без нарушения функции. По данному пункту освидетельствуются военнослужащие с доброкачественными опухолями печени или последствиями их радикального лечения, не сопровождающиеся нарушением функций органов и систем.

Военнослужащие всех категорий при освидетельствовании признаются «А» – негоден к военной службе.

г) временные функциональные расстройства после хирургического лечения. По этой статье подлежат освидетельствованию военнослужащие после перенесенного оперативного лечения доброкачественной опухоли печени. Продолжительность освобождения определяется индивидуально, зависит от тяжести заболевания, объема оперативного вмешательства, переносимости лечения.

Заключение о необходимости предоставления отпуска по болезни выносится после хирургического лечения по поводу доброкачественных опухолей ободочной кишки, когда после завершения лечения в стационарных условиях для полного восстановления функций необходим срок не менее 30 суток.

На основании Приказа Министра Обороны Российской Федерации от 20.10.2014 г. №770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы», утверждающего Требования к состоянию здоровья освидетельствуемых в целях определения годности к военной службе в роде войск Вооруженных Сил Российской Федерации, военной службе по военноучетной специальности, военной службе в соответствующей воинской части, военнослужащие по контракту в званиях матросов и старшин с доброкачественными опухолями печени с умеренным или незначительным нарушением функций не годны к службе в плавсоставе. У офицеров и мичманов, проходящих службу на надводных кораблях, с доброкачественными опухолями печени с умеренным или незначительным нарушением функций применяется индивидуальный подход к определению категории годности к службе в плавсоставе. Не годны к службе в плавсоставе надводных кораблей, военнослужащие, если исполнение обязанностей военной службы оказывает отрицательное влияние на состояние здоровья, и годны к службе в плавсоставе надводных кораблей, когда исполнение обязанностей военной службы не оказывает влияния на состояние здоровья. Офицеры и мичманы с доброкачественными опухолями печени признаются не годными к службе в плавсоставе на подводных лодках.

Военнослужащие всех категорий плавающего состава признаются не годными к службе с радиоактивными веществами, источниками ионизирующих излучений, компонентами ракетных топлив.

Тема **20****Заболевания и повреждения пищевода**

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ: Инородные тела пищевода. Причины. Патогенез. Клиника, диагностика, обследование. Лечение эндоскопическое и оперативное.

Повреждения пищевода. Классификация. Причины. Патогенез. Клиника, диагностика, обследование. Лечение эндоскопическое и оперативное.

Спонтанный разрыв пищевода. Причины. Патогенез. Клиника, диагностика, обследование. Лечение. Особенности оперативных вмешательств. Послеоперационное ведение.

Химические ожоги пищевода. Понятие о веществах прижигающего действия. Классификация, особенности морфологических изменений и клинической картины. Периоды. Обследование. Лечение.

Рубцовые стриктуры пищевода. Клиника. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение.

Дивертикулы пищевода. Классификация. Причины. Патогенез. Клиника, диагностика, обследование. Лечение эндоскопическое и оперативное. Особенности оперативных вмешательств. Послеоперационное ведение.

Ахалазия кардии. Причины. Патогенез. Клиника, диагностика, обследование. Лечение консервативное, эндоскопическое и оперативное. Особенности оперативных вмешательств. Послеоперационное ведение.

Доброкачественные опухоли пищевода. Причины. Патогенез. Клиника, диагностика, обследование. Лечение консервативное, эндоскопическое и оперативное. Особенности оперативных вмешательств. Послеоперационное ведение.

Рак пищевода. Причины. Патогенез. Клиника, диагностика, обследование. Лечение консервативное, эндоскопическое и оперативное. Особенности оперативных вмешательств. Послеоперационное ведение.

Инородные тела пищевода чаще всего попадают в просвет случайно, при отвлечении внимания от находящегося во рту субстрата, разговоре, поспешной еде, и недостаточном пережевывании пищи. И при обычной еде в пищеводе могут застрять рыбные, мясные или птичьи кости. У детей инородными телами (ИТ) становятся мелкие предметы, монеты, пуговицы, мелкие части игрушек и т. п. Следует отметить как причину попадания ИТ в пищевод и профессиональные привычки сапожников, портных, плотников держать во рту во время работы гвозди, иглы, булавки.

Проглоченное ИТ не всегда задерживается в пищеводе, чаще оно проходит в желудок и далее выходит из организма естественным путем. Фиксации различных предметов в пищеводе способствуют некоторые патологические состояния: стриктуры, дивертикулы, опухоли, ахалазия. В ряде случаев остановке ИТ в просвете пищевода благоприятствуют спастические сокращения мускулатуры, возникающие вследствие раздражения его слизистой оболочки острым краем кости или другого предмета.

Инородные тела обычно задерживаются в местах физиологических сужений органа, чаще всего на уровне яремной вырезки грудины. Значительно реже они останавливаются в грудном отделе на уровне бифуркации трахеи и в области крикофарингиального сужения.

Клиника и диагностика. Клиническая картина ИТ пищевода во многом зависит от его характера и величины, длительности нахождения и, главным образом, от того повреждена или нет стенка органа. Нередко гладкие округлые предметы даже больших размеров могут пребывать в пищеводе долгое время, не причиняя особых беспокойств больному. Приле-

гая к той или другой стенке органа, они полностью не закрывают его просвета – больные достаточно свободно могут глотать не только жидкую, но и твердую пищу. И все же при подозрении на наличие ИТ в пищеводе нужно как можно раньше его диагностировать, так как длительное пребывание ИТ предметов в органе грозит развитием опасных для жизни осложнений (пролежень, перфорация пищевода, пищеводно-бронхиальный свищ, аррозивное кровотечение).

В типичных случаях после фиксации ИТ в пищеводе, но без повреждения его стенки характерна следующая симптоматика. Больной отмечает затруднение при глотании, предъявляет жалобы на постоянные боли в шее, спине и за грудиной. В результате спазма мускулатуры и травматического отека слизистой оболочки пищевода возникает нарастающая дисфагия, сопровождающаяся слюнотечением. Иногда при крупных ИТ формируется полная непроходимость пищевода.

Общее состояние таких больных, как правило, удовлетворительное. В случаях пребывания ИТ в шейно-грудном отделе пищевода они вытягивают шею, наклоняя голову вниз. При задержке ИТ в грудном отделе органа больные обычно предпочитают лежать в согнутом положении.

Физикально со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем выраженных изменений нет. Отсутствуют сдвиги и в клиническом анализе крови и мочи.

При повреждении инородным телом стенки пищевода клиническая картина более выражена. Поверхностные ранения его слизистой, как правило, сопровождаются перифокальным отеком и гематомой. Здесь впоследствии может сформироваться ограниченный интрамуральный абсцесс стенки пищевода, дренирующийся в его просвет.

В случаях неблагоприятного течения заболевания, если гнойник не дренируется, возможно развитие распространенной флегмоны органа. На этом общем фоне усиливаются боли в шее, спине, за грудиной, которые принимают острый характер. Нарастает саливация, повышается до 39-40 °С температура тела. Резко затрудняется глотание, появляется зловонный запах изо рта, чувство удушья. Общее состояние тяжелое. Больной обычно заторможен, предъявляет жалобы на общую слабость, недомогание, ознобы. Кожные покровы серые, влажные. Пульс учащен до 110-120 уд./мин. Артериальное давление не изменено. Частота дыхательных движений до 26-28 в минуту.

На шее нередко определяется болезненная припухлость, иногда крепитация. В крови отмечается выраженный лейкоцитоз с резким сдвигом формулы влево. При несвоевременном лечении воспалительный процесс распространяется на окружающие пищевод ткани средостения с быстрой гибелью больного.

Перфорация инородным телом стенки пищевода ведет к поступлению воздуха, слюны, пищи и агрессивного содержимого желудка в клетчатку средостения, инфицированию и тяжелой эндогенной интоксикацией вследствие прогрессирующего медиастинита и эмпиемы плевры.

При подозрении на наличие в пищеводе ИТ обследование больного следует начинать с инструментального осмотра полости рта, зева и глотки. Затем переходят к рентгенологическому исследованию, которое является наиболее доступным, простым и безопасным методом диагностики ИТ пищевода. Задачами рентгенологического исследования являются обнаружение ИТ, определение его точной локализации, вида, формы, размеров, характера краев (тупые или острые), а также диагностика фоновых заболеваний и возможных в связи с ИТ осложнений. С этой целью необходимо проводить многопроекционное исследование. При невизуализируемых или не отчетливых признаках ИТ выполняют рентгеноконтрастное исследование с водорастворимым препаратом.

Прямыми рентгенологическими признаками перфорации пищевода являются: наличие ИТ за пределами пищевода; эмфизема мягких тканей шеи, средостения, а при перфорации

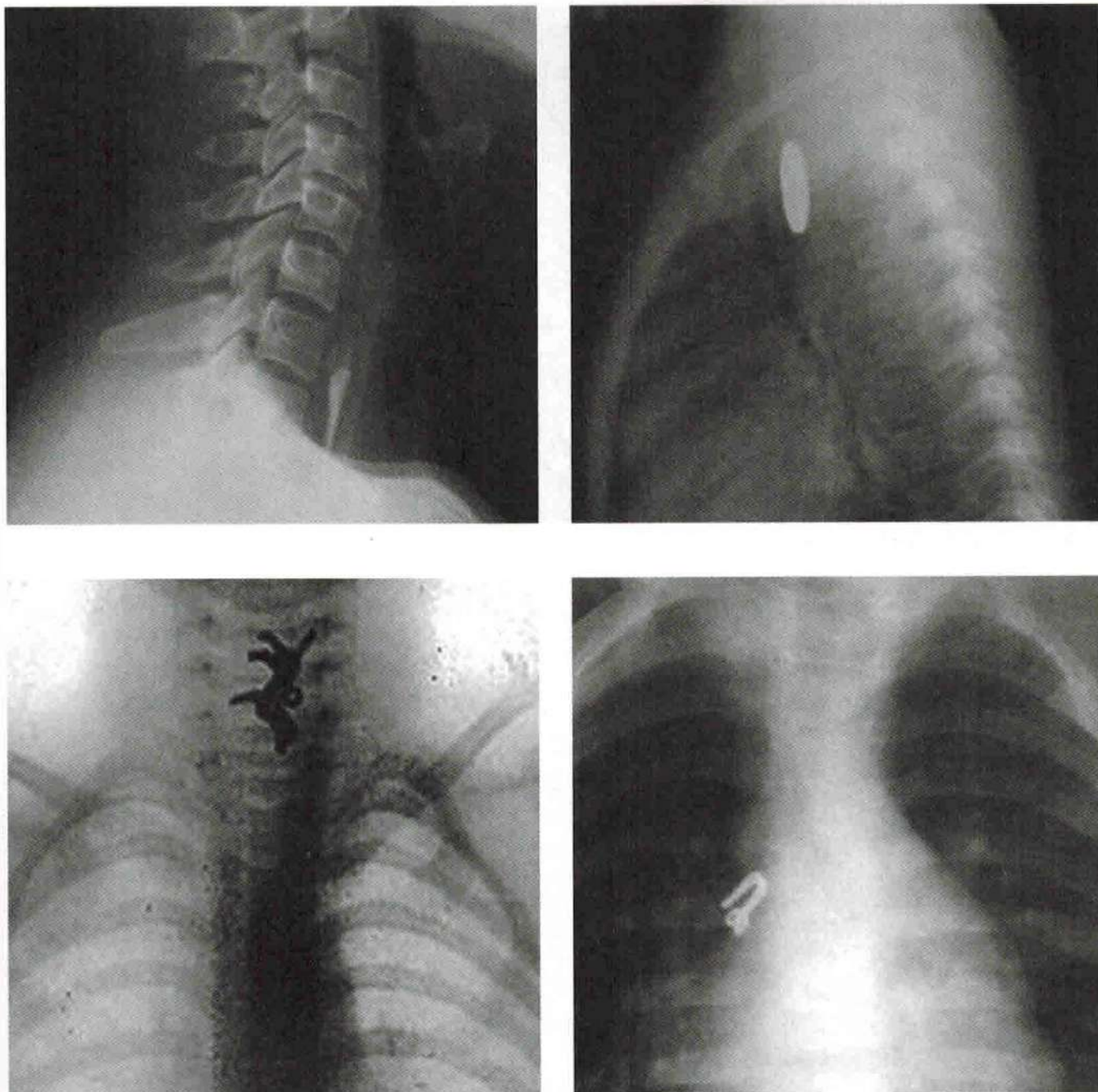


Рис. Рентгенограммы. Инородные тела пищевода.

абдоминального отдела – эмфизема забрюшинного пространства или свободный газ в брюшной полости; экстраэзофагеальное распространение контрастного вещества; наличие горизонтального уровня жидкости в мягких тканях шеи, в средостении. Косвенными признаками служат: расширение срединной тени на рентгенограмме груди, увеличение объема превертебральных мягких тканей, смещение пищевода и трахеи кпереди, спазм пищевода на уровне повреждения, ограничение дыхательных экскурсий диафрагмы.

При возможности следует провести КТ. Она дает возможность уверенно выявить даже так называемые рентгеноконтрастные ИТ, а также с высокой степенью достоверности диагностировать патологические процессы, развивающиеся как осложнение в мягких тканях шеи и в средостении.

Важнейшую роль в выявлении ИТ пищевода играет эзофагоскопия. Для повышения безопасности и эффективности ее выгоднее проводить под общей анестезией.

Лучевой диагностики и эндоскопии вполне достаточно для точного установления диагноза ИТ пищевода.

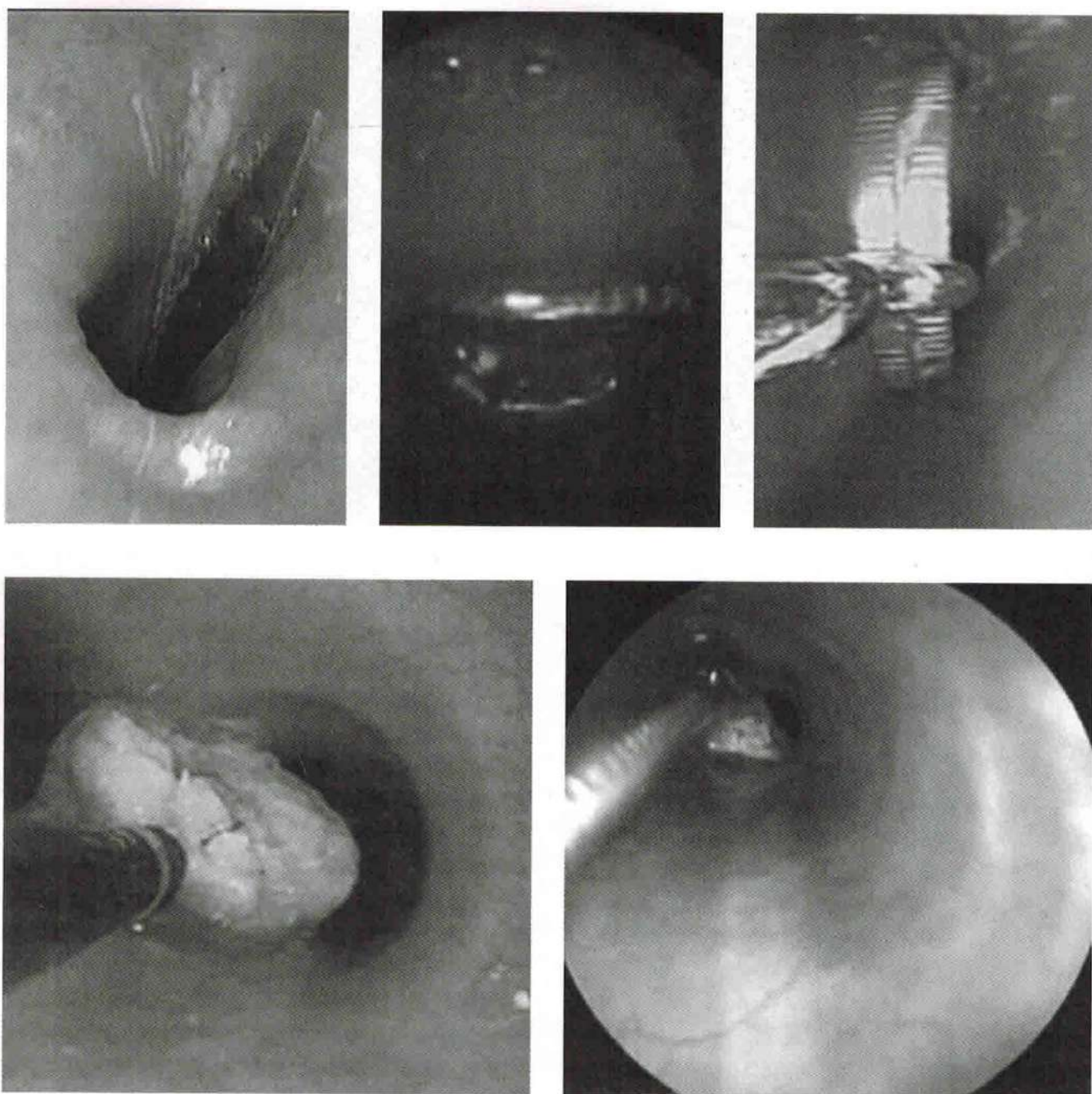


Рис. Эндоскопическое фото. Инородные тела пищевода.

Хирургическое лечение. Наличие ИТ в пищеводе является показанием к его немедленно-му удалению. Предпочтительно удаление ИТ с помощью эндоскопа под общим обезболиванием. Процедура должна выполняться без какого-либо насилия, так как грубые манипуляции вслепую могут привести к серьезным осложнениям.

В зависимости от характера ИТ применяют различные приемы их эндоскопического удаления (захват щипцами, ротация предмета, низведение в желудок, фрагментация и др., рис. 148). В значительном числе случаев таким образом, удастся извлечь ИТ из пищевода. При обнаружении подслизистого абсцесса его стенки гнойник вскрывают и дренируют в просвет.

В послеоперационном периоде в течение 3-4 суток больным разрешают прием через рот только жидкости, а в следующие 7-10 дней показана щадящая диета. При вскрытии абсцесса стенки пищевода прием пищи через рот исключают на 5-6 суток, а в желудок вводят зонд для кормления. Назначают антибиотики широкого спектра действия и местно анестезирующие препараты.

Оперативные методы применяют при невозможности удалить ИТ с помощью эндоскопа. Доступ выбирают в зависимости от локализации ИТ.

В случаях нахождения ИТ в шейном отделе пищевода выполняют доступ к пищеводу из левостороннего доступа по В.Разумовскому. При локализации ИТ в среднегрудном отделе пищевода для его извлечения выполняют боковую правостороннюю торакотомию в V-VI межреберье. Перед эзофаготомией целесообразно повторить эндоскопию выделенного пищевода.

Прогноз подобных вмешательств при отсутствии гнойных осложнений, как правило, благоприятный. Он заметно ухудшается в случаях развития диффузной флегмоны пищевода, медиастинита и других тяжелых осложнений.

Повреждения пищевода относятся к одним из наиболее тяжелых форм торакальной хирургической патологии, нередко заканчивающихся смертью больного. В мирное время наиболее частой причиной повреждения пищевода являются ИТ и инструментальные травмы при лечебно-диагностических манипуляциях (эзофагоскопия, бужирование пищевода, кардиодилатация, реканализация опухоли). Учитывая разные механизмы развития, повреждения пищевода подразделяются на две большие группы: *механические повреждения и химические (термические) ожоги*.

В ряде случаев разрывы и перфорации пищевода возникают спонтанно без видимых причин (синдром *H. Boerhaave*). Ножевые, огнестрельные, колотые ранения шеи и грудной клетки также могут сопровождаться повреждением пищевода, однако изолированное ранение органа в этих случаях наблюдается редко и составляет всего 2-3%.

Классификация. Травмы пищевода подразделяют по ряду признаков, в зависимости от локализации, этиологии, механизма, уровня и глубины повреждения (по Н. Н. Каншину, 1981).

По уровню повреждения:

- шейного отдела
- грудного отдела
- абдоминального отдела
- множественные (сочетания различных уровней)

По локализации:

- передней стенки
- задней стенки
- левой стенки
- правой стенки
- двух стенок
- циркулярные

По распространенности:

- непроникающие (ссадины слизистой оболочки подслизистого слоя)
- проникающие (сквозные)

По этиологии:

- инородным телом (инструментальные, в результате внешней травмы)
- спонтанный разрыв (синдром *H. Boerhaave*)

По механизму повреждения:

- колотые
- резаные
- рваные
- пролежень стенки
- сочетанные

По сопутствующим повреждениям:

- без повреждений
- с ложным ходом в средостение
- с повреждением медиастинальной плевры
- с повреждением трахеобронхиального дерева

- с повреждением крупных сосудов

Инструментальные (ятрогенные) повреждения пищевода являются самым частым видом внутренних травм этого органа. В мирное время они возникают главным образом вследствие инструментальной травмы при эзофагоскопии, при бужировании рубцовых сужений пищевода, кардиодилатации, повреждении ИТ или при попытке извлечь их, реканализации опухолей, лигировании варикозно расширенных вен.

Травмы пищевода во время инструментальных исследований чаще возникают при некоторых анатомических особенностях (короткая шея, остеохондроз шейного отдела позвоночника). Шейный отдел пищевода травмируется в 3-5 раз чаще грудного, причем в нем повреждается обычно задняя стенка. Особенно подвержена травмированию область глоточно-пищеводного перехода. Образованный тубусом инструмента ложный ход, будучи глубоким, быстро ведет к развитию медиастинита. Перфорация стенки пищевода при рубцовой или опухолевой стриктуре, во время бужирования или дилатации приводит к развитию в околопищеводной клетчатке и в средостении гнойно-некротического воспаления – медиастинита с прогрессирующим течением. Инструментальные повреждения пищевода, особенно возникающие при эзофагоскопии редко бывают множественными. Тяжелые осложнения при этом наблюдаются редко, при условии своевременной диагностики и лечения.

Проникающие повреждения локализуются преимущественно в верхнем отделе пищевода, имеют вид рваной раны и вследствие форсированного продвижения инструмента за пределы стенки пищевода сопровождаются образованием в околопищеводной и медиастинальной клетчатке ложного хода различной длины. Визуализация их бывает затрудненной из-за беспокойства пациента. Инструментальные повреждения при кардиодилатации характеризуются большим продольным разрывом стенки грудного отдела пищевода без образования ложного хода. Очень часто при этом повреждается медиастинальная плевро.

Повреждения пищевода при извлечении инородных тел.

Прохождение и застревание ИТ приводит к множественным поверхностным ссадинам слизистой оболочки. Они имеют продольное направление, сопровождаются гематомами подслизистого слоя и приводят к возникновению травматического эзофагита.

Различают колотые повреждения, рассечение стенки и пролежень от ИТ. При раннем извлечении ИТ травматический процесс принимает благоприятное течение и может быть излечен консервативно. Длительное (более 24 ч) нахождение ИТ в зоне поврежденной стенки вызывает пролежень стенки пищевода, с последующим развитием флегмоны околопищеводной клетчатки и клетчатки средостения и значительно ухудшает прогноз. Особенно тяжелое течение наблюдается при тотальном медиастините. Эти случаи нередко заканчиваются летально.

Поперечно расположенные крупные ИТ с острым краем быстро приводят к выраженному отеку, в результате чего ИТ оказывается прочно фиксированным в стенке пищевода. Упираясь в противоположные стенки пищевода, такие ИТ провоцируют спазм, возникает ущемление – инкарцерация ИТ. Форсированное их извлечение в таких случаях приводит к разрыву или повреждению диаметрально расположенных стенок пищевода.

Спонтанный разрыв пищевода (СРП). В ряде случаев разрывы и перфорации пищевода возникают спонтанно, без видимых причин. Впервые классическое описание спонтанного разрыва пищевода дал Н. Boerhaave в 1724 г. Считают, что причиной самопроизвольного разрыва пищевода является внезапная дискоординация мышц пищевода, диафрагмы и брюшной стенки с повышением внутрипищеводного давления. Этиологическими моментами признают сильное алкогольное опьянение, переедание и натужную либо сдерживаемую рвоту, в основе которой лежит расстройство рвотного центра в сенсорном ядре блуждающего нерва на дне IV желудочка мозга. Однако клинически или на вскрытии выявить причины СРП обычно не удается. СРП происходит, как правило, в типичном слабом месте – левой стенке эпифренальной части пищевода и представляет собой продольный дефект длиной от 1 до 8 см,

иногда сообщающуюся с левой плевральной полостью.

Открытая и закрытая травма. Огнестрельные повреждения пищевода в клинической практике встречаются редко, т.к. раненые погибают из-за сопутствующих повреждений жизненно важных органов. Следует исключать повреждение пищевода при трансцервикальных, цервикоторакальных, трансмедиастинальных ранениях. Повреждения пищевода в результате закрытой травмы груди встречаются при резком сдавлении или ударе (железнодорожная или автомобильная травма). При этом происходит продольный разрыв стенки пищевода в верхней или нижней трети грудного пищевода. Одновременно повреждается медиастинальная плевро. Разрыв верхней трети сопровождается повреждением трахеи. Большинство таких пострадавших погибает вследствие множественных сочетанных повреждений органов грудной клетки, живота и других образований.

Клиническая картина и диагностика. Первым симптомом повреждения пищевода является резкая загрудинная боль. Во время глубокого вдоха, кашля и глотания боль усиливается, появляется ощущение инородного тела в пищеводе, повышается саливация. Отмечается дисфагия и повышение температуры тела. Проникающие повреждения пищевода, в зависимости от этиологии, механизма и уровня, имеют весьма разнообразную симптоматику. настораживающими признаками могут быть истечение из раны слюны, быстрое развитие гнойных осложнений.

Повреждение шейного отдела часто сопровождается выраженной подкожной эмфиземой, которая появляется в течение ближайшего часа. При незначительных повреждениях эмфизема может быть очень слабо выражена. В последующем, по мере развития воспалительного процесса появляется отек, защитное напряжение мышц, вынужденное положение головы с поворотом ее в сторону травмы. При пальпации определяется резкая болезненность, инфильтрация мягких тканей на стороне повреждения.

Повреждения грудного отдела пищевода протекают с быстрым нарастанием тяжести состояния пациента. Типичными признаками повреждений являются боль, повышение температуры тела, тахикардия, одышка, подкожная эмфизема. Формируется картина инфекционно-токсического шока и медиастинита. При одновременном повреждении медиастинальной плевро клиническая картина принимает тяжелое течение вследствие развития пиопневмоторакса.

Повреждение в абдоминальной части пищевода вызывает резкие боли в эпигастральной области, может характеризоваться картиной острого живота. На основании характерных жалоб больного и данных объективного обследования можно предположить повреждение пищевода. Для подтверждения клинического диагноза показано рентгенологическое и эндоскопическое обследование.

Диагностика. Рентгенологические исследования выполняются с глотком водорастворимого контрастного вещества. Проявления непроникающих повреждений пищевода сводятся к импрегнации контрастным веществом поврежденных мест слизистой оболочки и задержке его в глубоких ссадинах пищеводной стенки. Непроникающие повреждения сопровождаются травматическим параэзофагитом, который хорошо определяется при рентгенографии. Проникающие повреждения пищевода проявляются выходом контрастного вещества за пределы стенки пищевода. При сообщении просвета пищевода с плевральной полостью (чаще с левой) можно выявить гидроторакс или гидропневмоторакс.

При повреждении шейного отдела пищевода рентгенологическое исследование позволяет выявить прослойку газа в мягких тканях шеи вне пищевода или полостное образование с горизонтальным уровнем жидкости. При контрастировании пищевода отмечается затекание контрастного вещества в мягкие ткани шеи.

При повреждении грудного отдела пищевода выявляется пневмомедиастинум в виде полосок газа по одному или по обоим контурам сердца, гидропневмоторакс, подкожная